



Weiterbildungs**Z**entrum für **P**ädagogik und **P**sychologie

Traumapädagogik/Traumazentrierte Fachberatung (DeGPT/FVTP)

Modul 9a/b:
Vertiefung Traumapädagogik

Dozent: Thomas Vogelsang



Weiterbildungs**Z**entrum für **P**ädagogik und **P**sychologie

Alfred-Delp-Straße 2 D- 73430 Aalen	Tel Büro 07965-8027258 Tel 07965-8027259	www.wzpp.de info@wzpp.de
--	---	--

Inhaltsverzeichnis

Einführung Traumapädagogik	Seite 3
Gemeinsamkeiten und Unterschiede Traumafachberatung/ Traumapädagogik/Traumatherapie	Seite 4
Institutionelle Bedingungen traumaspezifischer Arbeit	Seite 7
Therapeutisches Milieu	Seite 7
Rituale und Kreativität als heilsame Alltagserfahrung	Seite 8
Traumaspezifische Konzeption	Seite 9
Beratungsplanung/Prozessplanung	Seite 10
Lebenslinie	Seite 12
Gruppentherapeutische Prozesse	Seite 13
Fallvorstellung Beispiel/Vorlage	Seite 20
Schema zur Fallvorstellung – Qualifizierung Traumapädagogik	Seite 32
Diagnostik	Seite 39

Modul 9a/b Vertiefungsmodul Traumapädagogik

Traumapädagogik

Traumapädagogik findet seine Anwendung in sämtlichen pädagogischen Bereichen (stationäre/ teilstationäre/ ambulante Jugendhilfe, Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen, Beratungsstellen, Jugendhäuser, aufsuchende Jugendarbeit, Pflegestellen, Jugendamt etc etc.). Je nach Setting müssen neben den traumaspezifischen Aspekten weitere Aspekte des Systems, der ökonomischen Möglichkeiten (Finanzierung, Dauer), Rahmenbedingungen (Zeit, Auftrag, Ort), Auftrag (freiwillig, Zwangskontext etc.), Klientel (Alter, Gender, kulturelle Herkunft, kognitives Niveau, Einzel-/ Mehrpersonensetting) mit beachtet werden.

Ziele der Traumapädagogik sind (je nach Kontext und Auftrag):

- Pädagogik des sicheren Ortes (explizit und implizit)
- Angebot positiver, korrigierender, vertrauens- und bindungsfördernder Beziehungserfahrungen in einem sicheren Rahmen
- Stärkung der Selbstwahrnehmung für Empfindungen und Gefühle
- Hilfen zur Emotions- und Impulsregulierung
- Förderung der Mentalisierungsfähigkeit
- Psychoedukation und Unterstützung zur kognitiven Einordnung der Ereignisse
- Aktivierung der Bewältigungsstrategien, Selbstermächtigung (Empowerment) durch Biografie Arbeit und Erlernen von Selbsthilfe, die dem Abgeben der Verantwortung an Experten weitestgehend entgegenwirkt, regressive Tendenzen nicht unterstützt, die Bedürftigkeit des Klienten jedoch wahrnimmt und wertschätzt
- Unterstützung des Selbstausdrucks und der Gestaltungskraft

- Die Klienten sollen zum „Bestimmer“, also zum Subjekt ihres Tuns werden, statt dem „Eigenleben der Traumanetzwerke im Gehirn“ ausgeliefert zu sein
- Beenden von Reinszenierungen des Traumas
- Hilfen von Überwinden von Loyalitätskonflikten gegenüber der Ursprungsfamilie

Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Traumapädagogik / Traumafachberatung / Psychotraumatherapie

In der **Traumapädagogik, -beratung** werden Theorien und Forschungskenntnisse der Psychotraumatologie auf die Pädagogik mit ihren bewährten Theorien, Methoden und Erfahrungen übertragen, im Besonderen der Heilpädagogik.

Die **beratenden Berufsgruppen** sind gewohnt und geübt, mit den Beeinträchtigungen der Traumatisierten Menschen im Alltag konfrontiert zu sein und deren **Verbesserung als direktes Ziel** in der Beratungsplanung zu berücksichtigen.

Gemeinsamkeiten:

Traumaberatung, Traumapädagogik und Traumatherapie wirken alle heilsam. Viele Interventionstechniken können in allen drei Disziplinen angewendet werden. Im Idealfall unterstützen und verstärken sie sich in ihrer heilenden Wirkung gegenseitig.

Mehr Selbstverantwortung und Autonomie der Klienten ist ein zentrales Ziel aller drei Bereiche.

Ziele von Traumapädagogik sind zugleich auch implizite Therapieziele:

- Stärkung von Selbstbewusstsein
- Durchsetzungsfähigkeit
- Fähigkeit zur Selbstfürsorge
- Abgrenzungsfähigkeit
- Fähigkeit, Bedürfnisse bewusst zu erleben und zu äußern
- Distanz zu handelndem Agieren
- Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion
- Selbstbemächtigung
- Affektdifferenzierung – und regulierung
- Realistische Objektwahrnehmung
- Zukunftsvisionen wagen

Sowohl Berater wie Therapeuten werden **vorhandene Ressourcen der Klienten eruieren, aktivieren und zielgerichtet neue Ressourcen aufbauen**, z.B. zur Angstbewältigung oder zur Distanzierung von überflutenden Inhalten. Beide werden zum Ausprobieren neuer Schritte, sowie zum Abbau von letztlich Angst verstärkenden Vermeidungsstrategien und Rückzug ermutigen.

Beiden arbeiten an der Korrektur verzerrter Selbst- und Fremdwahrnehmung und regen zur **Reflexion und Einnahme neuer Sichtweisen** an und fördern damit die **Mentalisierungsfähigkeit**.

Beide **würdigen die bisherigen Bewältigungsstrategien** als bislang bestmögliche, aber heute oft dysfunktionale und neues Leid erzeugende Versuche, mit den Traumafolgen umzugehen und nicht ganz die Kontrolle zu verlieren.

Beide vermitteln **kognitiv-psychoedukativ hilfreiches und entlastendes Wissen** zu Traumafolgen und der **Notwendigkeit zur Ressourcenaktivierung und Stabilisierung**.

Für alle helfenden Berufsgruppen gelten die **Prinzipien Halten, Innehalten und Reflektieren**. Sie müssen das oft schwierige, destruktive Verhalten traumatisierter Klienten – speziell von Kindern und Jugendlichen – aushalten und verstehen können. Das setzt die Kenntnis der Schutzfunktion posttraumatischer Überlebensstrategien und die **Reflexion der eigenen emotionalen Reaktionen** voraus, also **traumaspezifisches Wissen, Supervision, Selbsterfahrung und Selbstfürsorge**.

Ebenso wichtig sind **geeignete institutionelle Rahmenbedingungen**, die ermöglichen, dass sich alle Bereiche und Hierarchieebenen innerhalb der Institutionen auf eine gemeinsame Grundhaltung verständigen, die den „Geist“ der Einrichtung trägt.

Grenzen in traumapädagogischen Arbeit (Pädagogik, Beratung und Therapie):

- Suizidalität
- Eskalierende Selbstverletzendes oder Suchtverhalten
- Psychotische Dekompensation
- Kritisches Untergewicht
- Eskalierende dissoziative Symptomatik z.B. bei Täterkontakt oder überwältigenden Traumatriggern

Bei **akuter Selbst- oder Fremdgefährdung** oder **starker Intoxikation** ist die Zuführung und Durchsetzung vorübergehender stationärer ggf. intensivmedizinischer Versorgung obligat.

Zunächst sind also evtl. auch invasive Interventionen erforderlich wie vorübergehende Einweisung durch richterlichen Beschluss. Ein Abbruch der Beziehung sollte vermieden werden, stationäre und ambulante Institutionen sollten möglichst vernetzt zusammenarbeiten, etwa mit stationärer Intervalltherapie und Rückübernahme.

Interventionen	Traumaberatung/ - pädagogik	Traumatherapie
Psychoedukation	xx	xx
Stabilisieren	xx	xx
Äußere Sicherheit	xx	xx
Alltagsfunktionen stärken	xx	xx
Ich-Funktionen stärken	x	xx
Fähigkeit, sich von Belastungen zu distanzieren	xx	xx
Innere Sicherheit	xx	xx
Imaginationsübungen etc.	xx	xx
Stabilisierende Ego-State- und Innere-Kind-Arbeit	xx	xx
Aufdeckende Ego-State und Innere-Kind-Arbeit	-/x	xx
Täterintrojekt-Arbeit	-/x	xx
Traumakonfrontation EMDR	-	xx
Psychodynamik deuten	-	x

XX = zentrale Bedeutung

X = bedeutsam

- = nicht anzuwenden

-/x = nur bedingt anzuwenden

Traumpädagogik, Traumafachberatung und Psychotraumatherapie fördern gemeinsam die Selbstheilungskräfte der Patienten, stabilisieren deren Entwicklungspotentiale und ergänzen sich in ihrer Wirkung.

Institutionelle Bedingungen traumaspezifischer Arbeit

Innerhalb der Institutionen und der Teams sollten die Regeln von allen Beteiligten getragen werden. Im Alltag von Einrichtungen schleichen sich immer wieder unterschiedliche Handhabungen der Regeln ein. Daher sollten die Toleranzen und Grenzen innerhalb der Teams möglichst transparent sein, ansonsten sind Spaltungstendenzen zu erwarten. Dieser gemeinsam getragene Rahmen hilft Klienten auch, sich daran zu orientieren und vermittelt ihnen Vorhersehbarkeit und Sicherheit.

Für die Planung und Gestaltung der traumaspezifischen Beratung sollten die Klientin und alle am Prozess beteiligten Helfern voreinander wissen, miteinander kooperieren, kommunizieren und sich abstimmen.

Therapeutisches Milieu

Kinder können in der Bewältigung traumatischer Erfahrungen noch nicht auf eine gefestigte innere Struktur ihrer Persönlichkeit und auf reifere kognitive Fähigkeiten zurückgreifen. Wenn sie innerhalb der Familie traumatisiert werden, müssen sie dies als „normal“ erleben. Sie „lernen“ so, dass es normal ist, keine Hilfe zu bekommen, entwickeln die Überzeugung, dass sie es nicht wert sind, da sie böse und selbst schuld sind. Diese Überzeugung prägt sie über das gesamte Leben, in der schulischen/ beruflichen Entwicklung, in Freundschaften/ Beziehungen und Erwartungen. So leben die Klienten, als hätten sie nichts Gutes verdient, sabotieren sich selbst und müssen sich zugleich endlos anstrengen, weil sie ja nie „gut genug“ sein können. (Beckrath-Wilking, Biberbacher, Dittmar, Wolf-Schmid 2013).

Leben die Pädagogen einen fürsorglichen, empathischen, autoritativen (nicht autoritären) Erziehungsstil und kommunizieren sie konstruktiv mit den Kindern, indem sie z.B. aktiv zuhören, Du-Botschaften vermeiden, konstruktiv loben, kritisieren und ermutigen, können sie zu positiven Rollenmodellen für die Kinder werden.

Traumapädagoginnen sollten die Besonderheiten traumazentrierter Gesprächsführung beachten, dabei eine altersentsprechende Sprache, Spiele und Materialien einbeziehen (evtl. Handpuppen). Ressourcenreiche Momente, Stärken, bisherige Bewältigungsstrategien und hilfreiche Beziehungen sollten exploriert

werden, etwa: „Wie war das, als Du Radfahren gelernt hast? Wie hast Du es geschafft, es immer wieder zu versuchen? Wer hat Dir dabei geholfen?“

Erst nach Aufbau einer guten Beziehung sollten traumatische Ereignisse exploriert werden, dabei sind das Schicksal und Leiden der Kinder unbedingt zu würdigen.

Die Pädagogin sollte sich mit **uneingeschränkter Akzeptanz als Verbündete** des Kindes zeigen, ihm Sicherheit, Kontinuität, Verlässlichkeit und Berechenbarkeit vermitteln. Ebenso wichtig ist Transparenz in Entscheidungen und Handeln. Durch Psychoedukation wird nicht nur Wissen gefördert, sondern auch Hoffnung, Entlastung und Sicherheit.

Klare und schützende Regeln müssen aufgestellt und durchgesetzt und das Kind vor weiteren Übergriffen geschützt werden.

Traumabedingte störende Verhaltensweisen und Reinszenierungen sollten erkannt und darauf verständnisvoll reagiert werden. Sie müssen aber auch gestoppt oder begrenzt werden, die Pädagoginnen sollte sie jedoch nicht persönlich nehmen. Erforderlich ist auch ein aktives Krisenmanagement, um Eskalationen möglichst zu verhindern.

Rituale und Kreativität als heilsame Alltagserfahrung

Kinder brauchen Rituale in ihrem Alltag und die Besonderheit von Festtagen.

Alltagsrituale, wie sich einen guten Morgen zu wünschen und mit einem gemeinsamen Frühstück den Tag zu beginnen, sind für viele Kinder nicht selbstverständlich. Sie beinhalten weiter die Strukturierung des Tages, der Woche, Monate und der Jahreszeiten. Die Kinder sollten die Gelegenheit bekommen, dabei ihre Kreativität zu entfalten, wie z.B. bei der Wahl ihrer Kleidung, beim persönlichen Gestalten ihrer Kinderzimmer, bei Vorbereitungen von Geburtstagsfeier, beim Schmücken des Weihnachtsbaumes, Basteln von Faschings- bzw. Karnevalskostümen, Bemalen von Ostereiern.

Alltagsverrichtungen wie Tisch decken, Schuhe putzen, aber auch die Vorbereitungen zu Festtagen haben viele Kinder und Jugendliche kaum erfahren. Sie kennen die knisternde Stimmung der Vorfreude nicht oder die verschiedenen Düfte beim Plätzchenbacken vor Weihnachten. Elementare Basiskompetenzen wurden nicht gefördert, weder im kognitiven Bereich, sich Wissen anzueignen, noch im Bereich allgemeiner Fertigkeiten, z.B. sich beim Fahrradreifenwechseln handwerklich auszuprobieren. Die Kinder wurden oft in allen Bereichen nicht ausreichend gefördert, lesen keine Bücher, kennen kaum Naturleben.

Hier können traumapädagogische Konzepte und die Nutzung des therapeutischen Milieus nachholend heilsames Erleben fördern.

Traumapädagogische Konzepte in der Kinder- und Jugendhilfe müssen sich am Alltag der Kinder orientieren. „Das therapeutische Milieu findet hauptsächlich in Situationen des wirklichen Lebens statt“ (Redl 1971, S. 42). Dazu gehören das gemeinsame Essen, die Unterstützung beim Aufstehen am Morgen, das Vorlesen von Gutenachtgeschichten zum Einschlafen, Spiele und Abenteuer im Freien und die Übernahme von altersgemäßen Arbeiten im Haushalt.

Das therapeutische Milieu ermöglicht neue entwicklungsfördernde und heilsame Alltagserfahrungen. Denn Leben und Lernen der Kinder und Jugendliche findet wesentlich außerhalb der Therapiestunde statt. Die Kooperation von Therapeuten mit Pädagogen und Fachpersonal einer Einrichtung begünstigt eine heilende Entwicklung der Kinder und Jugendliche.

Traumasppezifische Konzeption

Institutionen, die mit traumaspezifischen Menschen arbeiten, benötigen ein **traumaspezifisches Konzept**. Dazu gehören ein angemessener Stellenplan, eine ausreichende traumaspezifische Ausbildung und Supervision aller Mitarbeiterinnen, sowie resilienzfördernde und die traumabedingten Symptome und Bindungsprobleme berücksichtigende Programme.

Therapie und Beratung brauchen ein **wohlwollendes Umfeld**, in dem jeder Mitarbeiter sich sowohl eingebunden fühlen, als auch individuell entfalten kann.

Damit belastende Hilfeprozesse innerhalb eines Teams und einer Institution konstruktiv bewältigt werden können und nicht „bis zur Erschöpfung“ ausgehalten werden müssen, ist ein offenes, unterstützendes Klima innerhalb des Teams erforderlich.

Wichtig ist, dass die Leitung der Einrichtung hinter dem Konzept und dem Team steht. Alle Hierarchieebenen sollten sich mit dem Konzept identifizieren und es durch Fortbildungen weiterentwickeln. Eine einzelne Fortbildung erfüllt noch nicht die Anforderungen an ein Traumakonzept in einer Einrichtung. Eine Einzelkämpferin innerhalb einer Institution kann nur scheitern.

Zu berücksichtigen ist auch die **Kooperation** zu und zwischen den Fachdisziplinen im Team wie Medizin, Psychologie, Pädagogik, Sozialpädagogik, Sonderpädagogik, Fachpflege, Geburtshilfe u.a. Die **Aufgaben und Grenzen** der jeweiligen Berufsgruppen sollten klar benannt werden. Auch die Rahmenbedingungen müssen eindeutig definiert und verbindlich sein. **Struktur** gibt Halt und Schutz auch für das Team. Wichtig ist die **Transparenz** von Planungsprozessen. Krisenpläne müssen erarbeitet und allen Teammitgliedern bekannt sein.

Die Kooperation mit anderen Einrichtungen wie Ambulanzen, Tageskliniken, stationären Einrichtungen, niedergelassenen Therapeuten, Einrichtungen wie Jugendämtern, Jugendgericht, Jugendrichter, Jugendgerichtshilfe, justiziellen Hilfen, Straffälligenhilfe, Bewährungshilfe, Einrichtungen der Jugendhilfe, ambulanter und stationärer Familienhilfe, Kinderheimen, Wohngruppen, Hebammen, Mutter-Kind-Einrichtungen u.Ä. sollte geregelt und vernetzt sein.

Beratungsplanung/ Beratungsprozess

1. Klärung der Rahmenbedingungen und inneren Strukturen

- In welchem Rahmen bin ich tätig?
- Finanzierung/ Zeit/ Örtlichkeit
- Beratungsvertrag notwendig?
- Schweigepflicht?
- Netzwerk? Notfallnummern?
- Was ist meine Klientelgruppe und welche Besonderheiten hat diese?
- Was muss ich auf Grund meiner Klientelgruppe beachten? (Kultur, Sprache, Rechtliches ...)
- Einzel-/ Gruppensetting
- Wer hat welchen Auftrag? (Klient, System, Berater etc.)
- Wie ist meine innere Haltung (Übertragung/ Gegenübertragung)

2. Kontaktaufnahme

- Wie sind Termine möglich? Offene Beratung, Vereinbarung von Terminen etc.
- Beziehungsaufbau (Ressourcenorientiert, Wohlfühlatmosphäre, Bindungsstil, Auftrag klären (Kunde, Besucher, Klagender))
- Transparenz aufzeigen, maximaler Kontrast zur traumatischen Situation, Vertraulichkeit schaffen
- Auftrag/ Erwartungen klären – realistische Möglichkeiten aufzeigen
- Symptomatik als Überlebensstrategie verstehen
- Methodik: Pacing und Leading, auf Gegenübertragungsimpulse achten, reflektiertes versus reflexhaftes Handeln

3. Anamnese

- Trauma-/ Ressourcenlandkarte
- Lebenslinie/ Biographiearbeit
- Genogrammarbeit
- Stressorbasiertes Denken (jede Symptomatik hat einen guten Grund und ist eine Überlebensstrategie, was hat es mit der Lebensgeschichte zu tun?)
- Diagnostik (Symptomatik abfragen)
- Psychoedukation

- Methodik: Stresstoleranzfenster beachten, Regulationsstrategien (Skills, Achterbahn-Metapher), Mentalisieren, Sicherer Ort, Tresorübung

4. Hypothesenbildung

- Was habe ich verstanden?
- Welche Symptomatik liegt vor? Um welche Überlebensstrategie/ guten Grund handelt es sich? Was liegt darunter??
- Was hat das mit der Lebensgeschichte zu tun? Aus den Augen des Klienten die Welt sehen...
- Was ist das Ziel/ Anliegen/ Erwartungen von wem? Was ist mein Auftrag und kann ich diesem gerecht werden?
- Welche Ressourcen hat mein Klient/ das System?
- Was braucht mein Klient, um sein Ziel zu erreichen? Ist das Ziel realistisch? Was könnten Zwischenziele sein?
- Teilarbeit? Gibt es Introjekte (negative Selbstüberzeugungen/ Weltbild)? Innere Ambivalenzen?
- Wo steht mein Klient? Wie früh ist das Trauma anzusiedeln? Kann er Gefühle wahrnehmen, differenzieren, benennen und regulieren? Wie sind die Selbstregulationsfähigkeiten? Kann er Zusammenhänge herstellen/ reflektieren? Leidensdruck/ Motivation?
- Ist das System sicher? Täterkontakt? Rechtliches beachten?
- Ist das System unterstützend? Müssen Netzwerke aktiviert werden?
- Reinszenierungen im Kontakt/ System?
- Methodik: Soziogramm (System im Blick haben – „guten Grund“), Diagramm zur Visualisierung (Organigramm), Aufstellungsarbeit, Ressourcenlandkarte, Skalierungsfragen, Reframing, hypnotherapeutisches Fragen (was wäre, wenn), Übertragung/ Gegenübertragungsimpulse, reflektiertes versus reflexhaftes Verhalten (Selbstreflexion)

5. Stabilisierendes Arbeiten je nach Auftrag

- Stabilisierungsarbeit (verschiedene Übungen siehe Modul 2), besonders auf Körperebene
- Triggerkontrolle, Notfallkoffer, Achtsamkeitsübungen
- Biographiearbeit/ Narrativarbeit
- Kognitive Umstrukturierung
- Psychoedukation
- Lösungsorientiertes Arbeiten (wichtig dabei keine Regressionsförderung, aber auch keine Überforderung)
- System/ Gruppe im Blick haben, Beratung dieses, evtl. Netzwerke aktivieren

- Methodik: Transparenz, Selbstwirksamkeit fördern, Kontrolle beim Gegenüber lassen, maximaler Kontrast zum Trauma, Begleiten, eigene Impulse reflektieren (immer wieder eigene innere Haltung überprüfen), Spiegeln

6. Abschluss

- Wie kann eine Beendigung gut gestaltet werden?
- Notfallprophylaxe
- Wo kann erneut Unterstützung aktiviert werden? Netzwerke
- Wo sind Grenzen in der Beratung? Wann, kann wo weiterverwiesen werden?

Lebenslinie

Das Legen einer Lebenslinie ist eine Form der Biographiearbeit. Sie kann auf dem Papier im Diagramm gemalt oder im Raum mit einem Seil, Steinen und Blumen gelegt werden. Ziel ist es, die gesamte Lebensgeschichte in seiner Gesamtheit zu erfassen, Zusammenhänge zu erkennen, Leid zu würdigen, aber auch die Ressourcen und Stärken zu erkennen, die geholfen haben, schwierige Lebensereignisse zu bewältigen.

Das Vorgehen:

Es wird ein langes Seil auf den Boden gelegt. Der Klient wird dann gebeten den Anfangspunkt zu markieren. Dies kann die Schwangerschaft sein, die Geburt oder auch die erste Erinnerung.

Der Patient wird gebeten, wichtige Lebensereignisse chronologisch bis heute neben das Seil zu legen. Für positive Ereignisse werden Blumen auf die eine Seite und für negative, belastende Ereignisse Steine auf die andere Seite gelegt.

Im nächsten Schritt werden die Blumen und Steine näher betrachtet. Es können Fragen nach hilfreichen Beziehungen, Ressourcen, die bei der Bewältigung geholfen haben, was und/ oder wer war unterstützend gestellt werden.

Im letzten Schritt wird das Gesamtbild betrachtet. Welche Blumen und Steine haben noch Auswirkungen für die Gegenwart. Was habe ich gelernt? Welche Überlebensstrategien (positiv wie negativ) zeigen sich noch heute? Möchte ich etwas ändern?

Gruppentherapeutische Prozesse

Wann sprechen wir von einer Gruppe?

Das **zielgerichtete Miteinander** ist die wesentliche und hinreichende Voraussetzung, um von Gruppe (vs Ansammlung) sprechen zu können.

Wer einer Gruppe beitrifft oder ihr angehört, verfolgt dabei selten nur ein einziges wohldefiniertes Ziel, sondern bringt eine Vielzahl von Zielvorstellungen mit. Die Gesamtheit der individuellen Ziele, die ein Einzelner in die Gruppe im Auge hat, bezeichnen wir den **persönlichen Zielpool**. Die Zusammensetzung der persönlichen Ziele beeinflusst unmittelbar die Motivation und das Engagement, mit der wir in eine Gruppe gehen. Je mehr Ziele und je bedeutungsvoller, desto ausgeprägter ist die Motivation, an einer Gruppe teilzunehmen. Je mehr persönliche Ziele sich im Laufe der Zeit umfassend verwirklichen lassen, desto eher **wächst die Zufriedenheit mit der Gruppe und die Bindung an sie**.

Art der persönlichen Ziele:

- sachlich (Inhalte der Gruppenaktivität) und zwischenmenschlich (Qualität des Miteinanders)
- Persönliche Bedeutsamkeit der Ziele
- Dringlichkeit von Zielen: vordringlich und nachgeordnet

Die Ziele der Einzelnen müssen sich im „Gruppentopf“ miteinander arrangieren. Aus diesem Gewimmel einen Schwarm zu formen – das ist die Aufgabe des Gruppenprozesses.

Gründungsphase

- Ausschreibung: welche offiziellen Ziele gehen daraus vor?
- Konventionen als Ausgangspunkt (Sitzordnung, Pausenordnung, Kleiderordnung, Ansprache etc.)
- Separation (Abgrenzung nach außen durch offizielle Ziele und Konventionen)
- Feindbilder
- Gleichabständigkeit

Anfangsphase

- Nährboden für Übertragungsphänomene: anhand von Schlüsselreizen übertragen wir durch Erfahrung gewonnen Muster auf eine bestimmte Situation
- Menschenkenntnis
- Lebenserfahrung
- Wiederbelebte Vergangenheit

Angekommen ist man in der Gruppe, wenn

- Gewissheit über menschliche Grundregeln
- Gewissheit über offizielle Ziele
- Gewissheit über Zugehörigkeit zur Gruppe

Komplikationen bei der Gruppenfindung

- Zerfall der Gruppe durch unklare Ziele
- Blockade bei der Aufstellung von Konventionen
- Unzufriedenheit durch unterschiedliche Ausprägungen des Sicherheitsbedürfnisses innerhalb der Gruppe
- Fehlstart durch überhastetes Forming
- Langeweile durch überdehntes Forming
- Die im Forming erarbeitete Sicherheitsstruktur umfasst die „Schnittmenge“ der einzelnen Zielpools, den kleinsten gemeinsamen Nenner; im Storming werden diejenigen Elemente der individuellen Zielpools vom Strukturierungsprozess erfasst, die nicht Elemente dieser Schnittmenge sind

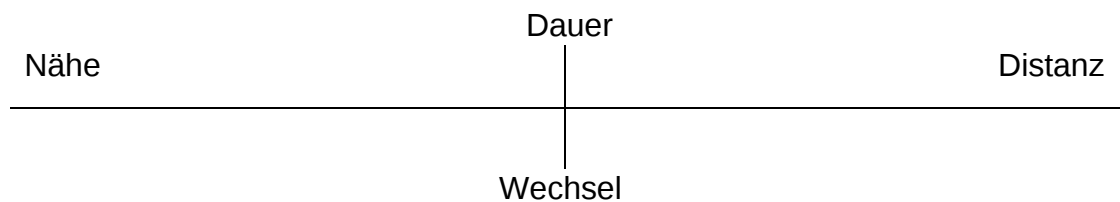
Auf die Phase des Sich-Kennenlernens im Verbindenden folgt eine häufig konflikthafte Zeit des Sich-Kennenlernens im Trennenden

Illusion einer konfliktfreien Gruppenidentität nach Bion

- Kampf-Flucht-Grundannahme: Identifizierung der Gruppe über eine von allen wahrgenommene externe Bedrohung, der durch Angriff, Verteidigung oder Flucht begegnet wird
- Paarbildungs-Grundannahme: Identifizierung mit der Gruppe über eine von allen geteilte messianische Hoffnung (auf Erlösung, Befreiung etc.)
- Abhängigkeits-Grundannahme: Identifizierung über die von allen akzeptierte Abhängigkeit von einem versorgenden Führer

Das Riemann-Thomann-Kreuz:

- Dimensionen: Abgegrenztheit und Berechenbarkeit
- Vier Pole des Kreuzes Nähe, Distanz, Dauer und Wechsel



„seelisches Heimatgebiet“

- beziehungs-dynamische Grundprinzipien: „komplementäre Gegenbewegung“ und „konflikt-hafte Polarisierung“

Jeder Mensch muss sich im Verlauf seines Lebens immer wieder auseinandersetzen mit allen vier Forderungen nach

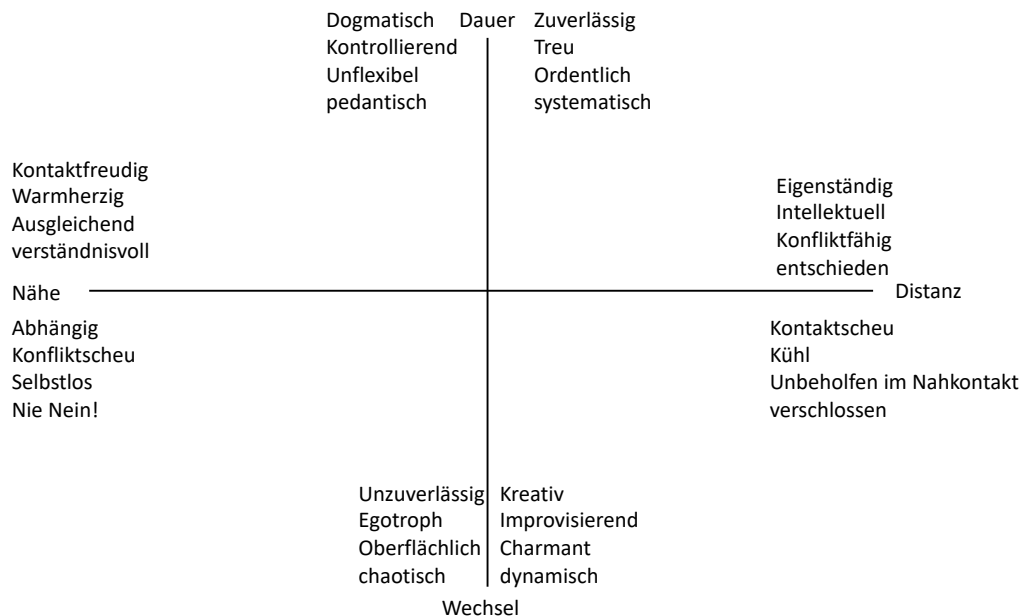
- Abgrenzung, Beziehungsfähigkeit, Dauerhaftigkeit und Wandlungsbereitschaft
Und den durch sie geweckten existenziellen Grundängsten
- vor Einsamkeit, Selbstverlust, Unbeweglichkeit und Chaos

Jede der vier Grundströmungen bringt spezifische Symptome hervor:

- Verhaltensweisen (z.B. Kontaktstil)
- Einstellungen (z.B. Vorlieben und Abneigungen)
- Wertvorstellungen (z.B. Prinzipien und Ideale)
- Kompetenzen
- Ängste

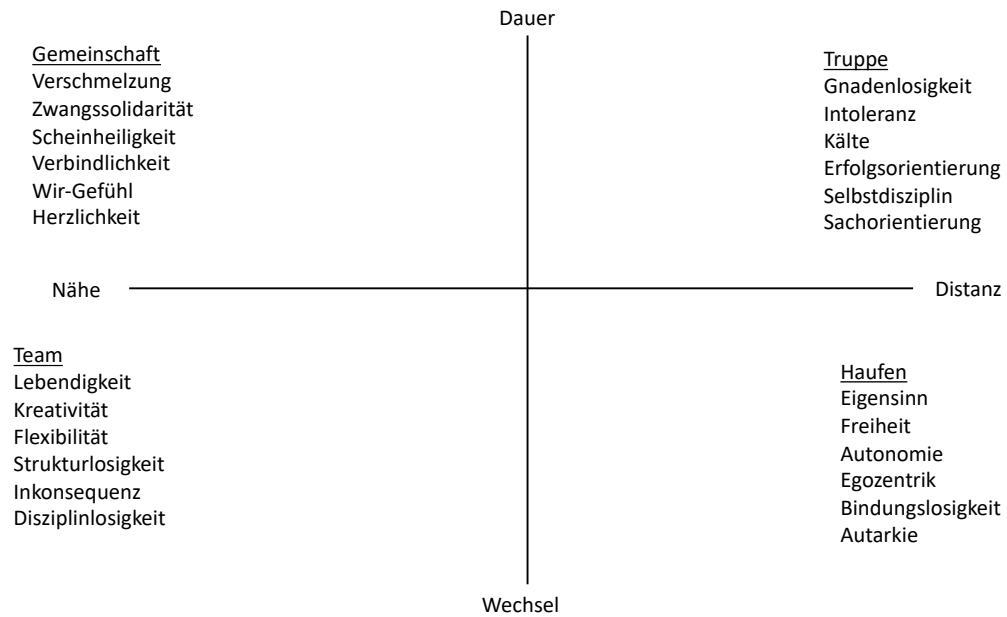
Seelisches Heimatgebiet entspricht dem individuellen Toleranzbereich im Rahmen des Riemann-Thomann-Kreuzes.

Solange der Mensch im Leben nur mit solchen Situationen konfrontiert wird, die ihm nicht weniger bieten, als es für sein seelisches Wohlbefinden braucht und ihm gleichzeitig nicht mehr abverlangen, als er ertragen kann, befindet er sich innerhalb seines seelischen Heimatgebietes und fühlt sich ausgeglichen. Sobald das für ihn verkraftbare Ausmaß an Nähe-Distanz bzw. Dauer-Wechsel unter- oder überschritten wird, gerät er aus dem Gleichgewicht und befindet sich außerhalb des seelischen Heimatgebietes.

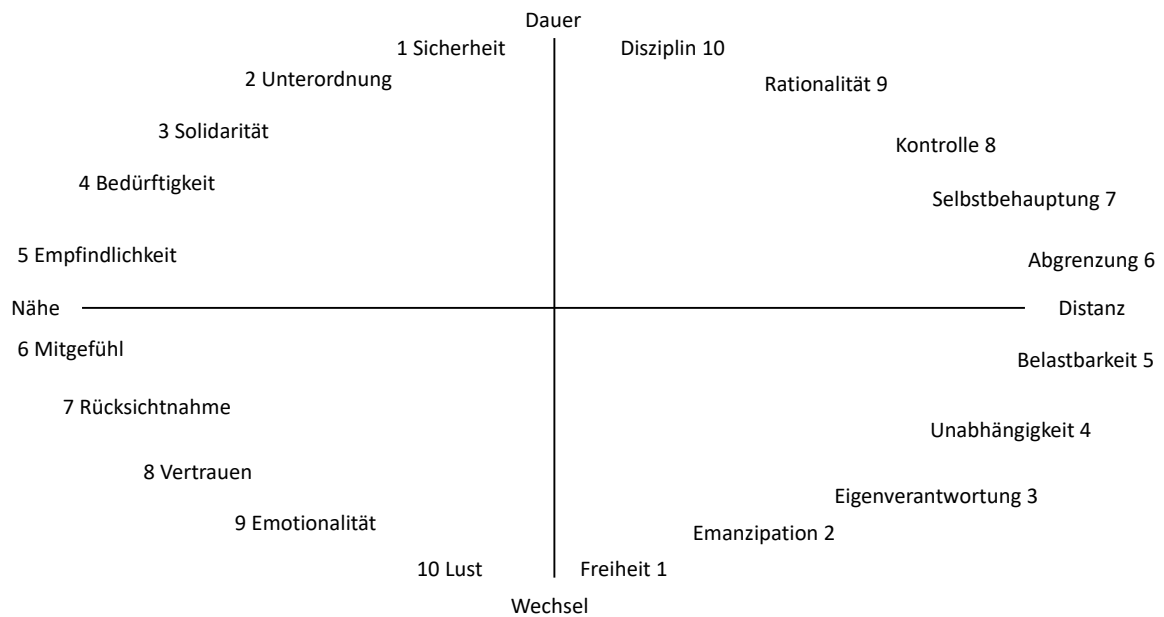


Das Riemann-Thomann-Kreuz in Bezug auf Gruppen:

- Gemeinschaft (Dauer/ Nähe-Anteile): starkes Zusammengehörigkeitsgefühl; Verschmelzung, Zwangssolidarität, Scheinheiligkeit, Verbindlichkeit, Wir-Gefühl, Herzlichkeit
- Truppe (Dauer/ Distanz-Anteile): klare Hierarchie, sachlich-förmlicher Umgangsstil; Gnadenlosigkeit, Intoleranz, Kälte, Erfolgsorientierung, Selbstdisziplin, Sachorientierung
- Team (Wechsel/ Nähe-Anteile): lockerer, herzlicher Umgang; Lebendigkeit, Kreativität, Flexibilität, Strukturlosigkeit, Inkonsequenz, Disziplinlosigkeit
- Haufen (Wechsel/ Distanz-Anteile): distanzierter und unverbindlicher Umgang; Eigensinn, Freiheit, Autonomie, Egozentrik, Bindungslosigkeit, Autarkie



Themen als Zwickmühle



Rollen im Gruppenfeld

Rollen im vereinfachen das Gruppengeschehen, indem sie Verhaltenswahrscheinlichkeiten festlegen und dadurch das im Miteinander vorhandene Überraschungsmoment begrenzen

- Psychologische Rollen: Rollen, bei denen das mit ihnen in Verbindung gebrachte Verhaltensrepertoire aus einer psychischen Veranlagung heraus erklärt und verstanden wird (Streber, Clown....)
- Gruppendynamische Rollen: Rollen, die durch ihren Einfluss auf das sachliche und zwischenmenschliche Gruppengeschehen, ihre gruppendynamische Macht, beschrieben werden (Führer, Mitläufer....)

Psychologische Rollen

Beispiele: der Kleine, der Gerechte, der Einsichtige, der Fleißige, der Karrieredenker, der Eigenbrötler, der Emotionale, der Versager, der Clown, der Frühreife, der Rebell...

Der Einzelne trifft mit seinem vom Heimatgebiet geprägten Rollenrepertoire auf den durch das bestehende oder angestrebte Gruppenfeld geprägten Rollenkanon der Gruppe. Er übernimmt jene Rolle, die ihm spielbar und lohend erscheint, wobei der Lohn in Zuwendung, Aufmerksamkeit, materiellem Erfolg, Duldung u.a. bestehen kann.

Nicht jede Rolle bringt den gleichen Lohn und unterschiedliche Menschen bevorzugen unterschiedliche Währungen der Belohnung: Während sich der eine durch Duldung bereits reichlich beschenkt sieht, ruht der andere nicht eher, als er alle Aufmerksamkeit auf sich ziehen konnte.

Relativität der Rolle: Jedem Menschen steht auf Grund seines Heimatgebietes ein breiteres Verhaltensrepertoire offen, aus dem er stimmungs- und situationsgemäß auswählen kann. Diese Bandbreite versetzt uns grundsätzlich in die Lage, angesichts eines spezifischen Gruppenzusammenhangs unterschiedliche Rollen zu spielen.

Unsere Rollenwahl hängt aber nicht nur von unserem eigenen Heimatfeld ab, sondern ebenso sehr von dem Gruppenfeld, auf dessen Hintergrund es wirksam wird. So kann z.B. ein mäßig nahebedürftiger Mensch in einer Gruppe, deren Feld stark distanzgeprägt ist, mit seiner aufgeschlossenen Art in die Nähe des „Softies“ geraten, während er in einer anderen Gruppe, die sich eher ein warmes Nest bereitet, als „kühler Kopf“ gilt.

Die Rollenvergabe in einer Gruppe liefert immer zwei Informationen: eine über den Spieler und eine zweite über das Gruppenfeld.

Mitunter ist das Verhaltensrepertoire eines Menschen in der Gruppe so eingeschränkt, dass er sich – im Extremfall – nur in einer einzigen Beziehungskonstellation (z.B. Versager) sicher fühlt. Der Einzelne schafft dann beinahe zwanghaft immer wieder dieselben Beziehungsmuster. Dazu besetzt er selbst die entsprechende Rolle und drängt seine Mitspieler einseitig in die komplementären (ergänzenden) Rollen.

Beispiele: Führer, Mitläufer, Außenseiter, Sündenbock

- Der inoffizielle Führer: er verdankt seinen Einfluss der Tatsache, dass die von ihm verkörperte Themen von der Gruppe „gewünscht“ werden und hoch im Kurs stehen. Er drückt aus und lebt vor, was in der Gruppe gerade thematisch favorisiert wird. Der inoffizielle Führer zwingt der Gruppe nicht seinen Willen auf, sondern ist derjenige, der den Willen der Gruppe personifiziert und daher als ihr Sprecher fungieren kann.
- Der Mitläufer: Er lässt sich im thematischen Strom treiben und tritt hinter den inoffiziellen Führer zurück. Sein Einfluss manifestiert sich v.a. in seiner Zurückhaltung. Er verzichtet darauf, der Gruppe eigene Impulse zu geben und verkörpert seinerseits keine zusätzlichen markanten Themen. Sein Hauptziel in der Gruppe ist nicht die Schaffung eines von ihm geprägten Klimas, sondern das Dazugehören.
- Der Außenseiter: Er ist ein Vertreter geduldeter randständiger oder feldferner Themen. Er hält sich wortwörtlich an der Außenseite des Gruppenfeldes auf.
- Der Sündenbock: Er ist das Gegenstück zum inoffiziellen Führer. An ihn werden die Tabuthemen der Gruppe delegiert. Er trägt gewissermaßen jenen thematischen Sprengstoff mit sich herum, der der Gruppe zu bedrohlich und heikel erscheint, als dass er öffentlich gezündet werden könnte. Seine Ausgrenzung ist eine Methode, die innere Sicherheit zu stabilisieren.

Im individuellen Zielpool der neurotischen Rollenträger wird das Ziel, Gruppenführer (Außenseiter, Sündenbock etc.) zu sein, überwertig, so dass sie alles daran setzen, diese Rolle zu übernehmen – ungeachtet des jeweiligen Rollenfeldes und ohne Rücksicht auf die einflussverleihende Thematik. Der Verzicht auf die Verwirklichung anderer persönlicher Ziele wird dabei in Kauf genommen, weil die Angst vor unbekannten zwischenmenschlichen Konstellationen so groß ist, dass die Flucht in bekannte, bewährte und zuverlässige gruppenspezifische Rollenmuster als einzige Rettung erscheint.

Schema zur Fallvorstellung – Qualifizierung Traumapädagogik

Kollege:

Datum der Fallsupervision:

1. Basisdaten

Kevin B., geboren am 30.01.1999.

Über Auffälligkeiten in der Schwangerschaft und während der Geburt gibt es keinerlei Daten. Kevin ist altersgemäß entwickelt. Aufgrund einer Wespenallergie musste Kevin in den letzten Jahren im vierwöchigen Turnus zur Desensibilisierung, die er regelmäßig und selbständig wahrgenommen hat.

Kevin ist seit dem 11.03.2011 in der Intensivgruppe „Haus 7“ des Kinder- und Jugenddorfes untergebracht. In der Gruppe werden 6 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 9 und 13 Jahren betreut. Gleichzeitig besucht er die Schule, eine zum Kinder- und Jugenddorf gehörende Heimsonderschule für Erziehungshilfe mit den Bildungsgängen Förderschule - Werkrealschule.

2. Anamnese

a. Familienklima

Kevin ist als zweites Kind von Fr. R. in eine konfliktreiche, sich in der Auflösung befindliche Familie hineingeboren. Von Kevins leiblichen Vater (wohnhaft in Norddeutschland) trennt sich die Mutter (*1975), bevor Kevin geboren wird.

Kevin besucht einen Regelkindergarten, wechselt allerdings sehr schnell wegen Verhaltensauffälligkeiten in einen integrativen Kindergarten.

Nach Einschulung in eine Volksschule zum Schuljahr 2005/06 erfolgt im ersten Schuljahr ein Umzug und ein Besuch der Volksschule am neuen Wohnort.

In Klasse 3 erfolgt eine Umschulung in ein sonderpädagogisches Förderzentrum mit Heimunterbringung (Kinderdorf in N.).

Vorausgegangen war der empfohlene stationäre Aufenthalt nach einer ambulanten Krisenintervention. Gründe für die Aufnahme waren vornehmlich selbst – fremdaggressive Verhaltensweisen, sowohl in Schule als wie auch zu Hause, besonders der jüngeren Halbschwester gegenüber. „...Konflikte seiner Eltern als auch Albträume belasten ihn“... .

Im Oktober 2009 Wechsel der Gruppe wegen körperlichen Übergriffen

Im Mai 2010 Entlassung aus dem Kinderdorf wegen provokanten, aggressiven Verhalten, in Verbindung mit häufiger Abwesenheit und Autoaggression (Ritzen...).

Von Mai – Juli wiederholter stationärer Aufenthalt in der KJP. Im Anschluss erfolgt eine Unterbringung bis März 2011 in einer Clearingstelle in.

Ab 11.03.2011 Aufnahme am Kinder – und Jugenddorf Intensivgruppe Haus 7.

Vater:

Bis heute sucht der Vater (*1969) keinen Kontakt zu Kevin, allein zu seinem älterem Bruder Jan (*1996). Nur dieser wird häufig von seinen Großeltern väterlicherseits (wohnhaft in) in den Ferien eingeladen, da nur Jan von den Großeltern väterlicherseits akzeptiert wird. Bei Kevin sind, in der Verbindung zu seinem Bruder, deutlich ambivalente Strukturen festzustellen. Auf der einen Seite ist er eifersüchtig auf Jan und hat häufig Konflikte mit ihm, auf der anderen Seite scheint er sich insgeheim nach einem „großen Bruder“ zu sehnen. Dies zeigt sich deutlich an seinem „suchendem Umgang“ nach Kontakt mit älteren Jugendlichen, die er dann scheinbar scherzhaft „mein großer Bruder“ nennt. Jan erfährt momentan eine 1:1 Betreuung in Dresden aufgrund eines Gerichtsbescheides und kommt nicht nach Hause.

Mutter:

Die Mutter von Kevin ist selbst traumatisiert. Sie erfährt sowohl vom Kindsvater als auch vom darauffolgenden zweiten Lebenspartner massive körperliche und sexuelle Gewalt.

Nach der Trennung vom leiblichen Vater von Kevin erfolgt ein Umzug und die Scheidung im Jahr 2000. Im selben Jahr Hochzeit mit Herrn F. (verst. 2010) und Geburt von Lukas (*2000) und Marie (*2001).

Nach einer Mutter – Kind Kur (11/12.2003) erfolgt eine Trennung von Herrn F. und Flucht in ein Frauenhaus. Die Ehe mit Herrn F. wird 2004 geschieden. Während des Aufenthaltes im Frauenhaus lernt die Mutter von Kevin Herrn R. (*1964) kennen.

2005 erfolgt die Hochzeit mit Herrn R.

Dieser bringt seinen geistig behinderten Sohn, der ebenfalls den Namen Kevin (*1997) trägt mit in die Ehe. Sein älterer Sohn Andre (*1990) lebte bei seiner geschiedenen Frau. (verstorben im Februar 2013)

Kevin scheint massiv unter der komplizierten und belastenden familiären Situation zu leiden und durch seinen mittlerweile verstorbenen Stiefvater schwere Traumatisierungen erlitten zu haben. Herr F. war Alkoholiker und fügte v.a. den Kindern aus erster Ehe, weniger den gemeinsamen Kindern, körperliche und psychische Gewalt zu. Sein Tod berührt ihn weitestgehend nicht, er äußert, ... „dass er ihn nicht mag, da er gewalttätig und ein Trinker sei...“

Zu seinem jetzigen Stiefvater Herr R. hat Kevin eine ambivalente Beziehung. Einerseits freut er sich, mag ihn und genießt es, mit ihm zusammen zur Arbeit (in den Wald etc.) zu gehen. Andererseits wird Herr R. als sehr streng bezeichnet und Kevin hat „großen Respekt“ (möglicherweise Angst ?) vor ihm. Berichte aus den zurückliegenden Beurlaubungen und Ferien in Verbindung mit seinem massiv auftretenden (sexualisiertem) Verhalten danach lassen die Idee aufkommen, dass Kevin dort weiterhin Gewalt erlebt.

Der jetzige Stiefvater weigerte sich lange Zeit, sich aktiv in die Familienarbeit mit einzubringen. Dies hat sich jedoch geändert, er nimmt an den Hilfeplanungen aktiv teil. Er ist geradlinig, hat Standpunkte und kann sich in Kevin hineinversetzen.

Durch die familiären Bedingungen und durch die Überforderung/Traumatisierung der Mutter konnten wichtige, frühkindliche und kindliche Bedürfnisse nicht ausreichend befriedigt werden. Betrachtet man dies so sieht man die Merkmale des desorganisierten/hochunsicher gebundenen Bindungstyps.

Die Furcht als ständiger Begleiter, in der Vergangenheit und Gegenwart, erzeugt in Kevin eine immense Wut und ein hohes Aggressionspotential, gleichzeitig aber auch eine große Hilflosigkeit. Sein Leben ist geprägt von häufigen Wechseln und von Bindungsabbrüchen.

b. Mittlerfaktoren

- Prätraumatische Ausgangslage

- Geschlechtszugehörigkeit

Kevin ist ein Junge

- Nähe der Erwachsenen/ Beziehung zur TäterIn

Misshandlungen und Bindungslosigkeit erlebt Kevin seit Beginn seiner Geburt durch seine unmittelbaren „Bezugspersonen“. Als Bezugspersonen sind hier v.a. die jeweiligen „Stiefväter“ und die Mutter zu nennen. Dies zieht sich durch seine Lebensgeschichte bis zum heutigen Tag.

- Chronizität und Schwere der Misshandlungen

Kevins Traumatisierungen sind eindeutig als dauerhaft manifestiert zu bezeichnen. Das bei 2a. beschriebene Verhalten und das entsprechende Feedback sowie die Folgen (Heimunterbringung) führen offensichtlich dazu, dass Kevin zu der Überzeugung gelangt, dass ihm momentan niemand helfen kann. Die Schwere der

Misshandlungen kann in der Summe, Intensität und Länge als schwer betrachtet werden.

- Emotionales Klima in der Familie

Es kann davon ausgegangen werden, dass Furcht und Angst auf der einen sowie seelische Verwahrlosung und Überforderung auf der anderen Seite ständige Wegbegleiter in Kevins Familie waren, sodass sich in seiner Persönlichkeit ähnliche Strukturen verfestigt haben könnten.

- Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen

(s. Anhang Genogramm)

Obgleich die Umstände und Schwierigkeiten, der das familiäre System ausgesetzt war und ist, konnte Frau R. Kevin ihren Möglichkeiten situationsbedingt, entsprechend emotional und körperlich versorgen. Sie liebt ihre Kinder, doch mit der Erziehung ist sie selbst überfordert. Grenzen setzen fällt ihr leicht, doch bei der Konsequenz sie einzufordern, fehlt ihr oft die Kraft. Immer wieder zeigt sich auch, dass Kevin in der Lage ist, sich sozial angemessen zu verhalten, wobei grundlegende Kompetenzen und Wertevorstellungen vorhanden sind. Auffällig ist ein hohes Maß an Sensibilität für Andere.

Kevin scheint in einer Art symbiotischer Beziehung zu seiner Mutter zu leben, ist sie doch die einzige Person, die in seinem Leben konstant bei ihm ist. Gemeinsam haben sie viel Gewalt und Not erlebt, vor der sie sich jedoch gegenseitig nicht schützen konnten.

Dennoch weisen manche Verhaltensweisen von Kevin auf eine desorganisierte Bindung zwischen ihm und seiner Mutter hin. Die Bindung zu seinen Großeltern väterlicherseits ist geprägt durch Ablehnung, mütterlicherseits hat Kevin einen guten Draht zu seiner Oma. Zu seinem Patenonkel Herr S. hat er ab und zu noch Kontakt.

Zu seinem Bruder Jan hat er (s. 2.a) ein ambivalentes Verhältnis. Mit seinem jetzigen Stiefbruder Kevin teilt er sich an seinen Heimfahrwochenenden das Zimmer, was nach Berichten der Mutter in den vorangegangenen Hilfeplänen, gut funktionieren würde. Über die beiden anderen Halbgeschwister berichtet er nicht; aus den Akten und Berichten ist ersichtlich, dass er sie gerne „manipuliert“ und „ärgert“. Auch von körperlichen Übergriffen wird berichtet (v. a. gegenüber Marie). Aktuell ist die nicht mehr so. Insgesamt werden alle Kinder von Fr. R. (in med. Gutachten) als motorisch unruhig bezeichnet, welche die ungeteilte Aufmerksamkeit der Mutter verlangen. Sich alleine zu beschäftigen fällt diesen Kindern sehr schwer.

Im Heimbereich überträgt Kevin seine bisherigen Bindungserfahrungen.

Seine Fähigkeiten, Beziehungen im Gruppenalltag einzugehen oder Kontakte zu knüpfen sind durch seine frühen Bindungserfahrungen deutlich beeinflusst. Die Vielzahl der Verweise und Ausschlüsse, sowie die Schilderungen des jeweiligen

LehrerInnen und Erzieher lassen darauf schließen, dass sein frühkindlich erworbenes Bindungsverhalten bis heute für ihn (noch) nicht veränderbar ist. Zahlreiche Stationen und Menschen haben bis heute versucht im Bereich der Bindung mit ihm zu arbeiten – keine der Wege oder Hilfen konnte Kevin dauerhaft zulassen.

Zitat aus einem Gutachten: ... er „zwingt“ seine Helfer zu immer neuen Strategien, gegen die er nach gewisser Zeit rebelliert. Kevin hat selbst keine konstruktiven Lösungsvorschläge. ... Kevin selbst „erlaubt“ sich keine Veränderung, so dass er sämtliche Hilfsangebote auf so harte Proben stellt, dass sie letztendlich scheitern müssen... . Von Kevin geradezu erzwungene Beziehungsabbrüche sind die Folge, was wiederum sein depressiv-hoffnungsloses Selbst- und Weltbild immer wieder von neuem bestätigt.

- Entwicklung der Ich - Funktionen

Das "Ich" ist eine Einheit der Persönlichkeit. Das Ich denkt, plant, fühlt und nimmt die Realität wahr. Mithilfe des "Ichs" regulieren wir unsere innere Gefühlswelt und die Beziehung zu anderen Menschen.

Sigmund Freud schrieb einmal:

"Das Ich ist zuallererst ein körperliches." Jeder von uns kennt das, wenn wir krank sind – schon eine Erkältung oder ein Zahnschmerz macht uns zu einem anderen Menschen und lässt uns mit anderen Empfindungen in die Welt blicken. Wenn wir uns freuen, schlägt unser Herz schneller, wenn wir uns schämen, werden wir rot.

Im Falle Kevins beginnt die Traumatisierung bereits in der pränatalen

Phase. Durch die dauerhaften Störungen in der Identitätsbildung kann davon

ausgegangen werden, dass bei ihm die grundlegenden wichtigen Erfahrungen nicht gemacht bzw. nur ansatzweise entwickelt sind. Eine Regulation der inneren Gefühlswelt bzw. eine Regulation in der Beziehungsgestaltung zu seinen Mitmenschen ist Kevin momentan oft noch nicht möglich, da seine Ich – Funktionen nur sehr schwach ausgeprägt sind.

c. transgenerationale Traumaweitergabe

Zitat: (aus einem multidisziplinären Gutachten):

... Fr R. hat in ihrer Vergangenheit viel Gewalt erlebt (durch ihre ehemaligen Ehemänner ...)

Nach Durchsicht der mir zugänglichen Unterlagen existieren keinerlei Berichte über (die mütterlicherseits) Vergangenheit, über ihre Eltern, ihre Kindheit etc. vor den ihr zugefügten Traumatisierungen durch ihre Lebenspartner. Einzig das ... in einem Gutachten lassen die Vermutung aufkommen, dass Fr. R. schon vor ihren Beziehungen traumatisierende Erlebnisse erfahren musste.

Aus diesem Grunde kann man davon ausgehen, dass sie selbst einige wesentliche Aspekte ihrer eigenen Traumatisierung verdrängt und möglicherweise dissoziiert. Eine Weitergabe dieser Traumaerfahrungen und Ängste von der Mutter auf Kevin sind nicht auszuschließen, eher wahrscheinlich. Diese wirken sich nun traumatisierend auf ihn selbst aus. Die Nichtakzeptanz seines leiblichen Vaters, der Großeltern und die Ablehnung durch Teile der Mitschüler verstärken die Symptomatik des hoffnungslosen Selbst- und Weltbildes.

Kevin tritt anfangs als freundliches, aufgeschlossenes Kind auf und verhält sich unauffällig, vordergründig angepasst und sucht körperliche Zuneigung bei den Erziehern. Es fällt jedoch auf, dass er keine festen Bindungen oder Freundschaften eingeht.

Im weiteren Verlauf der vergangenen Heimunterbringungen wirkt er einerseits hilflos, depressiv und resigniert, andererseits zeigt er latent aggressive Verhaltensweisen (v. a. auch verbaler Art), die sich sowohl nach innen als nach außen richten.

d. diagnostische Befunde

Diagnosen von Kevin (nach ICD-10):

- 1. Achse: F 90.1: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- 2. Achse: ---
- 3. Achse: durchschnittliche Intelligenz
- 4. Achse: ---
- 5. Achse: aktuelle psychosoziale Belastungsfaktoren
- 6. Achse: ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung

Kevin nimmt folgende Medikamente (im Rahmen einer ADHS – Diagnostik)ein:

Medikinet 0 -0mg -0, Equasym retard 50mg -0 -0, Risperdal 0 -0 -0mg

3. Die individuelle Belastung des Kindes

a. Prätraumatische Ausgangslage

Frau R. fühlt sich seit vielen Jahren mit ihrer Lebenssituation überfordert, so beantragte sie selbst bereits im Jahr 2004 SPFH. Eine Heimunterbringung konnte sich die Mutter anfänglich nicht vorstellen. Die Vermutung liegt nahe, dass sie in ihrer eigenen Kindheit schon Gewalt und Missbrauch erfahren hat. Eine prätraumatische Ausgangslage könnte daher gegeben sein.

b. Was ist passiert? Wann ist es passiert? Was waren die Umstände der traumatischen Erfahrungen?

- Trennung vom leiblichen Vater
- Jan. 1999 Geburt Kevin
- Umzug (andere Stadt)
- 3/2000 Hochzeit mit Herr F. und Geburt von Halbbruder Lukas
- 12/2001 Geburt von Halbschwester Marie
- 8/2003 Wechsel in integrativen Kindergarten wegen Verhaltensauffälligkeiten
- 11/12/2003 Mutter – Kind – Kur
- 12/2003 Trennung von Hr. F. und Flucht mit den 4 Kindern ins Frauenhaus in der Nähe von Hr. R.
- 2004 Scheidung von Herrn F.
- 2005 Hochzeit mit Hr. R., dieser bringt seinen geistig behinderten Sohn Kevin mit in die Ehe.
- 2005/06 Einschulung in die Volksschule
- 2006 Umzug mit Schulwechsel an die dortige Volksschule
- 12.11.2007 – 02.02.2008 Stationärer Aufenthalt in der KJP in B.
- 6/2008 Kinderdorf M. und Besuch der „Schule am M.“ in N.
- 10/2009 Wechsel der Gruppe wegen körperlichen Übergriffen
- 5/2010 Entlassung aus dem Kinderdorf M.
- 25.05. – 15.07.2010 Zweiter stationärer Aufenthalt KJP in B.
- 15.07.2010 – 11.03.2011 Clearingstelle in W.
- 11.03.2011 Aufnahme im Kinderdorf in E. Intensivgruppe H 7

c. Wie bewertet das Kind die Geschehnisse?

Kevin berichtet bewusst zu dem negativ Erlebten, über die traumatischen Ereignisse und seine Lebensbedingungen wenig. Er spaltet die Erlebnisse ab. Es scheinen Geheimnisse auf ihm zu lasten, mit denen er alleine nicht zurechtkommt und ihn am Leben hindern, deren Aufdeckung aber für ihn ebenso bedrohlich erscheinen. Die Sorge um die Sicherheit seiner Mutter mit dem Hintergrund der transgenerationalen Weitergabe belasten ihn sehr.

Welche Mechanismen des Selbstschutzes hat das Kind angewandt, welche Widerstandformen hat es entwickelt?

- Vielfältiges sportliches Interesse und Betätigung
- Körperliche Arbeit (gröbere Arbeiten werden gegenüber den feinmotorischen bevorzugt)
- Rückzug (innerlich/äußerlich)
- Verdrängung/Dissoziation
- In Konfliktsituationen reagiert er mit Trotz und Uneinsichtigkeit (hat sich verbessert)
- „zwingt“ seine Helfer oft zu neuen Strategien
- Kontrolle v.a. im emotionalen Bereich zu haben ist für ihn sehr wichtig (deshalb „erlaubt“ er sich keine Veränderungen)

d. Für wen hat das Kind Verantwortung übernommen?

Kevin übernimmt für die Mutter die Verantwortung, siehe Punkt 2.

e. Die Beziehungen unter Gleichaltrigen sowie das schulische Umfeld

Anfangs zeigt sich Kevin als ein freundliches, aufgeschlossenes Kind und verhält sich sehr unauffällig und angepasst. Er integriert sich gut in die Gruppe und hat viele Kontakte aufgebaut. Feste Freundschaften, sowohl in Schule als auch Peer – Group / Heimbereich, geht er nicht ein. Meist dominant, selbstsicher und furchtlos auftretend sucht er erfolgreich Kontakte zu Älteren, hier ist er ein Mitläufer. Es fällt ihm schwer, sich von anderen Jugendlichen abzugrenzen, er übernimmt schnell und unreflektiert deren Meinung.

Er muss sich vor den Klassenkameraden/ Gruppenmitgliedern profilieren und versucht mit seiner „Lausbübigkeit“ und Berechnung, die anderen für sich zu gewinnen. Kevin hat für sich bislang kaum andere Mechanismen der Kontaktaufnahme verinnerlicht.

Kevin ist im Kinder- und Jugenddorf Marienpflege integriert, hat es aber dennoch nicht geschafft dauerhafte Beziehungen zu Kindern zu knüpfen (s.o)

f. Der Einfluss von traumabezogener Tabuisierung der Bezugspersonen

Es gibt aktuell keinen Anlass, dass im momentanen Lebensumfeld Missbräuche auftauchen und tabuisiert werden. (siehe unter Pkt. 2 a-c)

4. Traumabezogene Diagnostik

4.1 Welche entwicklungspsychologischen Beeinträchtigungen hat das Kind entwickelt?

a. traumabezogene Erwartungen

- Mir kann eh keiner helfen
- Nur in der Einsamkeit liegt meine Sicherheit
- Alle sind ungerecht
- Ich schaffe teilweise meine Vorsätze nicht
- Nähe macht mir (teilweise noch) Angst
- Ich kann nicht Vertrauen
- Ich verstehe mich manchmal selbst nicht
- Mir vertraut niemand

b. beeinträchtigte Entwicklungskompetenzen

- Das Urvertrauen als Kernstück einer sicheren Bindung sowie die oben schon erwähnten instabilen Ich – Funktionen fehlen Kevin zu großen Teilen. Kleinste Störungen reichen aus, um Situationen eskalieren zu lassen. Eine moralische Entwicklung ist ausgebildet, in der Tiefe zeigt sich ein schlecht entwickeltes Gewissen.
- Kevin zeigt deutlich Merkmale eines hoch unsicheren gebundenen Bindungsverhaltens. Furcht und Angst begleiten ihn sein bisheriges Leben. Im Angstfragebogen auf der Skala manifeste Angst zeigt er einen überdurchschnittlichen Wert (PR 93). Er besitzt die ambivalente Fähigkeit sich liebevoll fürsorglich um jüngere Kinder zu kümmern, andererseits sich abwertend und verbal-körperlich aggressiv ihnen gegenüber zu verhalten. Nähe zuzulassen ist für Kevin schwer möglich. Konstante tragfähige Bindungen und Beziehungen, sowohl mit Gleichaltrigen als auch BetreuerInnen, kann Kevin noch nicht eingehen.

- Kevin hat kaum Vertrauen in seine Umwelt die die darin befindlichen Personen entwickeln können.
- Kevin ist für vieles (im sportlichen Bereich) zu begeistern. In seiner Freizeit, ohne Anleitung, hat er wenige Ideen sinnvoll mit dieser umzugehen. Die wenigen Ideen sind meistens grenzüberschreitend.

c. beeinträchtigte Belastbarkeit

- In der Alltagsbewältigung (häusliche Tätigkeiten, Ordnung, Zimmergestaltung) stellen Anforderungen für Kevin oft eine Belastung dar, die zur „Aufstockung“ seiner Energie und Wut führen können.
- In der Peer – Group macht er alles mit, um v. a. den älteren Jugendlichen „zu gefallen“. Grenzen und Regeln sind in diesen Situationen nicht präsent bzw. werden bewusst negiert.

d. Bindungsverhalten

Klare Strukturen mit wenigen, aber verlässlichen Regeln geben Kevin Sicherheit und Halt.

Durch die schwierigen familiären Bedingungen und dem psychisch labilen Zustand von Frau R. im Rahmen der Einhaltung von Regeln zeigt Kevin ein instabiles Bindungsverhalten. Sein Bindungsverhalten ist demnach hochunsicher gebunden.

In der Schule akzeptiert er seinen Klassenlehrer, welcher sehr klar und strukturiert in seinem Bereich arbeitet. In der Heimgruppe kann er seine Bedürfnisse oder Anliegen entsprechend deutlich mitteilen.

e. Gibt es Entwicklungskonsequenzen, die ein erhöhtes Risiko für eine erneute Traumatisierung bedeuten?

Kevin ist weiterhin gefährdet Traumatisierungen zu erleben.

f. sonstige Auffälligkeiten, die nicht b und c zuzuordnen sind

g. somatoforme, bzw. körperliche Auswirkungen

Blutbild und EEG sind unauffällig. Frühere Einschlafschwierigkeiten sind nicht mehr gegeben.

4.2 Welche traumabezogenen Auswirkungen kannst Du beschreiben, bzw. wurden bereits diagnostiziert

a. Symptome, die der PTBS zugeordnet werden können

- Rückzug
- Depressionen
- Bindungsstörung
- Autoaggression (früher, momentan keine Anzeichen)
- Verdrängung

a. Sekundäre Traumasymptome nach Levine/Kline

Kevin zeigt folgende Symptome nach Levine/Kline:

Chronische Übererregung:

- Aggressives und vermeidendes Verhalten
- Regressives Verhalten
- Überaktivität
- Verstärktes Risikoverhalten
- Rückblenden
- Sich von gefährlichen Situationen angezogen fühlen

Dissoziation:

- Leichte Ablenkbarkeit und Unaufmerksamkeit
- Gefühle von Getrenntsein und Isolation
- Abgeschwächte oder verringerte emotionale Reaktionen (erschwert Bindung)

Kontraktion:

- Gefühle und Verhaltensweisen, die Hilflosigkeit zum Ausdruck bringen
- Vermeidungsverhalten

b. Symptome der DTD (Entwicklungstraumafolgestörung),

A) Exposition

Kevin hat zumindest bei seinem ersten Stiefvater und während der Schwangerschaft seiner Mutter mit seinem leiblichen Vater mehrfach komplex traumatisierende Momente erlebt, wodurch sich subjektive Gefühle wie Furcht, Verzweiflung, Angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht entwickelt und manifestiert haben.

B) Ausgelöste Muster wiederholter Dysregulation als Reaktion auf Traumareize

Seine Bindungs- und Beziehungsgestaltung ist misstrauisch, anfänglich anbiedernd und angepasst. Nähe kann er jetzt bedingt zulassen, diese ist für ihn vor allem von Angst und Furcht geprägt. Seine Selbstwahrnehmung ist instabil, er fühlt sich nicht geliebt, nicht emotional versorgt oder angenommen. Zustände der Übererregung, von außen und innen reichen aus, um Kevins Impulskontrolle außer Kraft zu setzen, seit langer Zeit wird er mit Medikamenten (siehe 2 d.) behandelt. Er zeigt Zustände von Dissoziation, welche aber weniger werden. → Sicherheit !!!

C) Anhaltend veränderte Wahrnehmung und Erwartungen

Kevin zeigt sich Erwachsenen anfänglich höflich, freundlich, aufgeschlossen; gleichsam aber auch zurückhaltend, misstrauisch und abschätzend. Kevin verfügt nur teilweise über Selbstverantwortlichkeit und begibt sich schnell in grenzverletzende Bereiche.

D) Verlust aller Funktionsbereiche

Vor allem das längerfristige Eingehen und Aushalten von Nähe in Beziehungen ist bei Kevin stark beeinträchtigt. Kevin hat außerhalb der Gruppe zu Gleichaltrigen kaum soziale Kontakte.

c. dissoziative Phänomene

d. Beeinträchtigungen durch Ängste, bzw. Angststörungen

Kevins Leben ist in einigen Bereichen geprägt durch Furcht, Angst und Verletzung. Mittlerweile besitzt er für sich einen Lebensplan.

4.3 Beschreibe Übertragungen, Reinszenierungen und Deine Gegenreaktionen, beschreibe die Gegenreaktionen im Team:

Übertragungen, Reinszenierungen von Kevin:

Die Angst

- ... vor Nähe und Beziehung
- ... nicht adäquat geliebt zu werden
- ... vor Hilflosigkeit, Sprachlosigkeit und Ohnmacht
- ... vor Vernachlässigung
- ... der Mutter nicht Beistehen zu können

Gegenreaktionen im Lehrerteam / bei mir:

Gefühle von...

- Ratlosigkeit / Orientierungslosigkeit
- Verzweiflung
- Ohnmacht
- Hilflosigkeit
- Wut
- Trauer
- Lähmung
- Gleichgültigkeit
- Verständnislosigkeit
- Unsicherheit

5. Ressourcen des Mädchens, des Jungen und der Herkunftsfamilie und des Umfeldes:

a. Körperliche, soziale und psychische Stabilität

Kevin verfügt über eine sehr gute körperliche und gesundheitliche Stabilität. Seine Neugier und Zähigkeit in sportlich und bewegungstechnisch anspruchsvollen Sportarten kommen ihm hier zu Gute. Außer der Wespenallergie zeigt er keine körperlichen Erkrankungen.

In Drucksituationen zeigt sich bei Kevin als auch der Mutter eine psychische und soziale Instabilität.

b. Talente

Kevin ist motivierbar und ist sehr höflich und dankbar. Er besitzt einen sehr netten Humor und ist vielseitig interessiert. Er hat eine gute und schnelle Auffassungsgabe und kann seine Begeisterung (Fußball, Unternehmungen etc.) an Gruppenmitglieder weitergeben. Kevin besitzt einen ausgeprägten Wortschatz und kann sich treffend ausdrücken. Kevins Grundintelligenz ist durchschnittlich.

c. Glauben, spirituelle Ressourcen

d. Selbstwirksamkeitsüberzeugungen

Kevin zeigt kaum Situationen, in denen er seine Selbstwirksamkeit erleben kann. Wenn die Klassenleitung nicht anwesend ist, passiert es oft, dass er andere beschimpft.

6. Einfluss der kulturellen Bindungen bei Migrationshintergrund

7. Persönliche Belastung, Belastung des Teams

Persönliche Belastung:

Kevin ist ein Jugendlicher den man, allein von seinem Erscheinungsbild her, mögen muss.

Durch seinen Humor und sein Art fällt es oft schwer, die „andere Seite“ des Kevin objektiv zu betrachten und nicht selbst Opfer einer Beziehungsfalle zu werden. Da ich nicht sein Klassenlehrer bin bzw. in dieser Klasse auch keinen Fachunterricht habe, beschränkt sich unser Zusammentreffen oft nur auf Situationen (und danach), wenn ein gravierendes Fehlverhalten bei Kevin festzustellen ist.

Begegnet er mir im Schulhaus wirkt er meistens freundlich und höflich mit einem Lächeln. Dieses Lächeln wirkt auf mich allerdings so, dass „es nicht aus dem Herzen kommt“. Es wirkt manchmal „depressiv“ und „verloren“, aber ehrlich.

„Halt mich aus, wie ich bin – wenn du mich magst“. In diesem Satz spiegelt sich (vielleicht) die innere Zerrissenheit des Kevin wider.

In Gesprächen mit dem Klassenlehrer, welcher eine Ausbildung zum systemischen Berater absolviert hat, tritt in manchen Situation das Gefühl der Ratlosigkeit und der Hilflosigkeit in den Vordergrund.

Belastungen des Teams:

Bei seinem Helfersystem erzeugt Kevin ebenso ein System der Ohnmacht, Empörung, Verärgerung und Verzweiflung. Dabei sind manipulative Versuche und spaltende Tendenzen immer wieder zu beobachten.

8. Hilfeplanung

Welche Interventionen erfolgten?

Rechtliche Interventionen zum Schutz

- SPFH
- Heimunterbringungen (teilweise in einer Intensivgruppe), Clearingstelle
- Geregelte Umgangskontakte mit der Mutter / Stiefvater

Traumapädagogische Unterstützung

Im Alltag (siehe Punkt 3,4)

- Arbeit in der Heilpädagogischen Gruppe
- In Gruppenalltag Grundhaltungen, wie: Wertschätzung, Empathie, die Annahme des guten Grundes, Partizipation, Transparenz und Humor, leben.
- Förderung des Selbstverstehens, der Selbstwirksamkeit, der Selbstregulation
- Immer wieder transparente, konstante, eindeutige Beziehungsangebote machen und korrigierende Beziehungserfahrungen möglich machen.

In individuellen Förderstunden

- Regelmäßig, engen Einzelkontakt mit den BetreuerInnen

In einer Gruppe

Arbeit in und mit der Gruppe: → soziales Kompetenztraining

Arbeit mit/an der Herkunftsfamilie

Die Arbeit mit der Herkunftsfamilie findet durch regelmäßige Gespräche und dem therapeutischen Fachdienst der Einrichtung statt.

Psychiatrische Abklärung

Eine kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung und Diagnostik hat durch mehrere Personen stattgefunden (siehe 3.b.). (früher...)

Gesundheitliche Abklärung und Unterstützung

Therapeutische Unterstützung

Im Rahmen des Fachdienstes, nicht regelmäßig

Unterstützung Teams/der Bezugspersonen

Durch therapeutischen Fachdienst (3-wöchig)

Welche Hilfen sind jetzt nötig, bzw. sinnvoll?

- Enge Zusammenarbeit zwischen Schule/Eltern/Gruppe

9. Ergebnisse der Fallarbeit im Rahmen der traumapädagogischen Ausbildung

- Kevin entwickelt immer größeres Selbstbewusstsein – woher kommt dies ?
Fühlt er sich „zum erste Mal“ sicher ? oder „seine Mutter in Sicherheit“?
- Momentane Phase der Pubertät, erscheint bei ihm nicht problematisch. Er wirkt eher ruhiger und überlegter mit vielen humorvollen Phasen.
- Momentane Regelung der Kontakte zu Mutter/Stiefvater in Ordnung.

Literatur:

- Weiß, Wilma (2003); Philip sucht sein Ich, Juventa-Verlag Weinheim, 4. Auflage 2008
- Bruce D. Perry / Maia Szalavitz; Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde,
Kösel Verlag München 2008
- diverse Internetseiten

Schema zur Fallvorstellung – Qualifizierung Traumapädagogik

Kollege:

Datum der Fallsupervision:

1. Basisdaten

2. Anamnese

a) Familienklima

Vater:

Mutter:

b) Mittlerfaktoren

- Prätraumatische Ausgangslage
- Geschlechtszugehörigkeit
- Nähe der Erwachsenen/ Beziehung zur TäterIn
- Chronizität und Schwere der Misshandlungen
- Emotionales Klima in der Familie
- Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen (z.B. Genogramm)
- Entwicklung der Ich - Funktionen

c) transgenerationale Traumaweitergabe

d) diagnostische Befunde

Diagnosen (nach ICD-10):

- 1. Achse: klinisch-psychiatrisches Syndrom
- 2. Achse: umschriebene Entwicklungsrückstände

- 3. Achse: Intelligenzniveau
- 4. Achse: körperliche Symptomatik
- 5. Achse: assoziierte abnorme psychosoziale Umstände
- 6. Achse: globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

3. Die individuelle Belastung des Kindes

- Prätraumatische Ausgangslage**
- Was ist passiert? Wann ist es passiert? Was waren die Umstände der traumatischen Erfahrungen?**
- Wie bewertet das Kind die Geschehnisse?**
- Welche Mechanismen des Selbstschutzes hat das Kind angewandt, welche Widerstandformen hat es entwickelt?**
- Für wen hat das Kind Verantwortung übernommen?**
- Die Beziehungen unter Gleichaltrigen sowie das schulische Umfeld**
- Der Einfluss von traumabezogener Tabuisierung der Bezugspersonen**

4. Traumabezogene Diagnostik

a) Welche entwicklungspsychologischen Beeinträchtigungen hat das Kind entwickelt?

- traumabezogene Erwartungen
- beeinträchtigte Entwicklungskompetenzen
- beeinträchtigte Belastbarkeit
- Bindungsverhalten
- Gibt es Entwicklungskonsequenzen, die ein erhöhtes Risiko für eine erneute Traumatisierung bedeuten?
- sonstige Auffälligkeiten
- somatoforme, bzw. körperliche Auswirkungen

b) Welche traumabezogene Auswirkungen kannst Du beschreiben, bzw. wurden bereits diagnostiziert/ Symptome, die der PTBS zugeordnet werden können

5. Beschreibe Übertragungen, Reinszenierungen und Deine Gegenreaktionen, beschreibe die Gegenreaktionen im Team

6. Ressourcen des Mädchens, des Jungen und der Herkunftsfamilie und des Umfeldes:

- Körperliche, soziale und psychische Stabilität**
- Talente**
- Glauben, spirituelle Ressourcen**
- Selbstwirksamkeitsüberzeugungen**

- 7. Einfluss der kulturellen Bindungen bei Migrationshintergrund**
- 8. Persönliche Belastung, Belastung des Teams**
- 9. Hilfeplanung**
 - a) Welche Interventionen erfolgten?**
 - b) Rechtliche Interventionen zum Schutz**
 - c) Traumapädagogische Unterstützung**
 - d) Arbeit mit/an der Herkunftsfamilie**
 - e) Psychiatrische Abklärung**
 - f) Gesundheitliche Abklärung und Unterstützung**
 - g) Therapeutische Unterstützung**
 - h) Unterstützung Teams/der Bezugspersonen**
 - i) Welche Hilfen sind jetzt nötig, bzw. sinnvoll?**
- 10. Ergebnisse der Fallarbeit im Rahmen der traumapädagogischen Ausbildung**

Diagnostik - Auswertung

Auswertung Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ)

Akute Belastungsstörung (ABS):

- DSM-IV Stressorkriterium A entspricht ETI-Item Nummer 15: A1= A1, A2, A3, A4 (mind. 1 Item muss positiv sein) und
- A2=A5, A6, A7, A8 (mind. 1 Item muss positiv sein)
- Plus 1 Intrusions-, 1 Vermeidungs-, 1 Hyperarousal- und 3 Dissoziations-Symptome mit mind. 3 (sehr oft) beantwortet
- Dauer der Symptomatik sowie Abstand zum traumatischen Ereignis max. 4 Wochen (Teil C, Item 1)
- Klinische Beeinträchtigung in psychosozialen Funktionsbereichen mind. 1 (stark) vorhanden (Teil C, Item 5)

Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD):

- DSM-IV Stressorkriterium A entspricht ETI-Item Nummer 15: A1= A1, A2, A3, A4 (mind. 1 Item muss positiv sein) und A2= A5, A6, A7, A8 (mind. 1 Item muss positiv sein)
- Plus 1 Intrusions3 Vermeidungs- und 2 Hyperarousal-Symptome mit mind. 3 (sehr oft) beantwortet
- Dauer der Symptomatik sowie Abstand zum traumatischen Ereignis mind. 1 Monat (Teil C, Item 1)
- Klinische Beeinträchtigung in psychosozialen Funktionsbereichen mind. 1 (stark) vorhanden (Teil C, Item 5)

Auswertung Essener Trauma-Inventar für Erwachsene (ETI)

Akute Belastungsstörung (ABS):

- DSM-IV Stressorkriterium A ETI-Item Nummer 18: A1= A1, A2, A3, A4 (mind. 1 Item muss positiv sein) und A2= A5, A6, A7, A8 (mind. 1 Item muss positiv sein)
- Plus mindestens 1 Intrusions-, 1 Vermeidungs-, 1 Hyperarousal- und 3 Dissoziations-Symptome mit mind. 3 (sehr oft) beantwortet
- Dauer der Symptomatik sowie Abstand zum traumatischen Ereignis max. 4 Wochen (Teil C, Item 1)
- Klinische Beeinträchtigung in psychosozialen Funktionsbereichen mind. 1 (stark) vorhanden (Teil C, Item 5)

Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD):

- DSM-IV Stressorkriterium A ETI-Item Nummer 18: A_1= A1, A2, A3, A4 (mind. 1 Item muss positiv sein) und A2_= A5, A6, A7, A8 (mind. 1 Item muss positiv sein)
- Plus mindestens 1 Intrusions-, 3 Vermeidungs- und 2 Hyperarousal-Symptome mit mind. 3 (sehr oft) beantwortet
- Dauer der Symptomatik sowie Abstand zum traumatischen Ereignis mind. 1 Monat (Teil C, Item 1)
- Klinische Beeinträchtigung in psychosozialen Funktionsbereichen mind. 1 (stark) vorhanden (Teil C, Item 5)

Child Report of Post-Traumatic Symptoms (CROPS)

- entwickelt von Ricky Greenwald
- bewährtes Traumascreening und TherapieevaluationsInstrument für Kinder ab 7 Jahren
- Ausfülldauer maximal 10 Minuten, Auswertung in 5 Minuten
- einfacher Summen-Wert wird ermittelt
- "gar nicht" = 0 Punkte, "etwas" = 1 Punkt und "sehr" = 2 Punkte.
- Der beste Cut-Off-Wert für eine ABR/PTBS-Diagnose liegt für den CROPS bei 19 Punkten

- Erfahrung: gelungene traumafokussierende Sitzungen (EMDR) spiegeln sich sofort in einem deutlich gesunkenen CROPS-Wert wieder

Parents Report of Post-Traumatic Symptoms (PROPS)

- entwickelt von Ricky Greenwald
- wird von den Eltern ausgefüllt
- einfacher Summen-Wert wird ermittelt
- "gar nicht" = 0 Punkte, "etwas" = 1 Punkt und "sehr" = 2 Punkte
- Der beste Cut-Off-Wert für eine ABR/PTBS-Diagnose 16 Punkten
- Erfahrung: gelungene traumafokussierende Sitzungen (EMDR) spiegeln sich sofort in einem deutlich gesunkenen PROPS-Wert wieder

ARBEITSBLATT BLOCKIERENDE SELBSTÜBERZEUGUNG

Das Problem, das ich lösen möchte -

	1	2	3	4	5	6
Es ist mir peinlich, dieses Problem zu haben.						
Ich werde dieses Problem niemals bewältigen.						
Ich bin mir nicht sicher, ob ich dieses Problem bewältigen möchte.						
Wenn ich dieses Problem löse, wird mir etwas fehlen.						
Mir fehlt die Stärke oder die Willenskraft, um dieses Problem zu lösen.						
Wenn ich wirklich über dieses Problem sprechen würde, würde etwas Schlimmes passieren.						
Das ist ein Problem, das nur jemand anders lösen kann.						
Sollte ich dieses Problem jemals lösen, würde ich ein Stück von meinem wahren Ich verlieren.						
Ich will nie wieder über dieses Problem nachdenken.						
Ich sollte dieses Problem lösen, aber ich tue nicht immer, was ich soll.						
Ich mag Menschen, die dieses Problem haben lieber als Menschen, die es nicht haben.						
Es könnte gefährlich für mich sein, dieses Problem zu bewältigen.						
Immer wenn ich versuche, über dieses Problem nachzudenken, schweifen meine Gedanken ab.						
Ich behaupte, dieses Problem lösen zu wollen, tue es aber nie.						
Es könnte für jemand anderen schlecht sein, wenn ich dieses Problem bewältige.						
Wenn ich dieses Problem bewältige, ist es für immer weg: Es gibt keinen Weg zurück.						
Ich verdiene es nicht, dieses Problem zu bewältigen.						
Dieses Problem ist zu groß für mich.						
Wenn ich dieses Problem bewältigen würde, ginge das gegen meine Moralvorstellungen.						
Es gibt jemanden in meinem Leben, der dieses Problem hasst.						
Es hat auch etwas Gutes, dieses Problem zu haben.						
Ehrlich gesagt: ich habe gar kein Problem.						
Ich habe dieses Problem schon so lange - ich werde es niemals ganz lösen.						
Ich muss noch warten, bis ich dieses Problem lösen kann.						
Wenn ich dieses Problem löse, könnte ich dadurch viel verlieren.						
Wenn ich dieses Problem löse, dann vor allem wegen jemand anderem.						

QUELLENANGABE

Popky, A.J., Smoking Protocol, EMDR Annual Conference, Sunnyvale, Ca., 1994.

Ausgefüllt von: _____ Datum: _____

Elternfragebogen PROPS

Wie gut beschreiben die folgenden Aussagen über Zustände oder Eigenschaften das Verhalten Ihres Kindes in der letzten Woche?

Wenn die Aussage gar nicht zutrifft, kreuzen Sie den ersten Kreis an. Wenn eine Aussage etwas zutrifft, kreuzen Sie bitte den mittleren Kreis an. Wenn sie sehr zutrifft, kreuzen Sie den letzten Kreis an.

Lassen Sie bitte keine Aussage aus, selbst wenn Sie sich nicht sicher sind. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

	<i>gar nicht</i>	<i>etwas</i>	<i>sehr</i>
traurig oder deprimiert	☐	☐	☐
vermeidet frühere Interessen	☐	☐	☐
Konzentrationsschwierigkeiten	☐	☐	☐
denkt an schlechte Erlebnisse	☐	☐	☐
fühlt sich schuldig	☐	☐	☐
schaltet ab	☐	☐	☐
macht sich Sorgen	☐	☐	☐
nervös	☐	☐	☐
Schlafstörungen	☐	☐	☐
Alpträume oder schlechte Träume	☐	☐	☐
Bauchschmerzen	☐	☐	☐
Kopfschmerzen	☐	☐	☐
zieht sich zurück	☐	☐	☐
Stimmungsschwankungen	☐	☐	☐
besorgt / ängstlich	☐	☐	☐
wiederholt die gleichen Spiele oder Aktivitäten	☐	☐	☐
klammert sich an Erwachsene	☐	☐	☐
unbegründete Ängste	☐	☐	☐
in Probleme/Konflikte verwickelt	☐	☐	☐
fühlt sich ungerecht behandelt	☐	☐	☐
gereizt / reizbar	☐	☐	☐
überwacht	☐	☐	☐
Prügeleien	☐	☐	☐
kommandiert Gleichaltrige	☐	☐	☐
ängstlich	☐	☐	☐
leicht zu erschrecken	☐	☐	☐
aufbrausend	☐	☐	☐
streitet	☐	☐	☐
geheimnistuerisch	☐	☐	☐
gleichgültig	☐	☐	☐

(16)

0 P 1P 2P

Name: _____

Datum: _____

Fragebogen für Kinder und Jugendliche CROPS

Wie gut treffen folgende Aussagen auf Dich in der letzten Woche zu? Wenn die Aussage gar nicht zutrifft, kreuze den ersten Kreis an. Wenn die Aussage etwas zutrifft, kreuze den mittleren Kreis an. Wenn die Aussage sehr zutrifft, kreuze den letzten Kreis an. Lass bitte keine Aussage aus, selbst wenn Du Dir nicht sicher bist. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

	<i>gar nicht</i>	<i>etwas</i>	<i>sehr</i>
Ich fühle mich traurig oder deprimiert.	☐	☐	☐
Ich habe zu nichts Lust.	☐	☐	☐
Ich kann mich nur schwer konzentrieren.	☐	☐	☐
Ich denke an schlechte Dinge, die passiert sind.	☐	☐	☐
Ich glaube ich bin schuld daran, wenn schlechte Dinge passieren.	☐	☐	☐
Ich schalte ab, wenn man mit mir redet.	☐	☐	☐
Ich mache mir Sorgen, das etwas Schlimmes passieren wird.	☐	☐	☐
Ich bin nervös und zappelig.	☐	☐	☐
Mir fällt es schwer, abends einzuschlafen.	☐	☐	☐
Ich träume schlecht oder habe Alpträume.	☐	☐	☐
Ich bekomme Bauchschmerzen.	☐	☐	☐
Ich bekomme Kopfschmerzen.	☐	☐	☐
Ich fühle mich ganz allein.	☐	☐	☐
Ich habe Tagträume.	☐	☐	☐
Ich versuche, schlechte Dinge, die passiert sind, zu vergessen.	☐	☐	☐
Ich vermeide Sachen, die mich an schlimme Ereignisse erinnern.	☐	☐	☐
Ich tue Dinge, um sicher zu gehen, das nichts Schlimmes passiert.	☐	☐	☐
Ich tue Dinge, für die ich wahrscheinlich zu alt bin.	☐	☐	☐
Ich fühle mich krank oder habe Schmerzen.	☐	☐	☐
Ich fühle mich müde oder schlapp.	☐	☐	☐
Ich fühle mich eigenartig oder anders als die anderen Kinder.	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, etwa stimmt nicht mit mir.	☐	☐	☐
Ich fühle mich wie verhext oder wie ein Pechvogel.	☐	☐	☐
Dinge regen mich auf und machen mich verrückt.	☐	☐	☐
Ich bin auf der Hut vor schlechten Dingen, die geschehen könnten.	☐	☐	☐

(19)

0 P 1P 2P