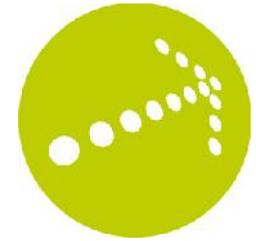


Praxis für Verhaltenstherapie  
Sabine Maur



# Psychotherapie mit Pflegekindern und ihren Bezugspersonen

KJP-Fachtag der LPK RLP August 2017

Sabine Maur

Psychologische Psychotherapeutin mit  
Zusatzqualifikation Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
[sml@psychotherapie-mz.de](mailto:sml@psychotherapie-mz.de)



---

# Überblick

- Risikokinder
- Diagnostische Besonderheiten
- Diagnostik
- Besonderheiten bei Pflegeverhältnissen
- Psychotherapeutische Interventionen
  - mit dem Kind
  - mit der Familie / den Bezugspersonen





# Hochrisikopopulation Pflegekinder

- genetische Risiken (z.B. durch familiäre Häufung psychischer Erkrankungen)
- SS-Risiken:
  - Konsum von Nikotin, Alkohol, Drogen, Medikamenten
  - unerwünschte SS, psychisch belastete SS
  - auffällige Geburtsparameter (z.B. geringes Gewicht)
- psychosoziale Risiken: alleinerziehende Mütter, sehr junge Mütter, Armut, fehlende soziale Unterstützung
- Vernachlässigung, körperliche und psychische Miss-handlung, sexuelle Gewalt
- Bindungsrisiken: unsichere Bindung, Bindungsabbrüche, Diskontinuität von Bindung





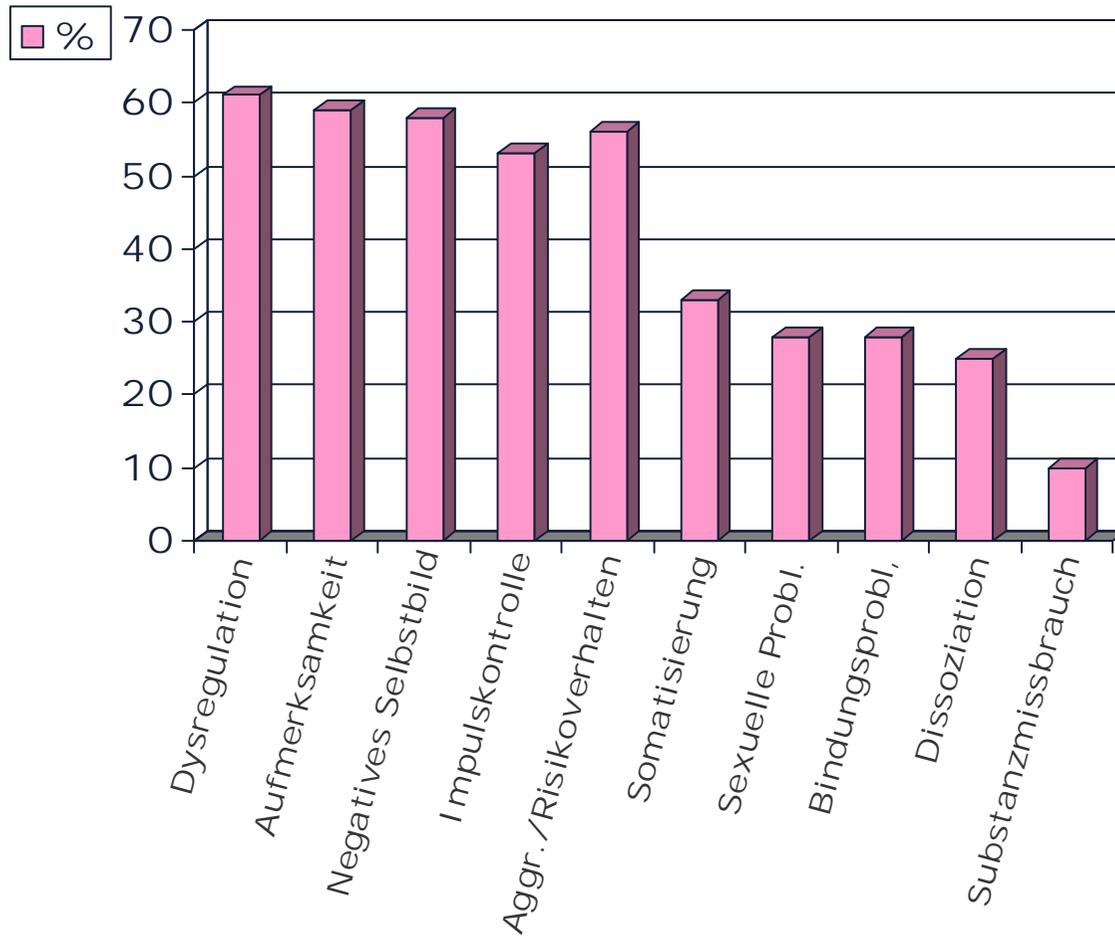
## Trauma-Arten bei Pflegekindern

**Table 1.** The frequency of trauma types for the total sample of children in foster care (2,251) as well as for the subsample of children with complex trauma histories (1,584).

Variable	Total Sample (%)	Complex Trauma Subsample (%)
Neglect	68.0	82.6
Traumatic loss/bereavement/separation	63.1	66.2
Impaired caregiver	59.8	74.4
Domestic violence	54.2	72.0
Emotional abuse	51.4	71.9
Physical abuse	48.4	64.0
Sexual abuse	32.0	41.9

complex trauma: exposure to chronic interpersonal traumatic experiences at the hands of a caregiver;  
 exposure to at least two of the following interpersonal traumas: physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, neglect, and domestic violence





# Complex Trauma Adaptation

(National Child  
Traumatic Stress  
Network, N=1699;  
2003 White Paper)





# Frühe, komplexe Traumatisierung

1

Multiple traumatische  
Erfahrungen:

- Misshandlung (sexuell, physisch, psychisch)
- Vernachlässigung
- Beziehungsabbrüche
- häusliche Gewalt
- außerhäusliche Gewalt

+

2

Zerstörung  
fundamentaler  
Bindungssicherheit

+

3

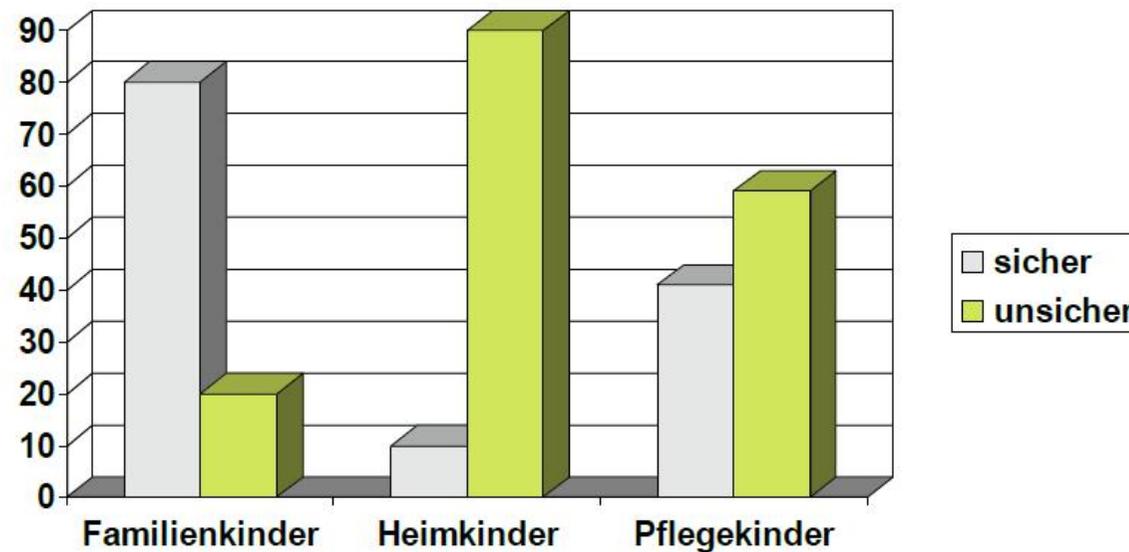
Entwicklungsbeein-  
trächtigendes Timing:  
kritische Phase für die  
Entwicklung von

- Aufmerksamkeit und Lernen
- Gedächtnis
- Emotionsregulation
- Persönlichkeitsentwicklung
- Beziehungen/Bindung





## Aber auch die Stärken der Hilfeform „Pflegefamilie“ müssen gesehen werden – z.B. im Bindungsbereich



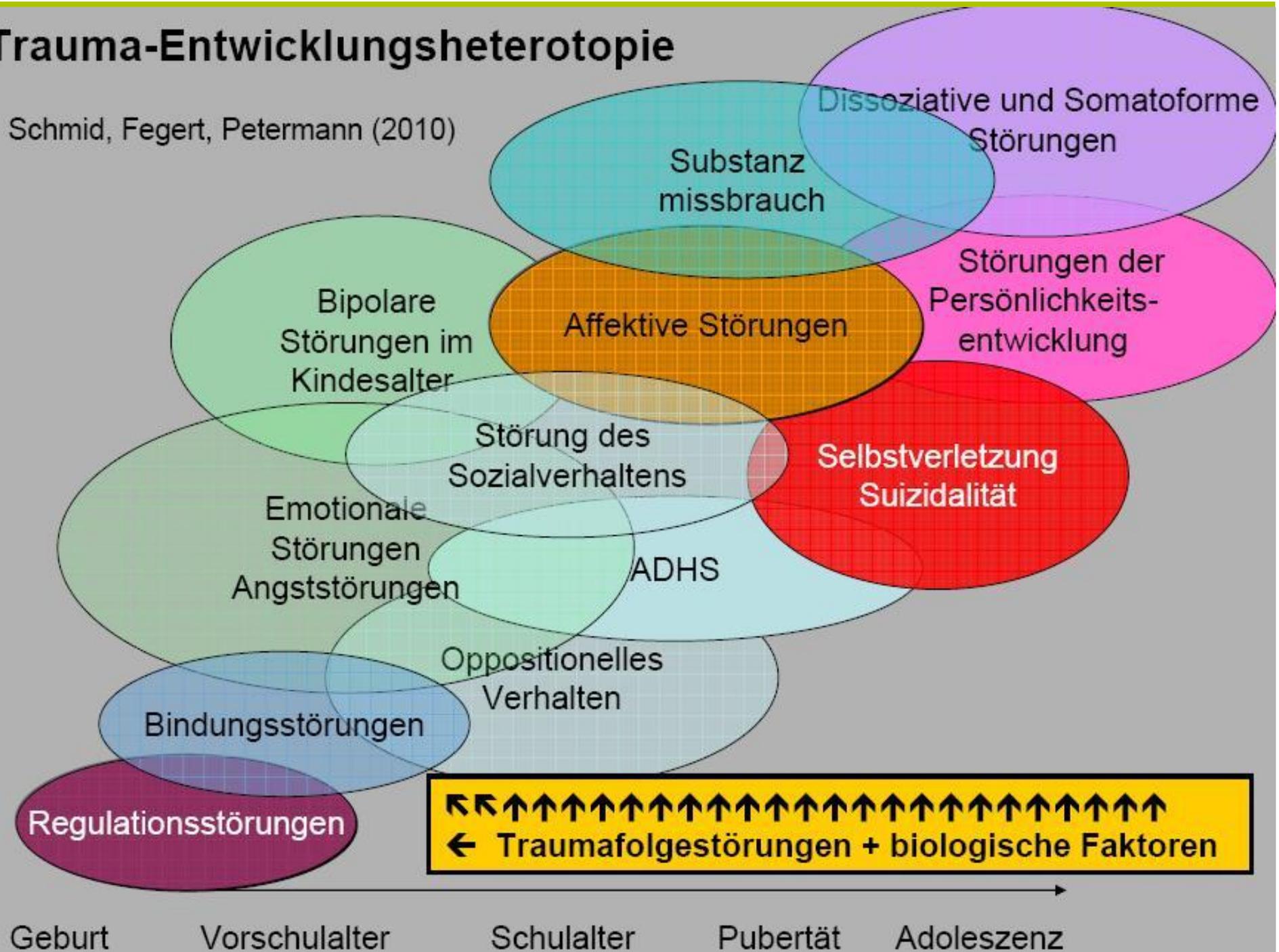
Quelle: Nowacki 2006, Maß: Bindungsrepräsentation AAI im Jugendalter



# DIAGNOSTISCHE BESONDERHEITEN

# Trauma-Entwicklungsheterotopie

Schmid, Fegert, Petermann (2010)





---

## Diagnostische Besonderheiten/Probleme

- Bindungstil und Bindungsstörungen
- Traumastörungen inkl. Dissoziation
- FAS
- ADHS und Störungen des Sozialverhaltens





## Bindung: Typen vs. Störung (I)

- Bindungstypen:
  - „normale Entwicklungsvarianten“
  - keine klinische Diagnose
  - desorganisiertes Bindungsmuster:
    - ➔ höchstes Risiko für Entwicklung einer psychischen Störung
    - ➔ „phänotypische Nähe“ zur Bindungsstörung





## Bindung: Typen vs. Störung (II)

- Bindungsstörung nach ICD-10/DSM-IV:
  - durch „pathogene Fürsorge“ mitverursachte Störung
  - deutlich gestörte soziale Beziehungsfunktion
  - **gehemmter Typ**: furchtsam, übervorsichtig, wachsam, eingeschränkte soziale Interaktion mit Gleichaltrigen, sucht keinen Trost, wenig positive Affekte, teilweise Gedeih- u. Wachstumsstörungen
  - **enthemmter Typ**: diffuses Bindungsverhalten, distanzgemindert, „unterschiedslose Freundlichkeit“ „unechte Intimität“





## Bindung: Typen vs. Störung (III)

- Bindungsstörung nach ICD-10/DSM-IV:
  - „gehemmter Typ“ hat deutlich bessere Prognose als der „enthemmte Typ“
  - ungünstige Prognose: „Bindungsstörungen sind sehr komplexe und damit schwer zu behandelnde Störungsbilder“ (Ziegenhain, 2009, S.319)
  - gehen später häufig in die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung über
  - diskutierter neuer Name: „Deprivations-/Misshandlungsstörung“





## Bindung: Typen vs. Störung (IV)

- Bindungsstörung nach ICD-10/DSM-IV:
  - sehr seltene Störungen (< 1%) in der Allgemeinbevölkerung, aber deutlich häufiger in KJP-Inanspruchnahmepopulationen (bis zu 25-33%)
  - teilweise überdiagnostiziert („Bindungsstörung“ als Ursache aller möglichen emotionalen und Verhaltensprobleme; vgl. Barth et al., 2005)
- Probleme:
  - mangelnde Diagnosespezifität (Ziegenhain, 2009)
  - „over-diagnosis of RAD“, insb. bei Pflege- und Adoptivkindern (Barth et al., 2005)





## Bindung: Typen vs. Störung (V)

- „Bindungsstörungen“ im weiteren Sinne (Brisch, 1999/2009):
  - Abwesenheit von Bindungsverhalten
  - undifferenziertes BV („soziale Promiskuität“)
  - übersteigertes BV (exzessives Klammern, extrem gestresst bei Trennung)
  - gehemmtes BV (übermäßig angepasst)
  - aggressives BV (körperlich und/oder verbal aggressiv)
  - BV mit Rollenumkehr (Parentifizierung, überfürsorglich, Verantwortungsübernahme)
  - BV mit Suchtverhalten (z.B. Essen, Video/PC, Drogen, Alkohol)





---

## Scheeringa-Kriterien für PTBS bei Kleinkindern

- ICD-Kriterien für PTBS:
  - nur für Erwachsene
  - nur für Typ-I-Trauma



## Symptomgruppen

### A. Traumatisches Ereignis

### B. Wiedererleben

▶ mindestens 1 Symptom

### C. Vermeidung

▶ mindestens 1 Symptom

### D. Erhöhte Erregung

▶ mindestens 2 Symptome

### E. Neue Ängste und Aggressionen

▶ für die Diagnose nicht erforderlich

## Symptome

Scheeringa-Kriterien aus Graf et al. (2008)

- Posttraumatisches Spiel: Zwanghafte Wiederholung von Themen und Aspekten des Traumas, kein Angstabbau durch das Spiel. Weniger elaboriertes und kreatives Spiel
- Nachspielen bestimmter Aspekte des Traumas, ohne Charakteristika des posttraumatischen Spiels
- Wiederholte Erinnerung des traumatischen Ereignisses ausserhalb des Spiels, ohne offensichtliche psychische Belastung
- Alpträume mit Bezug zum Trauma oder mit zunehmender Frequenz ohne wieder erkennbaren Inhalt
- Episoden mit objektiven Anzeichen eines Flashbacks oder von Dissoziation
- Psychische Belastung bei der Konfrontation mit Hinweisreizen
- Tatsächliche oder versuchte Vermeidung von Aktivitäten, Gegenständen, Orten oder Personen, welche mit dem Trauma assoziiert sind
- Einengung des Spielverhaltens
- Sozialer Rückzug
- Eingeschränkte Bandbreites des Affekts
- Ein- und Durchschlafschwierigkeiten
- Erhöhte Irritierbarkeit, Wutausbrüche, Affektlabilität
- Verringerte Konzentrationsfähigkeit im Vergleich zu vor dem Trauma
- Übertriebene Wachsamkeit (Hypervigilanz)
- Übertriebene Schreckreaktion
- Verlust bereits erworbener Fertigkeiten insbesondere im Bereich der Sauberkeitsentwicklung und der Sprache
- Neu auftretende Ängste
- Neu auftretende Trennungsangst
- Neu auftretende Aggressionen



# Developmental Trauma Disorder

deutsch: Komplexe Traumafolgestörung (oder auch:  
Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung)

- Kriterium A: **Belastung**
- Kriterium B: **Affektive und physiologische Dysregulation**
- Kriterium C: **Dysregulation von Aufmerksamkeit und Verhalten**
- Kriterium D: **Selbst- und beziehungsbezogene Dysregulation**
- Kriterium E: **Posttraumatische Spektrumssymptome**
- Kriterium F: **Dauer der Störung**
- Kriterium G: **Funktionale Beeinträchtigung**





# Dissoziation (I)

- die Mehrheit der Kinder, die ein Trauma erleben, entwickeln keine dissoziative Störung
- je komplexer die Traumatisierung, desto wahrscheinlicher die Entwicklung einer komplexen PTSD und starker Dissoziation
- PTSD und Dissoziation sind nicht das gleiche, kommen aber häufig gemeinsam vor
- PTSD: sympathische Übererregung; Dissoziation: parasympathische Untererregung
- Risikofaktoren:
  - frühe Traumatisierung
  - komplexe Traumatisierung
  - Bindungsprobleme





## Dissoziation (II)

- erleichtert intensiven Stress ➔ wird also wiederholt bei erneutem Stress ➔ wird zu Verhaltensmuster bei ängstigenden oder emotional destabilisierenden Situationen
- Folgen dieses Verhaltensmusters:
  - aktuelle Wahrnehmungen, Gefühle, Empfindungen, Erinnerungen werden außerhalb des Bewusstseins gespeichert
  - die in der Traumasituation erlebten Gefühle und Wahrnehmungen werden aus dem Bewusstsein ausgeschlossen
  - das Gefühl des „Selbst“/„Ich“ wird gestört
  - das Kind „vergisst“ in dissoziativen Momenten, dass es jetzt an einem sicheren Ort ist
  - das Kind entwickelt keine gesunden Bewältigungsmechanismen





## Dissoziation (III): Symptome Kinder

- Verhaltensebene:
  - Kind verhält sich plötzlich deutlich jünger oder älter
  - plötzliche Aggressivität
  - Kind kann bestimmte Fertigkeiten manchmal und manchmal nicht (wechselndes Funktionsniveau)
  - Stimme verändert sich stark
  - ausdrucksloser, leerer Blick
- Emotional:
  - starke emotionale Schwankungen ohne Übergang
  - der Situation nicht angemessene Emotionen (z.B. lachen, wenn jemand anderes sich verletzt oder traurig ist)
  - fehlende emotionale Reaktionen





## Dissoziation (IV): Symptome Kinder

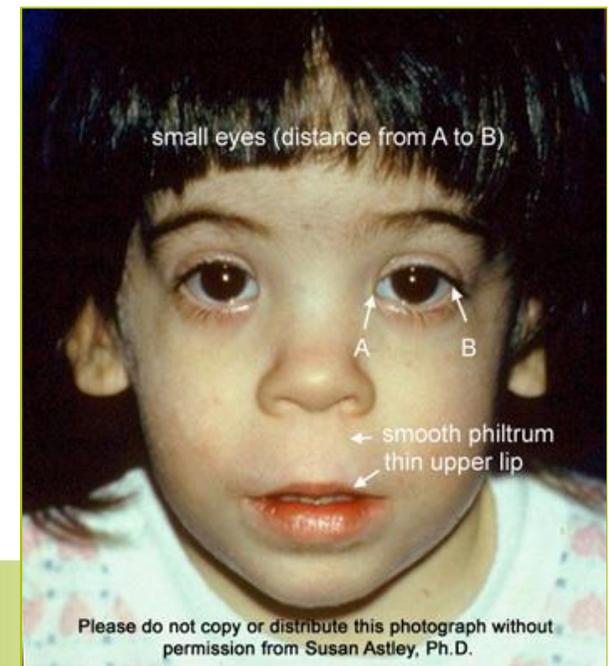
- Kognitiv:
  - sehr starke Schwankungen in den kognitiven Leistungen (z.B. bei schulischen Aufgaben)
  - fehlende Erinnerungen
  - Kind „hört Stimmen“ oder „sieht Figuren“ (meist bedrohlich)
- Physiologisch:
  - somatoforme Beschwerden, ohne körperlichen Befund, häufig wechselnd
- Dissoziative Symptome bei Kindern subtiler ausgeprägt als bei Erwachsenen!





# Fetales Alkoholsyndrom (FAS)

- Diagnostische Kriterien (4-Digit-Diagnostic-Code):
  - Wachstumsstörung (Länge/Gewicht < 10. Perzentile)
  - faziale Dismorphie: kurze Lidspaltenlänge, verstrichenes Philtrum, dünnes Oberlippenrot
  - Schädigung ZNS
  - Alkoholexposition in der Schwangerschaft





## FAS: kognitive klinische Auffälligkeiten

- etwa 25% IQ-Werte  $< 70$ , Durchschnitts-IQ ca. 80
- Vorschulalter: Defizite in Sprache und Motorik, Wahrnehmungsstörungen, Unruhe
- Störungen in der Gedächtnisleistung (z.B. Merken von Abläufen und Regeln), Lernen nicht aus Konsequenzen
- Konzentrationsstörungen, mangelnde Impulskontrolle
- (immer offenkundiger werdende) Lernprobleme, insb. bei Anforderungen an das abstrakte Denken
- mangelnde Selbständigkeit & Eigeninitiative
- Defizite in den Exekutivfunktionen (Planen, zielgerichtetes Handeln, Problemlösen)





---

# Differentialdiagnose ADHS und Trauma bzw. Bindungsstörung

- Unterscheidung ADHS und Typ-I-PTBS kein Problem (Verlauf!)
- Traumafolgestörung führt nicht automatisch zu Hyperaktivität, Impulsivität und Konzentrationsproblemen!
- In der Regel: Läuse & Flöhe! – genetische Disposition (Temperament/ADHS) plus „pathogene Fürsorge“
- Diagnose ADHS bei fremdplatzierten Kindern: frühestens halbes Jahr nach Fremdplatzierung (Verlaufsdagnostik!)
- komorbide ADHS erfordert medikamentöse Behandlung zur Entlastung des Kindes hinsichtlich Schule, Sozialverhalten und Familie/Einrichtung



DIAGNOSTIK

# Diagn. Instru- mente für PTBS

Deutschsprachige Traumadiagnose-Instrumente für Kinder/Jugendliche	
Akute Belastungsstörung	Bezugsquelle
IBS-A-KJ	<a href="http://www.Testzentrale.de">www.Testzentrale.de</a>
ETI-KJ	<a href="mailto:Sefik.tagay@uni-due.de">Sefik.tagay@uni-due.de</a>
CAB	<a href="mailto:rosner@psy.uni-muenchen.de">rosner@psy.uni-muenchen.de</a>
Traumasymptome (Screening)	
PEDS-ES	<a href="mailto:markus.landolt@kispi.uzh.ch">markus.landolt@kispi.uzh.ch</a>
CBCL 1½ - 5	<a href="mailto:Arbeitsgruppe-KJFD@uk-koeln.de">Arbeitsgruppe-KJFD@uk-koeln.de</a>
TSK/10	<a href="mailto:Lutz.goldbeck@uniklinikum-ulm.de">Lutz.goldbeck@uniklinikum-ulm.de</a>
CRIES-8	<a href="http://www.childrenandwar.org/measures/">http://www.childrenandwar.org/measures/</a>
ETI-KJ	<a href="mailto:Sefik.tagay@uni-due.de">Sefik.tagay@uni-due.de</a>
C-DES/PTSI	<a href="http://www.Kindertraumainstitut.de">www.Kindertraumainstitut.de</a> (Link: Materialien)
PROPS/CROPS	<a href="http://www.Kindertraumainstitut.de">www.Kindertraumainstitut.de</a> (Link: Materialien)
PTBS-Diagnose	
PTSDSSI (Scheeringa)	<a href="mailto:markus.landolt@kispi.uzh.ch">markus.landolt@kispi.uzh.ch</a>
UCLA Child PTSD Reaction Index	Landolt (2012). Psychotraumatologie des Kindesalters. Göttingen: Hogrefe. (im Anhang)
Kinder-DIPS (2. Auflage)	<a href="http://www.Testzentrale.de">www.Testzentrale.de</a>
IBS-P-KJ	<a href="http://www.Testzentrale.de">www.Testzentrale.de</a>
Dissoziative Symptome (Screening)	
CDES/PTSI	<a href="http://www.Kindertraumainstitut.de">www.Kindertraumainstitut.de</a> (Link: Materialien)
CDC	<a href="http://www.Kindertraumainstitut.de">www.Kindertraumainstitut.de</a> (Link: Materialien)
A-DES II (A-DES 8)	<a href="http://www.Kindertraumainstitut.de">www.Kindertraumainstitut.de</a> (Link: Materialien)
Somatogene Dissoziation	<a href="mailto:wilfried.huck@wkp-lwl.org">wilfried.huck@wkp-lwl.org</a>
Weitere Traumabezogene Erhebungsinstrumente	
cPTCI-25	<a href="http://www.childrenandwar.org/measures/">http://www.childrenandwar.org/measures/</a>



---

## Probleme Testdiagnostik

- alle genannten Fragebögen und Interviews beziehen sich auf PTBS nach Typ-I-Trauma
- DSM/ICD-PTBS-Kriterien sind für Erwachsene gemacht
- Voraussetzung: sprachliche Repräsentation des Traumas
- damit nicht/eingeschränkt geeignet für:
  - frühkindliche Traumatisierung
  - komplexe Traumafolgestörungen
  - Erfassung von Bindungstraumatisierung
  - jüngere Kinder
  - Patienten mit hoher Komorbidität, die Traumatisierung überlagert





---

## TSCYC von Briere

- für komplexe und frühe Traumatisierung
- 3-12 Jahre
- Fremdbeurteilung
- Klinische Skalen:
  - Anxiety
  - Depression
  - Anger/Aggression
  - Posttraumatic Stress – Intrusion, Avoidance, Arousal, Total (4 Skalen)
  - Dissociation
  - Sexual Concerns





## TSCYC Beispielitems

Nr.	Aussage	gar nicht	manch mal	oft	sehr oft
60	Reißt sich die Haare aus	1	2	3	4
61	Bezeichnet sich selbst als schlecht, dumm oder hässlich	1	2	3	4
62	Wirft Dinge auf andere	1	2	3	4
63	Ist beunruhigt durch Dinge aus der Vergangenheit	1	2	3	4
64	Ist zeitweise blind oder gelähmt	1	2	3	4
65	Sexuelle Dinge beunruhigen ihn/sie	1	2	3	4
66	Geht abends nicht sofort ins Bett, wenn man es ihm/ihr sagt	1	2	3	4
67	Hat Angst, dass jemand ihn/sie umbringen könnte	1	2	3	4
68	Sagt, dass niemand ihn/sie lieb hat bzw. ihn/sie mag	1	2	3	4
69	Weint, wenn ihn/sie etwas an die Vergangenheit erinnert	1	2	3	4
70	Behauptet, dass schlimme Sachen nicht passiert seien, obwohl sie passiert sind	1	2	3	4
71	Sagt, dass er/sie sterben möchte	1	2	3	4





## Diagnostik von Bindung: GEV-B

- Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung 5-8jähriger Kinder (GEV-B; Gloger-Tippelt & König, 2009; mit Videobeispielen)
- Kodierungskategorien (Auswahl):
  - Ärger/Vorwurf der Erziehungsfigur
  - Bestrafung mit/ohne Gewalt
  - Angst vor Ärger
  - Zurückweisung
  - Angst um die Eltern
  - negatives Ereignis (z.B. Aggression, Tod, Unfall)
  - Blockierung, Erstarrung
- Bestimmung eines Bindungssicherheitswertes und Klassifikation des Bindungsmusters unter Einbeziehung der diagnostischen Beobachtungen



BESONDERHEITEN BEI PFLEGEVERHÄLTNISSEN



---

„Pflegekind sein geht schwer ans Herz,  
Frau Maur!“

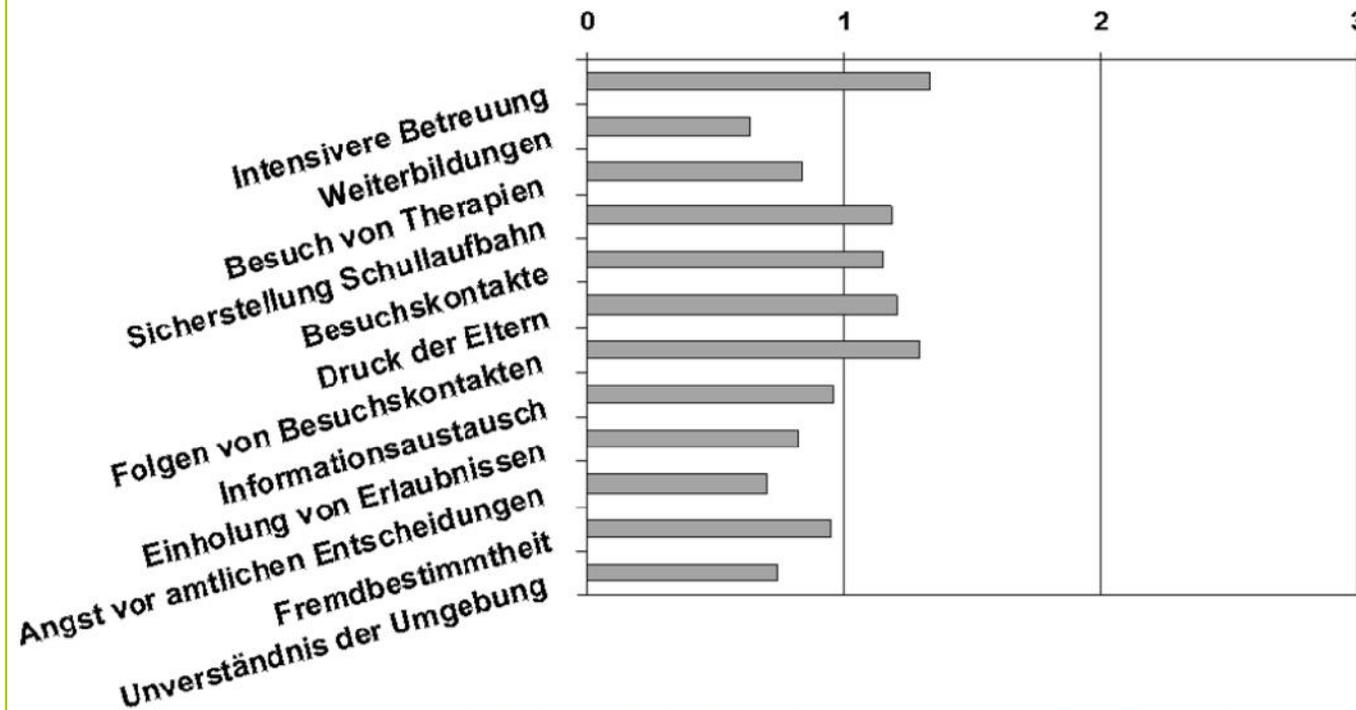
(Ceyda, 7 Jahre)





## Ergebnisse

### Belastungen in Bezug auf das Pflegekind



50% der Pflegekinder hat einen spezifischen Förderbedarf!





---

## Rechtliche Besonderheiten Pflegefamilien

- die Pflegeeltern sind i.d.R. nicht die Sorgeberechtigten
- das SR liegt bei den leiblichen Eltern und/oder dem Jugendamt (Vormund)
- i.d. Jugendämtern extrem unterschiedliche Handhabung bzgl. Rückführung, Umgangskontakten, Unterstützung
- Pflegeeltern haben keine Rechte
- uneinheitliche Rechtssprechung, unzureichend fortgebildete Richter
- Familiengericht entscheidet letztlich, nicht das Jugendamt!





---

## Häufige Konfliktfelder

- Verhaltensbesonderheiten des Kindes
- Umgangskontakte mit den leiblichen Eltern
- (drohende) Rückführung
- mangelnde Unterstützung durch das Jugendamt





# Herausgabe

- noch sorgeberechtigte Herkunftseltern können jederzeit Herausgabe fordern (§ 1632 Abs. 1 BGB)
- Mobilisierungslast bei Pflegeeltern
- Gerichte dehnen Gesetz:
  - „seit längerer Zeit“ (Verbleibensanordnung) kann sehr kurz sein
- Gerechtigkeitsdefizite wegen unzureichender Herkunftselternarbeit nach Unterbringung





## Probleme nach Umgangskontakten

- erwartbare Irritationen des Kindes werden von den Pflegeeltern überbewertet
- Kind findet bei den Pflegeeltern noch keine emotionale Sicherheit und agiert seine Verunsicherung daher aus
- Herkunftseltern sind zu einer kindgemäßen Gestaltung des Umgangs nicht in der Lage und belasten / gefährden das Kind beim Umgang / sind unzuverlässig
- der Umgang aktualisiert beim Kind und/oder anderen Beteiligten Unsicherheiten hinsichtlich der Zukunft
- nach Gewalt in der Vorgeschichte triggert der Umgang posttraumatische Belastungssymptome





## Umgangskontakte

- Bundesverfassungsgericht: Anforderungen an dauerhaften Umgangsausschluss besonders hoch (höher als bei Einschränkung der elterlichen Sorge)
- Einschränkung von Elternrechten sind einzelfallbezogen und differenziert mit Belangen des Kindeswohls zu begründen (keine allgemeine Aussagen wie „bei Pflegekindern ist das so“ oder „misshandelte Kinder sind traumatisiert und daher muss Umgang ausgeschlossen werden“)





## Umgangskontakte: Einschränkungen

- Verbote und Gebote, Dinge während der Kontakte zu tun oder zu unterlassen (z.B. Pkw-Nutzung)
- begleiteter Umgang
- Differenzierung: persönlicher Kontakt und telefonische Kontakte, Briefe, E-Mails
- Wohlverhaltensklausel (bestimmte Verhaltensaufgaben)





# Rückführung

- Rückführungsquote: 5% (JH-Statistik 2005)
- Eltern, bei denen eine Rückführung erfolgte, zeichneten sich aus durch:
  - aktive Bearbeitung ihrer Problemlagen,
  - Mitarbeit im Hilfeplanverfahren,
  - Aufbau von Krisenbewältigungsfähigkeiten und
  - Feinfühligkeit gegenüber dem Kind
- deutlich höhere Rückführungsquoten im anglo-amerikanischen Raum gehen mit hohen Raten an Kindern einher, die erneut Gefährdung erfahren (20-30%) oder die später erneut in Pflege kommen (30-40%)





# Abbrüche von Pflegeverhältnissen

- Risikofaktoren (Oosterman et al., 2007):
  - Verhaltensprobleme
  - höheres Alter bei Beginn des Pflegeverhältnisses
  - vorangehende Pflegeverhältnisse bzw. Heimaufenthalte
- Je mehr Abbrüche, desto ... (Schmid, 2011):
  - Verschärfung der Bindungsproblematik der Betroffenen (Schleiffer 2001, Nowacki 2007, Pérez et al. 2011)
  - schlechtere Wirksamkeit der aktuellen Jugendhilfemaßnahme (EVAS, 2004)
  - höhere Delinquenz (Ryan & Testa 2004) sowie stärkere Teilhabebeeinträchtigung (Aarons et al. 2010) auf dem weiteren Lebensweg





## Gravierende Fehler in der Jugendhilfe

- alle Perspektiven völlig offen, für das Kind ist unklar, wo es seinen Lebensmittelpunkt auf Dauer haben wird
- Kind muss in einem Spannungsfeld zwischen zwei Familien leben (ständige Loyalitätskonflikte)
- keine stabile Zusammenarbeit aller Bezugspersonen
- Ressourcen für Kind, Eltern oder Pflegeeltern werden erst zur Verfügung gestellt, wenn es eskalierende Entwicklungen gibt
- Eltern oder Pflegeeltern erhalten nicht die notwendige Unterstützung, sondern werden mit Erwartungen konfrontiert, die sie nicht erfüllen können
- Pflegekinder sind an den Entscheidungen nicht beteiligt: nicht gut informiert, keine wohlwollenden Gesprächspartner für ihre Fragen, Probleme, Wünsche, Befürchtungen





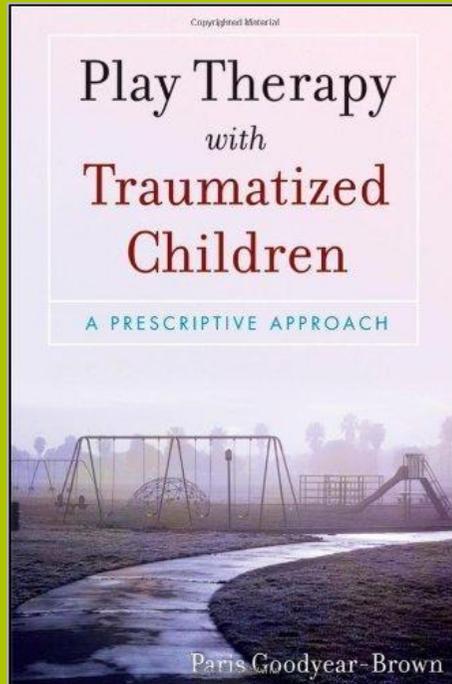
---

# Pflegekinderwesen: Rolle von Psychotherapeuten

- Forderungen von Salgo & Zenz (2011):
  - Erfassung des psycho-somatischen Status (einschließlich einer detaillierten Trauma-Anamnese) eines jeden Pflegekindes vor/bei Beginn des Pflegeverhältnisses zur Absicherung und Ergänzung des (ohnehin im Rahmen der Hilfeplanung) zu klärenden erzieherischen Bedarfs
  - Sicherstellung von Traumatherapie
  - regelhafte Beteiligung der fallspezifisch kompetenten externen Fachkräfte an der Hilfeplanung
  - immer unter Einbeziehung der Traumatherapeuten stellen sich die Fragen zur Umgangsregelung



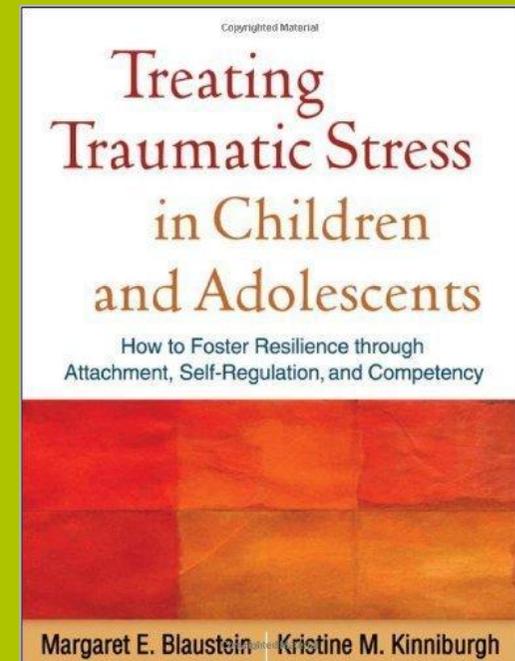
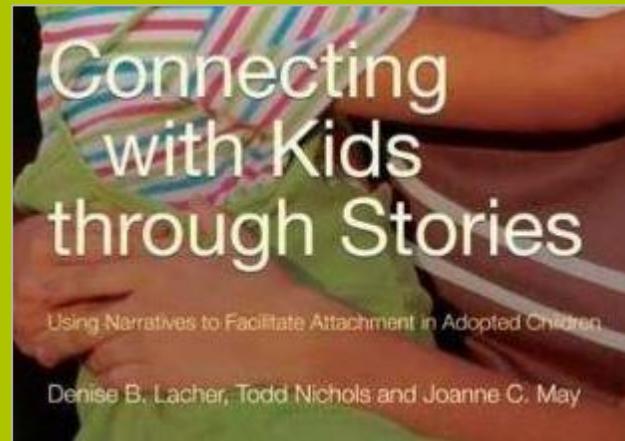
# PSYCHOTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN



Dorothea Weinberg

## Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern

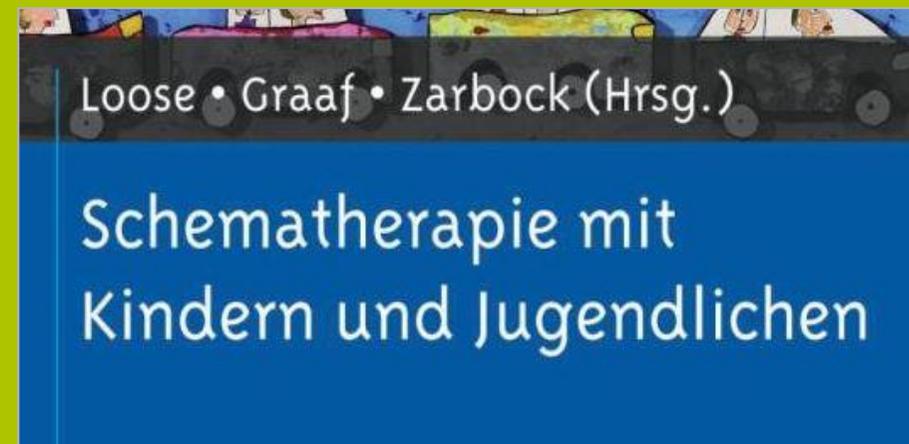
Behandlung von Bindungs- und Gewalttraumata der frühen Kindheit



Markus A. Landolt · Thomas Hensel (Hrsg.)

## Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen

2., aktualisierte und erweiterte Auflage





# Therapie bei früher Traumatisierung

1. Trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie (Tf-KBT)
2. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
3. Narrative Expositionstherapie für Kinder und Jugendliche (KIDNET)
4. Traumazentrierte spieltherapeutische Verfahren
5. Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie (MPTT-KJ)
6. Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT-KJ)

**Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V. (DeGPT)**  
**Zusatzqualifikation „Spezielle Psychotraumatherapie mit Kindern und Jugendlichen“ (DeGPT)**





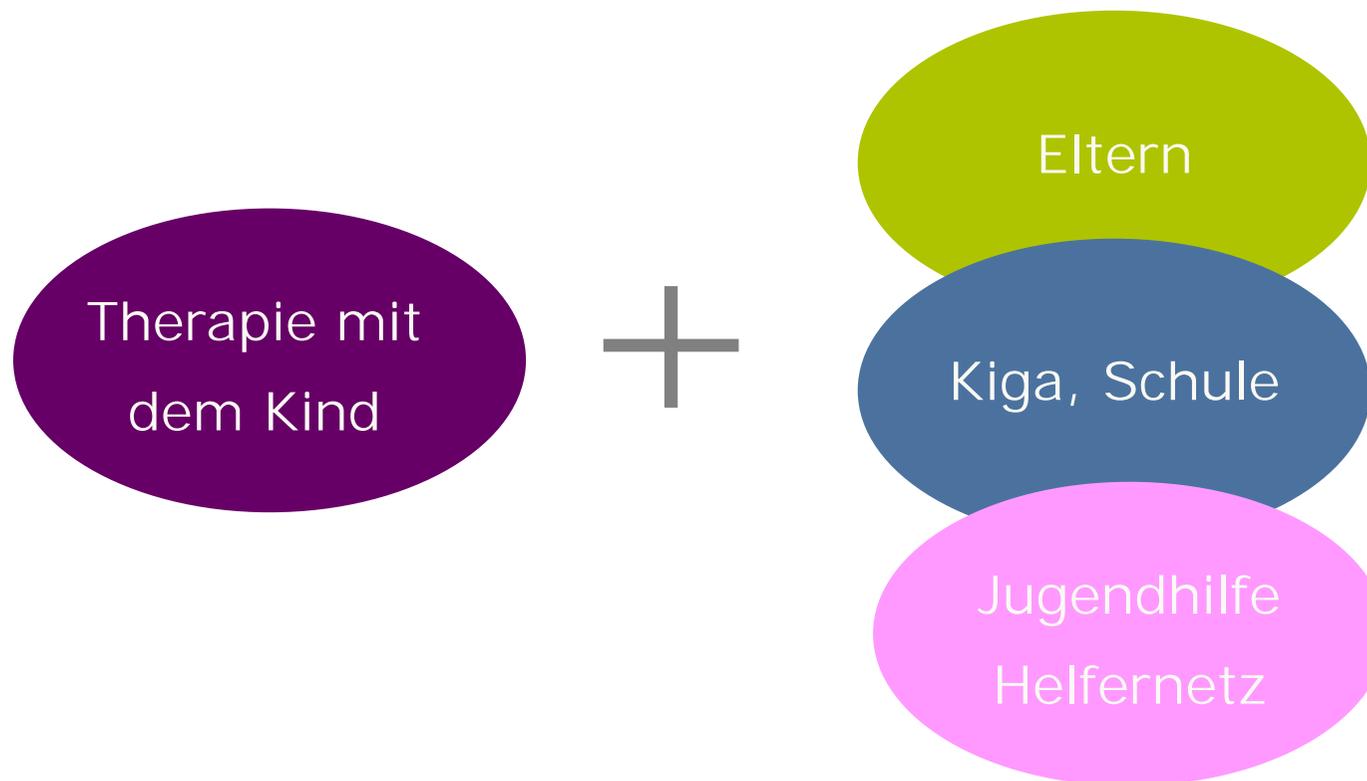
# Therapie bei früher Traumatisierung: zentrale Inhalte der Psychotherapie

- 1. Äußere Sicherheit herstellen und Sicherheitsbedürfnisse des Kindes befriedigen**
- 2. Etablieren und Fördern selbstregulatorischer Fähigkeiten** (emotional, körperbezogen und auf der Verhaltensdimension)
- 3. Bindungs- und Beziehungsfähigkeiten durch Einlassen auf Kontakt und Beziehung entwickeln**
- 4. Unterstützung der Informationsverarbeitung** (Selbst-Reflexivität entwickeln)
  - Aufmerksamkeit für das Jetzt entwickeln
  - Narrative Rekonstruktion der Vergangenheit und Abgrenzung zur Gegenwart
  - Exekutive Funktionen entwickeln (Antizipation, Planung, Entscheidungsfähigkeit)
- 5. Positives Erleben fördern** (Freude, Kreativität, Zukunftshoffnung, Erfahrungen von Selbstwirksamkeit)
- 6. Integration von traumatischen Erfahrungen**





# Therapie bei früher Traumatisierung





## Besonderheiten komplex traumatisierte KJ

- mehr Sicherheit, Kontroll- und Bindungserfahrungen nötig
- Motivieren für die Trauma-Arbeit anspruchsvoller
- diese Kinder haben auch singuläre Traumata – jede kleine Traumaintegration ist absolut hilfreich
- Ohne Bezugspersonen-Arbeit kein Erfolg!!





---

# Pflegekinder: Besondere Fragen in der Psychotherapie

- Traumakonfrontation, wenn noch „Täterkontakt“ (Besuchskontakte)?!?!?!?!?!?!?!?
- Kontakt zu bzw. Arbeit mit den leiblichen Eltern?
- Engagement im Rahmen der Hilfeplanung?



# ARBEIT MIT DEN BEZUGSPERSONEN



---

„The provision of substitute parents in itself represents the most radical, comprehensive and potent therapeutic change in a child’s psychosocial prospects.“ (Howe, 2006, S. 129)

„Die Betreuung durch Pflegeeltern repräsentiert die radikalste, umfassendste und wirksamste therapeutische Veränderung hinsichtlich der psychosozialen Aussichten des Kindes“



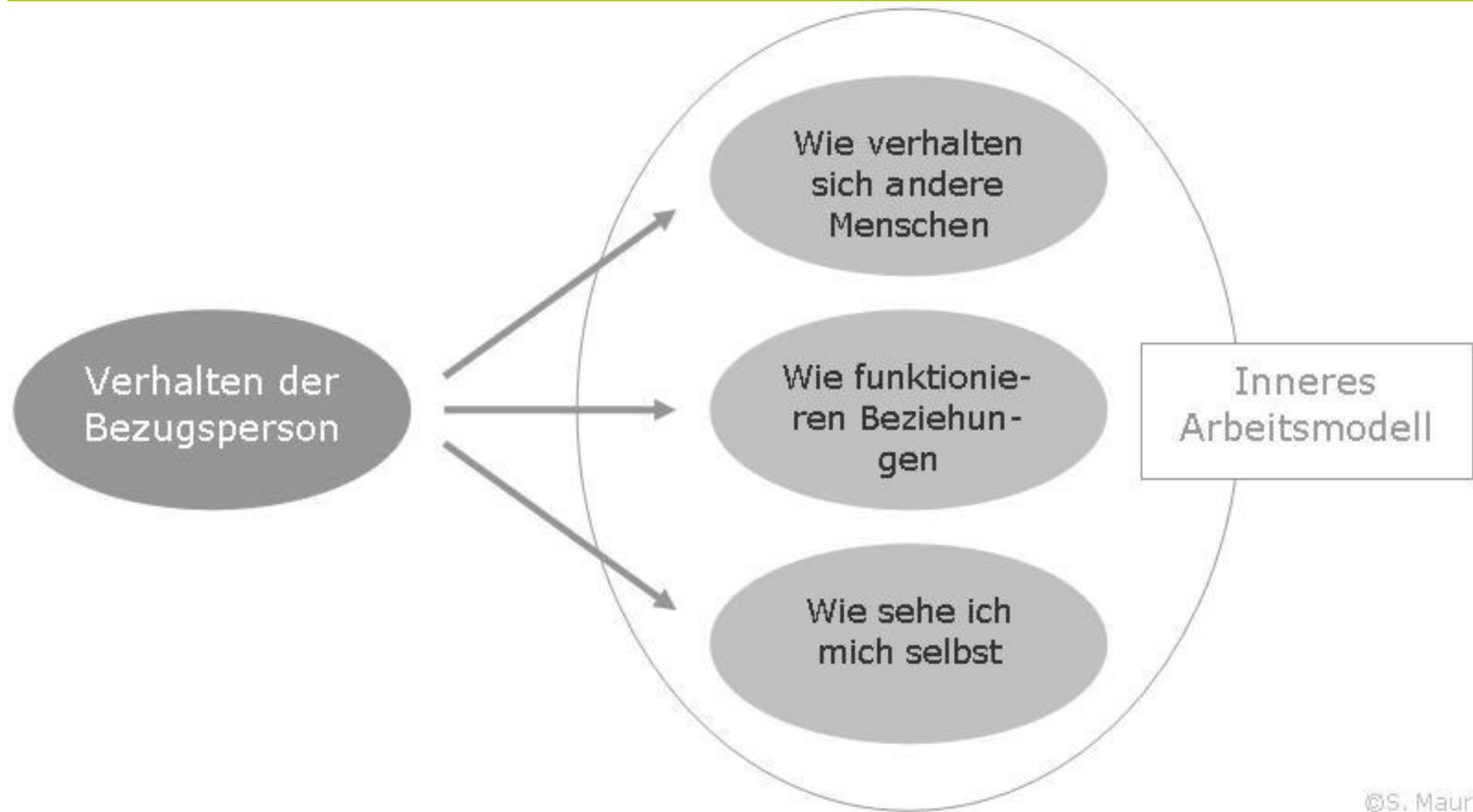


---

# Einbezug der Pflegeeltern

- Zentrale Inhalte:
  - Psychoedukation, insb. zu Traumafolgen
  - Förderung von Bindung
  - Balance: Akzeptanz vs. Veränderung
  - Gefühlsmanagement (Selbstbeobachtung, Gefühlssteuerung)
  - Selbstfürsorge & Unterstützung
  - konkreter Umgang mit schwierigen Alltagssituationen
  - Eltern als Co-Therapeuten (z.B. narrative Therapie, Bindungstherapie)
  - aktive Unterstützung im Umgang mit Kindergarten/Schule, Jugendamt, Gericht etc.







# Veränderung des „Inneren Arbeitsmodells“

	Alte Erfahrungen		Neue Erfahrungen
Menschen	Andere verhalten sich böse und unzuverlässig und lassen zu, dass es mir schlecht geht.	➔	Andere sorgen zuverlässig für mich, helfen mir und lieben mich. Sie haben Freude an mir.
Beziehungen	Man kann sich auf niemanden verlassen, man ist allein, Menschen tun einander weh	➔	Beziehungen sind etwas Gutes, Zuverlässiges und bieten Sicherheit.
Selbst	Ich bin schlecht, nichts wert und kann nichts bewirken.	➔	Ich bin liebenswert und wertvoll. Ich kann Dinge selbst schaffen.





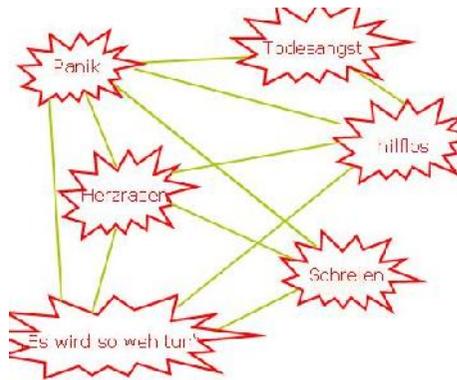
Trauma-  
Trigger



Mimik

Körperhaltung

Tonfall



Traumanetzwerk  
wird aktiviert



- Kämpfen: z.B.
  - oppositionell
  - hauen
  - unruhig sein

- Flüchten: z.B.
  - wegrennen
  - sich isolieren
  - nicht reden

- Erstarren: z.B.
  - einfrieren
  - „abschalten“
  - beobachten



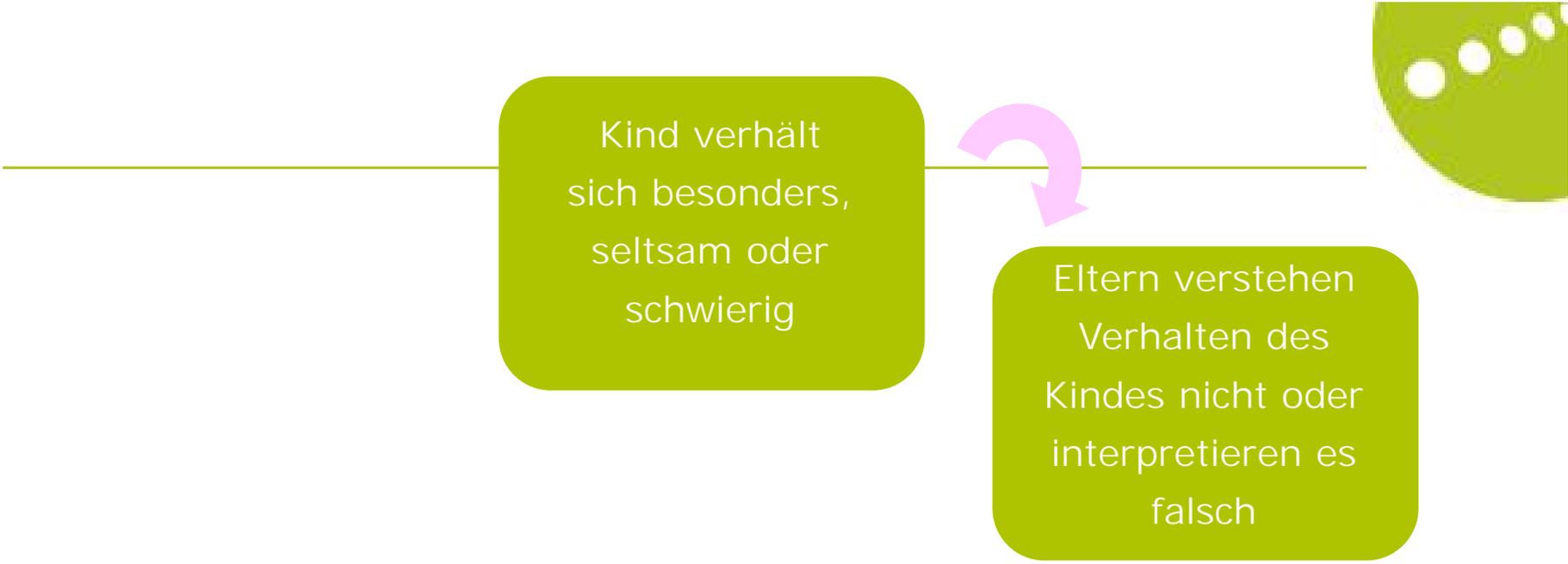
## ☐ Trigger-Analyse: Beispiele

Dieser Trigger ...	... erinnert mein Kind vielleicht/wahrscheinlich an:	Es reagiert dann häufig so:	Das führt bei mir zu ... (Gefühle, Gedanken, Handlungen)	Es wäre wahrscheinlich hilfreich, wenn ich ...
<i>Wenn mein Mann und ich uns streiten und laut werden.</i>	<i>Wenn seine Mutter früher mit ihrem gerade aktuellen Partner gestritten hat; es hat sich dann niemand um Michelle gekümmert oder sie ist auch angeschrien worden.</i>	<i>Michelle fängt dann laut an zu schreien.</i>	<i>Ich bin dann noch gestresster, weil ich denke: Muss die jetzt auch noch hier rum schreien und sich einmischen! Ich kriege sofort Kopfweg. Ich schimpfe mit ihr und schicke sie auf ihr Zimmer. Dort schreit sie weiter.</i>	<i>... mich beruhigen würde und zu ihr sage: „Das magst du nicht, wenn wir streiten, nicht wahr? Okay, wir versuchen uns zu beruhigen. Du musst keine Angst haben. Wir lassen dich nicht allein.“</i>



Kind verhält  
sich besonders,  
seltsam oder  
schwierig

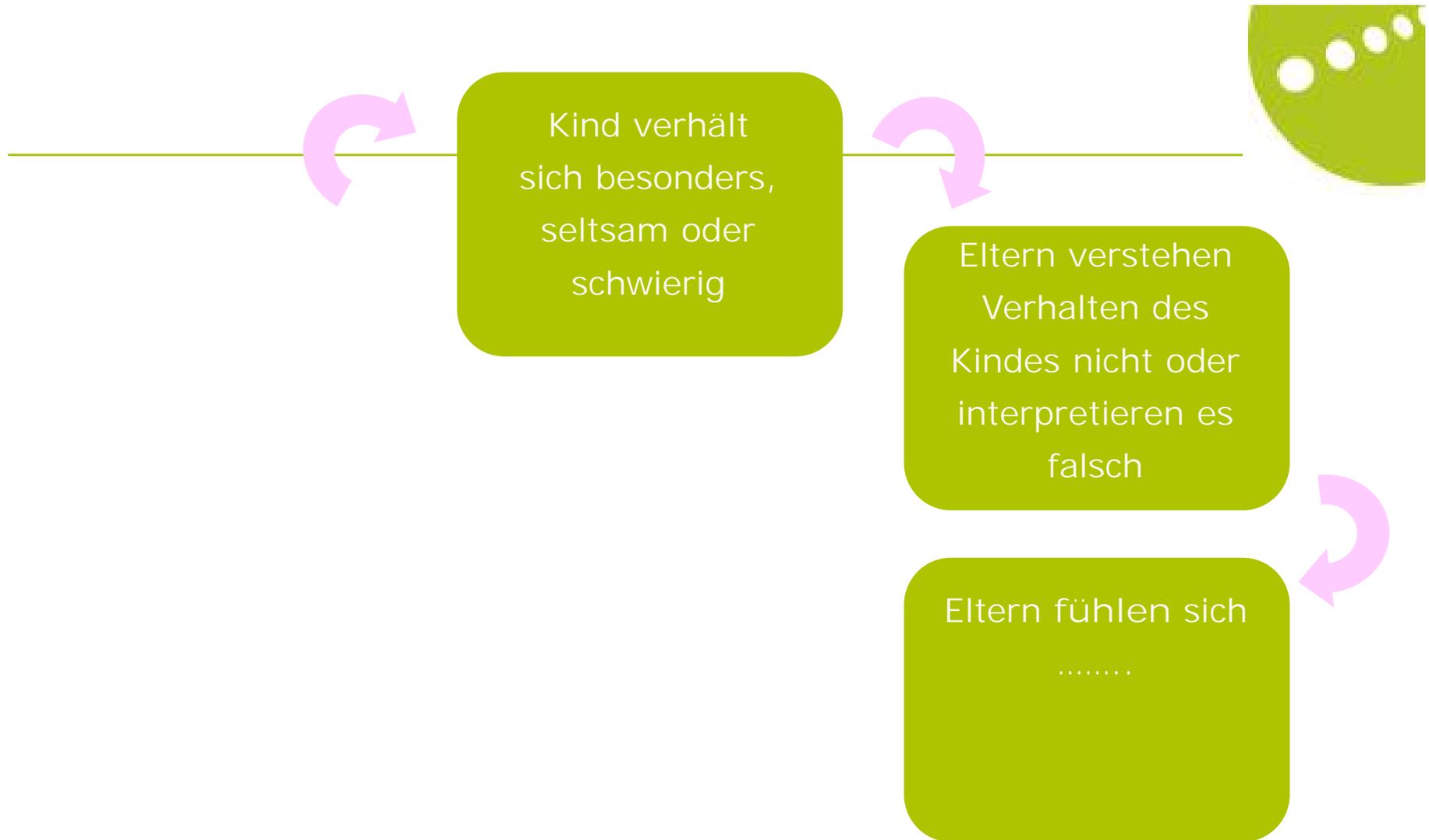




Kind verhält  
sich besonders,  
seltsam oder  
schwierig

Eltern verstehen  
Verhalten des  
Kindes nicht oder  
interpretieren es  
falsch







➔ Typische Gefühle & Gedanken im Umgang mit traumatisierten, bindungsbeeinträchtigten Kindern?



### **Gefühlsmanagement: Selbstbeobachtung (I)**

*(Original: Blaustein & Kinniburgh, 2010, S.59ff.;  
übersetzt, modifiziert und ergänzt durch S. Maur)*

#### **➔ Schwierige Situationen identifizieren:**

Welche Situationen mit meinem Kind finde ich besonders schwierig?

---

---





## Typische Gefühle im Umgang mit traumatisierten, bindungsbeeinträchtigten Kindern

- reduced sense of efficacy
- guilt and shame
- anger and blame
- shutting down or constricting
- overreaction
- being overly permissive



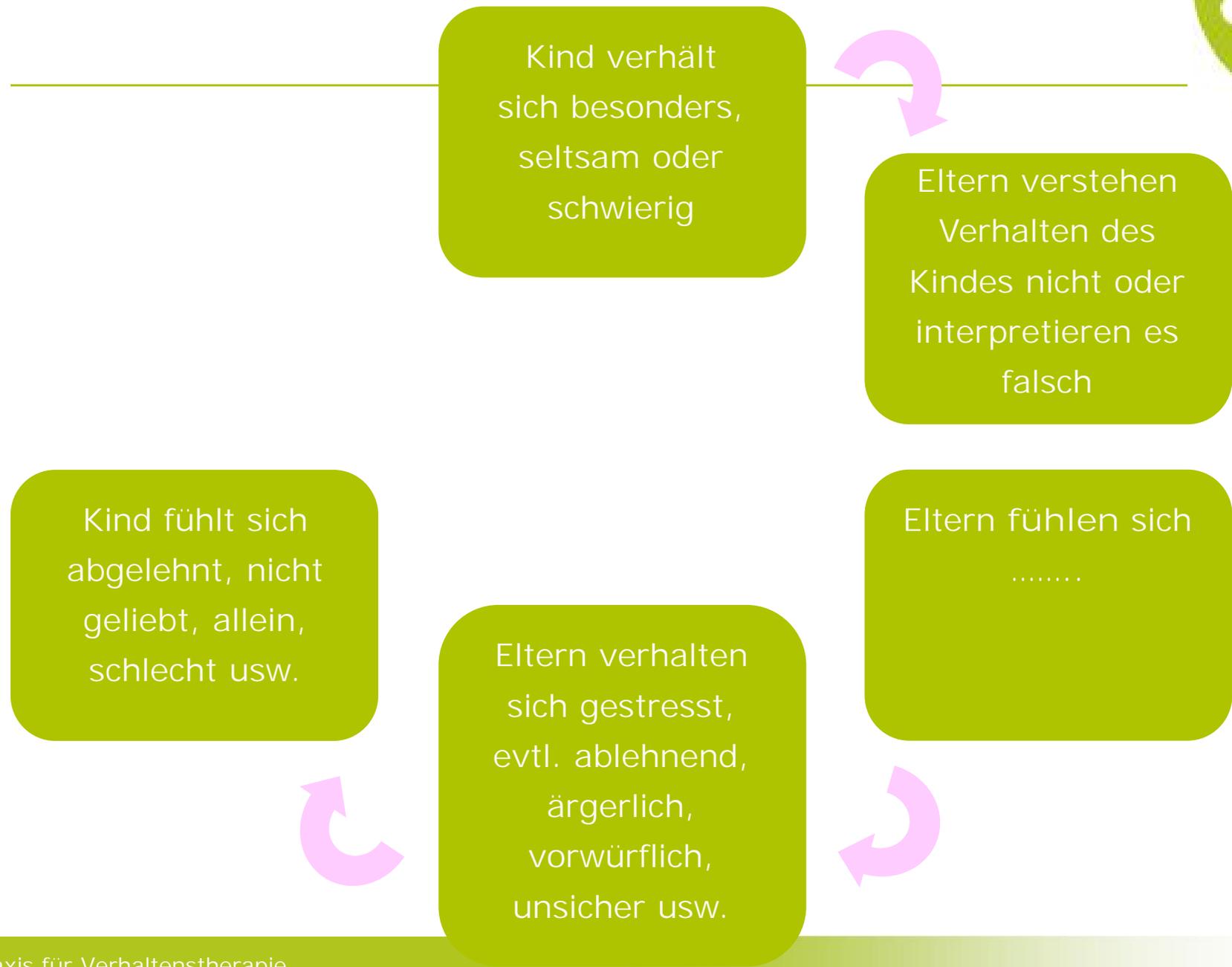
Kind verhält sich besonders, seltsam oder schwierig

Eltern verstehen Verhalten des Kindes nicht oder interpretieren es falsch

Eltern fühlen sich .....

Eltern verhalten sich gestresst, evtl. ablehnend, ärgerlich, vorwürfllich, unsicher usw.





Kind verhält sich besonders, seltsam oder schwierig

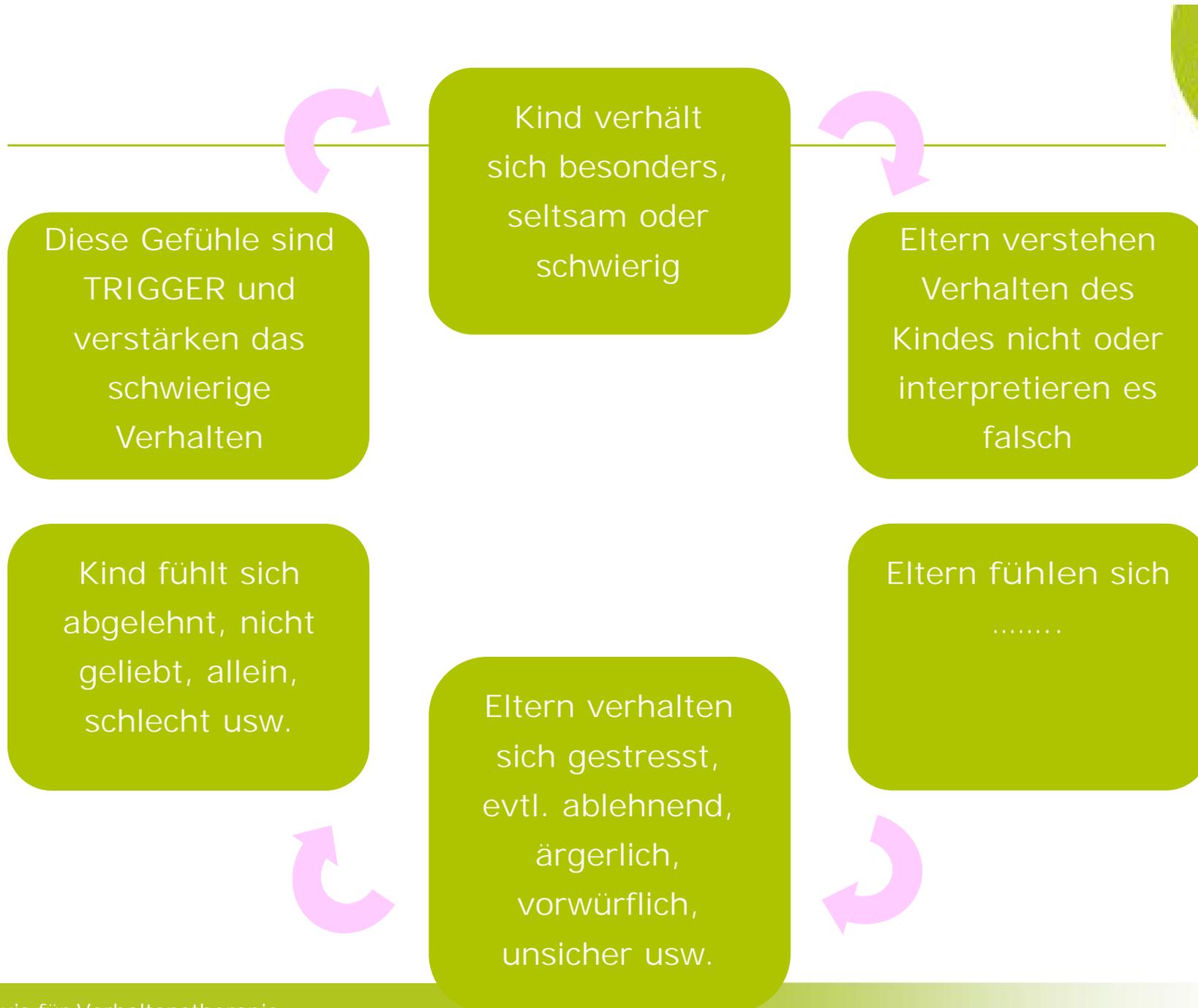
Eltern verstehen Verhalten des Kindes nicht oder interpretieren es falsch

Eltern fühlen sich .....

Eltern verhalten sich gestresst, evtl. ablehnend, ärgerlich, vorwürflich, unsicher usw.

Kind fühlt sich abgelehnt, nicht geliebt, allein, schlecht usw.

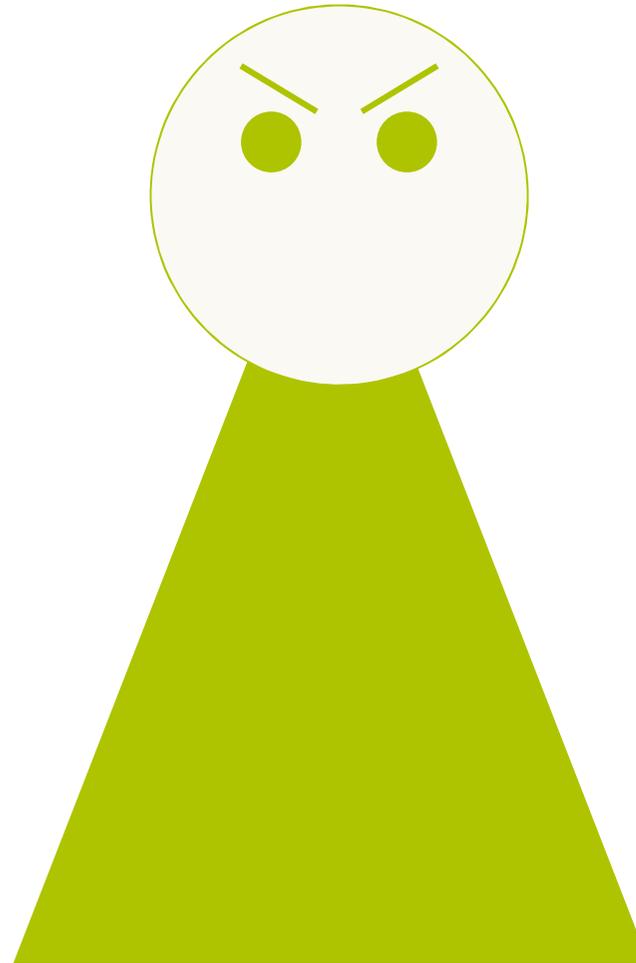






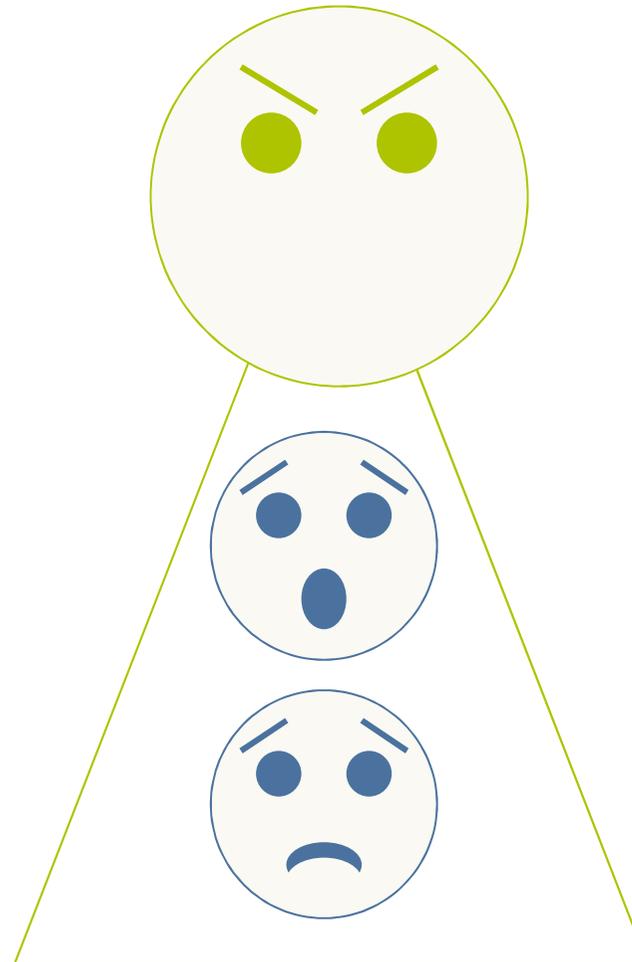
---

# Aggressivität?





# Aggressivität?





# Förderung der Emotionsregulation

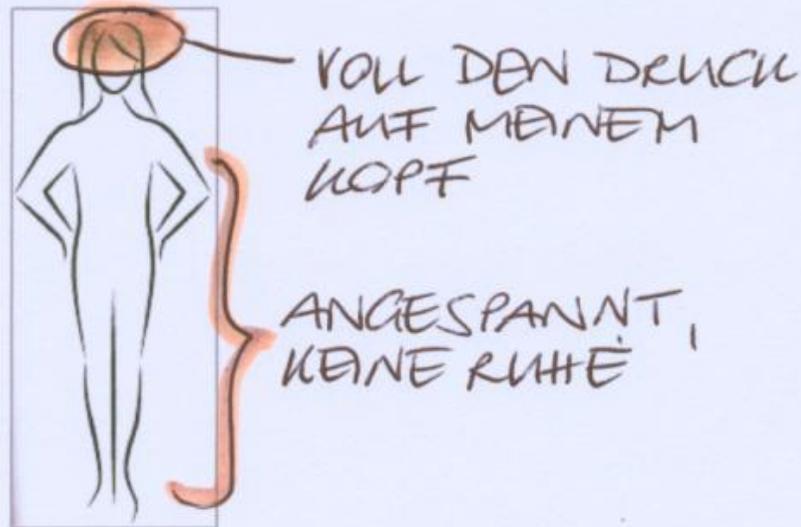
- Förderung von Empathie und Reflektionsvermögen
- den Kindern helfen,
  - in Kontakt mit ihren Gefühle zu kommen,
  - sie richtig zu erkennen,
  - ihren Einfluss auf sich und andere richtig einzuschätzen
  - und sie zu reflektieren und regulieren
- hilfreich:
  - wiederholtes und "übertriebenes" Feedback zu Emotionen
  - offenes, kommunikatives Klima in der Familie
- Eltern als Rollenmodelle für Emotionsregulation, Umgang mit Konflikten und mit Stress!



## ➤ Selbstbeobachtung trainieren:

Schwierige Situation: HANT WIEDER HAREN BRUDER

Wie macht sich meine Anspannung **körperlich** bemerkbar? Wie merke ich **körperlich**, dass ich kurz davor bin, die Nerven zu verlieren? (bitte ins Bild einzeichnen und beschriften)



Was **denke** ich in dieser schwierigen Situation?

Über mich: WARUM TUN WIR UNS DAS AN? WAS SOLL ICH DENN BLOS MACHEN? ICH KAPIERE DAS DANN NICHT.

Über mein Kind: WARUM VERHÄLT SIE SICH BLOS SO?? WILL SIE UNS ÄRGERN? WARUM MÄCKT SIE NICHT, DASS WIR SIE DOCH LIES HABEN?



# Förderung der Selbststeuerung (I)

- Atmung
  - einatmen durch die Nase, ausatmen durch den Mund
  - mit dem Bauch atmen, nicht über die Brust oder die Schultern
  - mit einem Mantra koppeln (z.B. „...ruhig ...“)
- Entspannung
  - „Unter-dem-Tisch“-Methoden
  - PMR, Autogenes Training, Yoga, Tai Chi o.ä.
- Ablenkung
  - auf die eigenen fünf Sinne konzentrieren
  - die aktuelle Situation auf einem Bildschirm vorstellen und sich selbst beschreiben
  - etwas ganz anderes machen





## Förderung der Selbststeuerung (II)

- Selbstberuhigung
  - „In-der-Tasche“-Technik: etwas Schönes/Beruhigendes in der Tasche haben (z.B. einen Schmeichelstein)
  - mittelfristig: Welche Dinge tun mir gut? – aufschreiben und regelmäßig (!) durchführen
- Auszeiten
  - aus der Situation herausgehen (anderes Zimmer, spazieren); dem Kind erklären „Ich bin jetzt zu aufgeregt und brauche ein paar Minuten, um mich zu beruhigen. Ich gehe jetzt in mein Zimmer für eine kleine Auszeit, und wenn ich zurück komme, reden wir darüber, was passiert ist.“
  - mittelfristig: Regelmäßig Auszeit nehmen, um die „Batterien“ aufzuladen





---

## Selbstfürsorge von (Pflege-)Eltern

- angemessene Ansprüche an sich selbst und an andere
- Sport, Hobbies, Freizeit (sich für sich selbst Zeit nehmen)
- eigene Grenzen beachten und mit sich selbst achtsam umgehen
- Hilfe aktiv suchen und annehmen
- sich selbst loben und ermutigen
- gutes soziales Netz
- gemeinsame Erziehungsvorstellungen
- fachlicher Austausch

