

- Forum Sozialpädiatrie 8. – 9.03.2018 in Leipzig

Interdisziplinärer Psychologentag

„Traumasensible sozialpädiatrische Begleitung von komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen“

Handout

N. Unfried
Chemnitz

Übersicht :

- **Annäherung an das Thema**
- Aktuelle Forschungsergebnisse – früher kindlicher Traumata
- Ein Blick zurück –
psychotraumatologische Diagnostik
- Erweiterter Blick –
traumasensibles therapeutisches und
pädagogisches Verstehen
- Ein Blick nach vorn –
sichere Orte schaffen und soziale Teilhabe
verbessern

Traumadefinition

„**Psychisches Trauma**

ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“

Fischer u. Riedesser 1998

„ Trauma

entsteht in dem Augenblick, wo das Opfer von einer überwältigenden Macht hilflos gemacht wird.

Ist diese Macht eine Naturgewalt, sprechen wir von einer Katastrophe. Üben andere Menschen diese Macht aus, sprechen wir von Gewalttaten.

Traumatische Ereignisse schalten das soziale Netz aus, das dem Menschen gewöhnlich das Gefühl von Kontrolle, Zugehörigkeit zu einem Bezugssystem und Sinn gibt. “

„ Wir müssen davon ausgehen, dass über drei Viertel der Kinder und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe potenziell traumatisierende Lebensereignisse erlebt haben (Schmid, 2010).“

Die Prävalenz der PTBS nimmt zwar im zeitlichen Abstand zum traumatischen Erleben ab, kann jedoch auch nach vielen Jahren noch bemerkenswert hoch liegen und mit deutlicher Alltagsbeeinträchtigung einhergehen (Yule 2000)

In methodisch guten Studien konnte nachgewiesen werden, dass kindliche Traumatisierungen (Vernachlässigung, Kindesmisshandlung, Missbrauch) mit einer erhöhten Rate an psychischen und körperlichen Problemen im Erwachsenenalter einhergehen (z.B. Edwards et al 2003, Felitti et al 1998 bereits)

Warum ist in SPZ`s ein traumaorientierter Blick nötig ?

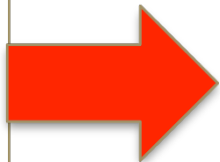
- „ Pediatric Medical Traumatic Stress “
bereits in den 1990er Jahren begannen die Forschungen kindlicher Traumafolgestörungen bei schwer kranken und verunfallten Kindern und Jugendlichen – A. Kazak et al 1997, 2006 ; Landolt et al 1998 bis aktuell 2018 waren die ersten kontinuierlichen Untersuchungen.
- In der Folgezeit wurde eine Vielzahl von Studien durchgeführt :
 - bei onkologischen Erkrankungen
 - bei schweren Verkehrsunfällen
 - bei Herzerkrankungen
 - bei extremer Frühgeburtlichkeit
 - bei Sepsis usw.

Warum ist in SPZ`s ein traumaorientierter Blick nötig ?

- Als Risikofaktoren für die Entwicklung einer Traumafolgestörung wurden identifiziert :
 1. vorbestehende psychopathologische Auffälligkeiten,
 2. das elterliche psychische Befinden,
 3. ein Zusammenhang zwischen der Invasivität der medizinischen Therapie und dem Schweregrad der Traumafolgesymptomatik konnte in einigen Studien nachgewiesen werden (Davydow, 2010)

Warum ist in SPZ's ein traumaorientierter Blick nötig ?

- „ Pediatric Medical Traumatic Stress “
haben viele unserer Patienten erlebt,
oft sind die Eltern mehr betroffen und können
dementsprechend **Traumafolgesymptome**
entwickeln, in der akuten Krankheitsphase wurden
bis zu 50% nachgewiesen worden.
(Kazak et al 2005; Balluffi et al 2004; Bronner et al
2008; Shav et al 2006 und Haan; Landolt 2018)



Eltern sind die wichtigste Ressource für die
Traumabewältigung des Kindes und ggf.
in ihren Fähigkeiten eingeschränkt durch
die nicht erkannte Traumafolgesymptomatik

Übersicht :

- Aktuelle Forschungsergebnisse – früher kindlicher Traumata
- Ein Blick zurück –
psychotraumatologische Diagnostik
- Erweiterter Blick –
traumasensibles therapeutisches und
pädagogisches Verstehen
- Ein Blick nach vorn –
sichere Orte schaffen und soziale Teilhabe
verbessern

Aktuelle Forschungsergebnisse

(DeGPT Tagung 1.-3.03.2018 in Dresden)



- Traumatischer Stress im Kindesalter, ggf. schon in der Schwangerschaft, erhöhen das Risiko eine psychiatrische Erkrankung im Erwachsenenalter zu entwickeln und bei einem Teil ist der Verlauf schwerer und chronischer.

Ein besseres Verständnis der Faktoren, die Stressresistenz oder Stress-Suszeptilität beeinflussen, konnte von der Arbeitsgruppe E.Binder et al Emory University, Atlanta gezeigt werden.

Das Chaperon- Protein FKBP 5 ist in die Regulation der Stress- Antwort eingebunden, es ist ein **FKBP5 – Risikoallel** (auch im Hippocampus und Amygdala) nachgewiesen.

(Binder et al 2014; Blair,Raver 2015; Klengel et al 2013)

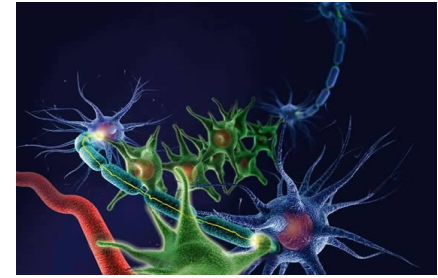
Die Arbeitsgruppen zeigten ,
dass im Alter von 15 Monaten
bis 7 Jahren die traumatischen
Erfahrungen bei Kindern,



die das **FKBP 5 Risikoallel** tragen,

- früh mit emotionaler Dysregulation assoziiert sind und
- später Einschränkung der exekutiven Funktion , Verhaltensauffälligkeiten und schlechtere schulische Leistungen zeigen
- und im Erwachsenenalter an Depression, bipolarer Störung und auch Schizophrenie erkranken können.

D.h. wiederholte frühe Stresserfahrungen verändern
die Stress-Reaktionssysteme deutlich (Teicher 2011)



- Die AG S.Mueller et al Universität Ghent konnte durch frühe Traumata veränderte Aktivität der TPJ (temporal-parietal junction) während einer Theory-of-mind-Aufgabe von Frauen mit Missbrauchserfahrungen in der Kindheit zeigen, diese Hirnregion, welche soziales Verhalten unterstützt, scheint sich langfristig zu verändern; erweiterte Untersuchungen sind geplant.

Übersicht :

- **Ein Blick zurück –
psychotraumatologische Diagnostik**
- **Erweiterter Blick –
traumasensibles therapeutisches und
pädagogisches Verstehen**
- **Ein Blick nach vorn –
sichere Orte schaffen und soziale Teilhabe
verbessern**

Ein Blick zurück –

psychotraumatologische Diagnostik

- es gibt deutlich weniger Studien zu posttraumatischem Stress bei Kindern und Jugendlichen –

DSM V angepasste Kriterien für die PTBS bei Vorschulkindern, während bisher **keine entwicklungssensible Anpassungen der Symptome in der ICD 11 vorgesehen sind !!!**

- Netzwerkmodelle als zukünftige methodische Ansätze –

um die Zusammenhänge unterschiedlicher Symptome der PTBS genauer zu differenzieren

(Sachser, Goldbeck 2018 n: 466 traumatisierte Kinder (M 13,1) – die Netzwerkanalyse der 20 DSM-5-Symptome zeigte höchste Zentralität – negative Überzeugungen / Erwartungen; negativer emotionaler Zustand; Vermeidung von Gedanken / Gefühlen und psychische Belastung bei Konfrontation)



Ein Blick zurück –
hilft oft lange verborgene
kindliche Not zu erkennen ...



Traumaspesifische Diagnostik

(nach Entwicklungsanamnese, Abklärung der familiären und sozialen Umstände und der allgemeinen Verhaltens- und Psychodiagnostik)

- Symptome der traumabedingten Störungen sind häufig unspezifisch ;
- differenzierte Traumaanamnese (objektiv und subjektiv)
- Sorgfältige Erfassung aktueller traumaspezifischer Symptomatik

Diagnostische Verfahren

zur Erfassung posttraumatischer Symptome richten sich nach der Fragestellung

- Child PTSD Reaction Index CPTSD.RI
(deutsche Fassung Landolt et al 2003)
20 Items
- Interviews zu Belastungsstörungen (IBS-KJ)
(Steil und Füssel 2006) zwei Teile A und P
Alter 7-18 Jahre
- Essener Trauma-Inventar (ETI-KJ)
(Tagy et al 2011)
43 Items – Selbst-und Fremdbeurteilungsversion
Alter 12-17 Jahre
- PTBS- Semistrukturiertes Interview für Säuglinge und Kleinkinder (PTSDSSI)
(Scheeringa et al 2003); Graf,Schiestl und Landolt, 2011)
- Heidelberger Dissoziations-Inventar
(Brunner et al 1999) 30 Items ,Alter 11 Jahren



Diagnostik von schwer kranken Kindern

das Phasenmodell von Kazak et al (2006)

- angelehnt an das Verlaufsmodell
von Fischer & Riedesser (1998) -

ist dringlich zu beachten :

- Phase 1: das potenziell traumatische Ereignis und die unmittelbar anschließende Zeit (peritraumatische Phase)
- Phase 2: bezieht sich auf die akute Stressreaktion, die sich in der Folge des Ereignisses ergeben (sog. Frühe Phase)
- Phase 3: beinhaltet die langfristigen traumbedingten Reaktionen (sog. Langzeitphase)



Ergänzung - traumapädagogische Diagnostik durch SozialpädagogIn oder HeilpädagogIn

modifiziert nach Gahleitner et al 2014

- Heiner (2013) hat den Begriff „diagnostisches Fallverstehen“ für die mehrdimensionale Anforderung an die psychosoziale Diagnostik geprägt.
- Werden die neurologischen Auswirkungen nach früher traumatischer Erfahrung, insbesondere der **Kontextverlust**, integriert

Bio- psycho- soziales Modell der
Traumafolgesymptomatik

1. Klassifikation (klinische Befunde)

- ICD 10 / DSM V
- ICF Cy

2. Biografiediagnostik (!!! Schwangerschaft und Lebensbeginn)

Biografie und Entwicklung der Kinder bieten einen wichtigen Referenzrahmen für die Diagnostik

- Genogramm
- Lebensbuch, Lebensfluss, Lebenpanorama
- AAI (Adult-Attachment-Interview)

3. Lebensweltdiagnostik

... erfasst die

„ Passung zwischen Subjekt und Außenwelt “

- 5 Säulen der Identität
- Körperbilder (Bodycharts) usw.

Übersicht :

- **Erweiterter Blick –**
traumasensibles therapeutisches und
pädagogisches Verstehen
- **Ein Blick nach vorn –**
sichere Orte schaffen und soziale Teilhabe
verbessern

„ Kontrollstile “

modifiziert nach Behring 2011

Kinder / Jugendliche bauen bestimmte Manöver aus
(= Kontrollstile), um die traumatischen
Erlebenszustände unter Kontrolle zu bringen.

1. Paranoiden
2. Schizoiden
3. Dissozialen
4. Emotional- instabilen
5. Histrionischen
6. Vermeidenden
7. Dissoziativen und
8. Narzistischen Kontrollstil

**Überdauernde
Verhaltensweisen
und Persönlichkeits-
eigenschaften
im Dienste der
psychotraumatolo-
gischen
Abwehr**

Implizites Gedächtnis

- Ist ein frühes, dem Kind nicht bewusstes, somatopsychisches, sensorisches und emotionales Gedächtnissystem, zu dem nicht nur Sinneswahrnehmungen, sondern auch Bewegungs- und Verhaltensmuster zusammen mit den gleichzeitig erlebten Affekten, Gewohnheiten, emotionalen Antworten, reflexiven und klassisch konditionierten Handlungen gehören.
- Diese **nicht symbolische Form der Erinnerungsfähigkeit** ist an einen bestimmten psychischen Zustand gebunden, der mit der Reaktivierung traumatischer Erfahrungen einhergeht.

Zwei Formen der Erinnerung

Explizites Gedächtnis

Wird der **Hippocampusregion** des limbischen Systems zugeordnet und erfasst und ordnet ankommende Reize räumlich, zeitlich und kausal.

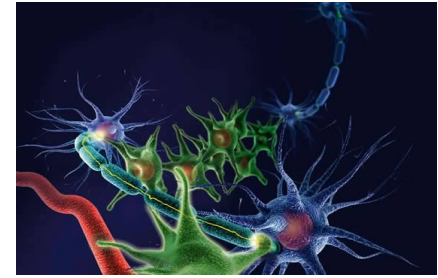
- Erzählen der Geschichte des Traumas

Implizites Gedächtnis

wird der **Mandelkernregion (Amygdala)** zugeordnet und speichert Reize entsprechend ihrer emotionalen Relevanz als sensorische Sinneseindrücke (als Bilder, Geräusche, Gerüche, Körperempfindungen).

- Triggerbarkeit, Vermeidungen
- Wiederholungen ("Szene")
- Probleme sprachlicher Fassbarkeit
- Affektiv "geladene" Informationsfragmente

Durch den Kontextverlust in den traumatischen Situationen



1. ist die Unterscheidung zwischen traumatischer Vergangenheit und aktueller Lebenssituation dem Kind später im Leben nicht möglich.
2. über **Körpersymptome Bilder und szenisches Handeln** „erzählt“ das Kind, wie es sich in der traumatischen Situation das Leben gerettet hat.
3. Die traumatischen Erfahrungen sind **implizit** gespeichert und **amnestisch**,
d. h. dem Kind im Alltag nicht bewusst.

Dissoziation zunächst als Selbstschutz ...



Erfahrungen aus
der traumatischen
Episode werden
abgespalten -
**insbesondere der
körperliche
Überlebenskampf**

Dissoziation



als wesentliche Schutzmöglichkeit
während der traumatischen Situation,
um das Schreckliche und Überfordernde zu überleben.

Dissoziation bei Kindern/ Jugendlichen
reicht von **leichtem Abdriften**, über **Depersonalisation
und Derealisation** bis zur **schweren Dissoziation**,
wenn das betroffene Kind seine **Emotionen,
körperlichen Empfindungen und Erfahrungen**
komplett aus der eigenen Wahrnehmung abspaltet.

Wie können sich weitere dissoziative Symptome im Alltag zeigen :

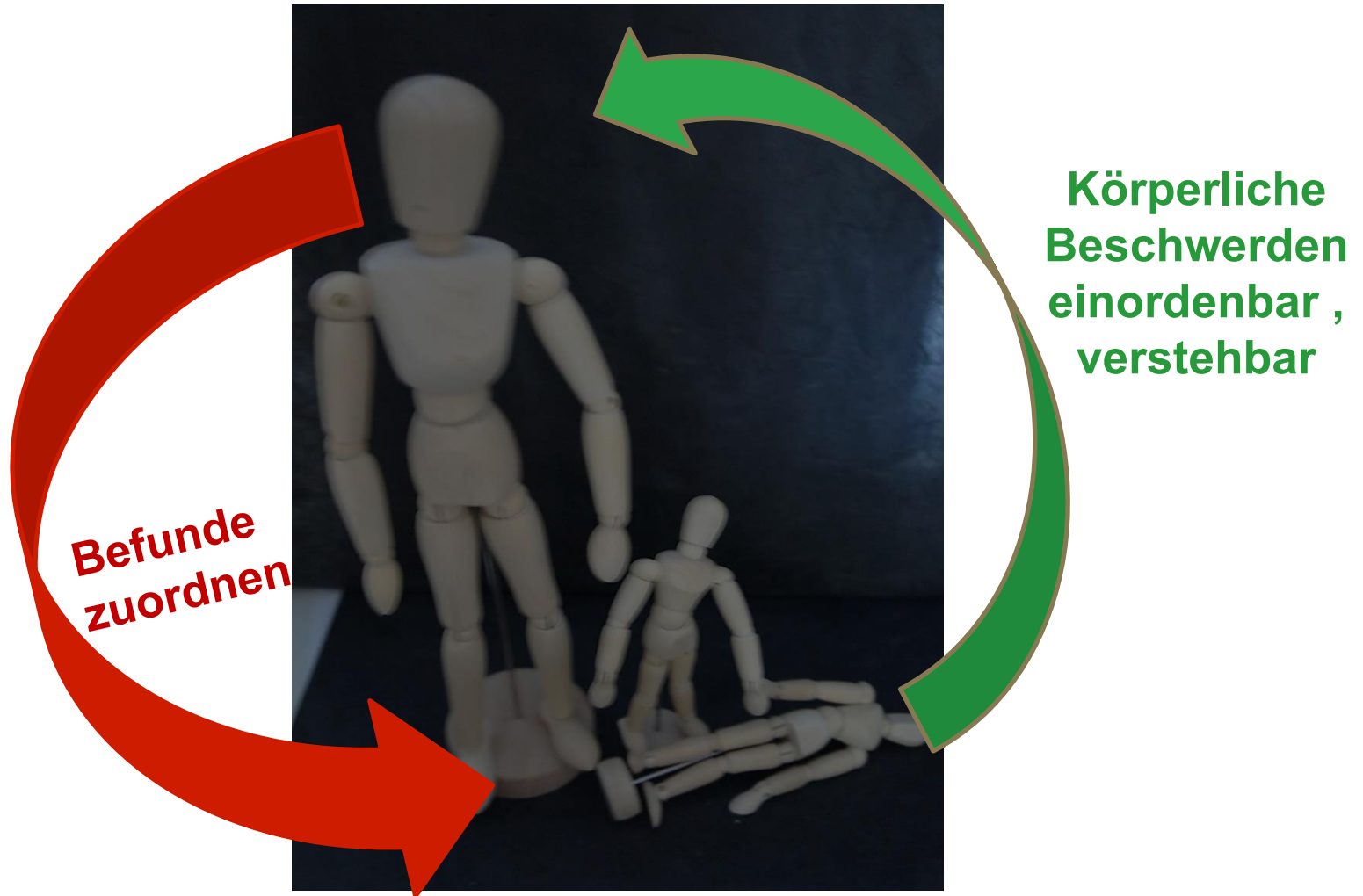
- Symptome einer fluktuierenden Aufmerksamkeit, wie „Trance“ oder „black out`s“
- autobiographische Vergesslichkeit;
- sehr schwankendes Gedächtnis:
- Stimmungsschwankungen und blitzartige Wechsel des Verhaltens, ggf. der Leistung
- massive Schwierigkeiten der Selbstregulationsfähigkeit und Selbstkontrolle (Desorganisation)
- Plötzliches „ Herunterfahren “ und sich anders zeigen – z.B. plötzlich kleinkindhafte Stimme;
- Kind glaubt an alternative Ichs oder imaginäre Freunde;

Dissoziative Phänomene im schulischen Alltag

modifiziert nach Ding 2013

- Häufiges Tagträumen
- Amnesien
- Unaufmerksamkeit, Unruhe
- Desorientierung
- Starke Leistungsschwankungen
- Soziale Isolation
- Fugue- Reaktionen
- Wechselnde Entwicklungsniveaus

Hinsehen (Befunderhebung)





Parallel zum Zuhören und Sehen
ist Verstehen der szenischen Handlungen
nötig ...

Infolge der Amnesie kommt es zur
fehlenden oder sehr schwachen psychischen
Repräsentation der traumatischen Erfahrung

Informationen, die vor allem in präsymbolischer
Form vermittelt werden,
bedürfen eines Arztes/ Therapeuten/ Pädagogen
der über die Reflexion der sehr heftigen
Gegenübertragung **den Übergang von der
Handlung zur Repräsentation** vollziehen kann,
um die Blockierung der Entwicklung zu lösen.

Merkmale komplexer Traumatisierung

(White Paper „ Complex Traum in Children and Adolescents“ ,
Cook et al. 2003)

1. Bindung :

- Unsicherheit bzgl. Verlässlichkeit und Vorhersehbarkeit der Welt
- Probleme mit Grenzen
- Misstrauen und Argwohn
- Soziale Isolation
- Interpersonelle Schwierigkeiten
- Schwierigkeiten, sich in emotionale Zustände anderer Menschen hineinzusetzen
- Schwierigkeiten, die Perspektiven anderer einzunehmen
- Schwierigkeiten, sich Verbündete zu machen

2. Biologie :

- Sensomotorische Entwicklungsstörung
- Angst vor Körperkontakt
- Schmerzunempfindlichkeit
- Schwierigkeiten mit Koordination, Gleichgewicht und Muskeltonus
- Somatisierung
- medizinische Probleme : Bauchschmerzen, Asthma, Hautprobleme, Autoimmunstörungen usw.

3. Affektregulation :

- Schwierigkeiten bei der Affektregulation
- Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen und inneren Erfahrungen
- Probleme beim Erkennen und Beschreiben innerer Zustände
- Schwierigkeiten, Wünsche und Sehnsüchte zu kommunizieren

4. Dissoziation :

- Unterscheidbar unterschiedliche Bewusstseinszustände
- Amnesie
- Depersonalisation und Derealisation
- Unterscheidbare Bewusstseinszustände mit Gedächtnisstörungen für in einem anderen Zustand erlebte Ereignisse

5. Verhaltenskontrolle :

- Geringe Impulssteuerung
- selbstschädigendes Verhalten
- fremdaggressives Verhalten
- pathologisches Selbstberuhigungsverhalten
- Schlafstörungen
- Essstörungen
- Substanzmissbrauch
- Überanpassung
- Oppositionelles Verhalten
- Schwierigkeiten, Regeln zu verstehen und zu befolgen

- Kommunikation der traumatischen Vergangenheit durch Reinszenierung im Alltag oder im Spiel (aggressiv, sexualisiert)

6. Kognition :

- Probleme der Aufmerksamkeitsregulation und ausführender Funktionen
- weniger lange anhaltende Neugier
- Probleme bei der Aufnahme neuer Informationen
- Probleme bei der Konzentration und Beendigung von Aufgaben
- Objektkonstanzschwierigkeiten
- Schwierigkeiten, vorauszusehen und zu planen
- Probleme, den eigenen Beitrag zu den äußeren Umständen zu erkennen
- Lernschwierigkeiten
- Sprachentwicklungsstörungen
- Probleme bei der Zeit- und Raumorientierung

- Akustische und visuelle Wahrnehmungsstörungen
- eingeschränkte Aufnahmefähigkeit für komplexe räumlich visuelle Muster

7. Selbstkonzept :

- eingeschränkt kontinuierliches und vorhersagbares Selbstkonzept
- eingeschränktes Empfinden, eine eigene Person zu sein
- Körperbildstörung
- niedriges Selbstbewusstsein
- Scham- und Schuldgefühle

Übersicht :

- Ein Blick nach vorn –
sichere Orte schaffen und soziale Teilhabe
verbessern

Erste Therapiephase:

1. Sicherheit herstellen und Sicherheitsbedürfnisse des Kindes befriedigen –

„Pädagogik des sicheren Ortes“

2. Psychoedukation -

Information über die traumabedingten Veränderungen (Hirnmechanismen kindgemäß), Ressourcenaufbau, Stressreduktion

3. Aufbau von ...

Selbstwahrnehmung

Selbstregulation

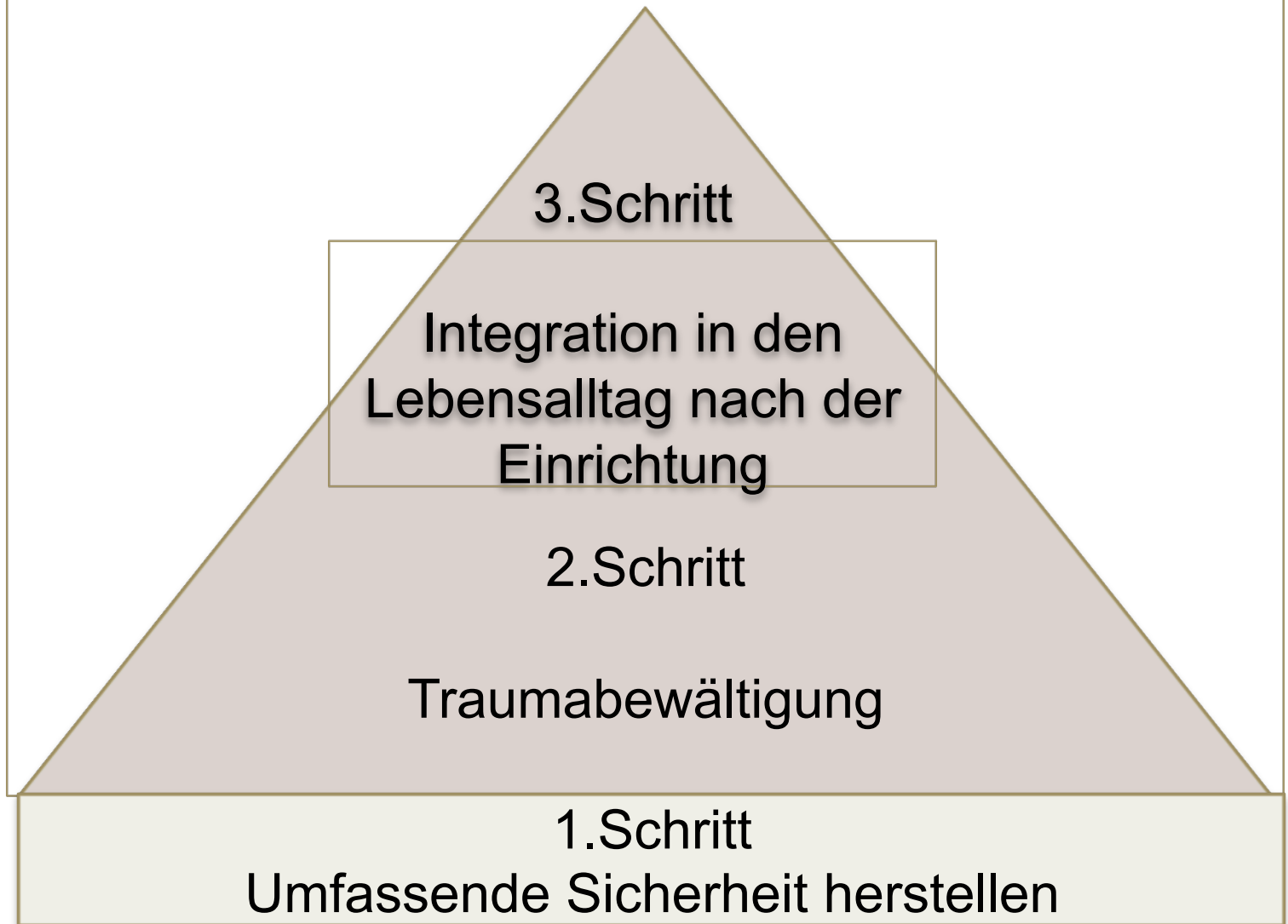
Selbstwirksamkeit

Ein Kind kann sich erst selbst regulieren, wenn es sich wieder bzw. erstmalig wahrnehmen kann.

(physisch/ körperlich und psychisch/ emotional)

Traumapädagogische Intervention

Modifiziert nach Gahleitner et al 2014





Von der Traumapädagogik zur „Pädagogik des sicheren Ortes“

Martin Kühn 2011

Für die Wiederherstellung von Vertrauen brauchen die betreuten Kinder und Jugendlichen insbesondere **Sicherheit** !

- **Sicherheit** in Beziehung zum Herkunftssystem
- **Sicherheit** in der Einrichtung
- **Sicherheit** in Bezug auf ihr soziales Umfeld

Die Integration traumatischer Erfahrungen können als Symbolisierungsprozess verstanden werden, in dem Erinnerungen an traumatische Episoden über präsymbolische Ebenen der Repräsentation – in Form von Körpersymptomen und Handlungen zunächst über Bilder, später allmählich in Worten beschreibbar werden, ohne dass die heftigen Affekte reaktiviert werden.

Traumapädagogik in Kita und Schule ...

- Auswirkungen auf das Lernen ...
- belastende schulische Erfahrungen wirken sich erschwerend auf das Selbstbild aus ...
- Kita und Schule als Ort für positive soziale Erfahrungen ...
- Der Sinn der „ver- rückten“ Verhaltensweisen traumatisierter Kinder erfordert eine traumasensible Pädagogik (Fachpädagogik)
- Was benötigen Schulen ...
- Bereits in der Ausbildung von Erzieherinnen und Lehrern bedarf es neben fachwissenschaftlichen und didaktischen auch Wissen über Traumafolgen bei Kindern und Jugendlichen.
- Kooperationen Pädagogik, JH und Therapie

Pädagogische Sichtweise überdenken ... Verhalten der Kinder neu verstehen ...



von :

- „schlecht erzogen“,
- „faul“,
- „will sich in den Mittelpunkt stellen“,
- „er/ sie versteht nicht, dass er/ sie nicht die Einzige ist“,
- „der/ die provoziert mich“

zu - M. Kühn 2011- Pädagogik des sicheren Ortes :
„Traumatisierte Kinder denken nicht berechnend, ...
sie testen auch nicht unsere Grenzen. Sie handeln im
Sinne individueller Überlebensstrategien einfach nur
entwicklungslogisch, nicht mehr und nicht weniger.“

Fragen ?

n.unfried@t-online.de



Literatur :

- Fischer & Riedesser „ Lehrbuch der Psychotraumatologie “, 2003
- Hrsg.Landolt „ Traumatherapie KJ “, 2008,
- Tagungsliteratur DeGPT- Jahrestagung, 2018
- Hrsg. M. Rauwald „Vererbte Wunden“, 2013
- Hrsg. M. Schmid et al „ Traumapädagogische Standards in der Kinder- und Jugendhilfe “ , 2013
- A.Krüger „ Powerbook für die Seele“ , 2013
- R. Barwinski „ Resilienz in der Psychotherapie “, 2016
- Y. Cohen „ Das traumatisierte Kind “, 2017
- Hrsg.von Sprei, Martius, Steger „ KunstTherapie “, 2018
- Kühn & Bialek „ Fremd und kein Zuhause “, 2017
- Zeitschrift „ Trauma “ und
- Zeitschrift „ Trauma und Gewalt “