

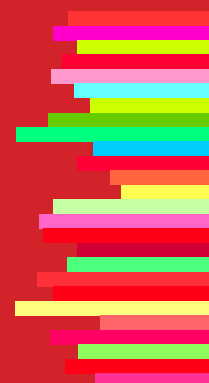
Dokumentation der 12. Fachtagung

(Ver)störende Kinder

Traumatisierte Kinder und Jugendliche als Herausforderung im pädagogischen Alltag

17. November 2014

Hotel Wimberger
1150 Wien





Inhaltsangabe

- 03 Vorwort**
- 04 Trauma bei Kindern und Jugendlichen**
Dr.ⁱⁿ Elisabeth Völkl Kernstock
- 17 Traumatisierte Kinder im pädagogischen Alltag**
Dipl. Soz. Päd.ⁱⁿ Dorothea Hüsson
- 31 Sekundäre Traumatisierung des Helfer_innensystems – Der Versuch zu verstehen und ein Pläydoyer für Enttabuisierung und Prävention**
DSAⁱⁿ Christine Bodendorfer
- 42 WS A1: Trauma und Traumafolgen im Kindesalter**
Sabine Rupp, DSA, MSc
- 43 WS B: Zusammenarbeit mit Eltern traumatisierter Kinder**
Dipl. Soz. Päd.ⁱⁿ Dorothea Hüsson, Dagmar Nuding
- 60 WS C: Der „Traumasog“ – oder wie halte ich meine Arbeit eigentlich (noch) aus?**
DSAⁱⁿ Christine Bodendorfer
- 61 WS D: Pädagogisches Arbeiten mit traumatisierten Kindern**
Mag.^a Maria Dalhoff & Mag.^a Christa Jordan-Rudolf
Mag.^a Lilly Axster & Soz.Päd.ⁱⁿ Christine Klimt
- 65 WS D3: Pädagogisches Arbeiten mit traumatisierten Kindern**
Mag.^a Ulrike Zahlner
- 67 WS E: Traumata zwischengeschlechtlich geborener Kinder und co-traumatische Belastungen für deren Familien**
Mag.^a Gabriele Rothuber
- 78 WS F: Sexuell übergriffige Buben und Burschen: eigene Traumatisierung ein Thema?**
Mag.^a Brigitte Hansmann
- 90 WS H: Gefühle unter dem Mikroskop und im Hirnscanner**
Priv.Doz.Dr.ⁱⁿ Isabella Sarto-Jackson



Vorwort

Christine Bodendorfer

Das Wiener Netzwerk veranstaltet fast jährlich eine Fachtagung zum Thema Prävention von sexueller Gewalt, für professionelle Helfer_innen und die interessierte Öffentlichkeit. Das Datum Mitte November ist bewusst gewählt, da am 18.11. der Tag der Prävention ist. Nachdem großen Erfolg der letztjährigen Fachtagung zum Thema Resilienz gab es inhaltlich eine Fortsetzung mit dem Thema traumatisierte Kinder und Jugendliche im pädagogischen Alltag. Auch heuer wurde die Tagung von Claudia Scheibenreif und Claudia Denk (beide Verein autonome Frauenhäuser) geplant, die Organisation in altbewährter Weise von Christine Bodendorfer (Mädchenberatungsstelle) durchgeführt.

Traumatisierte Kinder und Jugendliche stellen für Pädagog_innen, Sozialarbeiter_innen, Jugendarbeiter_innen und andere Fachkräfte immer wieder eine Herausforderung dar und bringen sie oft an ihre persönlichen und fachlichen Grenzen. In der Arbeit mit belasteten Kindern besteht einerseits die Gefahr der Retraumatisierung der Kinder, andererseits kann es bei Betreuungspersonen zu Belastungsreaktionen kommen. Das Wissen und Verstehen um seelische und körperliche Verletzungen, Reaktionen und Verhaltensweisen der Kinder sowie Kenntnisse entsprechender Unterstützungsmöglichkeiten können die Belastungsmomente für Kinder und Betreuungspersonen reduzieren.

Das Interesse war unerwartet hoch, 366 Teilnehmer_innen waren angemeldet. Deshalb mussten wir noch in den letzten Wochen vor der Tagung nicht nur fünf weitere Workshops ausrichten, sondern auch den Tagungsort verlegen in das Hotel Wimberger. Dankenswerterweise konnten wir dazu Sabine Rupp (WS A1), Dagmar Nuding (WS B1) Lilly Axster, Stefanie Vasold (WS D2), Ulrike Zahlner (D3), und Rene Jöbstl (D4) gewinnen.

Die Tagung verlief in sehr positiver und angeregter Arbeitsatmosphäre, mit regem Austausch und spannenden Vorträgen und Workshops –einen Teil davon können Sie in den nachfolgenden Seiten nachlesen.

Dank für finanzielle Unterstützung:

Bundesministerium für Frauen und Bildung Abt. IV/2 und Abt. I/9 Bildungsressort; Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend; Magistrat der Stadt Wien, Magistratsabteilung 7, Kultur; Magistratsabteilung 13, Bildung und außerschulische Jugendbetreuung; Firma „ausserbetrieb Installationen“;

Und Dank an alle Referent_innen, Organisatorinnen und Teilnehmer_innen!

Wir freuen uns über ein Feedback!

Das Wiener Netzwerk
 wienernetzwerk@inode.at



Trauma bei Kindern und Jugendlichen

Dr.ⁱⁿ Elisabeth Völkl Kernstock

Klinische- und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin, Ass.Prof. an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Universität Wien

Der Begriff Trauma lässt sich als „seelische Verletzung“ verstehen, zu der es bei einer Überforderung der psychischen Schutzmechanismen durch ein traumatisierendes Erlebnis kommen kann, wie u.a. beim Erleben und Erfahren von jeglicher Gewalt. In der Kindheit bedeutet diese Erfahrung zumeist eine nachhaltige psychische Beeinträchtigung, die auch das spätere Erwachsenenleben beeinflusst und in die nächste Generation weitergegeben werden kann.

Seelische Traumatisierung im Kindesalter kann als eine das Kind in seiner psychischen Entwicklung überfordernde Lebenserfahrung gesehen werden, der es hilflos ausgeliefert ist. Ein Trauma ist also ein plötzliches, intensives, gewalttätiges und schmerzhaftes Ereignis, das die psychischen Verarbeitungsmöglichkeiten eines Menschen überfordert, weil es die Psyche gleichsam überschwemmt.

Die WHO definiert „Traumen als kurz- oder langanhaltende Ereignisse oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würden.“ (ICD-10).

Nach Terr (1991) werden generell 2 Trauma-Typen unterschieden. So gehören Kinder, die ein einmaliges traumatisches Ereignis erlebt haben, zum Trauma-Opfertyp 1, wiederholt traumatisierte Kinder zum Trauma-Opfertyp 2. Beide Traumata führen zu unterschiedlichen Wahrnehmungen und längerfristigen Folgen, ebenso wie die Kombination von Typ 1 und Typ 2, d. h. langfristig bestehende traumatische Situationsfaktoren in Verbindung mit schockartigen Verletzungen und Verlusten.

Etwa 80% aller Menschen erleben im Laufe ihres Lebens ein relevantes Trauma. Allerdings erkranken nur etwa 25% tatsächlich an einer krankheitswertigen psychischen Störung, wie etwa der posttraumatischen Belastungsstörung. Diese ist somit nicht die unbedingt zu erwartende Folge eines einschneidenden, traumatischen Erlebnisses, da sie auch von anderweitigen Faktoren abhängt.

Das Erleben von, insbesondere familiärer, Gewalt in der Kindheit bedeutet zumeist eine nachhaltige psychische Beeinträchtigung.

Im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist familiäre Gewalt, der Kinder und Jugendliche ausgesetzt sein können, leider kein Randthema, sondern im Bereich der Diagnostik und Behandlung zentral vorhanden. Seit dem Jahr 1995 existiert an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Universität Wien eine Forensikambulanz. Im



Rahmen dieser Ambulanz werden insbesondere Kinder und Jugendliche vorgestellt, die Opfer von sexuellen und physischen Gewalthandlungen geworden sind. Wie in zahlreichen Publikationen beschrieben, ist die psychische Situation der von Gewalt betroffenen Kinder und Jugendlichen eine sehr belastende und nicht selten kommt es auf der Symptomebene zu Auffälligkeiten, die im kognitiven sowie emotionalen und sozialen Bereich die allgemeine Persönlichkeitsentwicklung eines Kindes und Jugendlichen beeinträchtigen und nachhaltig massiv gefährden können. Aber auch die Ausbildung krankheitswertiger psychischer Störungen, wie etwa Akute- und Posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen, sowie Angststörungen und Störungen der Emotionen und des Sozialverhaltens - um nur einige der möglichen Diagnosen zu nennen - können daraus resultieren.



Trauma bei Kindern und Jugendlichen

SABINE VÖLKL-KERNSTOCK

Wien, 17. November 2014

„Trauma“ (griech. = Wunde)

- Ein psychisches Trauma ist ein „vitales Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, welches mit dem Gefühl der Hilflosigkeit und der schutzlosen Preisgabe einhergeht und eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“ (Fischer und Riedesser, 1999).
- Traumata sind kurz oder lang anhaltende Ereignisse oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würden (ICD – 10).

Psychische Traumatisierung bedeutet:

- Bedrohliche Erfahrung (Todesnähe), die Verarbeitungsmöglichkeiten übersteigert
- plötzlich, heftig, unerwartet
- Extreme Angst- und Ohnmachtsgefühle
- Völliges Ausgeliefertsein und kein Ausweg
- Kontrollverluste



Psychische Traumatisierung

Psychische Traumatisierung hängt ab von:

- Ereignisfaktoren
- Situationsfaktoren
- Persönlichkeitsfaktoren

Ob ein bestimmtes Ereignis für einen bestimmten Menschen traumatisierend ist, kann man erst an den Reaktionen und Folgen erkennen.

Traumatisierende Ereignisse sind zumeist:

- Kriegshandlungen
- Natur- und Verkehrskatastrophen (Erdbeben, Tornados, Feuer, Überschwemmungen, Zugkatastrophen ...)
- Schwere Unfälle, Krankheiten
- Invasive medizinische Eingriffe
- Kriminelle Handlungen (Misshandlung, Vergewaltigung, Folter, Raubüberfälle, familiäre Gewalt)
- Plötzliche Verluste vertrauter Menschen
- Zeugenschaft solcher Ereignisse

Kategorien von Traumata

(Fischer & Riedesser, 1998; Bürgin, 1995)

- Naturkatastrophen (natural disasters)
 - Erdbeben, Vulkanausbrüche, Hurrikans, Überschwemmungen ...
- Von Menschen hervorgerufene Katastrophen (man made disasters)
 - Technologische Katastrophen (Verkehrsunfälle, Großbrände...)
 - Katastrophen als Folge menschlicher Aggressivität und Grausamkeit außerhalb der Familie (Terrorismus, Krieg ...)
 - Katastrophen innerhalb der Familie (Gewalttätigkeit, Missbrauch, Vernachlässigung, Tod der Eltern, schwere Erkrankungen ...)



Singuläre Traumata – komplexe Traumatisierung

- **Monotrauma = Schocktrauma**
Einmaliges Ereignis außerhalb der Erfahrungsnorm
(zB Vergewaltigung, Überfall, Unfall, Naturkatastrophe, Unglücksfälle)
- **Komplexe Traumatisierung**
Mehrmalige, sich wiederholende Ereignisse, die mit traumatischem Erleben einhergehen
(zB andauernde sexuelle, körperliche Gewalt ...)

Traumatiologie

(nach L. Terr, 1995)

Trauma Typ 1

traumatisches Einzelerlebnis
„Schocktrauma“

- Unfälle
- Längerfristige Trennung
- Operative Eingriffe
- Schwere Erkrankungen
- Verbrennungen
- Todeserlebnis

Trauma Typ 2

chronische, wiederholte
Ereignisse

- Vernachlässigung
- Misshandlung
- Missbrauch (emotional, sexuell)
- Chronische Traumatisierung durch Krieg, Flucht, Folter

- Kombination von Typ 1 und Typ 2

Psychotrauma

Der Kern jeder traumatischen Erfahrung ist das subjektive Erleben von

- Hilflosigkeit, völliges Ausgeliefertsein
- Ohnmacht und
- Kontrollverlust

Die Stresssysteme des Organismus werden dadurch zuerst maximal aktiviert und dann zunehmend überfordert.

Traumatisierung = Extremstress



Trauma und dessen Folgen (nach Pynoos et al., 1995, Streeck-Fischer, 2006)

... sind abhängig von:

- Trauma (Typ und Art)
- Entwicklungspsychologischen Faktoren
 - Alter
 - Geschlecht
 - Temperament
 - Entwicklungsstand auf
 - kognitiver,
 - emotionaler und
 - sozialer Ebene
- Situationsfaktoren
- Protektive Faktoren

Traumatisierende Wertigkeit belastender Erlebnisse (vor allem Typ 2 - Traumata) sind abhängig von ...

- ... der Nähe des Kindes zum Geschehen,
- ... davon, ob die Ereignisse überraschend eintreten oder erwartet wurden,
- ... von Art und Enge der Beziehung zu Tätern.
- ... dem Ausmaß der körperlichen Schmerzen,
- ... dem Ausmaß von Schuldgefühlen.

Ereignisse, nach denen besonders schwere Traumareaktionen zu erwarten sind ...

- dauern sehr lange,
- wiederholen sich häufig,
- lassen das Opfer mit schweren körperlichen Verletzungen zurück,
- sind vom Opfer schwerer zu verstehen,
- beinhalten zwischenmenschliche Gewalt,
- der Täter ist ein nahestehender Mensch,
- das Opfer mochte (mag) den Täter,
- das Opfer fühlt sich mitschuldig,



Ereignisse, nach denen besonders schwere Traumareaktionen zu erwarten sind ...

- die Persönlichkeit ist noch nicht gefestigt oder gestört,
- beinhaltet sexuelle Gewalt,
- beinhaltet sadistische Folter,
- mehrere Täter bei einem Opfer,
- niemand hat dem Opfer unmittelbar beigestanden,
- niemand hat mit dem Opfer nach der Tat darüber gesprochen.

Trauma Typ I und Typ II

Wahrnehmungen und Konsequenzen:

- **Typ I:** Detailliert erinnert, Kinder suchen oft magische Erklärungen für das Geschehene und machen Schuldzuweisungen
- **Typ II:** Depersonalisation, Dissoziation, Andauer von Wut und Ärger, emotionaler Anästhesie, Wendung der Wut gegen die eigene Person: Selbstverletzungen, Suizidgedanken

Basales posttraumatisches Belastungssyndrom der Kindheit

Kindheitstraumata nach Terr (1995)

- 1.) Wiederkehrende, sich aufdrängende Erinnerungen - visuell, akustisch, olfaktorisch
- 2.) Repetitive Verhaltensweisen - etwa traumatisches Spiel, wo es zu einer Reinszenierung in automatisierten Verhaltensmustern kommt, Alpträume. Das Kind kann oft nicht den Zusammenhang herstellen.



Basales posttraumatisches Belastungssyndrom der Kindheit

3.) Traumaspezifische Ängste

4.) Veränderte Einstellung zu Menschen, zum Leben und zur Zukunft. Verlust des Vertrauens in die Menschen und negative Erwartungen an das zukünftige Leben sind die wichtigsten Folgen zur Erschütterung des kindlichen Weltverständnisses.

Traumafolgen im weiteren Entwicklungsverlauf (Streck-Fischer, 2006; Copeland et al., 2007)

- **Veränderte Einstellungen zum Leben, zur eigenen Person, zu sozialen Beziehungen**
 - Sozialer Rückzug, Einzelgänger
- **Abbruch von Entwicklungswegen**
 - Schulversagen
 - Neue Jugendgruppe (soziale Randgruppen)
- **Störungen der Wahrnehmung in Beziehungen**
 - Misstrauen, Isolation, ...
- **Erhöhte Reizbarkeit und Impulsivität**
 - Selbst- und fremddestruktiv

Typische Folgen wiederholter interpersoneller Traumatisierung

- **Automatisierte Verhaltensmuster**
Anpassungsleistungen auf anhaltende oder wiederholte traumatisierende Situationen
„Traumaschemata“
- **Fluchtimpulse:** Verstecken, Weglaufen, Lügen, ...
- **Kampfimpulse:** Strampeln, Um-sich-schlagen, ...
- **Unterwerfungsverhalten:** Mitmachen, Hilflosigkeitsverhalten, automatenhaftes Gehorchen, Gefügigkeit, sexualisiertes Verhalten bei Kindern ...



Traumafolgestörungen

Spezifische Traumafolgen

- Akute Belastungsreaktion
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- Persönlichkeits(entwicklungs)-störung nach extremen Stressbelastungen
- Traumatische Entwicklungsstörung

Unspezifische Traumafolgen

- Depression
- Anpassungsstörung
- Angststörungen
- Verhaltensstörungen
- Somatoforme Beschwerden
- Psychogene Schmerzsyndrome

Akute Belastungsstörung kann in eine PTSD übergehen, sowie auch in Depression, Angst, Dissoziation oder Sucht bis hin zu andauernder Persönlichkeitsveränderung und Persönlichkeits(entwicklungs)störung – auch kann sie bewältigt werden, im Sinn von Integration und Kompensation.

PTSD bei Kindern und Jugendlichen

- Prävalenz der PTSD bei Kindern und Jugendlichen
1,6% - 13,4% (Simons & Herpertz-Dahlmann, 2008)
(Im Vergleich 1% - 9% Lebenszeitprävalenz für PTSD in der Allgemeinbevölkerung.)
- Gewalt- und sexuelle Traumata waren dabei mit der höchsten Symptomrate assoziiert.
- Häufiger bei Kindern und Jugendlichen sind komplexere Ausprägungen posttraumatischer Beeinträchtigungen, verbunden mit komorbiden Störungen, wie etwa affektive Störungen (Angst und Depression), ADHS und Störung des Sozialverhaltens (Beers & De Bellis, 2002 Scambor et al., 2011).

Traumafolgen bei Kindern und Jugendlichen

Eine traumatische Situation wird vom Kind als *ein Angriff auf die gesamte biologische, psychische und soziale Existenz erlebt*.

Dieser Angriff kann zu einer *dauerhaften Dysfunktion*, nicht nur im intrapsychischen und interpersonellen Bereich, sondern auch auf der körperlich-neurobiologischen Ebene führen.

(van der Kolk, 1998; Hüther, 2001, Schore, 2001).



Psychotrauma

In der traumatischen Situation unter Extremstress erfolgt eine:

- Fragmentierung der Wahrnehmung für alle Wahrnehmungsbereiche
Bilder, Gedanken, Körperempfindungen, Affekte, Veränderung des Bewusstseins („Vernebelung“)
- Das Erlebnis kann vorerst nicht angemessen in das Erinnerungssystem integriert werden.

Psychotrauma

Extremstress verhindert:

- die angemessene Einordnung,
- die Bedeutungsgebung und
- damit die Verarbeitung des Erlebten

Psychotrauma bedeutet somit
eine Störung der Gedächtnisfunktion für dieses Erlebnis

Neuropsychologische Aspekte Gehirn und Gedächtnis

Es gilt es nach Hinckeldey & Fischer (2002) und Streeck-Fischer (2006) zu unterscheiden:

1. Frühkindliche Amnesien
Frühe Erinnerungen sind in einer vorsprachlichen Form gespeichert. Vergessen bedeutet jedoch nicht, dass die Erfahrungen in der weiteren Entwicklung keine Rolle spielen. Sie können sich in affektiven, sensorischen und motorischen Gedächtnismustern äußern. Bei frühen Traumatisierungen können sie im Jugendlichenalter im Verhalten reaktiviert werden.
2. Gedächtnisleere
Eine Folge mangelnder Mentalisierung, wie z.B. bei vernachlässigten Kindern, die keine kontingente affektspiegelnde Umgebung erfahren haben.
3. Traumatische Gedächtnisimplantationen, die Gedächtnisprozesse verändern.
Selbstreflexion ist beeinträchtigt und beeinflusst autobiographisches Gedächtnis oder Pseudogedächtnis bei nicht abrufbaren starken Erinnerungen. Zur Schließung von Gedächtnislücken werden Erinnerungen erfunden.



Neurobiologische Aspekte

Neurobiologische Forschung

Versuch Hirnanatomische und –physiologische Grundlagen der Reaktionen auf schwere psychische Belastungen aufzuklären.

Ob eine psychosoziale Belastung förderlich oder hinderlich für die Reifung des Gehirns ist, hängt vor allem davon ab, ob sie für das Kind **kontrollierbar/ bewältigbar** oder **unkontrollierbar/ traumatisierend** ist und dieses hängt zum Teil von der *Resilienz* bzw. der *Vulnerabilität* ab.

→ Was für den einen eine bewältigbare Herausforderung ist, auf die mit einer kontrollierbaren Stressreaktion geantwortet wird, stellt für den anderen eine Bedrohung dar, die bei ihm eine unkontrollierbare Stressreaktion auslöst.

Neuropsychologische Aspekte Gehirn und Gedächtnis

- Im präfrontalen Bereich des Gehirns sitzt das Arbeitsgedächtnis (Kurzzeit- oder Sofortgedächtnis, auch „scratch-pad-Gedächtnis“) (Siegel, 2001)
- Das im Arbeitsgedächtnis aktualisierte repräsentionale Gedächtnis leitet und steuert unser Verhalten, indem unpassende Antworten und Ablenkungen ausgeschaltet werden. Es erlaubt uns zu planen, statt mit schnellen Reaktionen impulsiv unmittelbar auf die Umgebung zu reagieren. (Schore, 2001)

Neuropsychologische Aspekte Gehirn und Gedächtnis

- Das repräsentionale Gedächtnis hängt von der Reifung des präfrontalen Kortex ab.
- Repräsentationales Gedächtnis entwickelt sich durch Verinnerlichung von steuernden und strukturgebenden Beziehungserfahrungen.
- Der Rückgriff auf verinnerlichte und erinnerbare Repräsentanzen ermöglicht verzögerte Antworten und damit planvolle und gezielte Reaktionen statt mit **flight, fight oder freezing** zu reagieren. (Meilenstein der Entwicklung!)



Gehirn und Gedächtnis

Ein gut funktionierender präfrontaler Kortex ist erforderlich:

- zur Entwicklung von Denkstrategien,
- zur Erreichung persönlicher Ziele,
- Abwägung verschiedener Handlungsmöglichkeiten,
- zur Antizipationsfähigkeit,
- zur Unterscheidung relevanter und nicht relevanter sensorischer Stimuli

Neuropsychologische Aspekte Gehirn und Gedächtnis

- Unkontrollierbarer Stress beeinträchtigt präfrontale kortikale Funktionen, wobei stressinduzierte Mängel des Arbeitsgedächtnisses eine Folge von verstärkter Stimulierung der Katecholaminrezeptoren im präfrontalen Kortex sind.
- Unter Stress kommt es statt zu verzögerten Antworten zu schnellen habituellen oder instinktiven Antwortmustern.
- Kurzzeitig exzessiver Anstieg von Glukokortikoiden bei Stress führt zur (reversiblen) Atrophie von Dendriten, vor allem im Bereich des Hippocampus. Bei lang anhaltendem Stress können Neuronen entgültig absterben.

Neurobiologische Aspekte

Unkontrollierbarer Stress

- Vermehrte Ausschüttung von Kortisol, das mit zunehmender Dauer seiner Wirkung eine stark destabilisierende Wirkung auf neuronale Verschaltungen bis hin zu degenerierender Wirkung auf Hirngewebe haben kann.
- Generell sprechen bisherige Befunde für einen Zusammenhang zwischen der **PTBS im Kindesalter und einem kleineren Gesamtgehirnvolumen.**
(vgl. Carrion et. al, 2001; De Bellis et al, 1999a)



Neuropsychologische Aspekte Gehirn und Gedächtnis

- Neurochemische Veränderungen im präfrontalen Kortex in Stressperioden haben zur Folge, dass Hirnregionen abschalten und damit das Kind hindern, sein Verhalten entsprechend zu steuern (Arnsten, 1999 und 2009).
- Grundsätzlich greifen traumatische Belastungen in der Entwicklung massiv in das Gedächtnis und den Prozess der Gedächtnisentwicklung ein (Stengel, 2003).

Neuropsychologische Aspekte Gehirn und Gedächtnis

Anhaltende frühkindliche Traumatisierung prägt die Persönlichkeitsentwicklung und hemmt die Reifung des präfrontalen Kortex.

Folgen sind Beeinträchtigungen der Stressregulation, der Aufmerksamkeits- und Lernfähigkeit, der Mentalisierungsfunktion sowie eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit und Somatisierungstendenz.

Neurobiologische Aspekte in der Traumabehandlung

- Berücksichtigung der Stressverarbeitung
- Stabilisierung im Rahmen der Traumabehandlung fokussiert Stressdeaktivierung, jedoch behutsam, da vegetative Anspannung „Überlebensschutz“ bietet.
- Gefühl der Sicherheit muss zuvor neu erworben werden. Selbsterleben benötigt inneren sicheren Ort.



Traumatisierte Kinder im pädagogischen Alltag stärken

Dipl. Soz. Päd.ⁱⁿ Dorothea Hüsson

Dipl. Sozialpädagogin, Kinder- und Jugendlichentherapeutin (GwG), Ausbilderin in Kinder- und Jugendpsychotherapie Lange Jahre tätig in einer Fachberatungsstelle gegen sexuelle Gewalt. Aktuell tätig an der PH Schwäbisch Gmünd, Abteilung Pädagogische Psychologie, Beratung und Intervention im Studiengang Kindheitspädagogik und in einer Psychotherapeutischen Praxisgemeinschaft in Stuttgart

Die Erfahrung von Ohnmacht und Kontrollverlust während der Traumatisierung führen zu Bewältigungsstrategien, die auch nach dem Trauma wirken. Besonders bei komplextraumatisierten Kindern sind die belastenden Erfahrungen oft verbunden mit Vertrauensverlust und Beziehungskrisen.

Die somatischen, psychischen und sozialen Symptome traumatisierter Kinder haben weitreichende Folgen im Alltag, in der Schule und im familiären Zusammenleben. Mangelnde Affektsteuerung, eingeschränkte kognitive Fähigkeiten, belastetes Körpererleben und destruktive Selbstüberzeugungen zeigen sich als Bewältigungsstrategie der Kinder und bilden gleichzeitig eine große Herausforderung für jede pädagogische Fachkraft. Das Kind neigt dazu, in Beziehungen Täter-Opfer-Rollen zu re-inszenieren, um die Traumatisierungen zu bewältigen und zu bearbeiten. Aggressionen, Grenzverletzungen und mangelnde Kooperation provozieren pädagogische Fachkräfte, wirken häufig verstörend und erschweren eine gute vertrauensvolle Zusammenarbeit. Sind in Gruppen mehrere Kinder mit Traumafolgestörungen potenziert sich die Dynamik.

Häufig wird diese Traumatisierung bei den Kindern erkannt und eine Traumatherapie für das Kind angeregt. Welche Handlungskompetenzen braucht das Kind jedoch im Alltag, in den vielen Situationen außerhalb der Therapie? Eine fehlende Auseinandersetzung mit dem Thema Trauma kann bei pädagogischen Fachkräften sehr schnell zur Überforderung, Frustration, Ratlosigkeit und auch körperlichen Symptomen führen. Auch bei den Kindern erhalten sich oder verstärken sich sogar die Symptome im ungünstigsten Fall.

Traumapädagogik hat den Anspruch, den Verhaltensweisen der Kinder traumasensibel zu begegnen. Die unterschiedlichen Symptome der Kinder werden auf dem Hintergrund der Traumaerfahrung betrachtet. Handlungsimpulse und Verhaltensweisen der Kinder erhalten auf dem Hintergrund der lebensbedrohlichen Erfahrung eine andere Bedeutung. Das Erkennen, Verstehen und Einordnen destruktiver Verhaltensweisen aufgrund von Traumatisierung sowie eine reflektierte Auseinandersetzung erhöht die eigene Handlungs- und Fachkompetenz und wirkt gleichzeitig unterstützend bei der Bewältigung der Traumaerfahrungen.

Über diesen Zugang lassen sich Vorgehensweisen entwickeln, die dem Kind und der pädagogischen Fachkraft helfen, in einen guten Kontakt miteinander zu kommen. Kinder lernen mit Stressmomenten besser umzugehen, Grenzen auszuhalten und für sich Zukunftsperspektiven zu entwickeln.



Wienernetzwerk 2014

(Ver)störende Kinder

Traumatisierte Kinder im pädagogischen Alltag stärken

Dorothea Hüsson
 Dipl. Sozialpädagogin
 Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichentherapeutin, GwG
 Traumatherapeutin, ZPTN
 dorothea.huesson@ph-gmuend.de

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education

| Folie 1 | 24.11.2014 |

Traumatisierte Kinder

- Deutscher Kinderschutzbund: 10% aller Kinder (1,2 Mill.) in Deutschland sind Opfer von Gewalt und Misshandlung ^{14.11.202}
- 250.00 Kinder betroffen von sexueller Gewalt, BMFSFJ
- 2013 waren 38.000 Kinder von akuter und latenter Kindeswohlgefährdung in Deutschland betroffen (Einschätzung durch JA)
- 60 % der Kinder in der stationären Jugendhilfe haben psychiatrische Diagnosen
- 75% der K/J in der stationären Jugendhilfe haben potentiell traumatisierende Ereignisse erlebt.
(Schmid et al., 2003; Jaritz, Wiesinger & Schmid, 2003)

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education

| Folie 2 | 24.11.2014 |

Mögliche Symptome nach einem Trauma:

Trauma-Entwicklungsheterotopie

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

Geburt Vorschulalter Schulalter Pubertät Adoleszenz



Symptombereiche

- Beziehungen zu anderen
- Regulation von Affekten und Impulsen
- Aufmerksamkeit und Bewusstsein
- Selbstwahrnehmung
- Somatisierung

| Folie 4 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education



Wie können wir im pädagogischen Alltag mit diesen Verhaltensweisen und daraus entstehenden Problemen angemessen umgehen?

| Folie 5 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education



„Traumapädagogik ist ein Sammelbegriff für die im Besonderen entwickelten pädagogischen Konzepte zur Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern.“

Martin Kühn, 2008

| Folie 6 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education





- grundsätzliches Problem ist nicht fundamental andere Pädagogik ► sondern die Folgen vermeidbarer Fehler
- Es braucht eine **traumasensibel ausgerichtete Pädagogik**, die bewussten und reflektierten Umgang mit traumatisierten Kindern/Jugendlichen pflegt.

| Folie 7 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education



Traumapädagogik

Basis

- Wissen um Folgen und biografischen Belastungen
- Schwerpunkt: Ressourcen und Resilienz der Kinder
- Wertschätzung und Verständnis

Zielsetzung

- Soziale und emotionale Stabilisierung der Kinder
- Aufbau von Vertrauen zu sich selbst und zu anderen
- Erfahren von Sicherheit

| Folie 8 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education



Beziehungen

„Ich glaube, dass der Kern jeder Traumatisierung in extremer Einsamkeit besteht. Im äußersten Verlassensein. Damit ist sie häufig, bei Gewalttrauma immer, auch eine Traumatisierung der Beziehungen und der Beziehungsfähigkeit.

Eine liebevolle Beziehung, die in mancher Hinsicht einfach ist, wird unerlässlich sein, um überhaupt von einem Trauma genesen zu können.“

van der Hart

| Folie 10 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education





Beziehungen

- Bedürfnis nach Schutz und Sicherheit einerseits und andererseits große Angst, erneut verlassen, ausgenutzt zu werden
- Traumatisierte Kinder leben intensive, aber instabile Beziehungen
- Reinszenierung der Traumaerfahrung im pädagogischen Alltag
- Schwierigkeiten, einfache zwischenmenschliche Konflikte zu lösen. Selbst geringfügige Gegebenheiten können Erinnerungen an früher erlittene Gewalt hervorrufen.

| Folie 11 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education



Kinder mit wiederholten traumatischen Erfahrungen haben es schwer, einfache zwischenmenschliche Konflikte zu lösen.

Kinder mit wiederholten traumatischen Erfahrungen haben es schwer, einfache zwischenmenschliche Konflikte zu lösen.

Selbst geringfügige Gegebenheiten können Erinnerungen an früher erlittene Gewalt hervorrufen.

Das Kind kann traumatischen Beziehungserfahrungen verändern, wenn es gelingt, eine vertrauensvolle dialogische Beziehung aufzubauen, die es dem Kind **ermöglicht, neue und positive Entwicklungen zu erschließen** (Kühn, 2002)

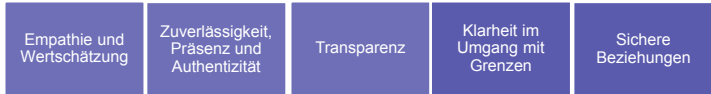
| Folie 12 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education



Traumatisierte brauchen sichere Beziehungsangebote

Je tragfähiger der emotionale Kontakt zu Bezugspersonen und BetreuerInnen, desto sicherer/gelassener kann sich das Kind Lern- und Leistungsanforderungen stellen und neue Erfahrungen zulassen.



| Folie 13 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education





Traumatisierte Kinder

- haben die **Sicherheit verloren**, sich auf Hilfe anderer verlassen zu können
- können **Konflikte selten konstruktiv lösen**
- halten **positive Gefühle** nicht aus
- **überspielen Ungewissheit** mit Unruhe, Aktionismus, Destruktivität oder Rückzug in eine Phantasiewelt

| Folie 15 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education



Ein falscher Schritt, ein falsches Wort, eine falsche Geste, Handlung oder Reaktion und es kann zu einem Ausbruch von Trauer, Schmerz oder Aggression kommen.

| Folie 16 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education



- Durch Reinszenierung eigener Erfahrung machen Traumatisierte sich selbst oder andere zum Opfer. Sie befinden sich in einer Wiederholung des Erlebens nicht zu bewältigender Gefühle.
(v. d. Kolk, 2000)
- Ausagiert werden die angestauten und blockierten Gefühle häufig in Form von Selbstverletzungen, emotionale Erstarrung, Depressionen und anklammerndem Verhalten, Trauma bedingte Regression sowie scheinbare Unabhängigkeit von der Fürsorge anderer.

| Folie 17 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education





Was ist nötig?

- Zugang zu eigenen Gefühlen finden und sie verstehen lernen
- Umgang mit Gefühlen und Affektausbrüchen
- Unterstützung in der Regulierung der Gefühle und keine Bestrafung

| Folie 18 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education



Praktische Unterstützung

- Schatzkiste – Beruhigungskiste
- Vielfältiger Umgang mit Stressbewältigung: Knetball, Schwimnudeln, Entspannungs-, Imaginationsübungen, Techniken entwickeln, z.B. sich ablenken lernen
- Schulung der Eigenwahrnehmung: Clownsgesichter, Gefühle- Uhr (Dino), Bilderbuch (z.B. Gefühle sind wie Farben)
- Erregungsniveau auf Skala von 1 bis 10 einstufen

| Folie 19 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education



Aufmerksamkeit und Lernprobleme

- Traumatisierte Kinder brauchen wesentlich mehr Zeit, um sich Wissen anzueignen und wirken oft abwesend.
- Aufgrund ihrer traumatischen Erfahrungen stehen für sie andere Dinge (z.B. der Schutz vor erneuter Traumatisierung) im Vordergrund.
- Auf das Lernen können sie sich daher nur schlecht konzentrieren.

| Folie 21 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education





- Ihr Gehirn hat gelernt, auf Gefahren zu reagieren. Jedes kleinste Stress- Potential wird als Gefahr gedeutet, weshalb sie ständig „alarmiert“ sind.
- Sie missdeuten oft Reize aus der Umgebung oder nehmen sie nicht wahr. Häufig ziehen sich diese Kinder aus Lernprozessen zurück.
- Sie können sich auf einen klassischen Unterricht meist nicht einlassen. (Ding, 2009)

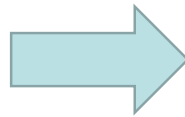
Problem: Gefahr von Ungeduld auf Seiten der PädagogInnen und Überforderung/Entmutigung auf Seiten der SchülerInnen

| Folie 22 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education



Pädagogische Grundhaltung



Symptome und Verhaltensweisen werden nicht als bizarres Verhalten gedeutet, sondern als Bewältigungsstrategie verstanden, um Kontrolle und Sicherheit über ihren Alltag zu gewinnen (Betzel, 2009).

| Folie 23 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education



Was traumatisierte Kinder brauchen

- Möglichkeit des sozial-emotionalen Lernens
- Positive Lernerfahrungen mit positiven Rückmeldungen, Ermutigung, Erfolgserlebnissen
- Umgang mit Dissoziationen
- Fehlerfreundliche Grundhaltung
- Klare Strukturen Zeit – Raum - Beziehung

| Folie 24 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education





Strukturgebendes Element Zeit

- Klarer Ablauf in der Schule
- Überschaubare Arbeitsaufgaben mit schnellem Erfolg
- Detaillierte Pläne (Stundenpläne, Tagespläne, Wochenpläne)
- Ritualisierter Rhythmus von Stunden, Tagen, Wochen
- Individuelle Pausen

| Folie 25 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education



Strukturgebendes Element Raum

- Klar umrissene Räume, Zonen schaffen: Bewegungsräume, Ruhezone, Plätze ohne viel Ablenkung, Spielzonen
- Reizüberflutung im Raum meiden
- Geeigneten Sitzplatz finden: Nähe/Distanz zu anderen – direkten Blickkontakt zur LehrerIn
- Pädagogik des Sicheren Ortes (Kühn, 2009)
- Kleinere Klassen

| Folie 26 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education



Strukturgebendes Element Beziehung

- Ohne gute Bindung kaum Lernmotivation: Kinder müssen erleben, dass sie erwünscht, erwartet und positiv gesehen werden
- Möglichkeiten, in denen LehrerInnen in Kontakt mit den SchülerInnen treten können, um Bindung aufzubauen
- Eingreifen bei grenzüberschreitendem Verhalten
- Gemeinsame Absprache mit dem Umgang bei auftretenden Konflikten
- Kontinuierliche Beziehungen

| Folie 27 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education





Grenzen

- vermehrt grenzüberschreitendes Verhalten, weil die eigenen "Grenze" verletzt wurden
- grenzüberschreitendes Verhalten bringt auch die PädagogInnen schnell an ihre eigenen Grenzen
- Durch strenge Disziplin und harte Strafen kann es zu Kontrollverlust, Ängsten und Rückzug kommen.
- Geregelte Grenzen:
Lehrer einig im Regelverständnis

| Folie 28 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education



Ideale Schule

- Unterricht in gleitender Doppelbesetzung mit unterschiedlichen Berufsgruppen und in kleinen Klassen
- Individuelle Passung: Je nach Lernmotivation unterschiedliche Unterrichtsdauer
- Vom Nachmittagsunterricht allmählich in den Vormittagsunterricht
- Integrierte erlebnispädagogische Angebote
- Große Pausen und individuelle Pausenregelung, SchülerInnen und LehrerInnen verbringen die Pause gemeinsam, Gemeinsame Pausenaufsicht
- Entwickelter Krisenplan (Deeskalationsstrategien, Notfallplan)
- Jederzeit Nutzung eines Gesprächsraumes

Blick, 2011

| Folie 29 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education



Ideale Zusammenarbeit

- Fachlichen Austausch, Fallbesprechungen, Gespräche verabreden, nicht spontan drauflosreden
- Klare Kooperations- und Kommunikationswege
- Vernetzung
- Fortbildung und Zusatzqualifikation

| Folie 30 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education





Selbst-Entwicklung

Die Förderung

- des Selbstverstehens
- der Selbstakzeptanz
- der Selbstregulation
- der Selbstwirksamkeit

| Folie 32 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education



Unterstützung zum besseren Umgang mit sich selbst

- Das Begreifen der Symptome in Zusammenhang mit der Entstehungsgeschichte - Das Selbstverstehen fördern = „Ich denke, du machst das jetzt, weil“
- Verständnis und Wertschätzung der Verhaltensweisen
- Bildhafte Sprache benutzen (z.B. „Bisherige vertraute Wege sind wie Nutzung einer Autobahn – neue Wege wie ein Trampelpfad“)
- Selbstwertbedrohungen minimieren - Positive Ich-Überzeugungen entdecken und sichtbar machen
- Kontrolle ermöglichen - Selbstbemächtigung
- Übertragung von Verantwortung

| Folie 33 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education



Körper und Somatisierung

- Körper wird als Quelle von Leid erlebt
- Innere Starre, verbunden mit einer mangelnden Wahrnehmung von sich selbst und anderen.
- Innere Starre hat häufig mangelnde Beweglichkeit und Verringerung von Entwicklungsfortschritten in verschiedenen Bereichen zur Folge
- Körperliche Beschwerden und Reaktionen

| Folie 35 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education





Traumapädagogische Haltung

- Respekt vor der (Über-) Lebensleistung der Kinder. (Überlebensstrategien)
- Ihre Verhaltensweisen sind normale Reaktionen auf eine extreme Stressbelastung.
- Sie haben für ihre Reaktionen und Verhaltensweisen einen guten Grund.
- Kinder sind die Experten für ihr Leben.

| Folie 38 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education



Strukturgebendes Element Beziehung

- Ohne gute Bindung kaum Lernmotivation: Kinder müssen erleben, dass sie erwünscht, erwartet und positiv gesehen werden
- Möglichkeiten, in denen LehrerInnen in Kontakt mit den SchülerInnen treten können, um Bindung aufzubauen
- Eingreifen bei grenzüberschreitendem Verhalten
- Gemeinsame Absprache mit dem Umgang bei auftretenden Konflikten
- Kontinuierliche Beziehungen

| Folie 27 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education



Grenzen

- vermehrt grenzüberschreitendes Verhalten, weil die eigenen "Grenze" verletzt wurden
- grenzüberschreitendes Verhalten bringt auch die PädagogInnen schnell an ihre eigenen Grenzen
- Durch strenge Disziplin und harte Strafen kann es zu Kontrollverlust, Ängsten und Rückzug kommen.
- Geregelter Grenzen:
Lehrer einig im Regelverständnis

| Folie 28 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education





Kernstücke der Traumapädagogik Weiss, 2009

- Lebensgeschichtlich belastete Mädchen und Jungen brauchen sichere Orte
- Lebensgeschichtlich belastete Mädchen und Jungen brauchen viele gute Bindungen
- Lebensgeschichtlich belastete Mädchen und Jungen haben ein Anrecht auf Erwachsene, die sie bei der Selbstbemächtigung unterstützen

| Folie 39 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education



„Traumapädagogik heißt, diesen Kindern
Brücken zu bauen, bis sie allein ins Leben
segeln!“

Martin Kühn

| Folie 40 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education



Literatur

- Baierl, Martin; Frey, Kurt (Hg.) (2014). Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bausum, Jacob. (2009). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim: Juventa-Verlag
- Bick, Christine. Unterrichtsgestaltung mit beziehungs-traumatisierten Jugendlichen. Online verfügbar unter www.erev.de/auto/Downloads/Skripte_2011/2011_14_Bick.pdf. zuletzt geprüft am 08.11.2014.
- Huber, M. (2007). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1*. (3. Aufl.). Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung
- Betzel, A. (2006). *Zur Relevanz psychotraumatologischer Kenntnisse für pädagogisches Handeln* [online]. Verfügbar unter: http://www.traumapaedagogik.de/index.php?option=com_content&view=article&id=125:zur-relevanz-psychotraumatologischer-kenntnisse-fuer-paedagogisches-handeln&catid=29:schule&Itemid=53 [14.09.2011]
- Ding, U. (2009). Trauma und Schule. Was lässt Peter wieder lernen? Über unsichere Bedingungen und sichere Orte in der Schule. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 55-66). Weinheim und München: Juventa
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: UTB.
- Gahleitner, Silke Birgitta (2014). Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kolk, v.d.B.; McFarlane, A. & Weisaeth, L. (2000). *Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis, Forschung zu posttraumatischem Stress und Traumatherapie*. Paderborn: Junfermann
- Krüger, Andreas (2012). Erste Hilfe für traumatisierte Kinder. Ostfildern: Patmos.
- Kühn, M. (2009). „Macht eure Welt endlich wieder mit zu meiner!“ Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 23-35). Weinheim und München: Juventa
- Schmid, Fegert, Petermann (2010) *Kindheit & Entwicklung* 19 (1) 47-63
- Schmid, Marc (Hg.) (2014): Traumapädagogik und ihre Bedeutung für pädagogische Einrichtungen. Ein Projekt des Universitätsklinikums Ulm mit dem C.J.D. Erstauf. Hannover: Schöneworth (Beiträge zu Theorie und Praxis der Jugendhilfe, 6).
- Schulze, Heidrun (2012). Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumalogie. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren (Grundlagen der Sozialen Arbeit, 28).
- Weiß, Wilma (2011). Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. Weinheim: Basistexte Erziehungshilfen.

| Folie 41 | 24.11.2014 |

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd
University of Education





Materialien und Artikel

- www.bag-traumapaedagogik.de
- www.ztp.welle.net
- www.kindertraumainstitut.de
- www.kikt.de
- www.mvsv.de





Sekundäre Traumatisierung des Helfer_innensystems

Der Versuch zu verstehen und ein Plädoyer für Enttabuisierung und Prävention

DSAⁱⁿ Christine Bodendorfer

Psychotherapeutin, (Psychodrama) Traumatherapeutin, Supervisorin;
Mitbegründerin u Mitarbeiterin der Mädchenberatungsstelle (Beratungsstelle für sexuelle missbrauchte Mädchen u junge Frauen), langjährige Arbeit mit Sexualstraftätern (LIMES), Gruppentherapeutin „Anti Gewalt Training“ (MÄB), Mitautorin und Referentin der Ausbildungslehrgänge für BesuchsbegleiterInnen, Konzeption, Co-Lehrgangsführung und Referentin „Traumapädagogik“ (Institut Unterberger), freie Praxis, Wien;

Im letzten Jahrzehnt ist der Begriff der“ Sekundären Traumatisierung“ bzw. „Stellvertretenden Traumatisierung“ stärker in den Fokus der Fachöffentlichkeit gekommen.

Es ist nahezu unbestritten, dass in der Arbeit mit traumatisierten Menschen trotz eigener hochwertiger Ausbildung, die Therapeutin/BeraterIn nicht immun ist gegenüber den grauenhaften, schmerzhaften Bildern, Gefühlen und Gedanken.

Es kommt zu kurzfristigen Reaktionen im Rahmen der Gegenübertragung aber auch langfristig, die sich als tiefgreifende Veränderung auf alle Lebensbereiche auswirkt.

Das innere Selbst, die Sicht auf die Welt, das Vertrauen in die eigene Unverwundbarkeit, das Gefühl von Hoffnung, Sinn und Verbundenheit - all dies wird sich verändern.

Folgen können Mitgeföhlerschöpfung, Akute Belastungsreaktion (ABS) aber auch eine Chronische posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sein.

Pearlmann schreibt 2002, „Es handelt sich um ein fließendes Phänomen, das sich ständig verändert und uns wie eine Schatten folgt.“

Aber es gibt immer noch Berufsfelder oder einzelnen Personen, die die Haltung vertreten, wenn es zu einer sekundären Traumatisierung kommt, ist dies unprofessionell oder als Fehler in dem Menschen, anzusehen.

Wir sollten jedoch dieses Problem als gegeben und nicht verhinderbar anerkennen und ihm mit Respekt begegnen!

VORSTELLUNG VON:

Erklärungsmodellen zur Entstehung – nach Figley, Pearlmann, Daniels; Folgen – in der Arbeit, für das Team, innerpsychisch und psychosomatisch Verstärkende/belastende Faktoren aber auch Ressourcen und protektive Faktoren -

KlientInnenbezogen, TherapeutInnen/BeraterInnenbezogen, auf der institutionellen/arbeitsbezogenen Ebene und auf der Ebene des gesellschaftlichen Kontext.

Prävention und Selbstfürsorge bilden, so ist zu hoffen, einen anregenden, positiven Schluss.



Sekundäre Traumatisierung des HelferInnensystems

Der Versuch zu verstehen und ein Plädoyer
für Enttabuisierung und Prävention

DSAIN Christine Bodendorfer

Gliederung- was erwartet mich?

- ▶ Übung –Selbstwahrnehmung
- ▶ Begriffsdefinition
- ▶ Wer ist betroffen?
- ▶ Wie kommt es dazu? – Auslöser
- ▶ Folgen
- ▶ belastende Faktoren/Bedingungen
- ▶ protektive Faktoren/ Ressourcen
- ▶ Wie kann ich mich schützen/abfedern?

DSAIN Christine Bodendorfer

Übung –Selbstwahrnehmung



DSAIN Christine Bodendorfer



Begriffsdefinition

- ▶ Begriffsverwirrung!
- ▶ Mitgeföhlerschöpfung (compassion fatigue)
- ▶ Sekundäre Traumatisierung
- ▶ Stellvertretende Traumatisierung
- ▶ Indirekte Traumatisierung (IT)
- ▶ Übertragene Traumatisierung
- ▶ ABS Akute Belastungsstörung
- ▶ PTBS Posttraumatische Belastungsstörung
- ▶ =PTSD Posttraumatic Stress Disorder

DSAIN Christine Bodendorfer

Begriffsdefinition

- ▶ Figley (1995) führte den Begriff der **Compassion fatigue** ein.
Darunter ist eine vorhersehbare Mitgeföhlerschöpfung zu verstehen, die (auch) in Folge der Arbeit mit traumatisierten Menschen entsteht.

DSAIN Christine Bodendorfer

Begriffsdefinition

- ▶ Wenn eine HelferIn, mit oder ohne eigene Traumaerfahrung, die Traumaerfahrung der Klientin sozusagen aufnimmt und entsprechende Symptome produziert, die der posttraumatischen Belastungsstörung und den körperlichen Folgesymptomen entsprechen. (Huber 2003, Pearlmann&Saakvitne 1995, Saakvitne 1996)

DSAIN Christine Bodendorfer



Begriffsdefinition

- ▶ „Eine Traumatisierung, die ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstraumas sowie mit zeitlicher Distanz zum Ausgangstrauma entsteht.“ (Daniels 2003)
- ▶ „Ansteckung“ mit typischen posttraumatischen Symptomen im Laufe der Arbeit mit traumatisierten KlientInnen.
- ▶ Auch Bildmaterial oder Geschriebenes

DSAIN Christine Bodendorfer

Begriffsdefinition

- ▶ Traumatisierendes kann gesprochen / erzählt werden; das ist aber nicht unbedingte Voraussetzung. Die Atmosphäre von existentieller Bedrohung und Hilflosigkeit kann ausreichen. (Rhode 2014)

DSAIN Christine Bodendorfer

Begriffsdefinition

- ▶ Die Arbeit mit Trauma berühren 3 Fähigkeiten am zentralsten (Pearlmann&Saakvitne 1995):
- ▶ Fähigkeit, ein grundsätzlich positives Gefühl zum eigenen Selbst aufrechtzuerhalten
- ▶ Fähigkeit, konstruktiv mit starken Affekten umzugehen
- ▶ Fähigkeit ein Gefühl der Verbundenheit mit anderen aufrechtzuerhalten
- ▶ Brüche Hinweis auf stellvert. Traumatisierung

DSAIN Christine Bodendorfer



Wer ist betroffen?

- ▶ Professionelle HelferInnen
- ▶ Direkt in der Arbeitssituation u/o. danach
- ▶ Angehörige vom HelferInnensystem, SV
= tertiäre Traumatisierung
- ▶ Angehörige von traumatisierten Menschen
- ▶ auch nächste Generation
- ▶ Institutionen
- ▶ Gesellschaften/Bevölkerungsgruppen

DSain Christine Bodendorfer

Wie kommt es dazu – Auslöser

- ▶ Wie kann das sein?
- ▶ Gute Ausbildung
- ▶ Supervision
- ▶ Im Gegensatz zum primär Trauma:
- ▶ Vorhersehbarkeit
- ▶ Beeinflussung der Geschehnisse mit Techniken
- ▶ Kontrolle

DSain Christine Bodendorfer

Wie kommt es dazu? – Auslöser

- ▶ **Mitgefühlerschöpfung:**
- ▶ Gefühl tiefer Sympathie
- ▶ Sorge um einen Menschen der von Leiden und Unglück betroffen ist
- ▶ starken Wunsch, den Schmerz der/des Betroffenen zu lindern oder seine Ursache zu beseitigen (Joinson, 1992).

DSain Christine Bodendorfer



Wie kommt es dazu? Auslöser

- Mitfühlendes kümmern
- ▶ Sich verantwortlich fühlen auf irgendeine Weise zu helfen
- ▶ Empathische Haltung
- ▶ kein einmaliges Ereignis oder ein einmaliges Erleben, sondern:
- ▶ „Es handelt sich um ein fließendes Phänomen, das sich ständig verändert und uns wie ein Schatten folgt.“ Pearlmann (2002)

DSAIN Christine Bodendorfer

Wie kommt es dazu? Auslöser

- ▶ Ein neuropsychologisches Modell der sekundären Traumatisierung von Judith Daniels (2006; 2007)
- ▶ Empathie
- ▶ Kindling
- ▶ Dissoziation

DSAIN Christine Bodendorfer

Wie kommt es dazu? Auslöser

empathisches Zuhören/anwesend sein
Spiegelneuronen aktivieren die gleichen neuronalen Netzwerke wie beim eigenen Erleben
,Fehler‘ der Informationsverarbeitung nämlich:
Wegfall der Selbst-Fremd-Differenzierung
Daher emotionale Distanzierung nicht mehr möglich!
WIESO? Woher kommt der Fehler?

DSAIN Christine Bodendorfer



Wie kommt es dazu? Auslöser

- ▶ Die übernommene Erregung scheint zu wenig als Erklärung
- ▶ Vermutung: Aufgrund des Kindling der Amygdala
- ▶ Dh. einer zunehmenden Sensibilisierung der Amygdala durch wiederholte unterschwellige Aktivierung (zu viel, zu oft!)
- ▶ Dissoziative Reaktion: Traumamaterial wird ohne Kontext abgespeichert.

DSAIN Christine Bodendorfer

Das heißt:

- ▶ Ohne Mitgefühl und Empathie keine Mitgeföhlerschöpfung/sekundäre Traumatisierung
- ▶ Nicht immun gegen schmerzhaftes Bilder, Gedanken und Geföhle
- ▶ Nicht unprofessionell oder ein Fehler
- ▶ als gegeben und nicht verhinderbar anerkennen und mit Respekt begegnen

DSAIN Christine Bodendorfer

Folgen

- ▶ **In der direkten Arbeit/kurzfristig:**
 - ▶ Gegenübertragungsphänomene
 - ▶ Typ 1: Vermeidung, Typ 2: Überidentifikation (Wilson & Lindy, 1994)
 - ▶ Empathie –selben körperl. Symptome
 - ▶ Dissoziation – „auf Gas und Bremse gleichzeitig“ (Sachse)

DSAIN Christine Bodendorfer



Folgen

Langfristig

- ▶ Zentrale Bedürfnisse des Menschen wie Geborgenheit, Sicherheit und Vertrauen werden durch Traumata in Frage gestellt und zutiefst erschüttert.
- ▶ Veränderung in einem Selbst, in der Spiritualität (das Gefühl von Hoffnung, Sinn und Verbundenheit)
- ▶ die Sicht auf die Welt/Gerechtigkeit
- ▶ das Vertrauen in die eigene Unverwundbarkeit

DSAIN Christine Bodendorfer

Folgen

- ▶ PTBS –flash backs, Alpträume, Vermeidung, Übererregung, Depression, Suizidalität
- ▶ Suchtmittelmissbrauch, zwanghafter Konsum
- ▶ Entgrenzung
- ▶ Emotionale Taubheit, Intellektualisierung
- ▶ Ängste, Wut, Gereiztheit.....
- ▶ Auswirkung auf die Sexualität, Beziehung/en
- ▶ Konzentrationsstörungen
- ▶ Chron. erhöhter Spiegel der Stresshormone
- ▶ (Psychosomat.) Erkrankungen

DSAIN Christine Bodendorfer

Folgen

- ▶ Blame the victim
- ▶ Verleugnung oder Verharmlosung des Traumas
- ▶ Körperliche, emotionale oder sexuelle Ausbeutung der KlientIn
- ▶ Zynismus
- ▶ „Das ist ein hoffnungsloser Fall“
- ▶ Beziehungsabbruch herbeiführen
- ▶ RetterIn, Nur ICH, versus Zweifel, Selbstkritik/Hass, Ausstiegswünsche

DSAIN Christine Bodendorfer



belastende Faktoren/Bedingungen

KlientInnen bezogen:

- ▶ Intensität des Traumas
- ▶ Nicht integrierte psychische Inhalte die nicht benennbar, oder sehr abgespalten sind (in Diss äußern oder nur in der Atmosphäre)
- ▶ Suizidalität
- ▶ Kinder oder extrem wehrlose Personen
- ▶ Hohe Erwartungshaltung – „Nur Sie können mich retten, letzter Ausweg..“ oder Gegenteil „Sie können mir auch nicht helfen!“
- ▶ Keine äußere Sicherheit

DSAIN Christine Bodendorfer

belastende Faktoren/Bedingungen

▶ TherapeutInnen/BeraterInnen bezogene

- ▶
- ▶ Gerechtigkeitsempfinden wird stark in Frage gestellt
- ▶ Infragestellung eigener Normalität
- ▶ RetterInnenphantasie
- ▶ Eigene hohe Anforderung/Perfektionismus
- ▶ EinzelkämpferIn „Bin die einzige auf die ich mich verlassen kann“
- ▶ Gerade selbst belastet/zu viel Arbeit, urlaubsreif
- ▶ Eigene (unaufgearbeitete) Traumata

DSAIN Christine Bodendorfer

belastende Faktoren/Bedingungen

▶ Institutionelle/arbeitsorganisatorische Ebene

- ▶ Teamkonflikte
- ▶ Hohe Fallbelastung
- ▶ Unsicherer Arbeitsplatz, prekäre Arbeitsverhältnisse
- ▶ Unklare Leitungs- und Teamstrukturen
- ▶ Informelle Macht und Hierarchien
- ▶ Keine klaren Grenzen (berufl – privat)
- ▶ Autoritäre Strukturen

DSAIN Christine Bodendorfer



belastende Faktoren/Bedingungen

- ▶ **Ebene des gesellschaftlichen Kontexts**
- ▶ Wenig gesellschaftlicher Rückhalt
- ▶ Judikatur, staatliche Macht
- ▶ Keine oder nur unzureichende Wertschätzung
- ▶ Keine oder nur schlechte Bezahlung

DSAIN Christine Bodendorfer

protektive Faktoren/ Ressourcen

- ▶ **Faktoren in der Therapie/Beratung**
- ▶ Fachkompetenz/Traumapädagogische/
therapeutische Interventionen
- ▶ Aus/Fortbildung – Fachtagung ☺
- ▶ Achtsamer Umgang mit sich selbst
- ▶ Äußere und innere Sicherheit

DSAIN Christine Bodendorfer

protektive Faktoren/ Ressourcen

- ▶ **Faktoren auf der persönlichen Ebene**
- ▶ Stabiles und ausgefülltes Privatleben
- ▶ Bewusstheit für eigene innere Prozesse
- ▶ Distanzierungsfähigkeit – bewusstes NEIN
- ▶ Raum für Selbstpflege
- ▶ Reflexionsräume
- ▶ Persönliche Eigenschaften
- ▶ Eigene, verarbeitete Traumata

DSAIN Christine Bodendorfer



protektive Faktoren/ Ressourcen

- ▶ **Faktoren im Team**
- ▶ Formale Strukturen/Supervision, Intervision
- ▶ Informeller Austausch über belastende Geschichten
- ▶ ähnlichen Arbeitserfahrungen –
- ▶ „Normalität im Wahnsinn!“
- ▶ Gefühl – „ich muss es nicht alleine tragen“
- ▶ Autonomie

DSAIN Christine Bodendorfer

protektive Faktoren/ Ressourcen

- ▶ **institutionelle und arbeitsorganisatorische Ebene**
- ▶ Zeitliche Begrenzung der Arbeit
- ▶ Begrenzung der Fallbelastung
- ▶ Ausgleiche schaffen
- ▶ Klarer institutioneller Rahmen
- ▶ Einbeziehung anderer Institutionen
- ▶ Mitspracherecht!

DSAIN Christine Bodendorfer

Wie kann ich mich schützen/abfedern?

- ▶ Offener Umgang
- ▶ Selbstfürsorge
- ▶ Achtsamkeit
- ▶ Fort- u Weiterbildung
- ▶ Traumapädagog. Interventionen
- ▶ Bewusst machen – Gewinn d. Arbeit
- ▶ Klare Grenzen ziehen
- ▶ Pausen machen!
- ▶ In diesem Sinne machen wir jetzt auch eine!

DSAIN Christine Bodendorfer



WS A1: Trauma und Traumafolgen im Kindesalter

Sabine Rupp, DSA, MSc

Psychotherapeutin und Traumatherapeutin für Kinder, Jugendliche und Erwachsene;

Mitbegründerin und Mitarbeiterin der „Mädchenberatung“;

Mitbegründerin der „psychosozialen und juristischen Prozessbegleitung“;

Aus- und Fortbildungen in Integrativer Gestalttherapie, Cranio Sacrale Behandlung sowie Psychotraumatologie Ausbildungs- Supervisions- und Lehrtätigkeiten sowie Seminarleitungen zu den Themen „Sexueller Missbrauch“ und „Prozessbegleitung von Kindern und Jugendlichen“

Es ist wichtig, dass seelische Verletzungen behandelt und versorgt werden, ebenso sorgfältig wie körperliche Wunden. Gerade bei Kindern und Jugendlichen ist das von großer Bedeutung, denn wenn ihnen Schlimmes widerfahren ist brauchen sie sachgemäße Hilfe. Angst und Schrecken haben sie äußerlich oft schon überstanden, doch im „Inneren“ wirkt das erfahrene Leid noch immer nach und sorgt für schwere Verstörungen, die Sie - als PädagogInnen - wahrnehmen können.

In diesem Workshop sollen PädagogInnen ermutigt werden, einen Teil der Versorgung von seelischen Verletzungen von Kindern und Jugendlichen zu übernehmen. Sie lernen auf verständliche Art Kindern zu erklären was im Gehirn, dem Körper und der Seele vor sich geht, wenn schlimme Dinge passieren. Kinder und Jugendliche können infolgedessen sich selbst, ihre traumatischen Erfahrungen und die Symptome besser verstehen. Diese Form der Psychoedukation führt zu spürbarer Entlastung.



WS B: Zusammenarbeit mit Eltern traumatisierter Kinder

Dipl. Soz. Päd.ⁱⁿ Dorothea Hüsson

Dipl. Sozialpädagogin, Kinder- und Jugendlichentherapeutin (GwG), Ausbilderin in Kinder- und Jugendpsychotherapie Lange Jahre tätig in einer Fachberatungsstelle gegen sexuelle Gewalt. Aktuell tätig an der PH Schwäbisch Gmünd, Abteilung Pädagogische Psychologie, Beratung und Intervention im Studiengang Kindheitspädagogik und in einer Psychotherapeutischen Praxisgemeinschaft in Stuttgart

Dagmar Nuding

Diplompädagogin, Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichentherapeutin, Weiterbildungen in Traumatherapie und EMDR, Psychotherapeutische Tätigkeit in freier Praxis und Beratungsstelle gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen, internationale Publikationen zur Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Viele Eltern traumatisierter Kinder haben häufig selbst eigene Traumatisierungen erlebt. Erlebte Gewalt, eigene Missbrauchserfahrungen, Flucht und Bedrohung wirken intensiv auf die eigene Lebensbewältigung und Kindererziehung. Oft sind die psychischen Belastungen und finanziellen Sorgen so groß, dass sie als fürsorgliche Eltern ausfallen.

Auch Eltern ohne eigene Traumatisierung fallen durch die traumatischen Erlebnisse ihrer Kinder häufig in einen Schockzustand und sind dann schlecht in der Lage als Bezugsperson für Ihr Kind kurz- oder auch langfristig präsent zu sein.

Eltern können in der Arbeit mit traumatisierten Kindern eine große Ressource darstellen und die Bewältigung der Traumaerfahrung positiv beeinflussen. Wie können Väter und Mütter so unterstützt werden, dass sie ihre Rolle als fürsorglichen Elternteil besser wahrnehmen können? Wie muss die Zusammenarbeit mit Eltern gestaltet werden, um diese als Ressource für das Kind zu gewinnen?

Um Eltern zu einer Zusammenarbeit zu motivieren und sie im Umgang mit ihren Kindern zu unterstützen, ist ein Vorgehen auf unterschiedlichen Ebenen nötig. Auf dem Hintergrund der individuellen Familiengeschichte sind unterschiedliche Möglichkeiten, aber auch Grenzen vorhanden.

Informationen über die Auswirkungen einer Traumatisierung, können ein größeres Verstehen für die Verhaltensweisen der Kinder bewirken. Konkrete Hilfen für den erzieherischen Alltag unterstützen Eltern, in Konfliktsituationen mit ihren Kindern sinnvoll und angemessener zu reagieren. Möglichkeiten der eigenen Entlastung können ebenso unterstützend wirken.

Grundlage jeder Zusammenarbeit mit Eltern ist die reflektierte Einstellung der pädagogischen Fachkraft gegenüber den Eltern. Ablehnung und Abwertung gegenüber „schwachen“ Eltern fördern keine gute Kooperation und führen schlimmstenfalls sogar zu einer Verschlechterung der Beziehung zu den Eltern und auch dem Kind. Eine zugewandte und aufmerksame Haltung gegenüber den Eltern, schließt nicht aus, dass auch ein konfrontatives Vorgehen in manchen Situationen sinnvoll und nötig ist, um so das Wohl des Kindes zu sichern und zu fördern.

Zusammenarbeit mit Eltern traumatisierter Kinder

Dorothea Hüsson & Dagmar Nuding

Workshop auf der 12. Fachtagung des Wiener Netzwerks
gegen sexuelle Gewalt an Mädchen, Buben und
Jugendlichen

(Ver-) störende Kinder

**Traumatisierte Kinder und Jugendliche als Herausforderung
im pädagogischen Alltag**

am 17. November 2014

Inhalte

- Kennenlernen der Arbeitsbereiche der TeilnehmerInnen
- Einstimmung ins Thema – Fallbeispiel
- Theorieinput zur Situation betroffener Eltern
- Rollenspiel in 5er Gruppen
- Input zum grundsätzlichen Beratungsvorgehen
- Umgang mit aktiv traumatisierenden Eltern
- Elternarbeit in der stationären Jugendhilfe

Versetzen Sie sich in die Situation der Mutter

- Welche Gefühle erlebt sie?
- Welche Gedanken/Fragen hat sie?

Kleingruppenarbeit

- Sammeln Sie in der 5er Gruppe mögliche Gefühle und Gedanken/Fragen
- Notieren Sie die Gefühle auf grünen Metaplankarten
- Notieren Sie die Gedanken/Fragen auf roten Metaplankarten

Eltern erleben sexuelle Gewalt als 5-fache Krise

- eigene Elternkompetenz ist in Frage gestellt
 - Verlust und/ oder Veränderung ihrer sozialen Beziehungen, Verlust eines Freundeskreises
 - Zusammenbruch zumindest von Teilen ihres bisherigen Lebensplans sowie ihres Selbstbildes, Desillusionierung einer unbeschwerten Kindheit.
 - Zusammenbruch ihres Partnerschaftskonzeptes
 - materielle Krise
- (Bange, 2012)

Situation der Eltern

- selbst hilflos und überfordert
- benötigen selbst Unterstützung, Stabilisierung und Entlastung
- kämpfen nicht selten mit schwierigen Lebenssituationen, eigenen psychischen Problemen und Auswirkungen von Traumatisierungen
- leiden unter Schuldgefühlen
- Langzeitfolgen: Sekundärtraumatisierungen

Krise in der Eltern-Kind-Beziehung

- eigene Betroffenheit führt zu Unsicherheiten im Kontakt mit dem Kind
- häufig Erziehungsschwierigkeiten
- Probleme mit aggressiven und sexuellen Verhaltensweisen der Kinder
- ✓ manchmal entsteht mehr Nähe und Vertrautheit

Paarkrise

- Beziehung verändert sich
- erhöhte Streitgefahr zwischen (nichtmissbrauchenden) Eltern
- hinterfragen aller bisherigen Überzeugungen und Einstellungen
- Schuldzuweisungen
- Spannungen
- Frau kümmert sich mehr ums Kind, Mann arbeitet mehr

Unmittelbar nach dem Geschehen

- wirken die Eltern auf andere oft distanziert, ambivalent und unentschlossen
- auch bis dahin liebevoll zugewandte Eltern, wirken häufig inkonsistent und ambivalent
- schwanken zwischen: dem Kind glauben und misstrauen
- bagatellisieren die Tat oder wollen Sie nicht wahrhaben
- machen sich Selbstvorwürfe
- schimpfen das Kind, machen ihm Vorwürfe, sind enttäuscht



Verhaltensweisen der Eltern sind verzweifelte Versuche, mit der Wahrheit und Betroffenheit zurechtzukommen.

Nach der ersten Schockphase...

- Überwiegender Teil der Mütter* unterstützen ihre Kinder
- ein Teil der Mütter ist ambivalent und unterstützt die Kinder nicht dauerhaft oder nicht ohne zusätzliche Intervention
- ein weiterer Teil der Mütter geht destruktiv mit der Information über den Missbrauch um: ignorieren oder sind aktiv an der Traumatisierung beteiligt



alle Eltern bedürfen Unterstützung



das Beratungsangebot muss auf den Bedarf individuell abgestimmt sein

* Studien zum Umgang der Väter liegen derzeit nicht vor

Ambivalentes Verhalten ist größer...

- je unsicherer die Beziehung der Mutter zum Kind bereits vor der Traumatisierung war
- je mehr sich die Beziehung der Mutter zum Kind verschlechtert
- je mehr die Mutter über den Missbrauch nachgrübelt
- je mehr sich die Mutter emotional mit dem Täter verbunden fühlt
- je kürzer ihre Beziehung zum Täter ist

Elterngespräch - Rollenspiel

- Bilden Sie eine Kleingruppe aus 5 Personen
- Verteilen Sie folgende Rollen
 - 1 Mutterrolle
 - 2 Beraterrollen (Beraterin1 und Beraterin2)
 - 2 Beobacherrollen
- Es werden zwei Szenen gespielt mit zwei unterschiedlichen Vorgehensweisen
- Spielen Sie zunächst beide Szenen
- Werten Sie das Rollenspiel erst im Anschluss an beide Szenen aus
- Die Mutterrolle bleibt in beiden Rollenspielen gleich
- Die BeraterInnen wechseln

Elterngespräch - Auswertung

1. Die Mutter erzählt, wie es ihr in beiden Rollenspielen ergangen ist
2. Beide BeraterInnen erzählen, wie es ihnen mit dieser Form der Beratung ergangen ist
3. Beide BeobachterInnen erzählen, was sie beobachtet haben
4. Als Gruppe fassen Sie zusammen was sich als hilfreich bewährt hat

Grundsätzliches Beratungsvorgehen

Beratungselemente

- Eingehen auf (ambivalente) Gefühle
- Psychoedukation: Eltern müssen Informationen über die Dynamik von Missbrauch und mögliche Traumafolgestörungen erhalten
- Unterstützung im Umgang mit den Verhaltensweisen der Kinder
- Umgang mit Täterperson besprechen
- ansprechen finanzieller und anderer Probleme

(Bange, 2012)

Sichere, stabile Eltern sind eine Unterstützung für das traumatisierte Kind

Eltern brauchen:

- eigene professionelle Hilfe, um für ihr Kind da sein zu können und ein positives Coping-Modell zu sein
- Entlastung, indem sie die Verantwortung für das eigene Kind zeitweise an Profis abgeben
- Beratung, die modellhaft vorlebt, wie Sicherheit, Akzeptanz und Unterstützung aussehen kann


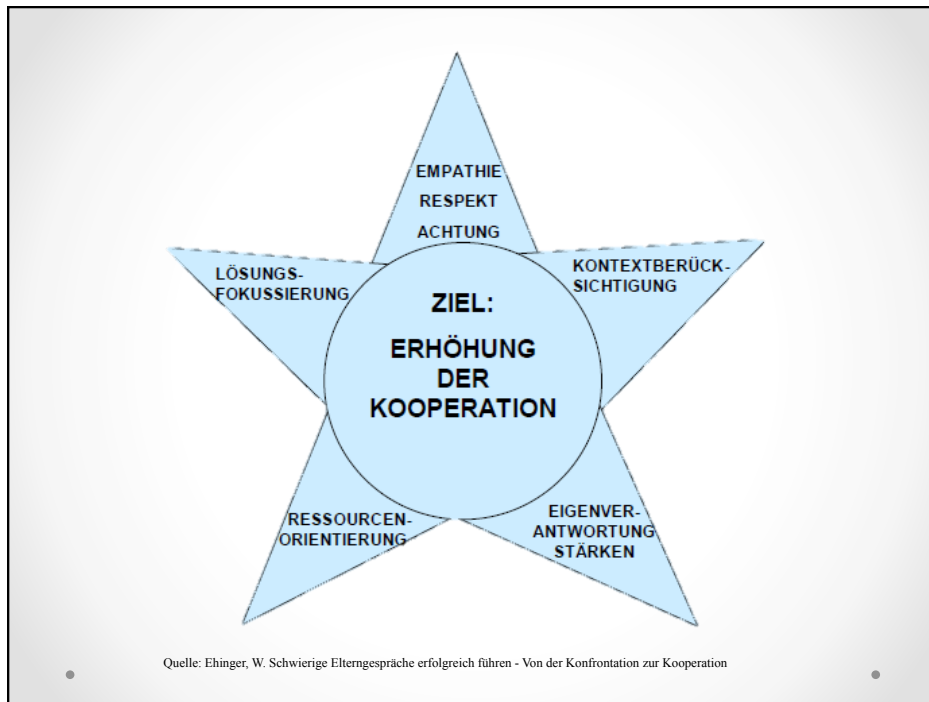
Erziehungsberatung

- will Erziehungskompetenz stärken
- Eltern lernen, Kinder zu unterstützen und Eigenständigkeit zu fördern
- Reduzierung von Überängstlichkeit und Überbehütung um Opferrolle zu vermeiden
- Themen aufgreifen wie Umgang mit Grenzen, Nähe/Distanz, Sexualität, Körperlichkeit, Aggressionen, Sicherheit geben

Kinder erleben es als hilfreich, wenn Eltern...

- ihnen Raum geben über den sexuellen Missbrauch zu sprechen
- für sie da sind und ihnen aufmerksam zuhören mit einer akzeptierenden und respektvollen Haltung
- ihnen glauben
- ihnen vermitteln, dass sie nicht verantwortlich sind für den Missbrauch
- für sich selbst und sie Hilfe organisieren
- ihre Kinder vor dem Täter schützen

(Bange, 2012)



Empathie

- Einfühlungsvermögen in die subjektive Weltsicht der Eltern: ihr Denken, Fühlen und Handeln
- Wertschätzung ist wichtiger als jede Technik und entscheidet, ob Eltern Hilfe annehmen
- Selbstfürsorge erhöhen, um stabile Eltern sein zu können



Die Berücksichtigung des Lebenskontextes der Eltern

- Lösungsversuche, ohne Einbeziehung des aktuellen Lebenskontextes, scheitern meist
- Ziele und die einzelnen Lösungsschritte zur Erreichung dieser Ziele müssen auf ihre Realisierbarkeit überprüft werden
- individuelle Hilfe
- Berücksichtigung der Faktoren und Umstände, die es Eltern erschweren, Hilfe anzunehmen



Eigenverantwortlichkeit der Gesprächspartner

- Grundhaltung: Eltern wünschen das Beste für ihr Kind und tun das aktuell Bestmögliche für ihr Kind
- Eltern als gleichberechtigte Kommunikations- und KooperationspartnerInnen auf der Erwachsenenenebene respektieren und behandeln
- Anteile an Verantwortung im gemeinsamen Gesprächen benennen, sortieren und abstimmen
- erkennen, was Eltern selbst tun können und wo sie an Grenzen kommen und Hilfe benötigen





Ressourcenorientierung

- Stärken, Ressourcen der Eltern wahrnehmen
- Ausnahmen vom Problem wahrnehmen und Stärken bewusst machen, so dass sie von den Betroffenen wieder spontan und mühelos genutzt werden können
- bisherige gelungene Krisenbewältigung feststellen

•

•



Lösungsfokussierung

- Lösungsinteresse der Betroffenen hervorheben und ihre bisherigen Lösungsversuche würdigen und positiv bewerten
- Lösungs-, Handlungsschritte entwickeln
- Unterstützung in alltäglichen Fragen, Förderung von Eigenständigkeit
- keine Überbehütung eigene Hilfesuche als Stärke definieren

•

•

Problematisches Elternverhalten

(Austausch in Murmelgruppen)

• • •

Was tun wenn Eltern aktiv/passiv traumatisieren???

Ist eine Kooperation, dann noch sinnvoll, nötig oder machbar?

Welche Erfahrungen haben Sie bisher gemacht?

Was spricht für eine Kooperation?

Was dagegen?

Schutzauftrag bei Täterverhalten

• • •

Zusammenarbeit mit Eltern, die Kinder traumatisieren

- Erfolgreiche Täterarbeit sollte Voraussetzung für den Kontakt mit dem Kind sein
- Gewährleistung der inneren und äußeren Sicherheit des Kindes – Vermeidung von erneuten traumatischen Erfahrungen
- Offener Umgang mit der Thematik sollte praktiziert werden
- Auseinandersetzung mit dem Thema Täterschaft und Umgang damit
- Versöhnungsarbeit – wenn gewollt von Kind

Grenzen der Zusammenarbeit

- Beide wollen Zusammenarbeit nicht
- Fehlende Problemeinsicht
- Sicherheit des Kindes nicht gewährleistet
- Verantwortung für eigene Überforderung und Handlungen werden nicht übernommen, Verharren in abwehrender Position
- Das Kind bleibt in einem Loyalitätskonflikt und eine emotionale Stabilität ist nicht möglich.
- „Ums Kind kämpfende“ Eltern sprechen Sehnsucht des Kindes nach liebenden und sorgenden Eltern an und begeben sich weiterhin zu den gewalttätigen, missbrauchenden Eltern
- Dann muss das Umgangsrecht aufgehoben werden

Elternarbeit in der stationären Jugendhilfe

- Eltern sollen Kindern Weg zur Annahme von Hilfe „erlauben“
- Eltern haben Versagensgefühle, fühlen sich fremdbestimmt und sehen nicht unbedingt Sinn der Hilfe. Das Gefühl muss reduziert werden, um Entwicklung zu ermöglichen:
- Kinder entscheiden sich emotional für ihre Eltern und solidarisieren sich gegen die PädagogInnen und Einrichtungen (Conen, 2007)
- Intensive Zusammenarbeit ist daher Voraussetzung, um diese Wechselwirkung zu verhindern.

- Der verantwortliche Anteil der Eltern am Leid des Kindes soll benannt werden, die Eltern werden jedoch nicht beschuldigt, angeklagt, abgewertet oder bloßgestellt
- Elternarbeit ist **Balanceakt**
zwischen Grenzen ziehen und Integrieren der Eltern
zwischen Bedürftigkeit und Befindlichkeit der Eltern
zwischen Schutzbedürftigkeit und Bedürfnissen der K/J
- Herausforderung an die eigene Toleranz der beratenden Person

Kriterien für Rückführung

Dirk Bange und Klaus Peter David, 2002. In Weiß: Philipp sucht sein Ich, S. 129

- Täterperson muss offen über seine Delikthandlung sprechen, Verantwortung für die Gewalthandlung übernehmen und seine Manipulationsstrategien offenlegen
- Elternteil stellt sich auf die Seite des Kindes und kann für die Sicherheit des Kindes sorgen
- Eltern übernehmen ihre Rolle als Eltern
- Kind ist selbstbewusster, emotional stärker; in eine peergruppe integriert und hat AnsprechpartnerInnen

Literatur

- Baierl, M. (2014). Zusammen auf der Seite des Kindes stehen: Eltern- und Familienarbeit. In K. Frey & M. Baierl (Hrsg.), *Praxishandbuch Traumapädagogik*. (S. 108–115). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Baierl, M. & Frey, K. (Hrsg.) (2014). *Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bange, D. (2011). *Eltern von sexuell missbrauchten Kindern. Reaktionen, psychosoziale Folgen und Möglichkeiten der Hilfe*. Göttingen: Hogrefe.
- Bick C. (2011). *Unterrichtsgestaltung mit beziehungstraumatisierten Jugendlichen*. Online verfügbar unter www.erev.de/auto/Downloads/Skripte_2011/2011_14_Bick.pdf, zuletzt geprüft am 08.11.2014.
- Deidesheimer, B. (2014). Traumapädagogische Haltung in der Zusammenarbeit mit dem Herkunftssystem. In M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogik und ihre Bedeutung für pädagogische Einrichtungen. Ein Projekt des Universitätsklinikums Ulm mit dem CJD*. (S. 128–136). Hannover: Schöneworth.
- Ellinger, S. (Hrsg.), (2009). *Ganztagsschule für traumatisierte Kinder und Jugendliche*. Oberhausen: Athena.
- Gahleitner, S. (2014). *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Krüger, A. (2012). *Erste Hilfe für traumatisierte Kinder*. Ostfildern: Patmos.
- Loch, U. & Schulze, H. (2012). Aufmerksamkeitslinien in der traumaintegrierten Sozialen Arbeit. In H. Schulze (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumalogie*. (S. 59–114). Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.
- Lueger-Schuster, B. & Pal-Handl, K. (2004). *Wie Pippa wieder lachen lernte - Elternratgeber für traumatisierte Kinder*. Wien: Springer
- Schmid, M. (Hrsg.), (2014). *Traumapädagogik und ihre Bedeutung für pädagogische Einrichtungen. Ein Projekt des Universitätsklinikums Ulm mit dem CJD*. Hannover: Schöneworth.
- Schulze, H. (Hrsg.), (2012). *Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumalogie*. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.
- Weiß, W. (2011). *Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen*. Basel: Beltz Juventa.



WS C: **Der Traumasog- Oder wie halte ich meine Arbeit eigentlich (noch) aus?**

DSAⁱⁿ Christine Bodendorfer

Psychotherapeutin, (Psychodrama) Traumatherapeutin, Supervisorin;
Mitbegründerin u Mitarbeiterin der Mädchenberatungsstelle (Beratungsstelle für sexuelle missbrauchte Mädchen u junge Frauen), langjährige Arbeit mit Sexualstraftätern (LIMES), Gruppentherapeutin „Anti Gewalt Training“ (MÄB), Mitautorin und Referentin der Ausbildungslehrgänge für BesuchsbegleiterInnen, Konzeption, Co-Lehrgangsführung und Referentin „Traumapädagogik“ (Institut Unterberger), freie Praxis, Wien;

Nachdem dieser WS auch Elemente der Selbsterfahrung enthält, ersuche ich um achtsamen, eigenverantwortlichen Umgang mit sich selbst.

„Es fängt dann so ein Wabbern in meinem Kopf an, so wie wenn er in Watte gehüllt ist, eine gallertartig, wabbernde Masse, der Mund wird trocken, der Blutdruck sinkt, und das Zeitgefühl verändert sich“ So (oder natürlich auch ganz anders) könnte es sich anfühlen wenn Sie in einen Traumasog geraten sind.

DENN:

Die Arbeit mit traumatisierten Menschen ist ansteckend! Mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens von J. Daniel bestimmen wir den „Grad der Ansteckung“ um dann die passenden „Medikamente“ zu finden.

Diese können sein: (protektive Faktoren)

In der direkten Beratung/Therapie Sitzung/im Team

Traumapädagogische Interventions- und Stabilisierungstechniken

Achtsamkeitsübungen

Wertschätzung

Austausch

.....

Im privaten Leben

Selbstfürsorge -Ideen und Techniken

reanimieren von Ressourcen/ Ressourcensammlung

.....

WAS ABER IST NICHT /WENIG HILFREICH? (VERSTÄRKENDE FAKTOREN) Wo SIND MEINE TRIGGER?

in der direkten Arbeit mit dem/der KlientIn

im Team

im privaten Leben

Methoden: Vortrag, Imaginationsübungen, leichte Yogaübungen, Kleingruppenarbeit, Kollegialer Austausch



WS D: Pädagogisches Arbeiten mit traumatisierten Kindern

Mag.^a Maria Dalhoff & Mag.^a Christa Jordan-Rudolf
Mag.^a Lilly Axster & Soz.Päd.ⁱⁿ Christine Klimt

Verein Selbstlaut - gegen sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen, Wien

Traumapädagogik ist eine neue Fachrichtung, die sich in den letzten Jahren entwickelt hat. 2002 gründen Volker Vogt und Martin Kühn die Webseite www.traumapädagogik.de, 2003 erscheint „Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in der Erziehungshilfe“ von Wilma Weiß.

Traumapädagogik bezieht sich auf das Grundlagenwissen der Psychotraumatologie, Bindungs- und Resilienzforschung, psychotherapeutische Disziplinen, Neurobiologie sowie auf pädagogische Konzepte wie Reformpädagogik, Heilpädagogik, Psychoanalytische Pädagogik und Milieutherapeutische Konzepte.

Nach Martin Kühn (2008) ist demnach „Traumapädagogik ein Sammelbegriff für die im Besonderen entwickelten pädagogischen Konzepte zur Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in den unterschiedlichsten Arbeitsfeldern“.

Onno van der Hart, einer von Europas führenden Traumaforschern, meint, dass „der Kern jeder Traumatisierung in der extremen Einsamkeit besteht. Im äußersten Verlassensein. Damit ist sie häufig, bei Gewalttraumata immer, auch eine Traumatisierung der Beziehungen und der Beziehungsfähigkeit. Eine liebevolle Beziehung, die in mancher Hinsicht einfach „sicher“ ist, wird unerlässlich sein, um überhaupt von einem Trauma genesen zu können. (aus einem Gespräch mit Michaela Huber 2007)

Dieses Zitat ist eine treffende Beschreibung der Wirklichkeit und gleichzeitig als Auftrag an Pädagog_innen und Bezugspersonen zu verstehen.

Traumatisierte Kinder und Jugendliche übertragen ihre traumatischen Erfahrungen in die gegenwärtigen Beziehungen. Sie wurden nicht geliebt, nicht gehalten, nicht gesehen, verlassen, extrem verängstigt. Sie fühlen sich isoliert und alleine in der Welt, haben Schwierigkeiten Hilfe anzunehmen, häufig reagieren sie mit generalisierter Übererregung, Aggressionen gegen sich selbst oder andere, dissoziieren, erstarren oder werden von Rückblenden überwältigt.

Im Workshop wurde die

PÄDAGOGIK DER SELBSTBEMÄCHTIGUNG von Wilma Weiß (2009) vorgestellt.

Grundvoraussetzung ist eine traumapädagogische Haltung:

Die Verhaltensweisen der Kinder/Jugendlichen sind normale Reaktionen auf eine extreme Stressbelastung



Die Kinder/Jugendlichen haben für ihre Vorannahmen, Reaktionen und Verhaltensweisen einen guten Grund

Sie haben in ihrem Leben bislang viel überstanden und geleistet

Wir (Pädagog_innen) unterstützen sie bei der Entwicklung eines guten Lebens durch Selbstbemächtigung

Wir unterstützen sie bei der Akzeptanz ihrer Wunden, Beeinträchtigungen und Schwierigkeiten

Wir stellen unser Fachwissen zu Verfügung (Profis), sie sind die Expert_innen für ihr Leben.

(Weiß 2011)

SELBSTBEMÄCHTIGUNG BEDEUTET DIE BEFREIUNG VON ABHÄNGIGKEIT UND OHNMACHT DURCH

Selbstverstehen

Selbstakzeptanz

Sensibilisierung für Körperempfindungen und Gefühle

Selbstregulation

Fördern von Körperwahrnehmungen, Selbstwirksamkeit und Selbstaussdruck.

SELBSTVERSTEHEN

beinhaltet, Kindern in einfachen Worten zu erklären, was bei Extremstress im Körper und Gehirn vor sich geht (siehe dazu „Das dreifältige Gehirn“ von Levine und Kline 2004); oder auch, was Dissoziationen sind und welche Funktion sie haben. Dissoziieren bedeutet, das Gehirn schaltet bei zu schlimmen Bildern oder Ereignissen auf „Durchzug“, und so werden kein Schmerz und keine Gefühle mehr wahrgenommen. Das bewusste Denken wird ausgeschaltet (Neokortex), und es gibt keine oder nur bruchstückhafte Erinnerung an das Geschehen. In bedrohlichen Situationen ist das sehr sinnvoll, aber das Gehirn gewöhnt sich daran und jetzt, wo das traumatische Erleben vorbei ist, reagiert es immer noch, auch bei viel weniger „bedrohlichen“ Ereignissen, mit Dissoziation. Nur, heute ist das nicht mehr hilfreich oder sinnvoll, sondern eher störend und verwirrend.

Es können Formen von Dissoziationen gesammelt werden wie z.B.: wie im Nebel sein, wegdriften, von oben betrachten, keinen Schmerz fühlen usw.

Kinder und Jugendliche mit Traumaerfahrungen sollen die Information erhalten, dass die früheren Erfahrungen immer noch gültig sind und Auswirkungen auf die Gegenwart haben. Das erklärt möglicherweise so manch eigenartiges Verhalten.

Auch das Benennen und damit auch Enttabuisieren von Gewaltformen gehört zum besseren Verstehen. Kinder glauben oft, nur ihnen passiert das Erlebte. Zu erfahren, dass auch andere Kinder geschlagen, missbraucht, vernachlässigt oder psychisch misshandelt werden, holt sie aus der Isolation heraus und erklärt Gewalt als strukturelles Problem, das nichts mit dem Kind an sich zu tun hat.



SELBSTAKZEPTANZ

führt im Gegensatz zum kognitiven Selbstverstehen zur emotionale Akzeptanz der eigenen Verhaltensweisen. Häufig schämen sich traumatisierte Kinder/Jugendliche für ihre Coping-Strategien, die oft bizarr anmuten. Mit der Frage: „Du tust das, weil?“ können Kinder in respektvoller, liebevoller Weise darin unterstützt werden, ihr Verhalten zu verstehen. Die Frage lädt zum Nachdenken und der Suche nach anderen Verhaltensweisen ein.

Die Kinder sollten nicht als Opfer gesehen werden, sondern als Personen, die Unglaubliches geleistet haben und lebensbedrohliche Umstände überlebt haben.

Sorgsam sollten Pädagog_innen auch mit ihrer Macht und mit Interpretationen umgehen; es geht nicht darum, dass die_der Pädagoge_in bestimmt, wo es lang geht. Die Kinder/Jugendlichen müssen mit Hilfe und viel Einfühlsamkeit ihren eigenen Weg finden.

Zur Selbstakzeptanz gehört auch ein fürsorglicher Umgang mit sich selbst. Hilfreiche Fragen zu Selbstreflexion sind: „Was hat mir heute gut getan?“ oder „Was habe ich heute gut gemacht?“

KÖRPEREMPFindUNGEN UND GEFÜHLE

sind nicht dasselbe; Empfindungen sind „Wahrnehmungen physiologischer Ereignisse in unserem Inneren“ (Levine & Kline 2014) und von Gefühlen zu unterscheiden. Die Anleitung zu Selbstwahrnehmung haben Kinder mit Traumaerfahrung meist nicht bekommen.

Das Sammeln von Übererregungszeichen wie z.B. schweißige Hände, Herzrasen, Zitterig-Sein, Aufregung oder von Empfindungen wie z.B. Wärme, Kälte, Bauchgrummeln usw. kann bei der Selbstwahrnehmung helfen. Es kann zum Verstehen von Zusammenhängen zwischen Körperempfindungen, psychischen Zuständen und Gefühlen führen.

Hilfreiche Fragen sind: „Wo fühlst du das?“, „Wie fühlt sich das an?“, „Was war davor, was hat zu der Empfindung geführt?“ Körperschemazeichnungen können als Visualisierungshilfen herangezogen werden.

SELBSTREGULATION

wird gefördert, wenn das Gefühl von Selbstwirksamkeit und Selbstkontrolle steigt. Der erste Schritt zur Selbstregulation ist das Identifizieren von Triggern, die zu Übererregung oder Dissoziation führen. Fragen wie „Wann steigt Dein Stresspegel?“ und „Wie hoch auf einer Skala von 1-10 ist Dein Stresspegel?“ können Hilfestellungen bieten.

Die permanente Übererregung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen sollte abgeleitet werden. Jedem Kind/Jugendlichen hilft da etwas anderes: Boxsack, Trommeln, Schreien, Sport, Festhalten, Malen usw.

Ebenso wichtig ist es für Kinder, zu wissen, was Ihnen wirklich gut tut. Das Finden von angenehmen Stimuli (Was tut mir gut? Was macht mir Spaß?) ist ein wichtiger Bestandteil von Selbstregulation. Erst dann ist es mir möglich,



mich aus einem unangenehmen Zustand zu befreien, wenn ich weiß, dass mich z.B. bestimmte Musik beruhigt oder Laufen mich entspannt.

FÖRDERN VON KÖRPERWAHRNEHMUNGEN, SELBSTWIRKSAMKEIT UND SELBSTAUSDRUCK

Sich des Körpers zu bemächtigen ist für traumatisierte Kinder und Jugendliche ein wichtiger Schritt in Richtung Selbstakzeptanz. Die ersten Schemata des Selbst entstehen über Körpererfahrungen, über angenehme, wertschätzende Berührungen und über Bewegung. Meist konnten sie diese nicht machen oder wurden gar mit destruktiven Berührungen/ Angriffen konfrontiert. Die Folge ist oft eine Körperschemastörung.

Es geht also darum, den Körper wieder wahrzunehmen und seine Signale richtig zu deuten. Jede Form von guter Körpererfahrung kann dabei helfen wie z.B. Klettern, Yoga, Tanzen, Kampfsport, Ballspiele, Entspannungs- und Imaginationsübungen.

LITERATUR:

Levine, P., Kline, M. (2006): *Verwundete Kinderseelen heilen. Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können.* 2. Auflage, München

Weiß, W. (2009): *Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in der Erziehungshilfe.* 5. Auflage, Weinheim, München

Weiß, W. (2009): *Selbstbemächtigung – ein Kernstück der Traumapädagogik.* In: Bausum, J., Ulrich Besser, L., Kühn, M., Weiß, W. (Hrsg.): *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis.* Weinheim

Weiß, W., Friedrich, E. K., Picard, E., Ding, U. (2014): *„Als wär ich ein Geist, der auf mich runter schaut“.* Dissoziationen und Traumapädagogik. Weinheim, Basel



WS D3: Pädagogisches Arbeiten mit traumatisierten Kindern

Mag.^a Ulrike Zahlner

Unterricht an und Leitung einer Volksschule, Studium der Pädagogik und Psychologie
 Psychotraumatologische Weiterbildungen (Psychotraumatologie in Beratung und Pädagogik, Social Trauma Therapy, Somatic Experiencing, Psychodynamisch imaginative Traumatherapie..)
 Praxis für Psychotraumatologie und pädagogische Psychologie in Wien

Bei Lern- und Konzentrationsstörungen, sozialen Problemen, Ängsten, körperlichen und Entwicklungsproblemen von Kindern sollten traumatische Erfahrungen angedacht oder zumindest nicht ausgeschlossen werden. Kinder zeigen in der Regel mehr Angstsymptome, Alpträume, somatische Beschwerden und Verhaltensprobleme als Erwachsene.

In einer Langzeitstudie berichteten mehr als zwei Drittel der befragten Kinder und Jugendlichen, mindestens ein traumatisches Ereignis bis zum Alter von 16 Jahren gehabt zu haben. Die Komorbidität anderer psychischer Störungen bezogen auf traumatische Ereignisse war hoch. Gewalt- und sexuelle Traumata waren mit der höchsten Symptomrate assoziiert.

Kinder mit traumatischen Lebenserfahrungen sind in jeder Bildungs- und Betreuungseinrichtung und jeder Arztpraxis zu finden. Ein Trauma kann die physische, emotionale, kognitive und soziale Entwicklung eines Kindes tiefgreifend verändern. Das Potential eines Kindes, sich kreativ, produktiv, gesund und sozial kompetent zu entwickeln, hängt von seinen Erfahrungen in der Kindheit ab. Wenn diese Erfahrungen bedrohlich, chaotisch und traumatisch sind, sind die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes eingeschränkt.

Spezifisches Fachwissen im professionellen Umgang ist unerlässlich, um traumatisch belastete Kinder und Jugendliche zu erkennen und ihnen im pädagogischen Alltag wirksam zu helfen. Die Bedeutung pädagogischer Arbeit für die Bearbeitung traumatischer Lebenserfahrungen wird noch immer unterschätzt. Die Fokussierung auf klinisch-therapeutische Lösungen beachtet nicht, dass

die effizienteste Technik zur Traumabewältigung im Aufbau verlässlicher sozialer Beziehungen besteht,

korrigierende Beziehungserfahrungen hauptsächlich in der pädagogischen Einflussosphäre stattfinden,

die Kinder einen großen Teil des Tages in pädagogischen Einrichtungen zubringen, während Therapie oft nur einmal wöchentlich stattfindet, sowie die Chancen für Verhaltensänderungen auf neuen korrigierenden entwicklungs-freundlichen Erfahrungen beruhen, die der traumatischen Erfahrung diametral entgegenstehen.

IN DIESEM WORKSHOP WERDEN

Grundlagen der Traumatheorie,

Möglichkeiten, Kinder mit traumatischen Erfahrungen zu erkennen und ihr



Verhalten als Überlebensleistung zu verstehen,
die Bedeutung sozialer/pädagogischer Arbeit für die Bearbeitung traumatischer Lebenserfahrungen sowie
Grundhaltungen, Standards und Methoden der Traumapädagogik
vorgestellt.



WS E: Traumata zwischengeschlechtlich geborener Kinder und co-traumatische Belastungen für deren Familien

Mag.^a Gabriele Rothuber

Dipl. Sexualpädagogin beim Verein selbstbewusst, Verein für Sexualpädagogik & Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch, Salzburg

Intersex-Beauftragte der HOSI Salzburg

i.A. System. Traumapädagogin und -fachberaterin, u.S.

i.A. Sexualberaterin

Auch heute noch wird die überwiegende Mehrheit intergeschlechtlicher Neugeborener medizinisch (chirurgisch/hormonell) einer zweigeschlechtlichen Norm angepasst. Neben diesen tiefgreifenden Eingriffen in die sexuelle Identität eines Menschen sind es vor allem die gesellschaftliche Tabuisierung, aber auch der Geheimhaltungsdruck innerhalb der Familien, die PTBS mit sich bringen können.

Gehen Sie davon aus, intergeschlechtliche Menschen zu begleiten, ohne es zu wissen – hierüber wird nicht gesprochen! Seien Sie sich jedoch Ihrer sensiblen „Aufgabe“ bewusst, wenn Inter*Menschen Sie im professionellen Kontext aufsuchen.

WIR SETZEN UNS IM WS MIT FOLGENDEN INHALTEN AUSEINANDER:

Was ist Intersex / Zwischengeschlecht? Sensibilisierung für eine sexuelle Identität jenseits binärem Geschlechterdenkens – Reflexion / Gespräch / Methode

Welchen Traumatisierungen sind Intersex*Menschen ausgesetzt? Wenn Körper & Seele leiden, weil nicht sein darf, was ist.

Wie beeinflusst dies das familiäre Umfeld? Co-traumatische Belastungsprozesse / parentales Trauma

Meine Rolle in der Beratung / Begleitung / Pädagogik

Methoden / Kurzfilm / Büchertisch / Literatur- & Linkliste / handouts



Intersex: LEBEN ZWISCHEN DEN GESCHlechTERN



INTER*

- Hermaphroditismus / Zwitter
- Intersexualität
- DSD – Disorder of Sexual Development
- Intersex
- Zwischengeschlecht



Erwartungen?

	Mann	Frau
Genetik	XY-Chromosomensatz	XX-Chromosomensatz
Keimdrüsen (Gonaden)	Hoden + Spermien	Ovarien + Eizellen
Inneres Genital	Prostata, Samenwege	Tuben, Uterus
Äußeres Genital	Penis, Skrotum + Hoden	Klitoris, Labien, Vagina
Sek. Geschlechtsmerk.	Bart, Stimme, Muskulatur, Behaarung	Brust
Hormone	Erh. Anteil an Testosteron	Erh. Anteil an Östrogen





Erwartungen?

	Mann	Frau
Selbstidentifikation	Als Mann	Als Frau
Rolle	Familienoberhaupt, Versorger, Beschützer	Gattin, Mutter, Hausfrau
Verhalten	Aktiv, stark, dominant	Passiv, schwach, zurückhaltend
PartnerInnenwunsch	Frau	Mann



- Hat jeder Mann ein Y-Chromosom?
- Ist der Penis notwendige Voraussetzung, Mann zu sein?
- Kann eine Person mit Y-Chromosom auch eine Frau sein?
- Muss eine Person eine Vagina haben, um eine Frau zu sein?
- Darf ein Mann einen Uterus haben?
- Wie groß darf die Klitoris einer Frau sein?
- Wie groß muss der Penis eines Mannes mindestens sein?



Individuelles Geschlecht

- Jedes Kind wird mit seinem eigenen, individuellen Geschlecht geboren
- 1 – 2 von 1000 Kinder werden mit eindeutig intersexuellem Geschlecht geboren
- Etwa 85 % der IntersexPersonen entwickeln sich erst in der Pubertät
- 4000 Varianten der Entwicklungsmöglichkeit der körperl. Geschlechtsdifferenzierung





Wie leben Menschen, deren Körper als “inter” wahrgenommen werden?

- Mit einer geschlechtlichen Identität
- ... Beschrieben als männlich/weiblich/weder noch/sowohl als auch/etwas eigenes/keines
- In einem oft zugewiesenen PST & oft von ihnen nicht passend empfunden



Inter*Personen sind keine Gruppe von
behandlungsbedürftigen Kranken,
sondern „anders“, will heißen: „von der
zweigeschlechtlichen Norm abweichend“
geboren!

DIE WELT IST BUNT



Die Geburt
eines zwischengeschlechtlichen Kindes
ist in der Regel
kein medizinischer Notfall!





Gängige Behandlungskonzepte

- Seit den 50er Jahren werden sog. „angleichende Operationen“ an Kleinkindern durchgeführt (Dr. Money)
- Bis in die 2000er Jahre wurden mehr als 90 % kosmetischen Operationen / hormonellen Behandlungen unterzogen
- Heute: noch immer die Mehrzahl



„Optimal Gender Policy“, 1998

- Reproduktive Fähigkeit
- Sexuelle Funktionsfähigkeit (heterosexueller Koitus)
- Minimale medizinische Prozeduren
- Allg. Geschlechtsangepasstes Erscheinungsbild
- Angemessenes Geschlechtsrollenverhalten



Aktueller Diskurs / Chicago Consensus Conference 2005

- Keine Geschlechtszuweisung bevor eine Experten-gestützte Diagnostik durchgeführt wurde
- Behandlung durch multi-disziplinäre Behandlungsteams (Zentren)
- Geschlechtszuweisung für jedes Kind
- Offene Kommunikation mit Inter* & Eltern
- Partizipation in Entscheidungsprozessen
- Patienten- & Familieninteresse respektieren
- Auf SHGs verweisen
- Psychosoziale Begleitung ermöglichen





Realität?

- Nach wie vor werden geschlechtsangleichende Ops vorgeschlagen & durchgeführt
- Viele kleinere KH operieren auf “eigene Faust”
- Kaum Aufklärung / Vernetzung mit anderen Inter*
- Medizinisches Personal nicht geschult



IntersexGenitalMutilation

- irreversible Zuweisungen ohne Notwendigkeit
- rein kosmetische Zwangsbehandlungen zur Normanpassung
- Ohne Zustimmung der Betroffenen
- Verletzungen des Rechtes auf körperliche Unversehrtheit & Selbstbestimmung
- Elternrecht versus Kinderrecht



Folgen

- Lebenslange Einnahme künstlicher Hormone nach Entfernung gesunder Keimdrüsen („Kastration“)
- Verlust der Gebär- oder Zeugungsfähigkeit
- Verminderung oder Verlust der sexuellen Empfindsamkeit
- Viele Folgeoperationen





Hamburger Forschungsprojekt

- Hohe psychophysische Belastungen
- Hohe Unsicherheit der Geschlechtsidentität
- Hohe Beeinträchtigung im Körpererleben



Bedürfnisse

Inter* sind keine Gruppe mit “high medical needs”!

Sie und ihre Angehörigen haben jedoch “psychological needs”.



Herausforderungen für Inter* & Angehörige

- Normierende Eingriffe
- Wegnahme hormonprod. Organe
- Kaum “Normales” Sexualeben
- Nichtaufklärung über eigene Potentiale, über Realitäten + Alternativen
- Pathologisierung ab der Kindheit
- Unterbinden einer ungestörten Kindheit
- Exklusion, soziale Isolation





- Ängste entdeckt oder geoutet zu werden
- Respektvolle + wertschätzende Umgebungen fehlen
- Es fehlen Vorbilder + Orientierungshilfen



Wer mit Menschen lebt & arbeitet sollte sich bewusst sein:

Intersexuelle Menschen sind überall in unserer Gesellschaft!



Die zentrale Frage in der Sozialen Arbeit:

- Kann ein Mensch mit einem intersexuellen Körper ein erfülltes Leben führen?
- Können wir Kinder als intersexuelle Kinder aufwachsen lassen?





JA!

Wenn die Rahmenbedingungen stimmen!



Was kann ich ändern?

Begrüßen Sie alle Menschen, lassen Sie keinen Zweifel, dass Sie auch alle meinen!

Niemand muss sich outen (man darf sich auch still freuen)

Keine dummen Sprüche zulassen – sofort thematisieren!



- Bedingungslose Durchsetzung der Nichtdiskriminierung
- Infovermittlung: SHG, PsychologInnen...
- Menschenrechte ins Zentrum des Handelns stellen





- Wir wollen eine Gesellschaft, die Intersexualität nicht als Krankheit sieht sondern als Variante der Natur respektiert, gleichberechtigt zu weiblichen und männlichen Varianten. Das ist ein zugegeben ambitioniertes Ziel.
 - Grundlegend ist der Schutz der körperlichen Integrität und des Selbstbestimmungsrechts intersexueller Menschen: vereinheitlichende medizinische Eingriffe an Minderjährigen müssen gestoppt werden.
 - Schaffung von Beratungsangeboten und Kompetenzzentren für intersexuelle Personen.
- Aufnahme der Thematik Intersexualität in den Lehrplänen von Schulen und anderen Spezifischen Ausbildungen (Gesundheitsberufe, ...).
- Kostenlose Behandlung und Therapien für geschädigte Betroffene.
- Eine gesellschaftliche Anerkennung als Geschlechtsvariante muss sich auch im Recht niederschlagen, etwa durch die Schaffung neuer Wahlmöglichkeiten oder der Möglichkeit, den Geschlechtseintrag offen zu lassen – ohne jedoch Rechte zu verlieren, die an den Geschlechtseintrag gebunden sind.
- Betroffenen muss es möglich gemacht werden ein Leben in Würde und ohne Scham führen zu können.





intersex@hosi.or.at



© Intersex-Referat der HOSI Salzburg





WS F: Sexuell übergriffige Buben und Burschen Inwieweit ist die eigene Traumatisierung ein Thema?

Mag.^a Brigitte Hansmann

Klinische- und Gesundheitspsychologin,
Systemische Psychotherapeutin und Traumatherapeutin

Nach dem Studium begann ich meine Arbeitstätigkeit an der Begutachtungsstelle für Gewalt- und Sexualstraftäter (BEST) des österreichischen Strafvollzugs und bin in dieser nach wie vor tätig. Seit 2013 arbeite ich zudem beim Verein Limes und am Ambulatorium die Boje als Psychotherapeutin. Zum Verein Limes kam ich bereits 2012 und habe zunächst ehrenamtlich die methodische Vorgehensweise kennen lernen dürfen. Dabei war mir vor allem ein multisystemischer Zugang wichtig, der das Einbinden der Familie in die therapeutische Arbeit integriert. Ich arbeite nun auch in eigener Praxis mit Kindern- und Jugendlichen mit sexuell grenzverletzendem Verhalten.

In der Biographie von Buben und Burschen, die sexuell übergriffiges Verhalten zeigen, finden sich manchmal auch (sehr) belastende Gewalterfahrungen, die traumatisierend wirkten und wirken. Es ist eine große Herausforderung, in den Abklärungen und diagnostischen Erfassungen von Kindern und Jugendlichen mit sexuell grenzverletzenden Handlungen neben allen Auffälligkeiten in der Biographie auch eine erlittene Traumatisierung und die noch vorhandenen Folgen ausreichend zu berücksichtigen. Was soll in den Behandlungsvordergrund rücken? Die Vorgangsweise von Limes sowie anwendbare Methoden werden vorgestellt.

Die weitere Behandlungsplanung muss sich an den Ergebnissen der Diagnostik orientieren. Eine deliktspezifische Behandlung geht einer traumaspezifischen Behandlung meist vor, wobei Letztere in Erstere integriert werden kann. Diesbezüglich werden Beispiele aus der Praxis vorgestellt (Modell von Torsten Kettritz als Erweiterung des Modells von Ruud Bullens; Modell von Packhaus, Risikoorientierte Vorgehensweise anhand von Risikoprognoseinstrumente). Um der Theorie auch praktische Anschauung zu geben, werden Fallbeispiele vorgestellt und die TeilnehmerInnen haben die Möglichkeit die Methoden in ihrer Anwendung kennen zu lernen.

Behandlungen für sexuell übergriffige Kinder und Jugendliche erfolgen je nach Bedarf ambulant oder stationär. In Österreich gibt es im Vergleich zum deutschsprachigen Ausland noch keine stationären Behandlungsangebote für dieses Klientel. Jugendliche dieser Zielgruppe sind daher häufig in Krisenzentren und Wohngemeinschaften fremduntergebracht und absolvieren im günstigen Fall ein deliktspezifisches ambulantes Behandlungsprogramm. Im Workshop werden daher auch die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Thematik (und Problematik) vorgestellt und die praktische Relevanz dieser für den pädagogischen Alltag diskutiert.



Sexuell übergriffliche Buben und Burschen: In wie weit ist die eigene Traumatisierung ein Thema in Diagnostik und Behandlung!?

Mag. Hubert Steger in Vertretung durch

Mag. Brigitte Hansmann
Klin.- und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (SF), Traumatherapeutin

12. Fachtagung 2014
Wiener Netzwerk gegen sexuelle Gewalt an Mädchen, Buben und Jugendlichen.

Zu meiner Person

- Klin. und Gesundheitspsychologin an der Begutachtungsstelle für Gewalt- und Sexualstraftäter in Floridsdorf



Bild aus: www.österreich.at



Bild aus: www.gegenssexuellegewalt.at

Zu meiner Person

- Psychotherapeutin (SF) am Ambulatorium die Boje und beim Verein Limes. Verbindung von Traumatherapie, forensischer Therapie und Kinder-Jugendtherapie.



Bild aus: www.die-boje.at



Bild aus: www.vereinlimes.at



Übersicht über den heutigen Nachmittag

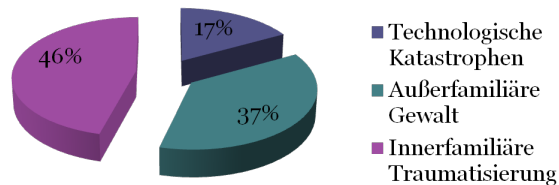
- Vorstellung und Einleitung
- Input Trauma und (sexuelle) Delinquenz
- Vorstellung des Konzepts von Limes

Pause

- Vorstellung von Interventionen & Diagnostik
- Praktische Übung der Interventionen anhand von realen Beispielen
- Frage- und Abschlussrunde

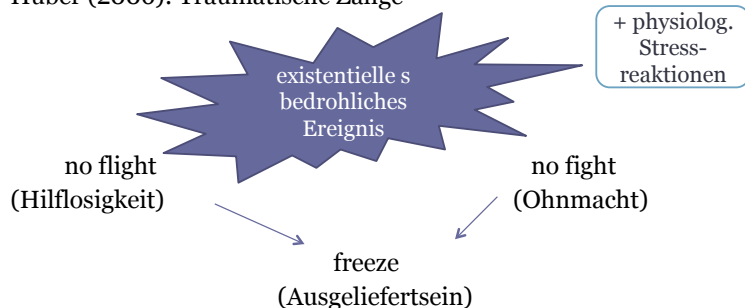
Trauma und Delinquenz: Entstehung von Traumata

- Man-made-desasters (Krüger, 2005; n= 172)



Trauma und Delinquenz: Entstehung von Traumata

- Huber (2006): Traumatische Zange





Trauma und Delinquenz: Entstehung von Traumata

- Fischer & Riedesser, 1998:

Trauma= Diskrepanzerlebnis zw. bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten. Es geht mit Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einher und bewirkt eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltbildes.

Kernaussage: Ein Erlebnis kann für Person X traumatisch sein, für Person Y jedoch nicht.



Bsp. Topfmetapher (Baghella, 2013):

Trauma und Delinquenz: Entstehung von Traumata

- Baghella, 2013 unterscheidet:

BIG T	Small t: Situationen mit
Kriegshandlungen	Erschrecken/ Angst
Kriminelle Handlungen	Demütigung
Natur-und Verkehrskatastrophen	Großer Peinlichkeit
Unfälle, Krankheiten	Scham
Invasive medizinische Eingriffe	Hilflosigkeit
Verlust vertrauter Menschen und sozialer Situationen	

Trauma und Delinquenz: Schutzfaktoren

- Huber, 2007:



- Weidt, 2010: 7 Säulen der Resilienz





Trauma und Delinquenz: Symptome nach traumatischen Stresserfahrungen (Krüger, 2008)

Altersgruppe	Typische Symptome
0 - 1	Schreien, vermehrte Schreckhaftigkeit, verminderte Beruhigbarkeit, Schlaf-, Gedeih- und Fütterstörungen, gestörte Bindungsentwicklung
1 - 3	(siehe 0 - 1), Affektlabilität, Hyperaktivität, Unruhezustände, Hyperreagibilität, Hypervigilanz oder Apathie, Angst, ängstlich angespannte Wachsamkeit, Mutismus, regressive Symptome (anklammerndes Verhalten, Entwicklungsretardierung bezogen auf kommunikative und soziale Fertigkeiten)
3 - 6	(siehe 1 - 3), Somatisierungen, traumatische Reinszenierungen innerhalb von Spielsequenzen, dissoziative Symptome, Tic-Störungen, regressive Symptome (Enuresis, Enkopresis, Entwicklungsverzögerung), dissoziales Verhalten

Trauma und Delinquenz: Symptome nach traumatischen Stresserfahrungen (Krüger, 2008)

Altersgruppe	Typische Symptome
6 - 10	(siehe 1 - 6), zunehmende Symptome einer PTSD oder anderer Störungsbilder nach traumatischen Erlebnissen (ICD-10), Schulleistungsstörungen, Konzentrationsstörungen, pessimistisches Weltbild , Schuldgefühle, depressive Symptome, selbstverletzendes Verhalten , Suizidalität, Zwänge
10 - 14	(siehe 6- 10), Symptomtrias: flashbacks, Vermeidung, Übererregung, bei Beziehungstraumatisierung: Re-Enactment (Wiederherstellen traumatischer Situationen in soz. Situationen) Essstörungen, früher Alkohol- u. Drogenkonsum
14 - 18	(siehe 10 - 14), emotionale defizitäre Selbstwahrnehmung, Scheitern in soziale und schulischen Situationen sowie in ersten intimen sexuellen Beziehungen, Paraphilien , Zukunftsängste

Trauma und Delinquenz: **Phasen der Traumatherapie** (Baghella und Russinger, 2013)

- Basics (äußere Sicherheit, tragfähige vertrauensvolle Arbeitsbeziehung)
- Stabilisierung (Distanzierung vom Traumamaterial, Aufklärung und Information, Aufbau von Konflikt- bzw. Berufsfähigkeit, Wiederaufnahme sinnvoller Tätigkeiten)
- Neuverarbeitung (Traumasynthese mit EMDR oder Screentechnik)
- Reintegration und Therapieabschluss



Trauma und Delinquenz: Diagnostik

Diagnostik nach ICD-10

- F 43.0 → akute Belastungsreaktion
- F 43.1 → posttraumatische Belastungsstörung
- F 43.8 → andere Reaktionen auf schwere Belastung (komplexe PTSD)
- F 62.0 → andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

Traumata und Delinquenz: Studienüberblick

- Turner, Irvin und Millstein (1991):



- Hauser und Borman-Spurrell (1996):



Trauma und Delinquenz: Studienüberblick

- Johnson-Reid und Bart (2000): Frühere Vernachlässigung ist ein Risikofaktor für spätere Gewalttätigkeit.
- Fonagy (2004): 70% der untersuchten jugendlichen Straftäter erfuhren Brutalität in der Familie- und im Freundeskreis. Er postuliert, dass die Jugendlichen Scham durch intensive Wut ersetzen, die das angegriffene Selbst stützen soll.
- D'Ozario (2004): Jugendliche sind noch nicht so fähig wie Erwachsene zur Perspektivenübernahme. Jugendliche Sexualstraftäter haben keine niedrigeren Werte als nicht straffällige Jugendliche. (Bestätigt durch Ecker und Hosser, 2004)



Trauma und Delinquenz: Studienüberblick

- Weiss et. al. (2009): Re-Inszenierung als ein durch das Trauma erlerntes Rollenverhalten.
- Bange (2010): 2/3 der Jungen, die Opfer von sexualisierter Gewalt geworden sind werden nicht zum Täter. Verarbeitung hängt von den Umständen und protektiven Faktoren ab.
- Kettritz (2014): Traumapädagogische Grundhaltung setzt sich aus dem Wissen um die Folgen von Traumatisierung und biografischer Belastungen und die Erarbeitung von Ressourcen und Schutzfaktoren für die Kinder- und Jugendlichen zusammen.

Trauma und Delinquenz: Behandlungsmöglichkeiten in Wien

Verein Limes Ambulante Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter

seit 1998

Obmann: Mag. Peter Wanke



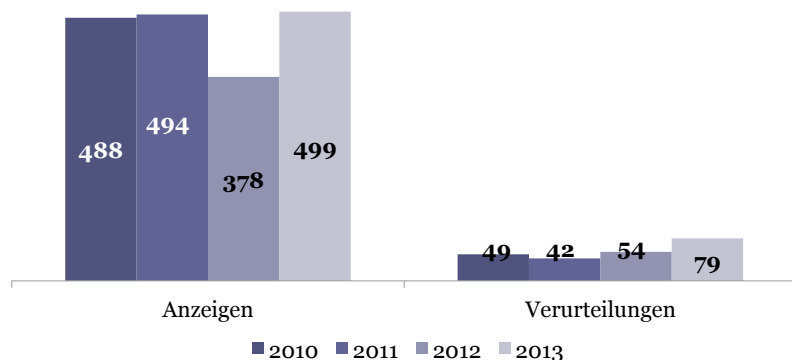
Bild aus: www.gegensexuellgewalt.at

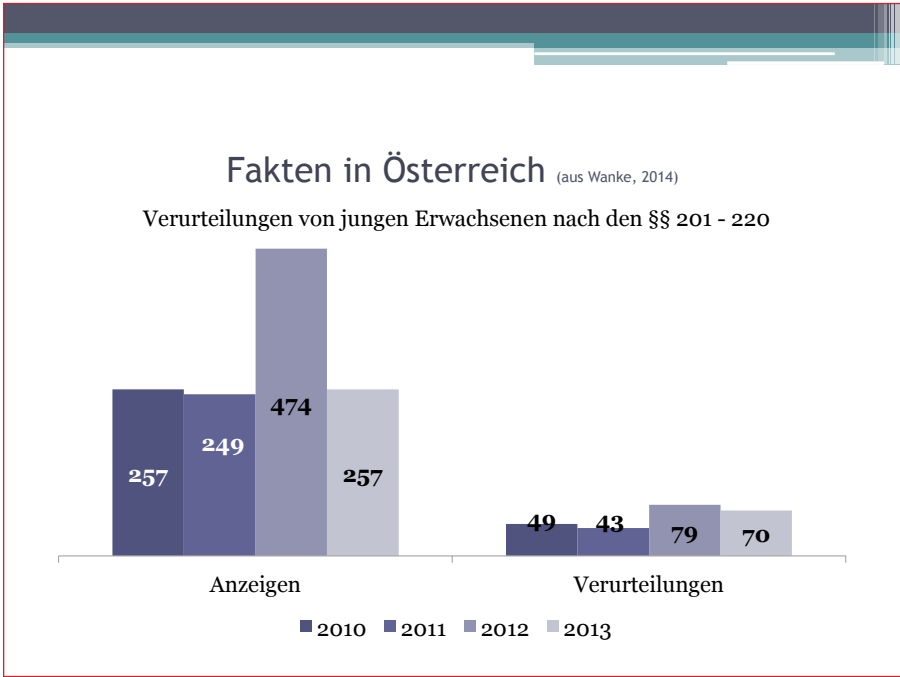


Bild aus: www.vereinlimes.at

Fakten in Österreich (aus Wanke, 2014)

Verurteilungen von Jugendlichen nach den §§ 201 - 220





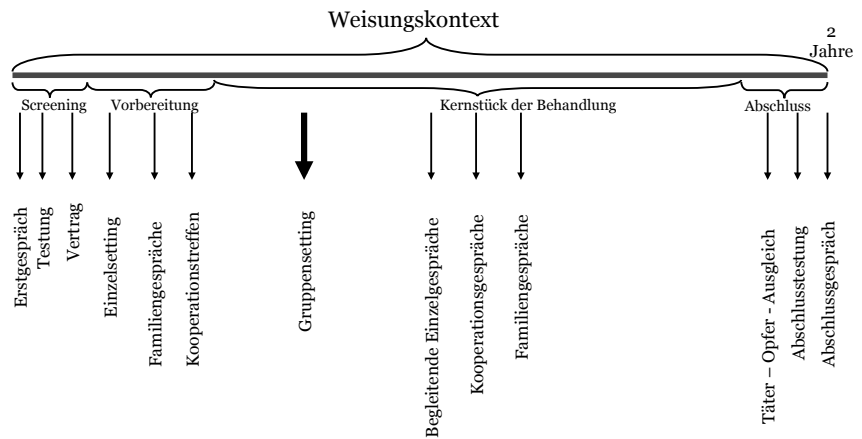
Fakten in Österreich: Übersicht aus 2010 (aus Wanke, 2014)

	Wien	Gesamt
männliche Jugendliche (14-18 Jahre)	43.074	250.904
Anzeigen	488	
Verurteilungen §§201-220	49	
LIMES Programm		
Gesamt (Jugendliche + junge Erwachsene)	10	
davon Verurteilte	9	
Nicht-Verurteilte	1	

- ### Trauma und Delinquenz: Der Verein Limes
- Das Team besteht aus: PsychologInnen und PsychotherapeutInnen (verschiedene Schulen)
 - Die Arbeit wird unterteilt in:
 - psychologische Diagnostik
 - psychotherapeutische Behandlung im Einzel-, Familien- und Gruppensetting auch für Klienten mit Intelligenzminderung („U-80 Konzept“)
 - Helferkonferenzen
 - Teamsitzungen
 - Supervisionsangebote für Facheinrichtungen und Einzelpersonen



Verein Limes: Mehr-Spuren-Programm

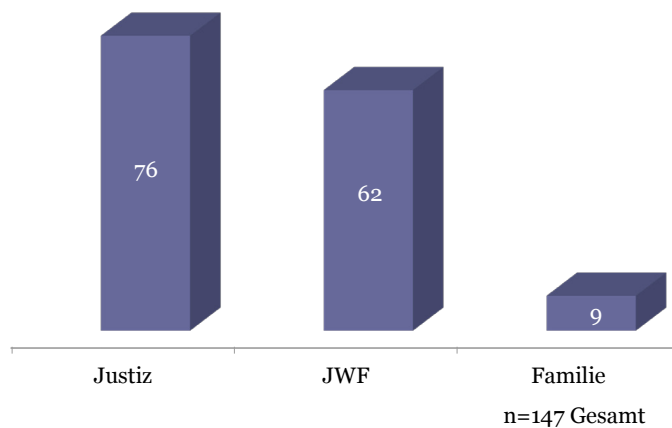


Verein Limes: Gesamtzahl 1998 - April 2014

(aus Wanke, 2012)

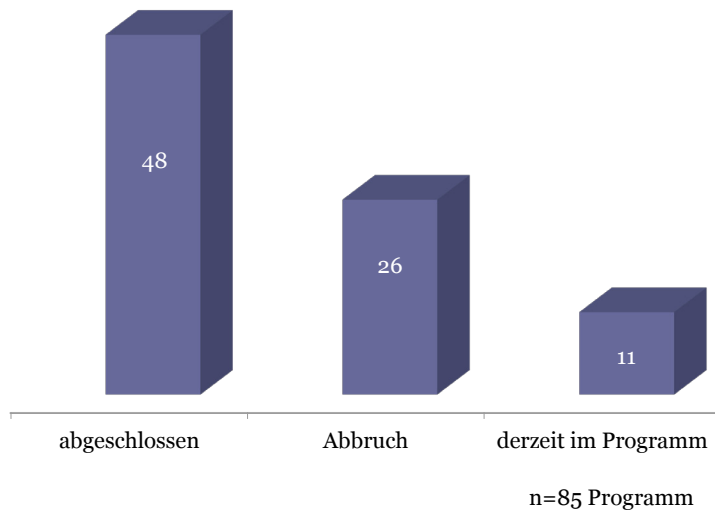
	Häufigkeit	Prozent
Programm	85	57,9
Screening	24	16,3
nur Testung	29	19,7
nur Erstgespräch	9	6,1
Gesamt	147	100,0

Verein Limes: Zuweisungen

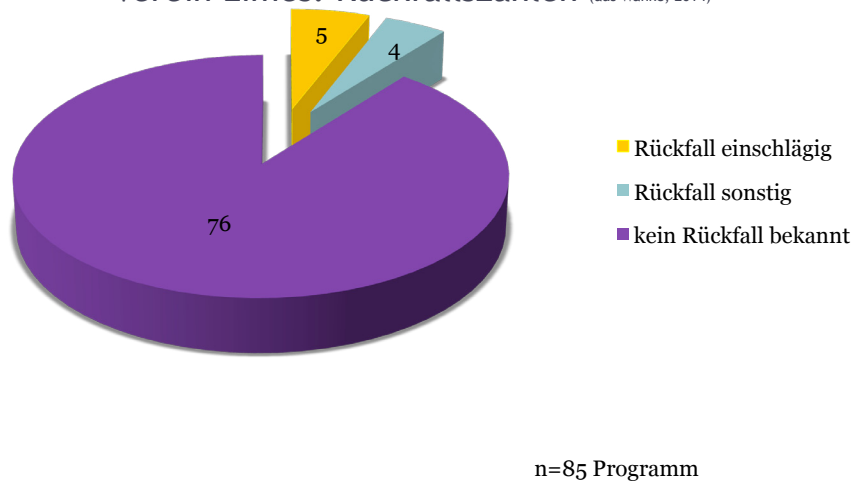




Verein Limes: Behandlungsstatus



Verein Limes: Rückfallszahlen (aus Wanke, 2014)



Verein Limes: Diagnostik

- Zu Beginn und am Ende der Behandlung
- Intelligenzscreening, Persönlichkeitsfragebögen, Entwicklungs- Familien und Krankheitsanamnese, Risikoprognoseinstrumente, Erfassung traumatischer Ereignisse → Rückmeldegespräch an den Klienten und seine Familie + Weitergabe an die behandelnden KollegInnen.
- Spezifische Einbindung der Ergebnisse in die Behandlung
- Regelmäßiger Austausch im Team und Gruppensupervision



Fragen noch vor der Pause?



Grafik aus: www.pauseworks.at

Trauma und Delinquenz: Diagnostik

- Anamneseerhebungen
- Strukturiertes klinische Interviews (Bsp. Dips)
→ Fremdbeurteilung
- Vorgabe von psychologischen Tests und Fragebögen
→ Selbstbeurteilung
- Anwendung von projektiven Materialien
- Verwendung von Risikoprognoseinstrumenten
- Belastungs-Ressourcendiagramm (praktische Übung dazu)

Trauma und Delinquenz: Behandlung

- Konzept von Ruud Bullens
- Konzept von Torsten Kettritz
- Konzept von Packhaus
- Schulspezifische Konzepte



Praktische Übung: Erfassung von Belastungsfaktoren/ Traumatisierung

- Genogrammarbeit zur Erfassung familiärer Belastung bzw. der Herkunft eines Klienten
- Fall: David

Praktische Übung zur Deliktbearbeitung

- Timeline zur Deliktbearbeitung (Anlehnung an das Konzept von Packhaus; bildgebende Verfahren in der Arbeit mit jugendlichen Sexualstraftäter)
- Ziele:
 - Detaillierte Schilderung und bewusste Auseinandersetzung der Tat vor der Gruppe (Gruppe als Korrektiv bei kogn. Verzerrungen)
 - Förderung der Introspektionsfähigkeit
 - Verantwortungsübernahme und
 - Ablegen von Verleugnungsstrategien
- Fall: David

Trauma und Delinquenz: Materialien für die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

- Video-Screen-Methode
- 1-2-3-4-5 Methode
- Ressourcen- und Stabilisierungstechniken
- Notfallkoffer nach Luise Reddemann
- Geschichten schreiben (Fallbeispiel)



WS H: **Gefühle unter dem Mikroskop und im Hirnscanner**

Isabella Sarto-Jackson

ist Neurowissenschaftlerin und seit 2011 Geschäftsführerin des Konrad Lorenz Instituts für Evolutions- und Kognitionsforschung (KLI). Zuvor arbeitete sie zwölf Jahre lang am AKH und am Zentrum für Hirnforschung. 2013 habilitierte sie an der Medizinischen Universität Wien im Fach Neurobiologie. Ihr wissenschaftliches Interesse liegt in der interdisziplinären Verbindung von Neurobiologie, Evolutionsbiologie und Kognitionswissenschaft. Isabella Sarto-Jackson ist Neurowissenschaftlerin und seit 2011 Geschäftsführerin des Konrad Lorenz Instituts für Evolutions- und Kognitionsforschung (KLI). Zuvor arbeitete sie zwölf Jahre lang am AKH und am Zentrum für Hirnforschung. 2013 habilitierte sie an der Medizinischen Universität Wien im Fach Neurobiologie. Ihr wissenschaftliches Interesse liegt in der interdisziplinären Verbindung von Neurobiologie, Evolutionsbiologie und Kognitionswissenschaft.

Der Workshop gliedert sich in 3 Teile, die jeweils mit einem Impulsreferat eingeleitet werden. Nach jedem Vortrag gibt es eine intensive Diskussionsrunde um praxisrelevante Beispiele zu erörtern und mit "Neuro-Mythen" (pseudowissenschaftlichen Missverständnissen) aufzuräumen.

(1) „WIE ERINNERUNGEN ENTSTEHEN“

Die Neurowissenschaft hat in den letzten Jahrzehnten enorme Fortschritte gemacht – nicht zuletzt durch eine verstärkte Interdisziplinarität und eine massive Förderinitiative. Doch trotz intensiver Forschung ist man aber noch weit davon entfernt, Denkprozesse genau zu verstehen. 2013 fiel der Startschuss für das Human Brain Project, ein von der EU mit mehr als 1.000 Milliarden € gefördertes Forschungsprojekt, in dem das gesamte menschliche Gehirn mit Hilfe eines Supercomputers simuliert werden soll. Aber lässt sich die Arbeitsweise unseres Gehirns mit der eines Computers vergleichen? Evolutionsgeschichtlich gesehen lassen sich Wahrnehmungs-, Lern- und Gedächtnisprozesse kausal nicht von emotionalen Prozessen trennen. Gefühle spielen eine entscheidende Rolle bei vielen physiologischen Vorgängen, einen ganz besonderen Stellenwert haben sie bei der Gehirnentwicklung und bei Lernprozessen. Ganz im Kontrast zur Funktionsweise von Computern, zeigen neueste Erkenntnisse aus der Neurobiologie und von nicht-invasiven bildgebenden Verfahren (z.B. funktioneller Magnetresonanztomographie), dass das Gehirn als „soziales Organ“ aufgefasst werden muss, das fortwährend lernt und sich durch Interaktion mit der Umwelt verändert.

(2) „ANGEBOREN ODER ERLERNT“?

Ist die jahrzehntelange Debatte über vererbte - erlernte Charaktereigenschaften endlich beigelegt nach der Entschlüsselung des gesamten menschlichen Erbguts (im Human Genome Project) im Jahr 2001? Dieses enorme Forschungsprojekt hat jedenfalls gezeigt, dass weniger als 2% des gesamten menschlichen Erbguts Gene sind. Der Rest des Genoms sind u.a. regu-



latorische Elemente, die dafür verantwortlich sind, dass Gene als Antwort auf Umweltreize ein- und ausgeschaltet werden. Rund 80% aller im Gene sind im Gehirn aktiv und reagieren insbesondere auf Stress. Frühkindlicher Stress hinterlässt tiefe Spuren auf unseren Genen und programmiert zeitlebens das Risiko für Depressionen. Mehr noch, regulatorische Änderungen der Genaktivität können sogar vererbt werden (Schlagwort Epigenetik).

(3) „DAS SOZIALE GEHIRN“

Positive soziale Interaktionen aktivieren das Belohnungssystem in unserem Gehirn, während Distress und Traumata zu einer Aktivierung unseres „Angstzentrums“ (der Amygdala) im Gehirn führen. Neuropsychologische Studien haben mittels bildgebender Verfahren gezeigt, dass Isolation und Mobbing in gleicher Weise wie physischer Schmerz wahrgenommen werden. Eine Schlüsselrolle kommt hierbei den sogenannten „Spiegelneuronen“ zu, die eine Art soziales Resonanzsystem und unsere „Hardware“ für Empathie darstellen.