

Traumatisierung und Traumatherapie bei Adoptiv- und Pflegekindern

Heidelberg 13. November 2012

Bärbel Benzel
Dipl. Sozialpädagogin
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
spezielle Psychotraumatologie KJ
Praxis in Reinheim /Odw.
Mitarbeiterin des Kindertraumainstituts

www.baerbel-benzel.de
www.kindertraumainstitut.de

- Worum geht es?
- Die Lebensrealität von Mädchen und Jungen, die nicht mehr in der Ursprungsfamilie leben
- Frühe Traumatisierung und Bindungsverstörungen durch das Erleiden von Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung durch die primären Bezugspersonen
- Was können kann Psychotherapie bewirken?
- Was ist an anderen Stellen nötig?

Es geht um Mädchen und Jungen, die

Unvorstellbares erlebt haben:

- Gewalt und Misshandlungen
- sexuellen und/oder emotionalen Missbrauch, manchmal im Kontext von organisierten Verbrechen
- Vernachlässigung
- die zu wenig Essen bekamen, beinahe verhungerten oder unzureichend ernährt wurden
- die sich selbst überlassen wurden
- die eingesperrt wurden
- die selbst lernten, ihre Windeln zu wechseln
- die nach ihren Geschwistern schauten
- die kaum ausreichend Anregung für eine gesunde Entwicklung bekamen
- deren primäre Bezugspersonen psychische krank oder drogenabhängig sind
- die von einem zum andern gereicht wurden und nie konstante Bezüge in ihrem Leben hatten, bevor sie in ihrer jetzigen Familie gelandet sind
- die bizarre Verhaltensweisen zeigen: Nahrungsmittel horten, in Ecken pinkeln, ständig schnalzen, sich kaum konzentrieren können, kaum schlafen können, unvermittelt aggressiv oder sexuell promiskuitiv sind, sich die Finger- und Fußnägel bis aufs Blut abkauen, sich jeder Anstrengung verweigern, und dann oft das genaue Gegenteil zeigen oder können und so fort

- 60 – 85 % der Kinder in Adoptiv-, Pflegefamilien und Einrichtungen der stationären Jugendhilfe weisen chronische traumatisierende Beziehungserfahrungen auf
- sie haben oft von frühester Kindheit an extreme Erfahrungen machen müssen mit Gewalt sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung
- sie haben wenig oder nie gesunde haltende, versorgende Bindungen erlebt oder erleben diese in höchster Ambivalenz
- sie erleben oftmals erwachsene Personen und offizielle Stellen als versagend, zu spät oder wieder oft extrem unprofessionell intervenierend
- Komplexe Traumafolgestörungen sind die Folge dieser Erfahrungen
- die „neuen“ Bezugspersonen dieser Kinder sind meist nicht ausreichend auf einen angemessenen Umgang mit diesen verstörten Mädchen und Jungen vorbereitet

Trotz alledem

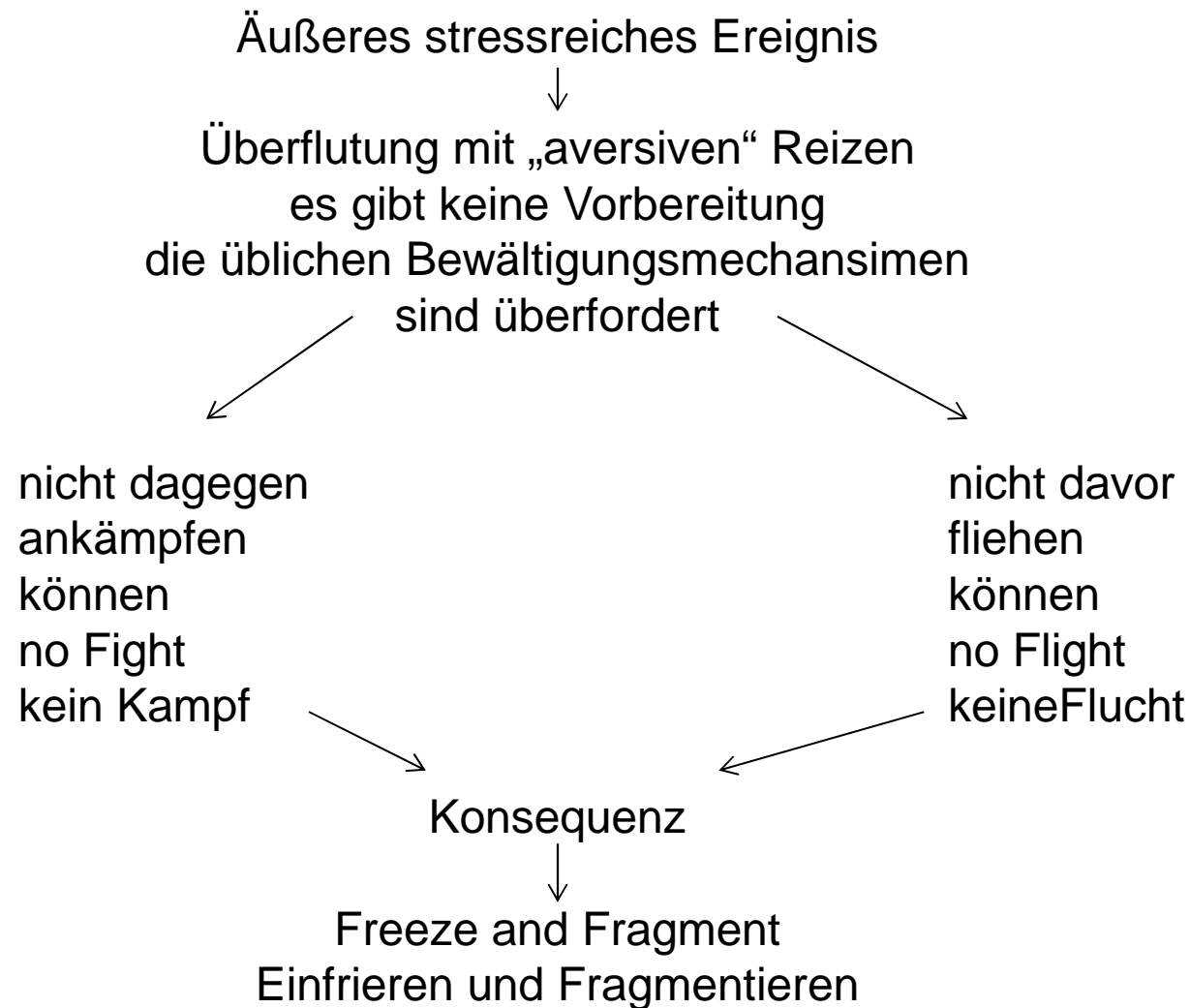
Haben diese Mädchen und Jungen wunderbare und staunenswerte Ressourcen, Kompetenzen und Fähigkeiten:

- Kreativität
- oftmals eine hohe Intelligenz
- die Fähigkeit, sich schnell einen Überblick zu verschaffen
- sich zu helfen wissen
- sich um andere kümmern
- sich zu wehren wissen
- erstaunliche Gesundheit und Robustheit
- Strategien zu entwickeln, um mit ihren Erfahrungen klar zu kommen
- Welche fallen Ihnen mit Blick auf „Ihre“ Kinder ein?

Was ist Trauma?

Was bedeutet Traumatisierung?

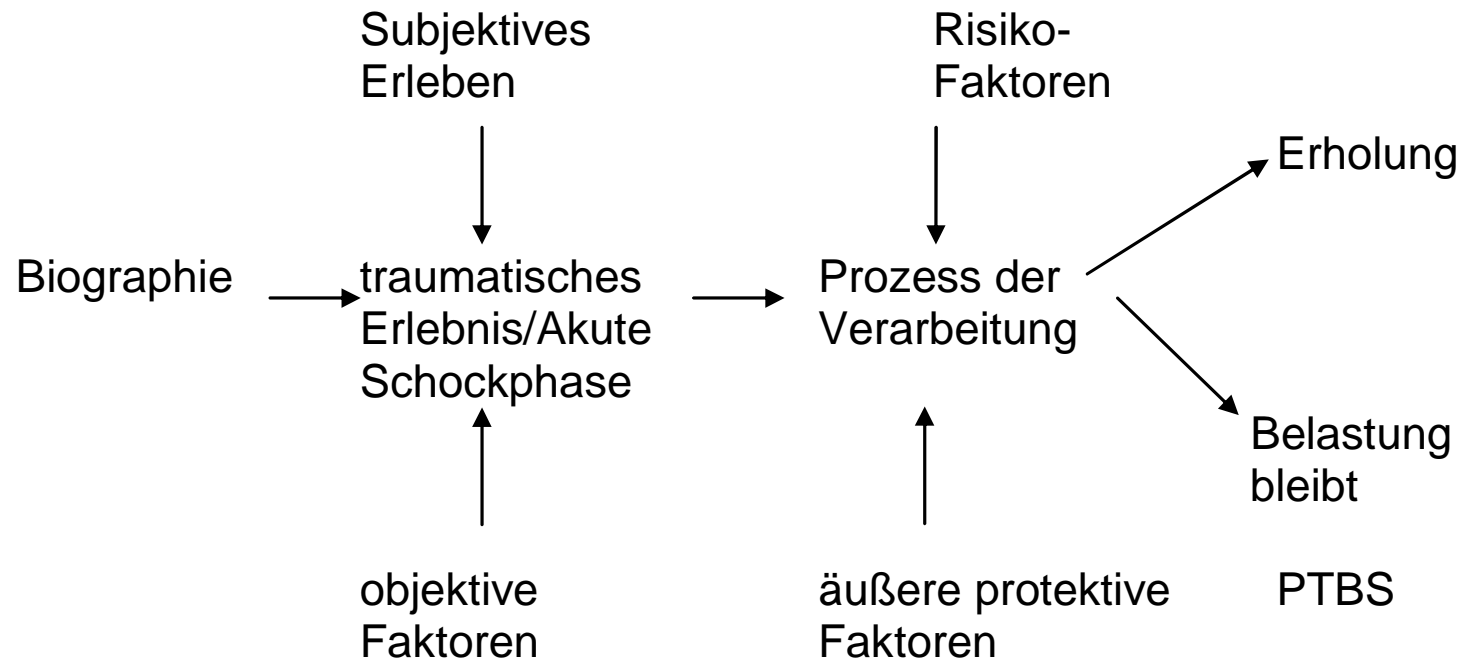
Die unmittelbare Dynamik während des Erlebens einer belastenden Situation - die traumatische Zange



Bärbel Benzel, Reinheim

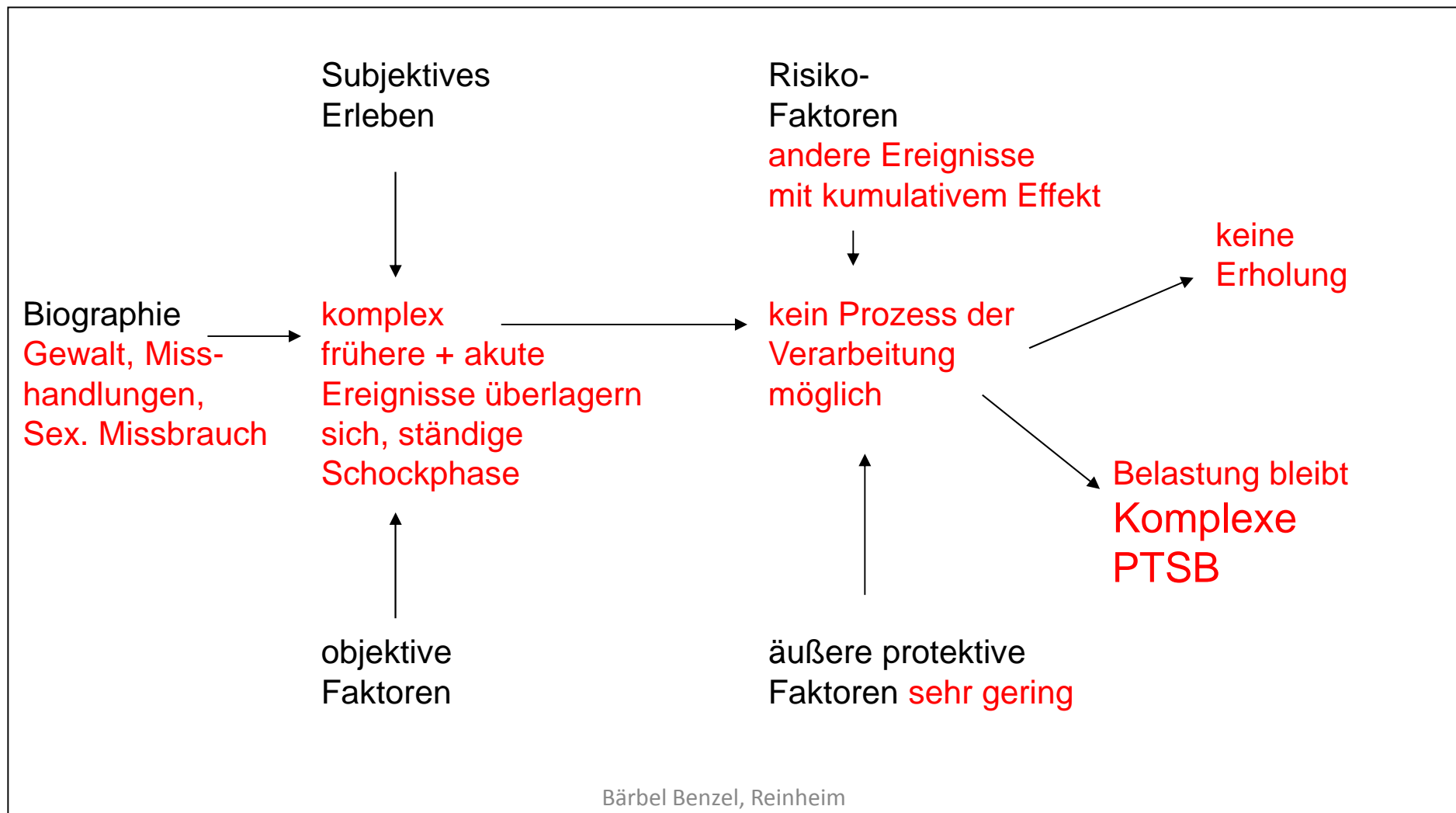
(nach Michaela Huber, Trauma und die Folgen, Paderborn 2003)

Traumatisierung als Prozess



nach Sabine Lehmann, 2001, in Anlehnung an Fischer, Riedesser, 1998

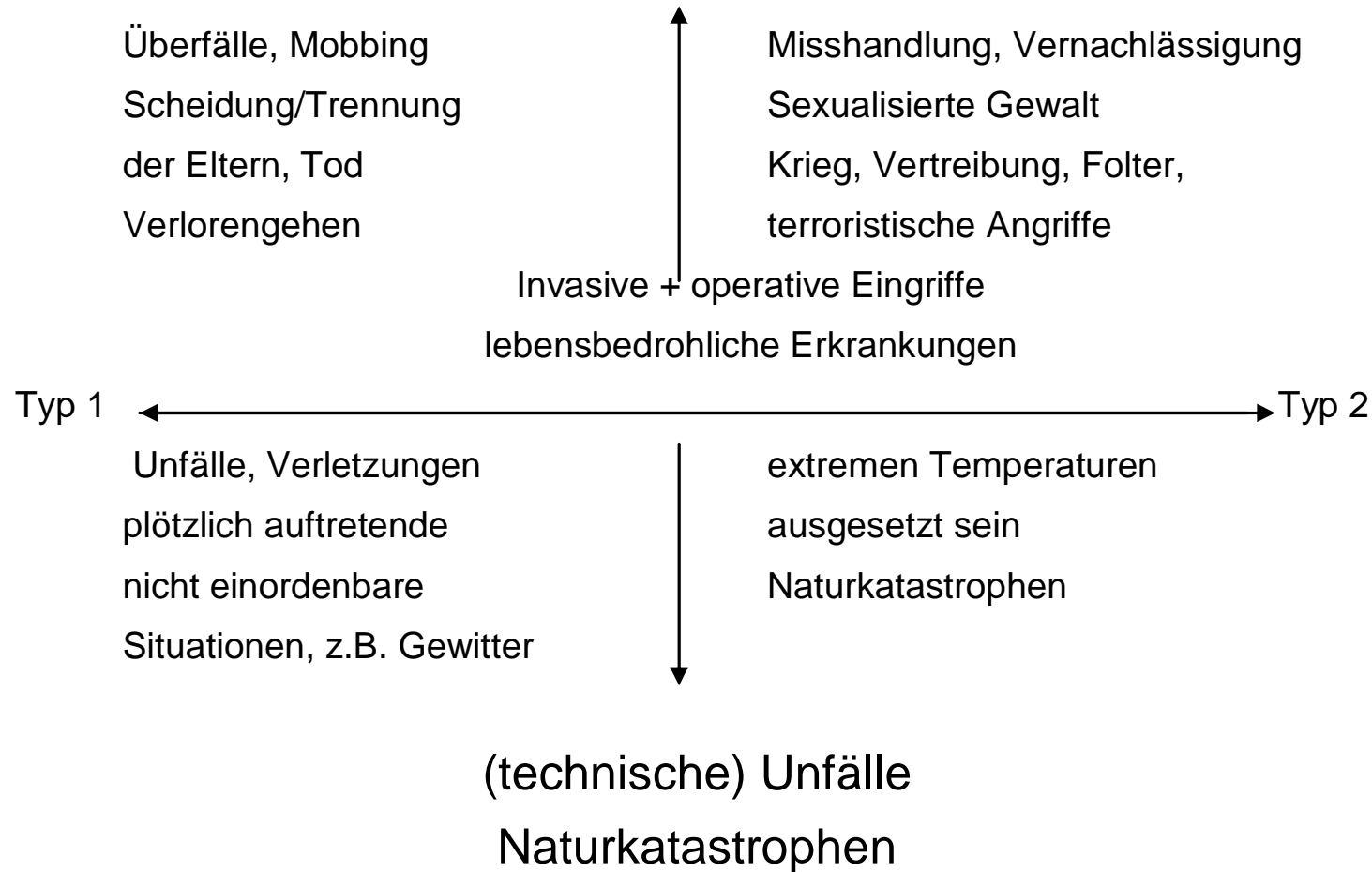
Traumatisierung durch Gewalt



Von Individuen ausgehende Gewalt

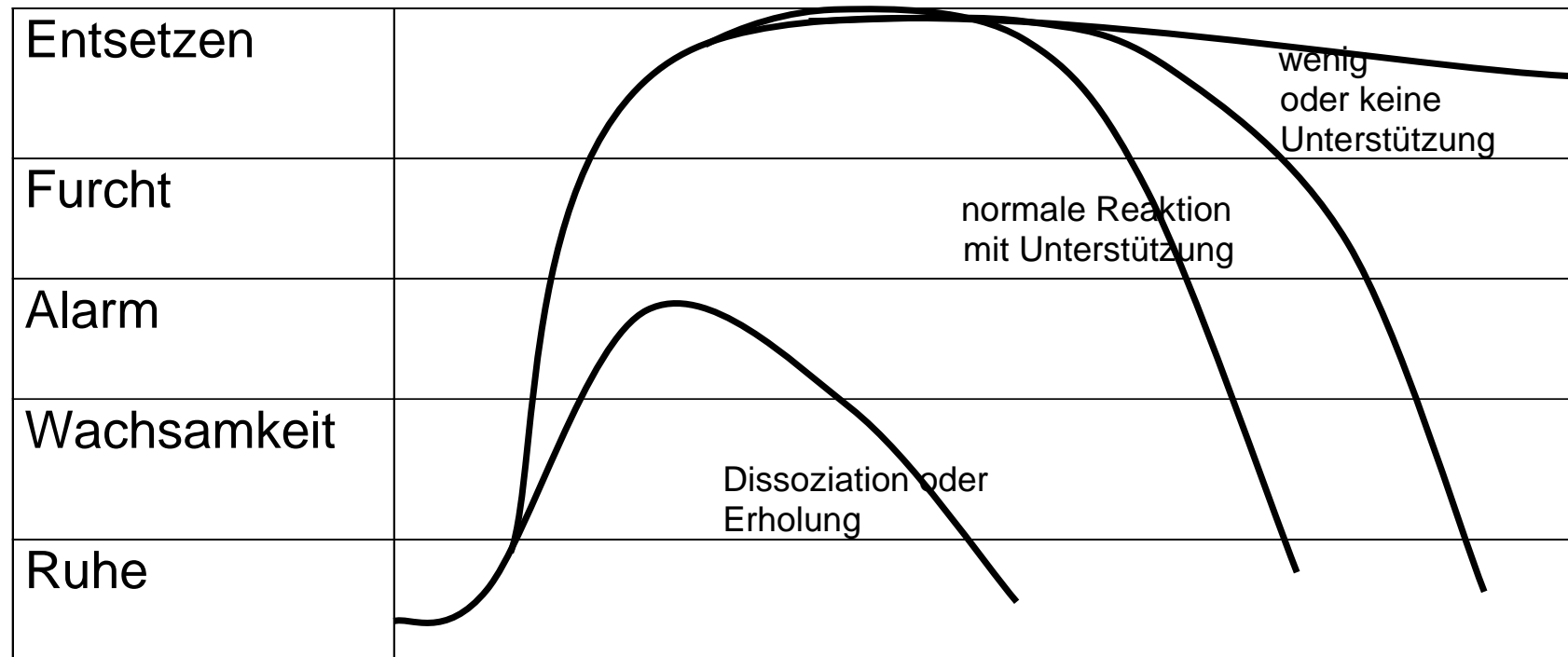
Von Menschen ausgelöste Traumatisierungen

(je näher die Beziehung, je massiver die Wirkung)



nach Leonore Terr 1991

Akute Reaktion auf ein Trauma



Traumatisches Ereignis

Vgl. Bruce Perry 2009

Ein Trauma als existenziell völlig bedrohliches Ereignis ist gekennzeichnet durch:

Körperliche Reaktionen:

- äußerst starker Erregungszustand (Puls, Atmung, Herzfrequenz, Schweiß, Zittern, Kribbeln, etc.), körperautonome Reaktionen -> Trauma ist toxisch!
- Anspannung und Erstarren -> Flucht oder Kampf, wenn beides nicht geht -> Erstarrung
- Völlige Schwäche und Lähmung

Seelisches Erleben:

- Überwältigende Angst
- Extreme Hilflosigkeit und Ohnmacht
- Extreme Überflutung der Informationsverarbeitung
- Ich-Verlust, Entwürdigung, Erniedrigung des Selbst

Geistige Folgen:

- Verlust des bisherigen Wertesystems, Sinnverlust
- Verwirrung und Orientierungslosigkeit

- Körper- und Sprachgedächtnis werden während einer traumatischen Erfahrung getrennt
- das Geschehen ist altersunabhängig nicht als Ganzes verstehbar und integrierbar
- es gibt unmittelbar keine Möglichkeit, die überwältigende Situation weder zu begreifen, zu erfassen, noch zu bewältigen
- Die szenische, sinnlichen und atmosphärischen Eindrücke werden als unverbundene Bruchstücke im Gedächtnis gespeichert, je überfordernder, je schneller und aufgetrennter -> peritraumatische Dissoziation
- Wiederholte und komplexe Traumatisierung hat zur Folge, dass die Verwirrung und damit die Dissoziation notwendiger wird und die Sprachlosigkeit umso größer bleibt, insb. dann, wenn die Umwelt nichts wissen soll oder mit Verleugnung oder Bagatellisierung reagiert
- Körpererinnerungen („the body keeps the score“) sind umso beachtenswerter, wenn Sprache unmöglich ist und insb., wenn es um vorsprachliche Traumata geht

Ein Blick auf neurobiologische Faktoren und Entwicklung Trauma und Hirnphysiologie



- Frühe Traumatisierung führt zu Veränderungen der Struktur und Funktionalität des Gehirns, bzw. deren gesunde Entwicklung von Mädchen und Jungen
- In Zuständen chronischer Dissoziation, emotionaler Taubheit oder Übererregung fixiert zu bleiben erschwert neue positive interpersonelle Erfahrungen, das Lernen und in jeweils individuellen Bereichen einen ungestörte Entwicklung
- Ständige Übererregung und Agiertheit werden zu oft als AD(H)S missdeutet
- Mangelnde Stimulierung der Entwicklung führt zu Deprivationssymptomen wie sozialer Rückzug, beeinträchtigte Empathiefähigkeit, etc.
- Unterbrochene oder zerstörerische Bindungsprozesse rauben Mädchen und Jungen die Fähigkeit, vertrauensvolle Beziehungen einzugehen und entsprechende soziale Kompetenzen zu erwerben
- Komplexe Traumatisierung ist eine massive Beeinträchtigung in einer gesunden kindlichen Entwicklung

Alan Shore 1998, Bruce Perry 2002/2008

Zur Symptomatik bei Mädchen und Jungen

PTBS Erwachsene (nach ICD-10)

auf Kinder bezogen (Je jünger, desto unspezifischer)

Übererregung

Schlafstörungen

erhöhte Reizbarkeit

heftige Emotionen

Konzentrationsschwierigkeiten

extreme Schreckhaftigkeit

Hypervigilanz (übertriebene

Wachsamkeit)

Ein-, Durchschlafstörungen

Angst vorm Ins-Bett-gehen

Hyperaktivität (vgl. ADHS)

extreme Aggression und Ausagieren

neu auftauchende Ängste und Aggressionen

extreme Stimmungswechsel

extrem provozierendes Verhalten

keine Akzeptanz von Grenzen

Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme

Erwachsene (nach ICD-10)

auf Kinder bezogen

Wiedererleben

traumabezogene Affekte
ständig präsent

Erinnerungsflashbacks

intrusive Erinnerungen

Träume mit sich wiederholen
mit intrusiven Inhalten

Reinszenierungen

(verändertes) Spielen mit sich
ständig wiederholenden
traumabezogenen Inhalten, oft
mit extrem gewaltvollem
Symbolcharakter

(unspezifische) Alpträume

(unspezifische) oft permanente
somatoforme Reaktionen

extreme Trennungsängste

Erwachsene (nach ICD-10)

auf Kinder bezogen

Vermeidung

Vermeiden von Gedanken,
Gefühlen, Gesprächen, best.
Aktivitäten etc.

dissoziative Symptomatik

(Entfremdungsgefühle,
eingeschränkte

Affekte, Körperwahrnehmung,
Amnesien, etc.)

Hoffnungslosigkeit

Beeinträchtigung sozialer Kontakte

reduzierte emotionale Reaktionsweise

eingeschränkte oder monotone
Spielfähigkeit

sozialer Rückzug, desolate
Bindungsfähigkeiten

eingeschränkte Bandbreite von Affekten

Verlust bereits entwickelter Fähigkeiten
oder Entwicklungsschritte (insbes.
sprachlich und Sauberkeit betreffend)

bleiben aus/Regression

Leben in Phantasiewelten/dissoziative
Reaktionen

ständige Langeweile und Leere

Die innere psychische Dynamik

(Todes)Angst
Einsamkeit
Selbstabwertung
Schuld
ständige
Alarmbereitschaft
Panik

Depression
Aggression
Verzweiflung
Verwirrung
existentielle
Verunsicherung

Isolation

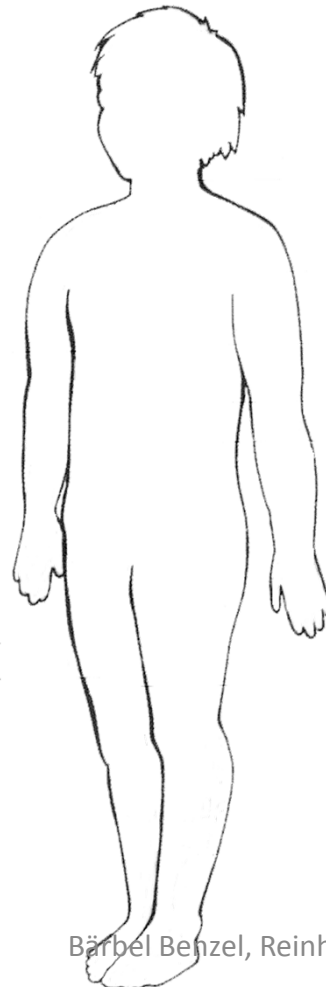
Ohnmacht

Selbstunwirksamkeit

Scham

Versagen

Überforderung



Orientierungslosigkeit
Wahrnehmungs- und
Realitätsverzerrung

Vertrauensverlust
in erwachsene
Bezugspersonen

Zur Diagnostik

Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung Ist eine neue Diagnose sinnvoll?

Kritik der bisherigen PTBS Diagnostik für Mädchen und Jungen:

- Ereignisdefinition (A1-Kriterium) unangemessen
- Trennung und Verlust wichtiger Bezugspersonen entspricht diesem Kriterium nicht
- 66% der PTBS-Symptomatik durch Nicht-A1 Kriterien (Verluste) (Copeland et al. 2010)
- Vernachlässigung, emotionale Misshandlung sind nicht erfasst
- Fehlende Alterssensitivität, Kriterien für Vorschulkinder unangemessen
- Alternative Kriterien notwendig (Scheeringa et al., 2005)
- Konzept der Komorbidität nicht handlungsleitend

Problembereiche der traditionellen PTBS-Diagnostik,
die besonders misshandelte und vernachlässigte
Kinder und Jugendliche betreffen

(Rosner & Steil, 2011)

Trotz Traumatisierung: Keine Diagnose

- keine entsprechend PTBS-Diagnose für komplex und früh traumatisierte Mädchen und Jungen trotz deutlicher Symptomen und Beeinträchtigungen
- keine ausreichenden auf die Symptomatik und den Entwicklungsstand von Kindern und Jugendlichen bezogenen diagnostischen Kriterien im ICD oder DSM
- die Trennung von wichtigen Bezugspersonen, der Verlust einer schützenden und fürsorglichen Versorgung, emotionaler Missbrauch oder auch Vernachlässigung passen nicht zu den DSM-IV-Kriterien.
- Beispiele:
 - in einer Stichprobe von Kindern, die länger als ein Jahr misshandelt wurden, erfüllten 47 % der Kinder nicht die Kriterien für irgendeine DSM-IV-Diagnose (Richardson, Henry, Black-Pond & Sloane, 2008)
 - in einer anderen Untersuchung (Rosner, Arnold, Groh & Hagl, in Vorb.) mit Pflegekindern erhielten nur 11% der Kinder und Jugendlichen, bei denen eindeutig Traumatisierungen vorlagen, eine PTBS-Diagnose

Ackermann - Studie (1998) 1

Welche Diagnosen erhalten Kinder mit Misshandlung und sexuellem Missbrauch ?

Die Kinder bekamen im Durchschnitt 2,8 verschiedene Diagnosen	
Trennungsangst/Überängstlichkeit	59 %
Störung des Sozialverhaltens/ Oppositionelles Verhalten	57 %
Phobien	36 %
PTBS	36 %
ADHS	29 %

Trotz Traumatisierung: nicht zutreffende Diagnosen

- neben PTBS-Symptomen zeigen Mädchen und Jungen eine Vielzahl von unterschiedlichen Symptomen mit unterschiedlichen Verhaltensproblemen, die dann zu einer hohen Anzahl komorbider Diagnosen führen
- Beispiele für häufig diagnostizierte Störungen sind dem aggressiven oder hyperkinetischen Bereich, den Substanzabhängigkeiten, den dissoziativen Störungen oder Somatisierungsstörungen zuzuordnen
- dahinter liegende Traumatisierung als mögliche Ursache der Auffälligkeiten bzw. mitbedingender Faktor wird oft nicht oder nicht ausreichend erkannt
- Multimorbidität führt zu einer Reihe von nicht aufeinander bezogenen Störungsdiagnosen, die das eigentliche Krankheitsgeschehen schlecht abbilden und eine unzureichende Behandlung bedingen, Bsp. AD(H)S

Ackermann - Studie (1998) 2

Welche Diagnosen erhalten Kinder mit Misshandlung und sexuellem Missbrauch ?

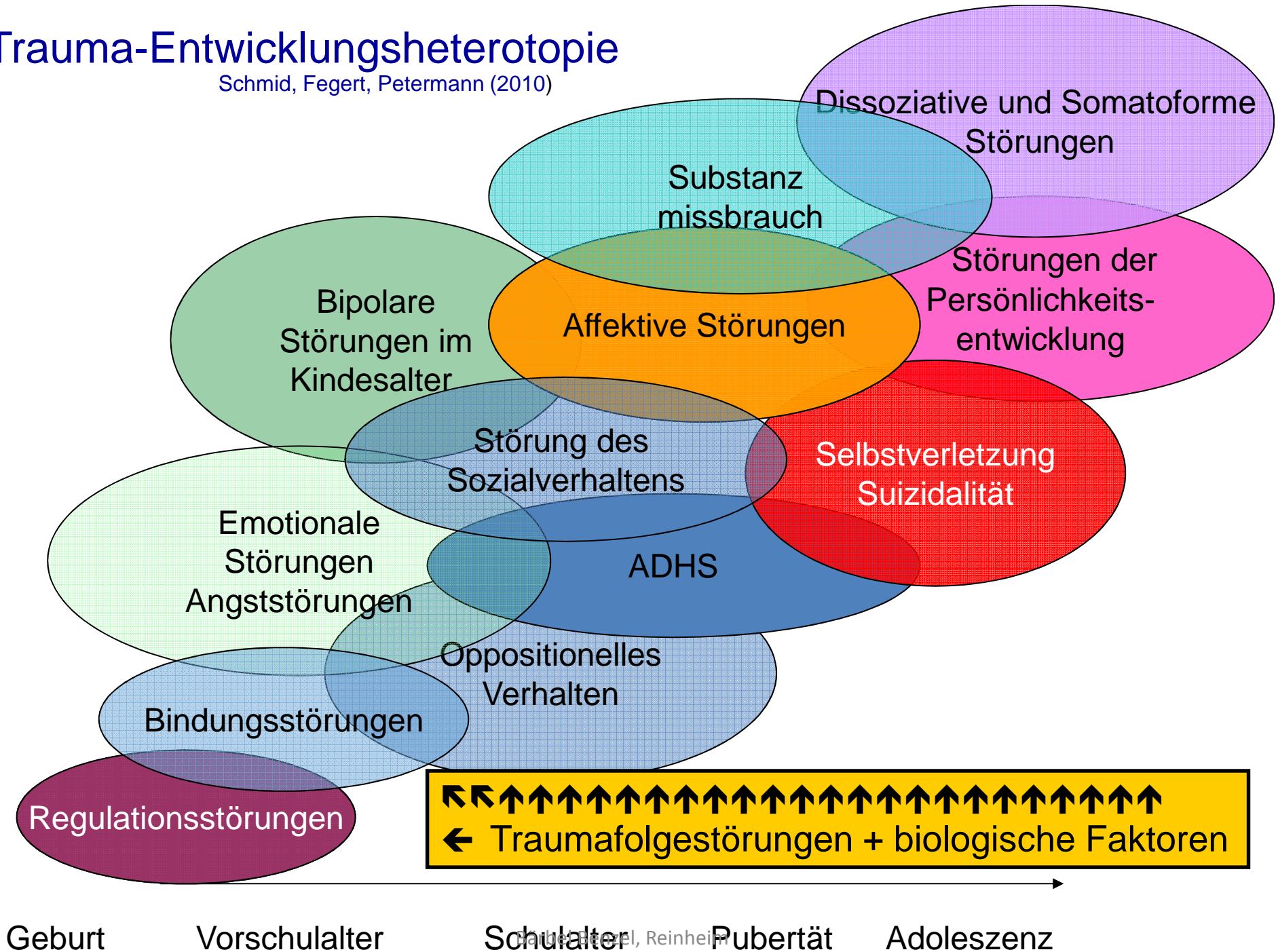
Jungen		Mädchen	
Störungen des Sozialverhaltens	67 %	Trennungsangst/ Überängstlichkeit	79 %
ADHS	67 %	Phobien	58 %
Oppositionelles Verhalten	64 %	PTBS	53 %
Trennungsangst	59 %	Oppositionelles Verhalten	47 %

Trotz Traumatisierung - unangemessene Diagnosen

- umgekehrt reicht bei Erkennen der pathogenen Wirkung einer vorausgehenden Traumatisierung die Diagnose einer „einfachen“ PTBS nicht aus und kann dann zu einem Scheinerfolg in der Behandlung führen, in dem Sinne, dass nach Besserung der PTBS-Symptomatik ein Teil der über diese Symptomtriade hinausgehenden Beschwerden unbehandelt bleibt und in der Folge chronifiziert, bzw. trotz Intervention in Bezug auf die PTBS wieder neue Störungen auftreten
- die Folgen interpersoneller Traumatisierung werden oft unzureichend behandelt werden, weil eher die rein behaviorale Kontrolle der Symptomatik betont wird, statt anzuerkennen, dass durch die interpersonelle Traumatisierung die gesamte Entwicklung des Betroffenen in unterschiedlichsten Bereichen beeinträchtigt wird und damit eine weitergehende Intervention erforderlich ist (van der Kolk et al. 2009)

Trauma-Entwicklungsheterotopie

Schmid, Fegert, Petermann (2010)



Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung eine neue Diagnose

- A1 - Kriterium
 - Multiple/chronische interpersonelle Traumatisierung (direkt/indirekt), > 1 Jahr, frühe Kindheit/frühe Jugend
- **UND**
- A2 – Kriterium
 - Signifikante Unterbrechung schutzgebender Versorgungssysteme, wiederholte Trennungen von der primären Bezugsperson, andauernder emotionaler Missbrauch

B. Affektive und physiologische Dysregulation

Das Kind weist nicht altersgerechte Regulationsfähigkeiten im Bereich der Affektregulation auf und erfüllt mindestens ZWEI der folgenden Kriterien

- Unfähigkeit extreme emotionale Zustände (z. Bsp. Angst, Ärger, Scham) zu modulieren, zu ertragen und sich davon zu erholen. Dies schließt lang anhaltende Ausbrüche aber auch Erstarrung ein.
- Störungen in der Regulation körperlicher Funktionen (z. Bsp. Schlaf- und Essstörungen, Störungen der Ausscheidungen, Über- oder Unterreaktion auf Berührung und Geräusche, Desorganisation bei Routineveränderungen im Tagesablauf)
- Herabgesetzte Wahrnehmung/Dissoziation von Empfindungen, Gefühlen und Körperzuständen
- Verminderte Fähigkeit Gefühle und Körperempfindungen zu benennen

C. Dysregulation von Aufmerksamkeit und Verhalten

Das Kind zeigt verringerte altersangemessene Fähigkeiten die Aufmerksamkeit aufrecht zu erhalten, zu lernen und mit Stress umzugehen und erfüllt mindestens DREI der folgenden Kriterien

- Ständige Beschäftigung mit Bedrohungsgefühlen oder die Unfähigkeit Bedrohung angemessen wahrzunehmen, dysfunktionale Wahrnehmung von Sicherheits- und Bedrohungssignalen
- Die verringte Fähigkeit zum Selbstschutz, einschließlich extremen Risiko-Verhaltens und Aufsuchens extremer Reize (thrill-seeking)
- Maladaptive Versuche der Selbstberuhigung (z. Bsp. rythmische Bewegungen, zwanghaftes Masturbieren, Drogen)
- Habituelles (absichtsvolles oder automatisiertes) oder reaktives Selbstverletzen
- Die Unfähigkeit ein zielgerichtetes Verhalten zu initiieren oder durchzuhalten

D. Dysregulation des Selbst und der Beziehungen

Das Kind zeigt einen nicht altersangemessene Entwicklungsstand im Bereich der persönlichen Identität und in zwischenmenschlichen Beziehungen und erfüllt mindestens DREI der folgenden Kriterien

- Ständiges Beschäftigtsein mit der Sicherheit seiner Schutzpersonen oder Schwierigkeiten nach einer Trennung wieder das Zusammensein zu ertragen
- Durchgängiges negatives Selbstempfinden, Erleben von Hilflosigkeit, Wertlosigkeit, Nicht-Können, Minderwertigkeit und „self-loathing“
- Extremes und anhaltendes Misstrauen, Widerstand oder Mangel an angemessenem reziprokem Verhalten gegenüber Erwachsenen oder Gleichaltrigen
- Reaktive physische oder verbale Aggression gegenüber Gleichaltrigen, Schutzpersonen oder anderen Erwachsenen
- Unangemessene Versuche (exzessiv oder promiskutiv) Nähe zu erreichen oder exzessive Abhängigkeit von Gleichaltrigen oder Erwachsenen, um Sicherheits- und Unterstützungsgefühle zu befriedigen
- Unfähigkeit empathisches Erleben zu regulieren, Mangel an Empathie gegenüber anderen oder Intoleranz gegenüber dem Ausdruck von Stress bei anderen oder exzessive Reaktivität gegenüber Stressreaktionen anderen

E. Klassische Symptome posttraumatischen Stresses (PTBS)

Das Kind zeigt mindestens EIN Symptom aus zwei von drei Bereichen der klassischen PTBS:

- Vermeidung
- Intrusionen
- Physiologische Übererregung

F. Dauer der Störung

- Symptome (in den Bereichen B,C,D & E) von mindestens sechs Monaten

G. Funktionale Einschränkungen

Die Störung verursacht klinisch bedeutsame Einschränkungen in mindestens ZWEI der folgenden Lebensbereiche:

- Schule/Beruf
- Familie
- Peergruppe
- Gesetzestreue
- Physischer Gesundheitszustand

Traumatherapie als sequentielles und multimodales Phasenmodell

Ziele in der Psychotherapie komplex traumatisierter Mädchen und Jungen (Cook et al., 2005, Perry, 2002)

- Stabilisierung und Ressourcenarbeit als Schwerpunkt
- äußere Sicherheit herstellen und die Sicherheitsbedürfnisse des Kindes befriedigen
- Positives Erleben fördern (Freude, Kreativität, Zukunftshoffnung, Erfahrungen von Selbstwirksamkeit) - > Ressourcenarbeit ist zentral
- Entwickeln positiver Bilder von sich selber und Möglichkeiten zur Selbstberuhigung
- selbstregulatorische Fähigkeiten fördern (emotional, körperbezogen, auf dysfunktionale Bewertungen und das Verhalten bezogen)
- Abbau von physiologischer Übererregung, Flashbacks und traumabedingter Dissoziation
- Aufbau von Affekttoleranz für intensive (negative) Gefühle
- Bindungs- und Beziehungsfähigkeiten stärken, entwickeln und durchhalten
- Unterstützung der Informationsverarbeitung (Selbst-Reflexivität entwickeln)
- Aufmerksamkeit für das Jetzt entwickeln
- vorsichtige schonende narrative Rekonstruktion der Vergangenheit und Abgrenzung zur Gegenwart
- exekutive Funktionen entwickeln (soziale Kontakte, Antizipation, Planung, Entscheidungsfähigkeit)
- Bearbeitung und Integration von traumatischen Erfahrungen

Alters- und entwicklungsbezogene Angebote und Interaktion

Analog dem neurobiologischen Entwicklungsmodell (in welchem Alter gab es welche Traumatisierungen?) gezielte unterschiedliche therapeutische Angebote (hier Beispiele) machen:

0 – 9 Monate	basale Regulation	Massage, Schaukeln, Rhythmus sensorische Inputs, EMDR, Versorgung
6 Mon – 2 Jahre	Regulation Fein-, Grob- motorik,	komplexere Rhythmen, Bewegung emotionale Zuwendung
1 - 8 Jahre	Affektsteuerung motorische Regulation	Spiel/Rollen als Übungsfeld
5 – 10 Jahre	abstraktes Denken sozioemotionale Integration	Narrative entwickeln komplexe soziale Interaktion, Erklärungen, Information

Bindungsangebote und EMDR als Basics

Hilfreiche und effektive Methoden in der Begleitung und Unterstützung

- Integration der Erkenntnisse in bereits erfolgreich arbeitende therapeutische und psychosoziale Konzepte und –ansätze mit entsprechenden Modifikationen (traumazentrierte Spieltherapie, Psychodrama, etc.)
- Multimodaler Ansatz ist nötig, Schulstreits sind wenig hilfreich, Kooperation der verschiedenen Bereiche
- Information und Aufklärung für Bezugspersonen und Kinder
- Ressourcenorientierung: Ressourcen aufgreifen, entwickeln, fördern
- Körper mit einbeziehen, (Einsamkeit tut weh!, Schläge haben eine vorrangig körperliche Wirkung)
- Kontrolle lassen, Einschätzbarkeit zeigen
- Arbeit/Entwickeln von Narrativen (Claiming Narrativ, Traumnarrativ, Entwicklungsnarrativ, Zukunftsnarrativ)
- Imaginative, visualisierende und kreative Ansätze (z.B. PITT®, Michaela Huber, u.a.)
- EMDR (strukturierte, manualisierte Methode zur Ressourcenaktivierung, und -verstärkung und zur schonenden Traumabearbeitung)

Traumaspesifische Diagnostik

Akute Belastungsstörung

- Interview zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jgdl (IBS-A-KJ)
- Checkliste zur akuten Belastungsstörung (CAB)

Traumasyptome (Screening)

- Child Behaviour Checklist (CBCL/1) 1/2-5 Jahre
- Traumascreeningbogen (TSK/10)
- Childrens Impact Of Event Scale (CRIES-13)
- Child Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (CPTSD-RI)
- Parents/Child Repost Of Posttraumatic Stress (PROPS/CROPS)

PTBS-Diagnose

- PTBS Semistrukturiertes Interview und Beobachtungsbogen für Säugling und Kleinkinder (PTSDSSI)
- Kinder-DIPS
- Interview zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen IBS-P-KJ

Dissoziative Symptome (Screening)

- Child Dissociation Checklist (CDC)
- Adolescent Dissociative Experience Scale (A-DES II/A-DES 8)
- Somatic Dissociation Questionnaire (SDQ)

Beispiel: Therapie mit Maja

Biographisches:

- Maja ist 12 Jahre alt
- die Mutter bekam sie mit knapp 18 Jahren, über Schwangerschaft und Geburt gibt es keine Informationen, Maja wurde als Baby und Kleinkind zeitweise von der Urgroßmutter versorgt, mit der die Mutter ständige Konflikte hatte, es gab ständig wechselnde Partner, ein Bruder mit anderem Vater wurde nach nur einem Jahr geboren
- sie lebt seit 2 Jahren in einer (Dauer)Pflegefamilie nach den üblichen Stationen: Herausnahme mit 8 Jahren auf Antrag der Mutter -> Bereitschaftspflegestelle -> erste Pflegefamilie -> nach 7 Monaten zurück zur Mutter incl. intensiver JHangebote -> mit 10,2 J derzeitige Familie
- der jüngere Bruder lebt in einer anderen Pflegefamilie, es gibt wenig Kontakt
- sie erlebte bisher 8 Schulwechsel und hatte während der Grundschule nur zwei beständige Schuljahre, sie besucht nun die 7. Klasse
- nie Kontakt zum Vater
- keine weiteren sorgenden Bezugspersonen
- die Pflegeeltern wissen nur Bruchstücke aus Majas Leben, vermuten massive und frühe Deprivation, Vernachlässigung und Gewalt von unbekanntem Ausmaß durch die Mutter und deren verschiedene Lebensgefährten

Ihre Symptomatik

- Schlafstörungen/Alpträume
- Lügen, Stehlen
- extreme Desorganisation und Konzentrationsschwierigkeiten
- unkontrollierte aggressive Durchbrüche
- wenig soziale Kompetenzen
- ständig hohes Erregungsniveau
- zeitweise große Traurigkeit
- übermäßige Aufmerksamkeit für kleinste Verletzungen
- hoch ambivalente, übertrieben loyale Beziehung zur leiblichen Mutter
- sehr schlechte Grundschulnoten, die sich mittlerweile sehr verbessert haben

Ihre Ressourcen

- Kreativität (Malen, zeichnen, werken, basteln, etc.)
- Pragmatismus, sie weiß sich in praktischen Dingen zu helfen
- Grenzen zeigen und setzen
- Kontrolle behalten
- Sorge und sich kümmern um andere, Freundschaften sind wichtig
- Bewegungsfanatikerin
- Akrobatische Kunststücke
- Auseinandersetzung mit den Pflegeeltern suchen
- Einlassen auf Beziehung zur Therapeutin, sich immer wieder deren Loyalität (ver)sichern
- Reiten
- sich um die Pferde kümmern

Diagnose

- Emotionale Störung?
- Störung des Sozialverhaltens?
- Bindungsstörung?
- Posttraumatische Belastungsstörung?
- Komplexe traumabedingte Entwicklungsstörung vor dem Hintergrund einer desolaten Bindungsentwicklung?

Therapie mit Maja

Inszenierung einer Gewaltsituation schon in einer der probatorischen Termine :

Im Puppenhaus lebt eine Familie, die Mutter wird vom Vater blutig geschlagen und liegt bewusstlos in einer Ecke der Küche, als die Tochter von der Schule nach Hause kommt. Diese holt per Telefon die Polizei, die den Mann in Handschellen abführt und ins Gefängnis in der Ritterburg sperrt. Zuhause sind alle erleichtert, der Mutter geht es besser, das Haus wird ausführlich umgeräumt und anders eingerichtet.

Themen:

- eigene erlebte Situation, als sie 6 Jahre alt war
- Erlangung der Selbstwirksamkeit, Handlungsfähigkeit
- Mitleid/Loyalität mit der Mutter
- Bestrafung des Täters/Gerechtigkeit
- Wiederaneignung und Neugestaltung der Räume zuhause

aber auch:

- Sorge und Verantwortung um die Mutter und Geschwister
- große Bedürfnisse nach Sicherheit, Schutz, Hilfe, normaler familiärer Verhältnisse und Unterstützung
- sich auf drängende Erinnerungen, körperliche Unruhe, großer Bewegungsdrang
- Emotionale Befindlichkeit -> Angst, Einsamkeit, Überforderung, alleinige Zuständigkeit...

Die Suche nach sicheren Orten



Bärbel Benzel, Reinheim

Den Bösen überlisten...



Bärbel Benzel, Reinheim

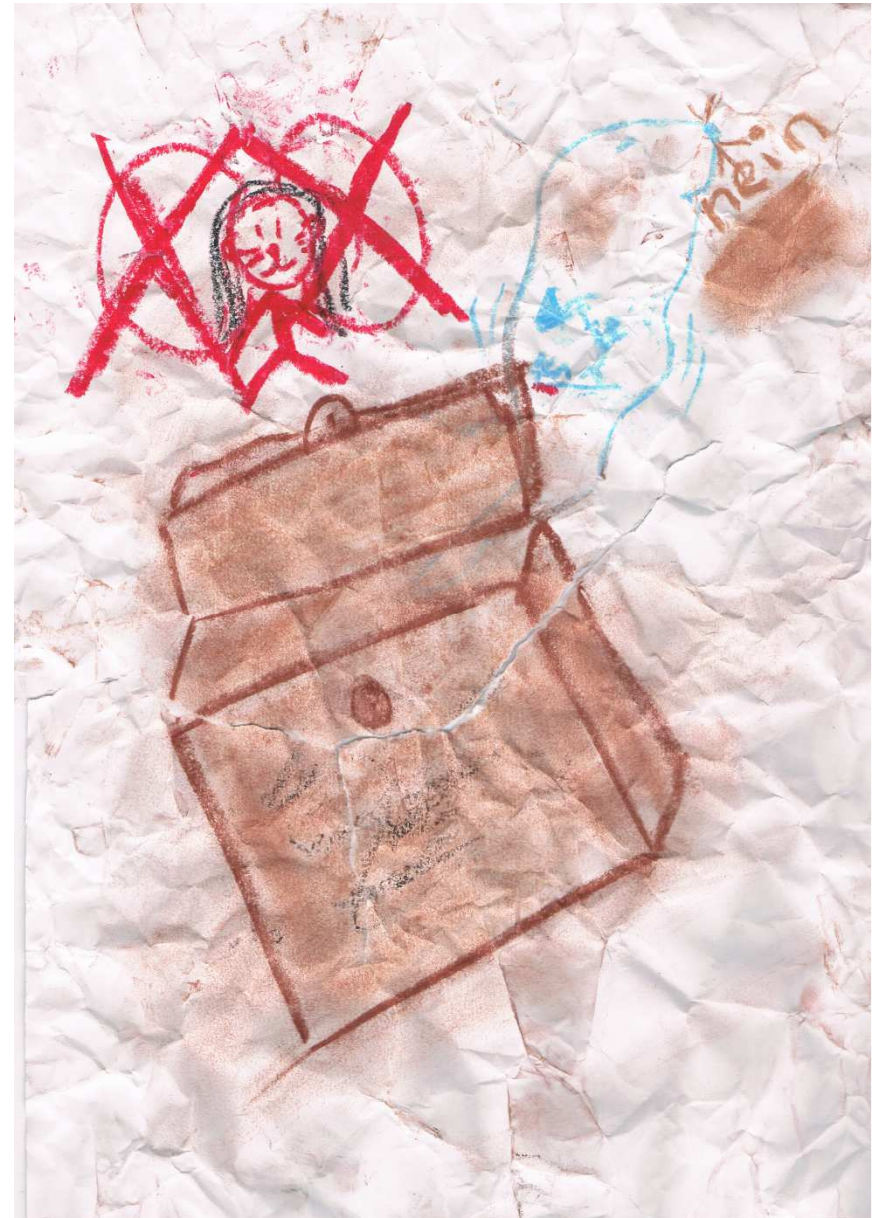
...sich einrichten...



Bärbel Benzel, Reinheim

Innere Distanzierung zu überflutender Erinnerung finden...

- nichts mehr hören wollen
- sich die Ohren zuhalten
- laut NEIN schreien
- es (Erinnerungsfilm) soll alles die Kiste
- aber es quillt raus (blaues)
- wegradieren geht nicht
- Blatt wird zerrissen und zusammen geknüllt
- in den Papierkorb geworfen
- ich darf es aufheben, aber erst Maja weg ist
- sie will es auf keinen Fall mehr sehen
- Ich darf es verwenden
- Maja sucht sich als Symbol ein echtes Kästchen, wie auf dem Bild (das hat sie im Kopf...), welches auf ihrem Schreibtisch steht als Erinnerung und Symbol für die Distanzierung
- Kleinzaubern bewirkt im Folgenden, dass alles drin bleibt in der Kiste



Ego-State-Arbeit:

Sie kann malen, wo in ihrem Innern welche Anteile „wohnen“:




Bärbel Benzel, Reinheim

...und welche Anteile es sind und was deren Gefühle sind:

П с-инное П-с

● П0 → frohlich П familie

● П1 → zufrieden

● П2 → übermütig, 

● П3 → erleichtert

● П4 → nachdenklich, schlau

● П5 → zufrieden, lustig

● П6 → überfordert

● П7 → stark, kämpferisch

● П8 → nervlich, traurig

● П9 → enttäuscht, traurig
beleidigt

● П10 → dümmlich

● П11 → wütend, strahlend,
gesichtlich

Bärbel Benzel, Reinheim

Ego-State-Therapie:

- die inneren Anteile besser kennenlernen
- was sind deren Aufgaben und Funktion
- Kommunikation zwischen ihnen, Kontrolle, bzw. Koordination erarbeiten

Innere „Wohnungen/Häuser“:



Bärbel Benzel, Reinheim

Veränderung der Belastung

(eigene Benennung und Einschätzung)

Zu Beginn der Therapie:

- nicht bei der leibl. Mama leben können 100%
- Unfall vor Kurzem 70%
- großer Streit in der Pflegefamilie 50%
- die Erlebnisse von früher 40%
- kleiner Streit in der Pflegefamilie 30%

Mit EMDR konnten der Unfall und einige Erlebnisse von früher bearbeitet werden (u.a. die anfänglich von ihr inszenierte und neue ins Bewusstsein auftauchende Erinnerungen)

Bereits nach ca.25 Stunden Therapie:

- Wut auf die leibl. Mutter und neue Erinnerungen 80%
- großer Streit in der Pflegefamilie 30%
- die Erlebnisse von früher 10%
- nicht bei der (leiblichen) Mama leben können 0%
- Unfall 0%
- keiner Streit in der Pflegefamilie 0%

Wut auf die leibliche Mutter, die Frage warum hat sie sie nicht geschützt, die Suche nach dem leiblichen Vater und die üblichen pubertären Fragen sind in Folge die bestimmenden Themen

Sichere, geschützte Wohlfühlorte

über Imagination, Visualisierung
oder
die Macht der inneren Bilder

Ziele und Inhalte von Imaginationen und Visualisierungen:

- zur psychischen Stabilisierung
- zur inneren Distanzierung und Entlastung
- um innere Sicherheit zu etablieren
- um neue neuronale Netzwerke zu etablieren
- zur Selbstberuhigung und Affektregulation
- um Gegenbilder zu den Schreckensbildern zu haben (1000 Mal)
- um Ressourcen (wieder) aufzuspüren, zu verstärken und neue zu entdecken und zu entwickeln
- Kinder können dies mitnehmen in andere Situationen
- um bei erfolgter ausreichender Stabilisierung gezielt und effektiv, traumatische Erinnerungen zu bearbeiten und zu integrieren

Distanzierungen anderer Kinder



...die Gedanken
laufen nach Afrika
und bleiben dort...

Bärbel Benzel, Reinheim

...die Erinnerungsfilme werden auf der Insel in das Schiff geladen und an der tiefsten Stelle ins Meer geschmissen, Haie passen auf, dass alles unten bleibt...



...Stresstruhe im Meer und Inseln, auf denen K. und seine Beschützer wohnen...



Bärbel Benzel, Reinheim

10.8.
Stresstruhe im
Meer, Inseln auf denen
K. + Beschützer wohnen

..die absolut sichere und super bewachte
Höhle...



Bärbel Benzel, Reinheim

Übungen/Imaginationen/Visualisierungen

Zur Distanzierung

Container, Behältnisse, Tresore, Höhlen und andere (Zwischen)lager finden und etablieren, mittels Screen-, Beobachterintechnik oder Vogelperspektive Abstand suchen und die belastenden Inhalte gut verwahren, verpacken, weg schicken, etc.

Innerer sicherer Wohlfühlort

sich an einen imaginativen Ort bringen, möglichst in Sicherheit, konkrete auch sensorische Vorstellungen davon entwickeln und vertiefen

Krafttier, Helferwesen finden

Vorstellungen von unterstützenden, beschützenden Wesen finden, die in belastenden Situationen hilfreich wirken

Kreatives Gestalten und symbolische Inszenierungen

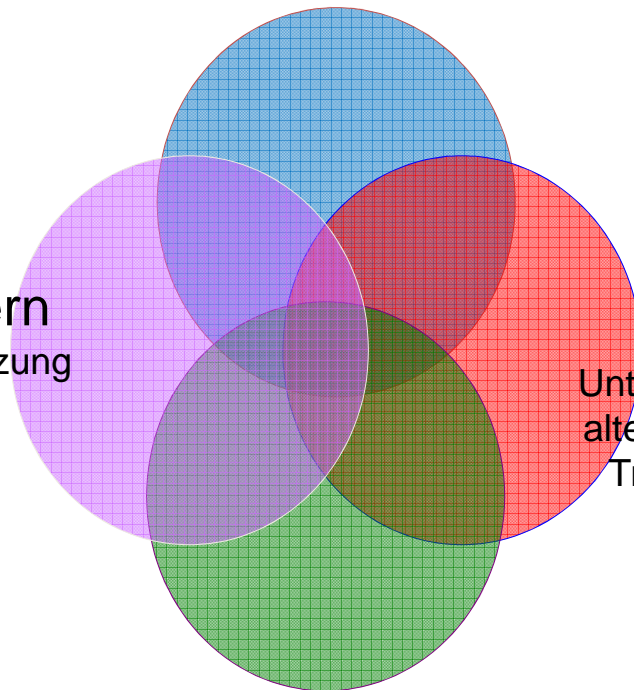
- Mädchen oder Jungen explizit auffordern, sich hier im Raum einen Platz einzurichten, an dem sie/er sich ganz geborgen fühlen kann...
- der Prozess der Gestaltung hat einen hohen diagnostischen Wert -
> je weniger es die Erfahrung von Sicherheit gab, je schwieriger wird es, einen solchen Ort einzurichten, die Art des Ortes und Sicherheitsmaßnahmen (Schloss, Höhle, Sicherheitstrakt, Fenster, Gitter, Schlösser...) gibt Aufschluss über das innere Sicherheitsempfinden, die emotionale Befindlichkeit (z.B. den Grad der Angst) oder die Vorsicht vor der Therapeutin
- Mädchen und Jungen können beginnen sich hierüber verlorene Sicherheitsgefühle wieder anzueignen
- vom geschützten Ort aus sind vielfältige (Inter)Aktionen möglich - > sich versorgen lassen, erzählen, was früher war, Ruhe finden...
- neue Erfahrungen von Selbstwirksamkeit, Affektregulation sind möglich
- der psychoneuronale Effekt ist meist sehr hoch

Was brauchen
Jungen und Mädchen noch?

Kooperation und Vernetzung

Medizin/Psychotherapie/andere Therapieformen
gesundheitliche/therapeutische Versorgung

Adoptiv-, Pflegeeltern
mit entsprechender Unterstützung
und Begleitung



Jugendhilfe
gesetzlicher Schutzauftrag
Hilfen zur Erziehung
Unterstützung und Begleitung der
alternativen Erziehungspersonen
Traumapädagogischer Ansatz

(Vor)Schule
Andere Betreuungsmöglichkeiten

Bärbel Benzel, Reinheim

Was brauchen Pflege- und Adoptiveltern chronisch beziehungs-traumatisierter Kinder?

- 1. Gemeinsames psychotraumatologisches Verstehensmodell entwickeln (Psycho-Edukation)**
 - Die psycho-traumatologische Brille (Trigger, trauma(kompensatorisches) Schema)
 - Veränderungsresistenz verstehen (die strukturelle Ebene)
 - Fehlverhalten = Kontrollverlust
 - Intensität der Gefühle verstehen
- 2. Notwendigkeit zur eigenen Veränderung akzeptieren**
 - Eigene Reaktivität auf kindliches trauma-gesteuertes Verhalten verringern
- 3. Pädagogische Handlungsmöglichkeiten aufzeigen**
 - Sprechen: Empathie für das Kind entwickeln und ausdrücken
 - Handeln: Hochrisiko-Situationen Handhaben und „Gewaltfreie Führung“ (Weinberg, 2010)
- 4. Therapeutisches Potential der Eltern nutzen**
 - Filialtherapie mit Narrativen (Family-Attachment-Therapy)



Bärbel Benzel, Reinheim



Bärbel Benzel, Reinheim

Herzlichen Dank

Bärbel Benzel, Reinheim