

**UPK**

**Universitäre  
Psychiatrische Kliniken**  
Basel

**EQUALS**

# **Komplex traumatisierte Heranwachsende in der stationären Kinder- und Jugendhilfe – pädagogische Bedarfe und kooperative Herausforderungen**

**JuQuest-ExpertInnen-Konferenz  
„Jugendliche im Niemandsland“**

Marc Schmid, Salzburg, 3. April 2014  
Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik



# Einleitung

## Kooperation und Vernetzung

„Mit einer Hand lässt sich kein Knoten knüpfen.“

*Mongolisches Sprichwort*



# Gliederung

- › Die Ausgangslage: Risikofaktoren, psychische Belastung von Heimkindern und deren Auswirkungen auf den Verlauf von stationären Hilfen.
- › Wann ist ein Fall psychiatrisch und wann sozialpädagogisch? Kann man die Seele eines Kindes teilen?
- › Ist das Thema aktuell oder ein Dauerbrenner?
- › Auf welchen Ebenen sollte diese psychische Belastung im Hilfeprozess beachtet werden?
- › Wie kann Kooperation gelingen? Welche Haltung braucht es?
- › Was brauchen die Kinder? Was brauchen die sozialpädagogischen Mitarbeiter von der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie?
- › Fazit und Diskussion

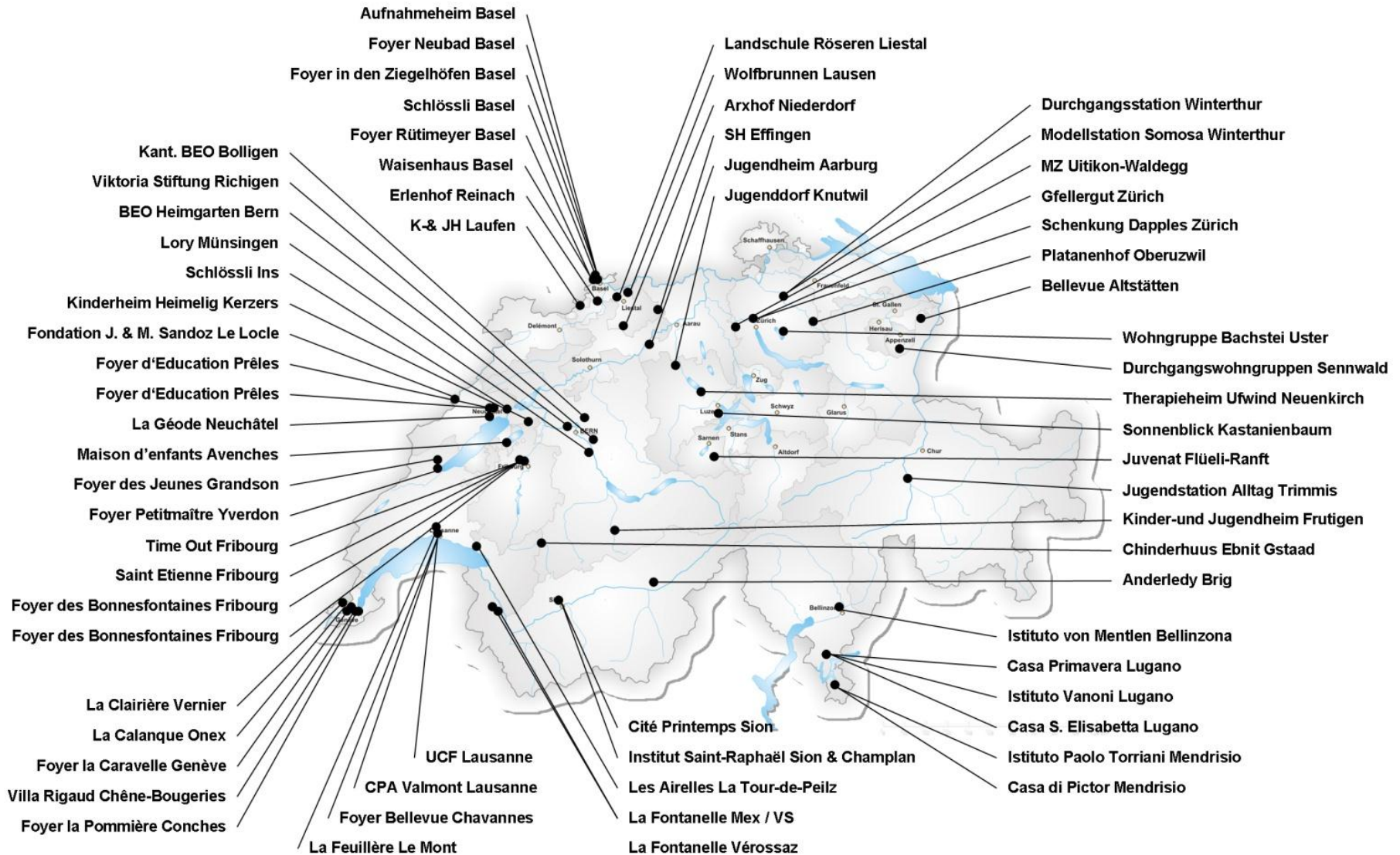
# Gliederung

- › Die Ausgangslage: Risikofaktoren, psychische Belastung von Heimkindern und deren Auswirkungen auf den Verlauf von stationären Hilfen.
- › Wann ist ein Fall psychiatrisch und wann sozialpädagogisch? Kann man die Seele eines Kindes teilen?
- › Ist das Thema aktuell oder ein Dauerbrenner?
- › Auf welchen Ebenen sollte diese psychische Belastung im Hilfeprozess beachtet werden?
- › Wie kann Kooperation gelingen? Welche Haltung braucht es?
- › Was brauchen die Kinder? Was brauchen die sozialpädagogischen Mitarbeiter von der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie?
- › Fazit und Diskussion

# Warum Kooperation?

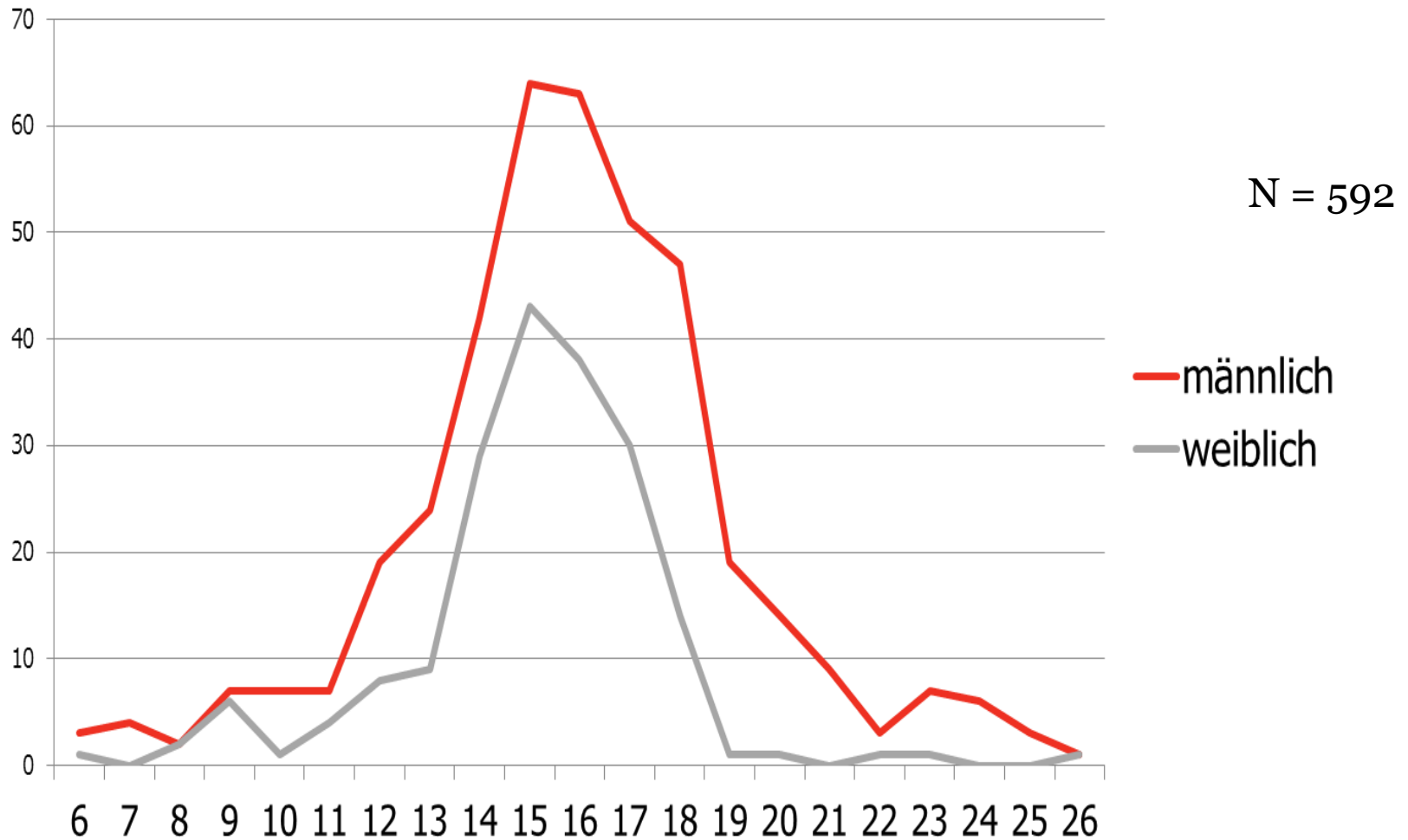
- › Diagnostik, Begutachtung und Beratung.
- › Medikamentöse Therapie, Psychotherapie.
- › Stationäre Krisenintervention.
- › Rehabilitation nach einer stationären Behandlung -  
Schutz vor psychosozialen Belastungen.
  - › Über 25% der Kinder und Jugendlichen, die stationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden, werden anschliessend in der stationären Jugendhilfe begleitet (Presting et al., 1998; Martin, 2002, Beck & Warnke, 2009).
- › Einige Krankheitsbilder sind nur langfristig im Rahmen eines stabilen und strukturierten milieuthérapeutischen Umfeldes zu behandeln.
- › Hohe psychische Belastung der Kinder und Jugendlichen.

# Teilnehmende Institutionen: MAZ.

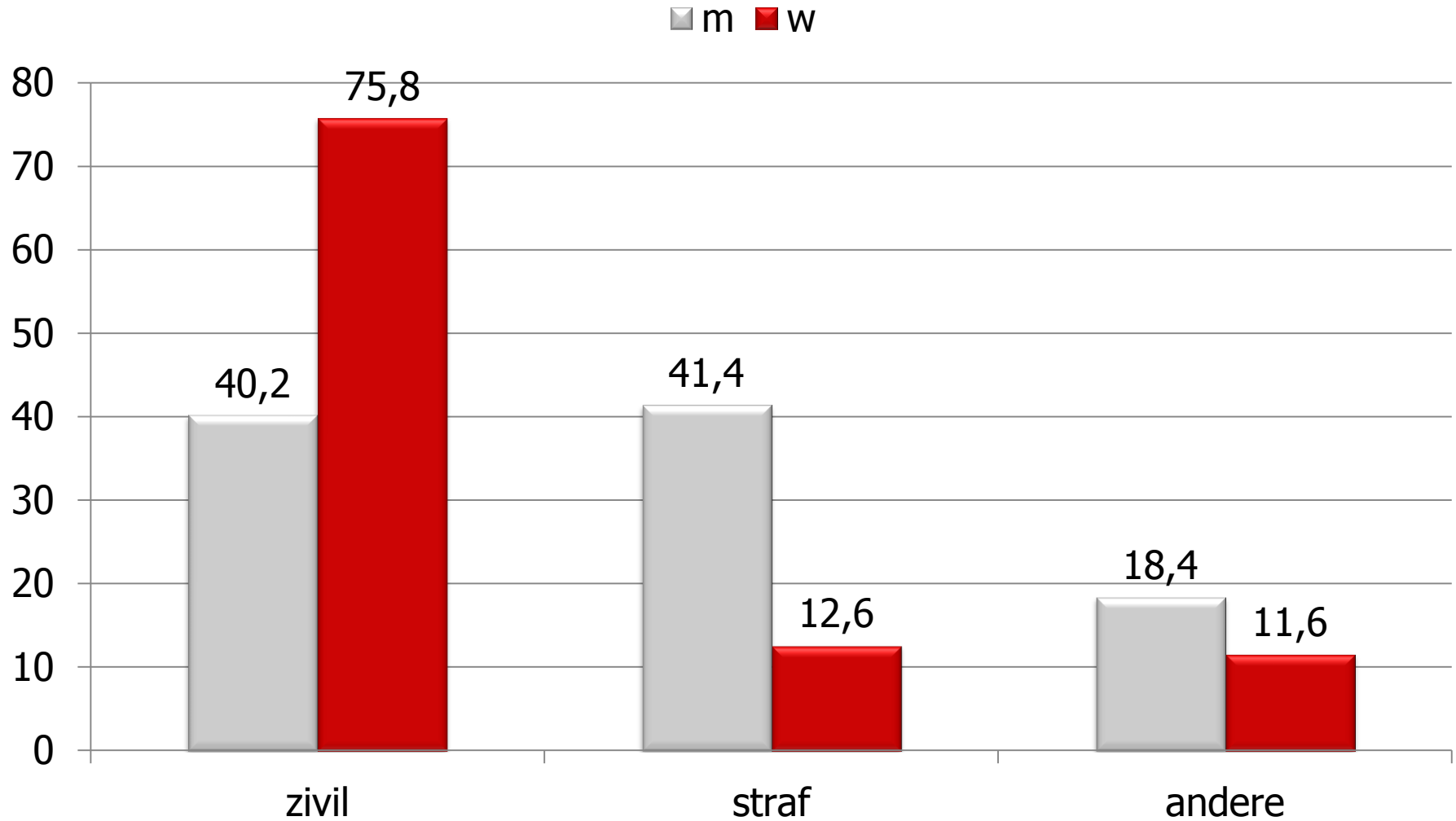


# Modellversuch Abklärung und Zielerreichung MAZ.

## Geschlechtsspezifische Altersverteilung



# Geschlecht x Grundlage (N=592)





# Psychosoziale Risikofaktoren

- › 28% Sucht mindestens eines Elternteils
- › 30% psychiatrische Auffälligkeiten der KM
- › 11% KV im Gefängnis
- › 45% mindestens ein Schulwechsel wegen disziplinarischen Schwierigkeiten.
- › 50% der über 16jährigen waren vor der aktuellen Massnahme mindestens einmal fremdplatziert
  - › 30% weisen zwei oder mehr Platzierungen auf

## › Traumata



# Traumata

- › **80%** berichten traumatische Erlebnisse im ETI
  - › **49%** geben 3 oder mehr traumatische Erlebnisse an

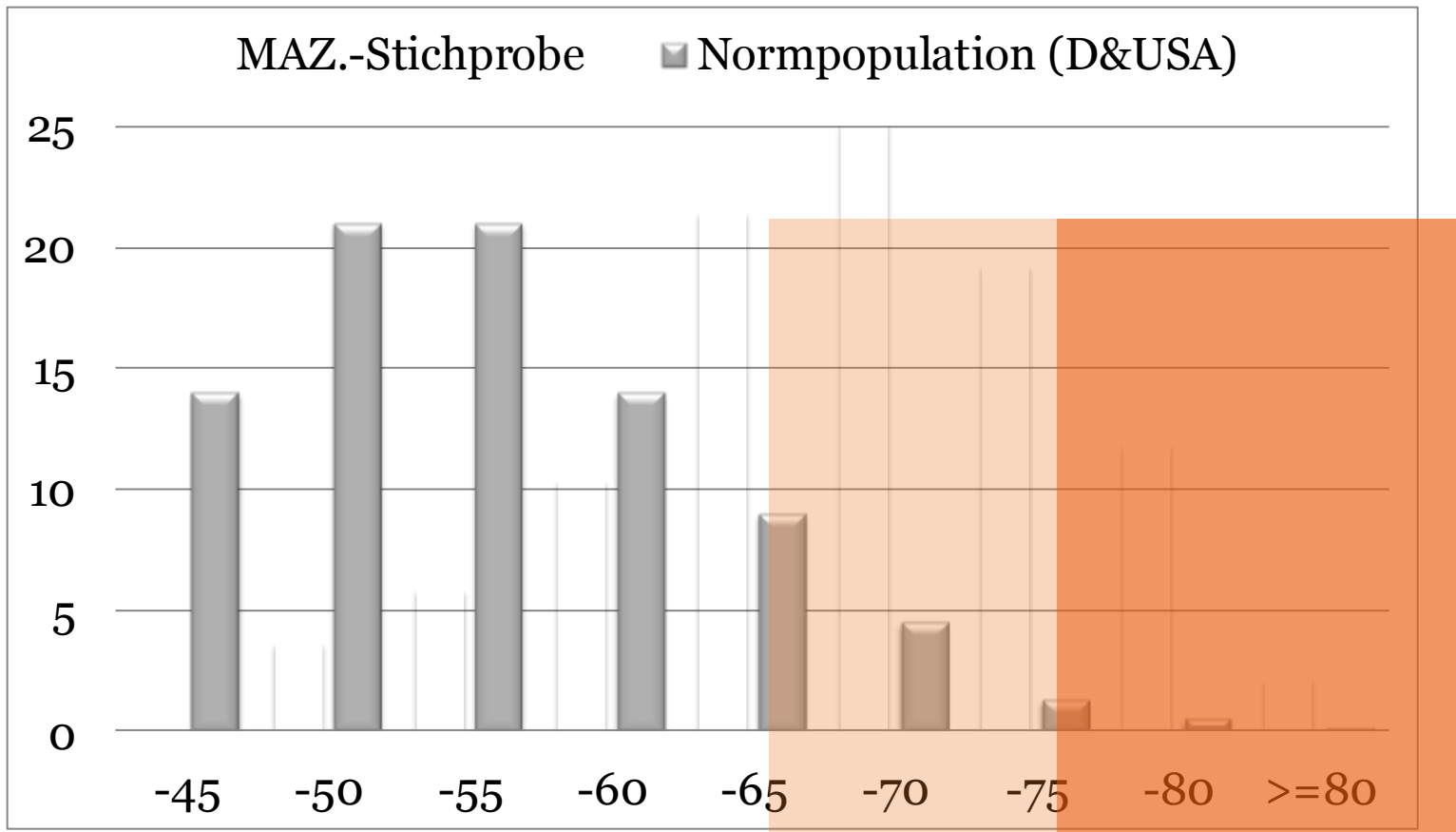


N=420

# Verhältnis ambulante vs. stationäre Hilfen

- › Durch den Ausbau der ambulanten Hilfen, steigt die traumatische und psychische Belastung von fremduntergebrachten Kinder!
- › Indikationsstellung nur bei schlechter Prognose, bestehender Kindeswohlgefährdung oder bereits gescheiterten ambulanten Hilfen.
- › Oft erfolgt der Eintritt erst in oder nach der Pubertät – Bindungsentwicklung dann nicht mehr an pädagogische Bezugspersonen sondern eher an Gleichaltrige.
- › Defensive Position der stationären Hilfen wegen der vergleichsweise hohen Kosten.

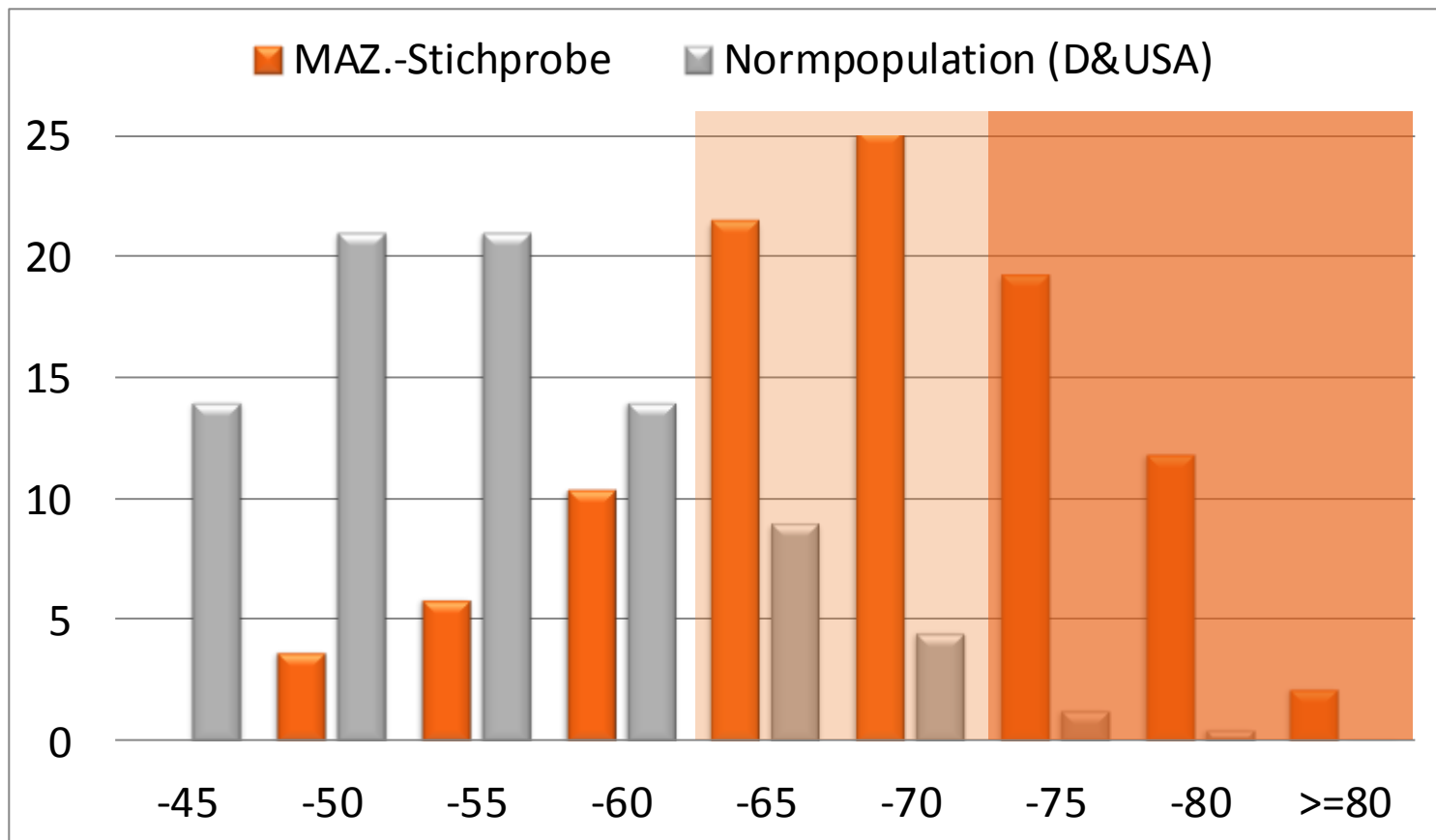
# Psychische Belastung (Gesamtwert CBCL für t1)



N=421

# Psychische Belastung (Gesamtwert CBCL für t1)

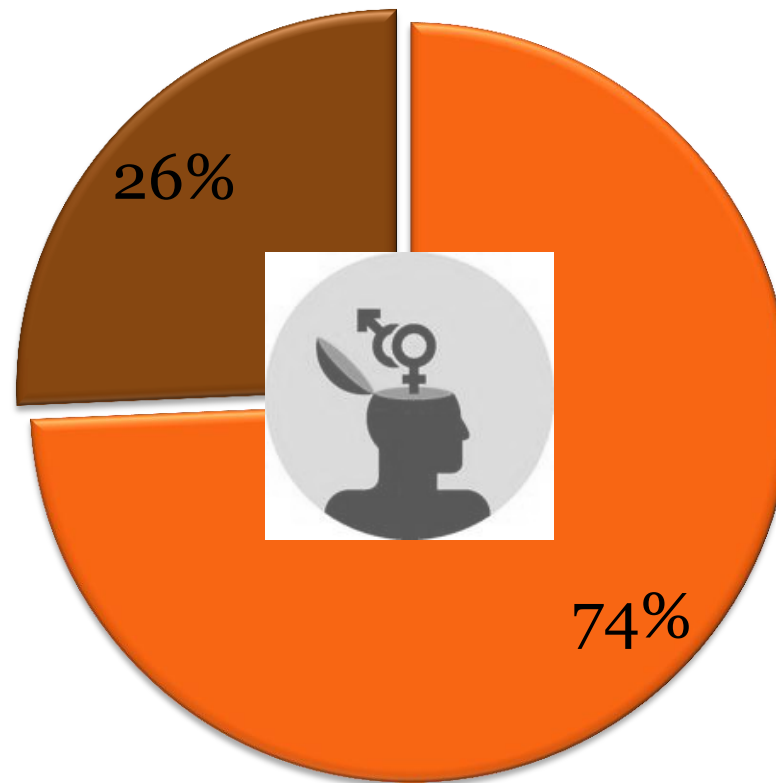
- **76%** der Stichprobe im klinisch auffälligen Bereich (T-Wert > 60)
  - **32%** im klinisch hoch auffälligen Bereich (T-Wert von mind. 70)



N=421

# 6-Monats-Prävalenz nach ICD-10 (N=483)

■ mind. 1 Diagnose    ■ keine Diagnose

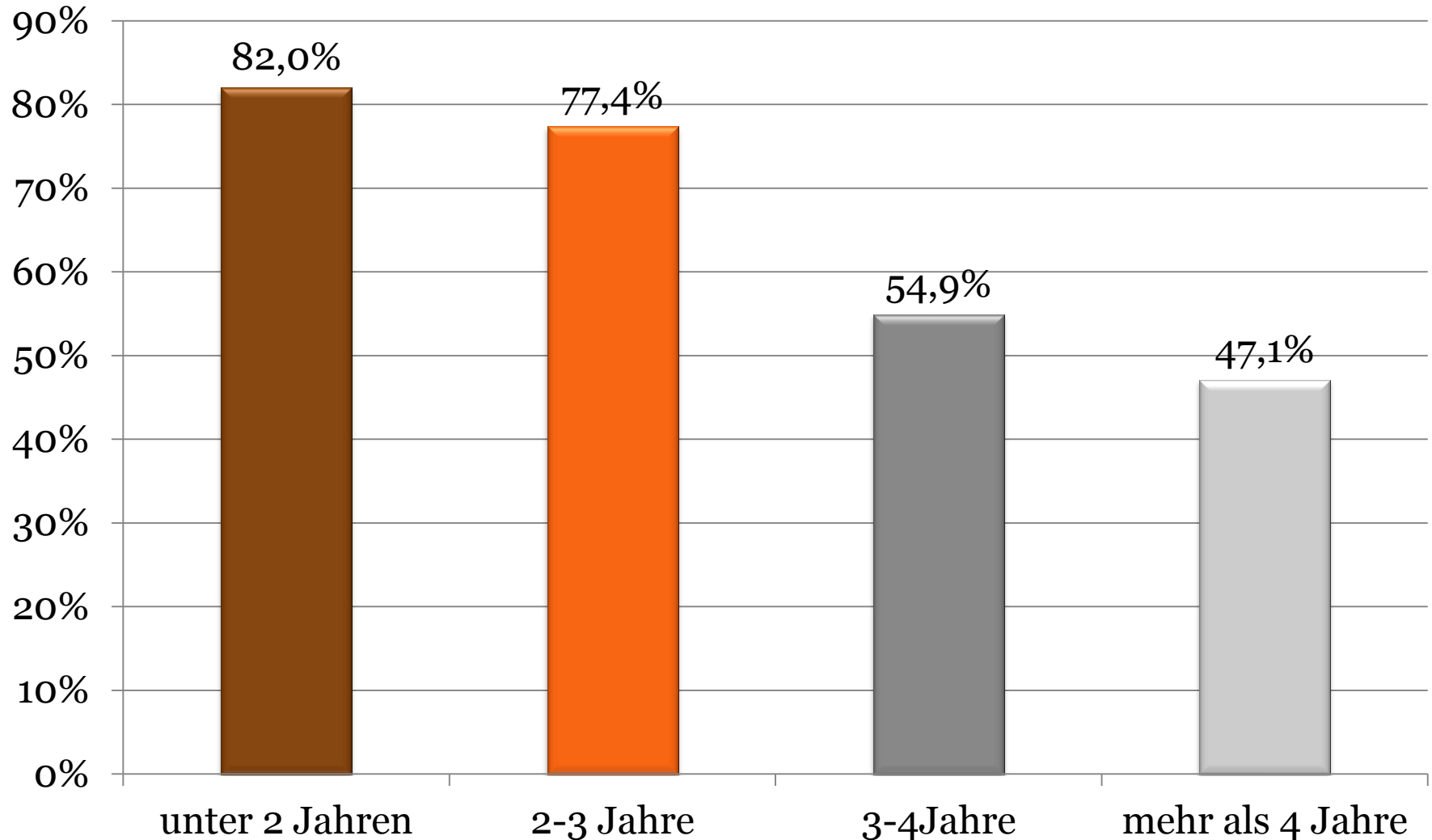


➔ Allgemeinbevölkerung (Median): 18% (Ihle & Esser, 2002)

# Diagnosen x Massnahmendauer

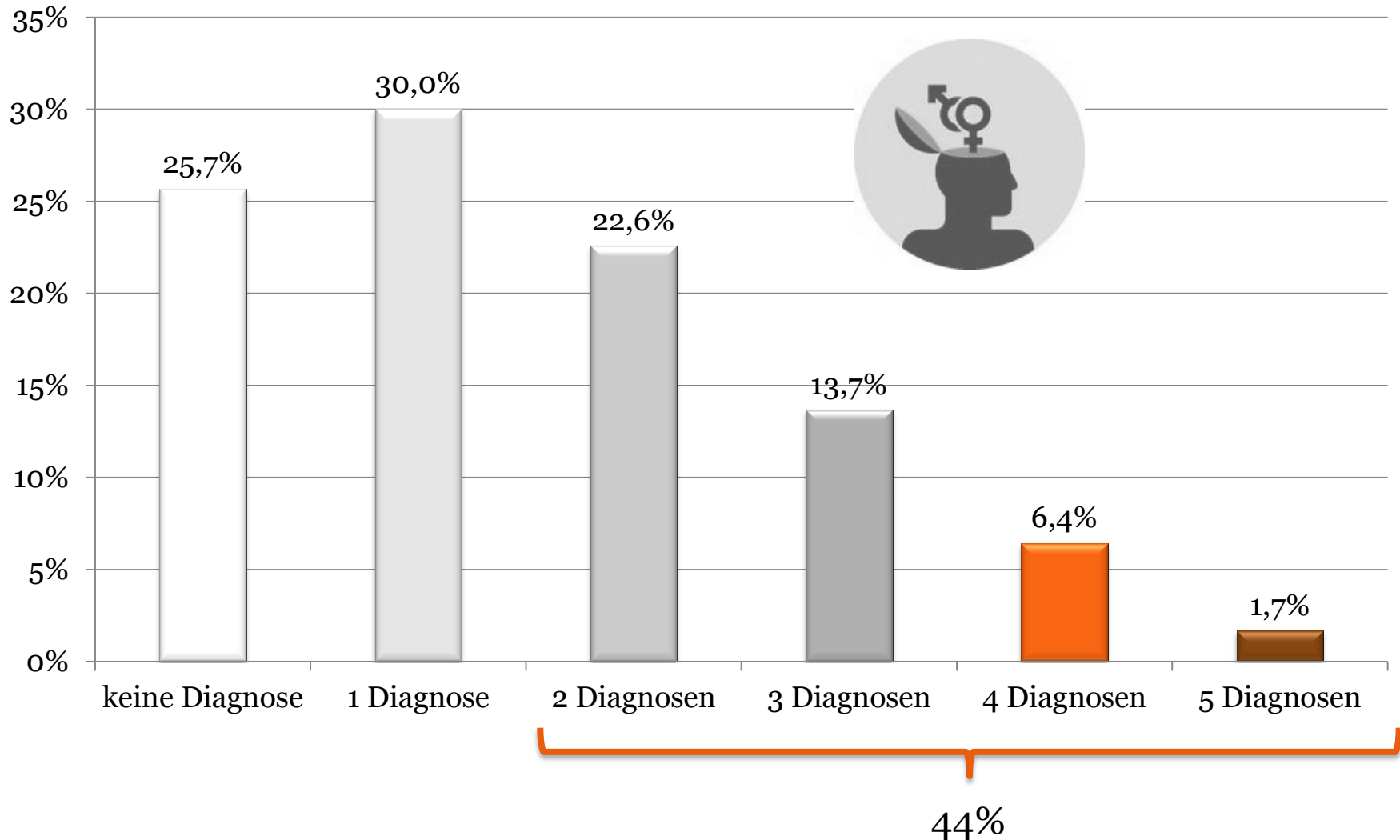


# Prävalenz x Dauer Massnahme (N=483)





# Komorbidität nach DSM-IV (N=483)







# Nochmals genauer nachlesen?

Kindheit und Entwicklung, 19 (1), 47–63 © Hogrefe Verlag, Göttingen 2010

## Aktuelle Kontroverse

### Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra\*

Marc Schmid<sup>1</sup>, Jörg M. Fegert<sup>2</sup> und Franz Petermann<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel

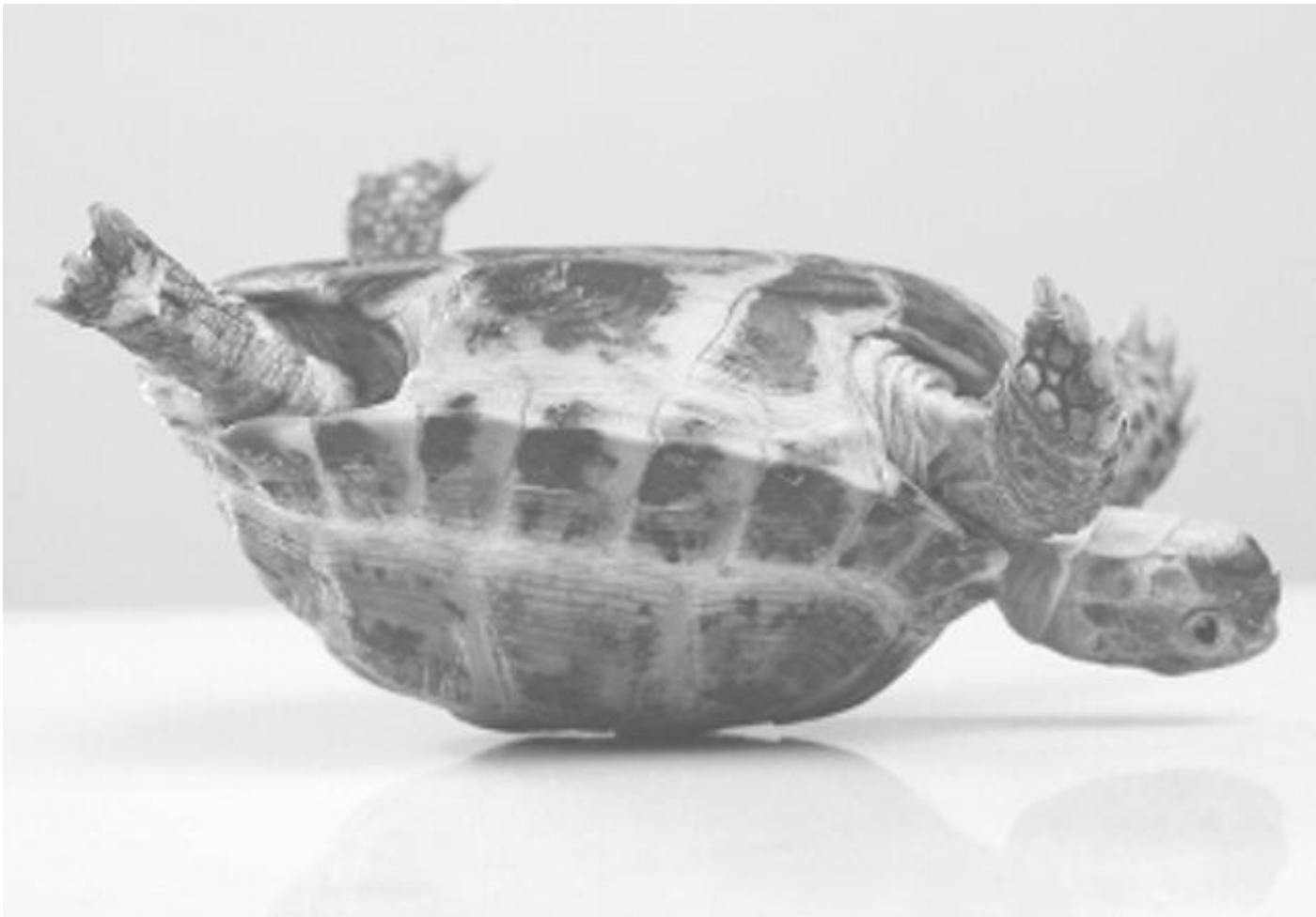
<sup>2</sup> Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Ulm

<sup>3</sup> Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen

**Zusammenfassung.** Es wird die aktuelle Diskussion um die Aufnahme der Diagnose einer Traumaentwicklungsstörung in das DSM-V aufgegriffen und die Pro- und Contraargumente einer solchen Diagnose gegenübergestellt. Befürworter der Traumaentwicklungsstörung argumentieren, dass viele gut erforschte Traumafolgen mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung nur unzureichend beschrieben werden. Gerade Opfer von schweren und sequentiellen Kindheitstraumata entwickeln häufig eine Breitbandsymptomatik mit vielen komorbiden psychischen Störungen. Die klinische Evidenz zeigt, dass diese sehr schwer zu behandelnde Patientengruppe von einem spezifischen traumatherapeutischen Zugang profitiert. Gegen diese Diagnose spricht, dass mit der Einführung einer solchen

# Abbrüche in der Heimerziehung

Häufigkeit, individuelle und gesellschaftliche Folgen, auslösende Faktoren

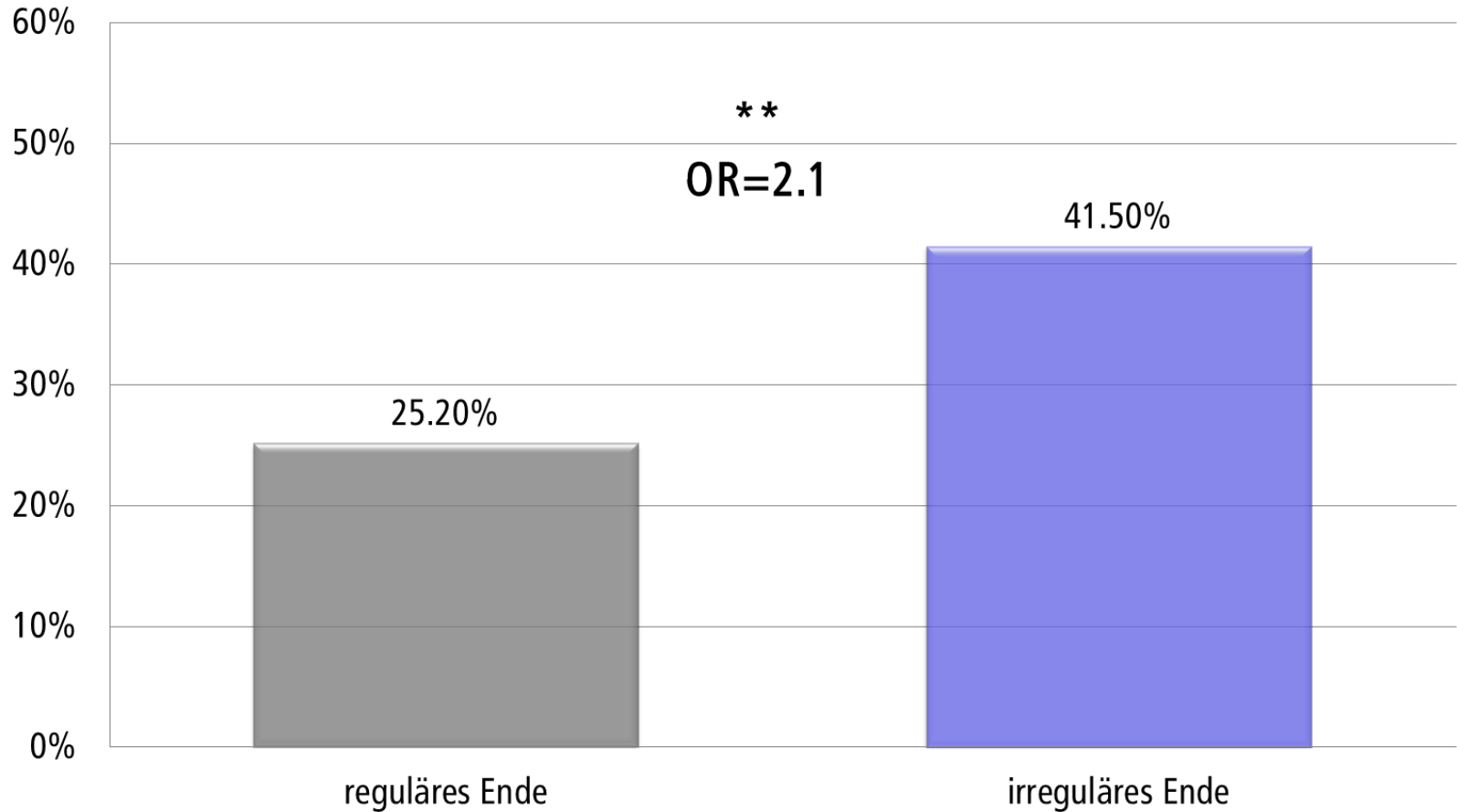


# Viele Beziehungsabbrüche I

- › Je mehr Beziehungsabbrüche und gescheiterte Hilfen in der Vorgeschichte, desto schlechter die Wirksamkeit der aktuellen Jugendhilfemaßnahme und desto höher das Risiko für weitere Abbrüche (EVAS, 2004, Schmidt et al. 2002).
- › Jeder Wechsel ist zudem mit Ressourcenaufwand / Kosten im Jugendhilfesystem verbunden.
- › Die Zahl der Beziehungsabbrüche geht mit einer höheren und schweren Delinquenz (Ryan & Testa 2004) sowie einer stärkeren Teilhabebeeinträchtigung (Aarons et al. 2010) auf dem weiteren Lebensweg einher.
- › Wesentlich höhere Folgekosten im medizinischen Bereich (Rubin et al. 2004).

# Irreguläres Ende der Massnahme

(Wieder-)Verurteilung für Delikt nach Teilnahme MAZ. x Abbruch  
(N=237)

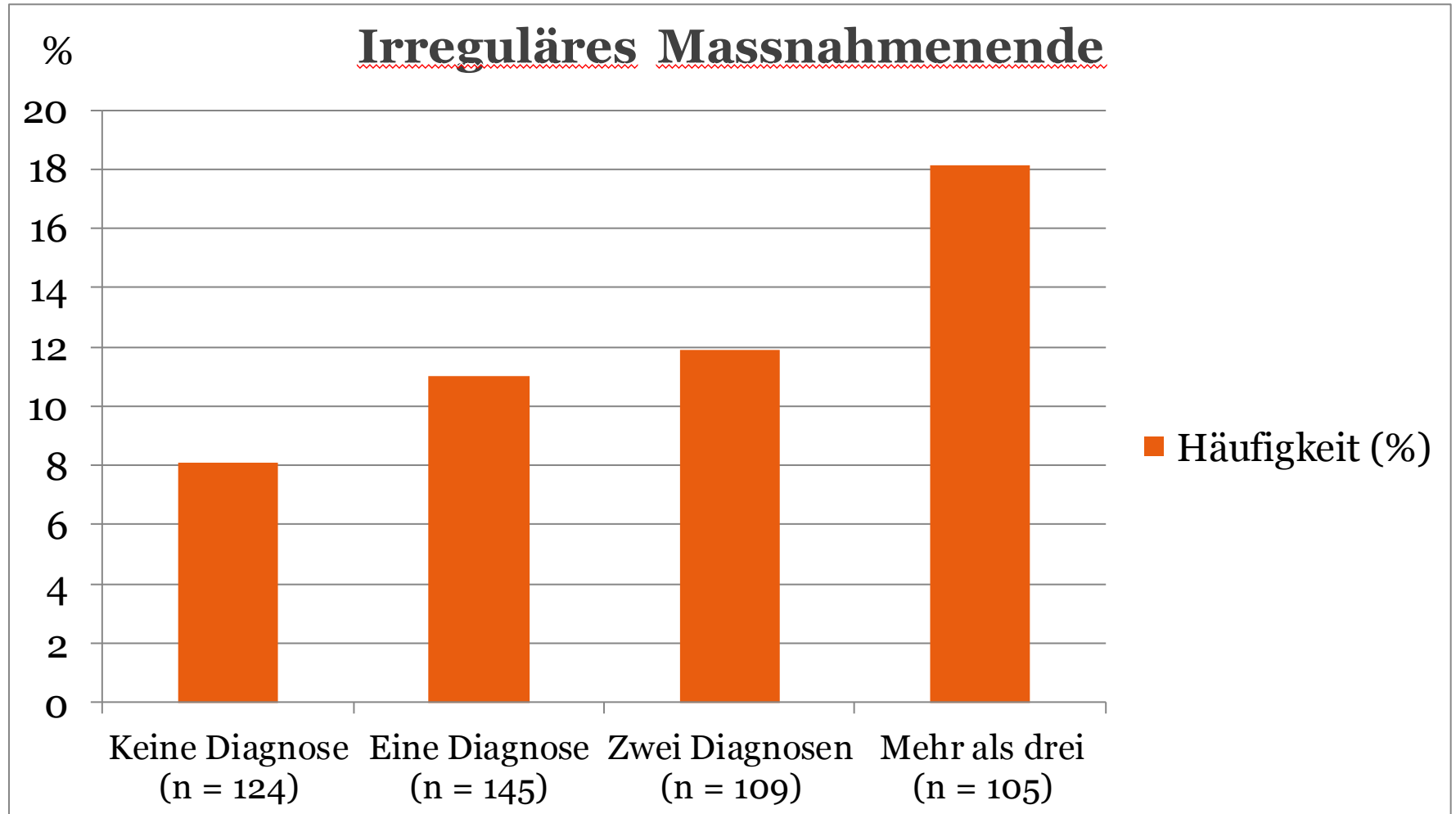


## Viele Beziehungsabbrüche II

- › Je mehr Beziehungsabbrüche desto schlechter die Bindungsqualität und desto wahrscheinlicher Bindungsstörungen (Schleiffer 2002, Pérez et al. 2011).
- › Klienten mit positiven Beziehungserfahrungen haben einen besseren Verlauf bei psychosozialen Interventionen (Zersen et al. 2006, Skodol et al. 2007).
- › Im Sinne der aus der psychoanalytischen Familientherapie stammenden Replikationshypothese können viele Beziehungsabbrüche auch als unbewusste Wiederholung von innerfamiliären Beziehungserfahrungen betrachtet werden.
- › Beziehungsabbrüche belasten nicht nur die Heranwachsenden sondern auch die beteiligten Fachkräfte auf den Wohngruppen und die Pflegeeltern, da diese ebenfalls eine emotionale Beziehung zu den Heranwachsenden aufgebaut haben.

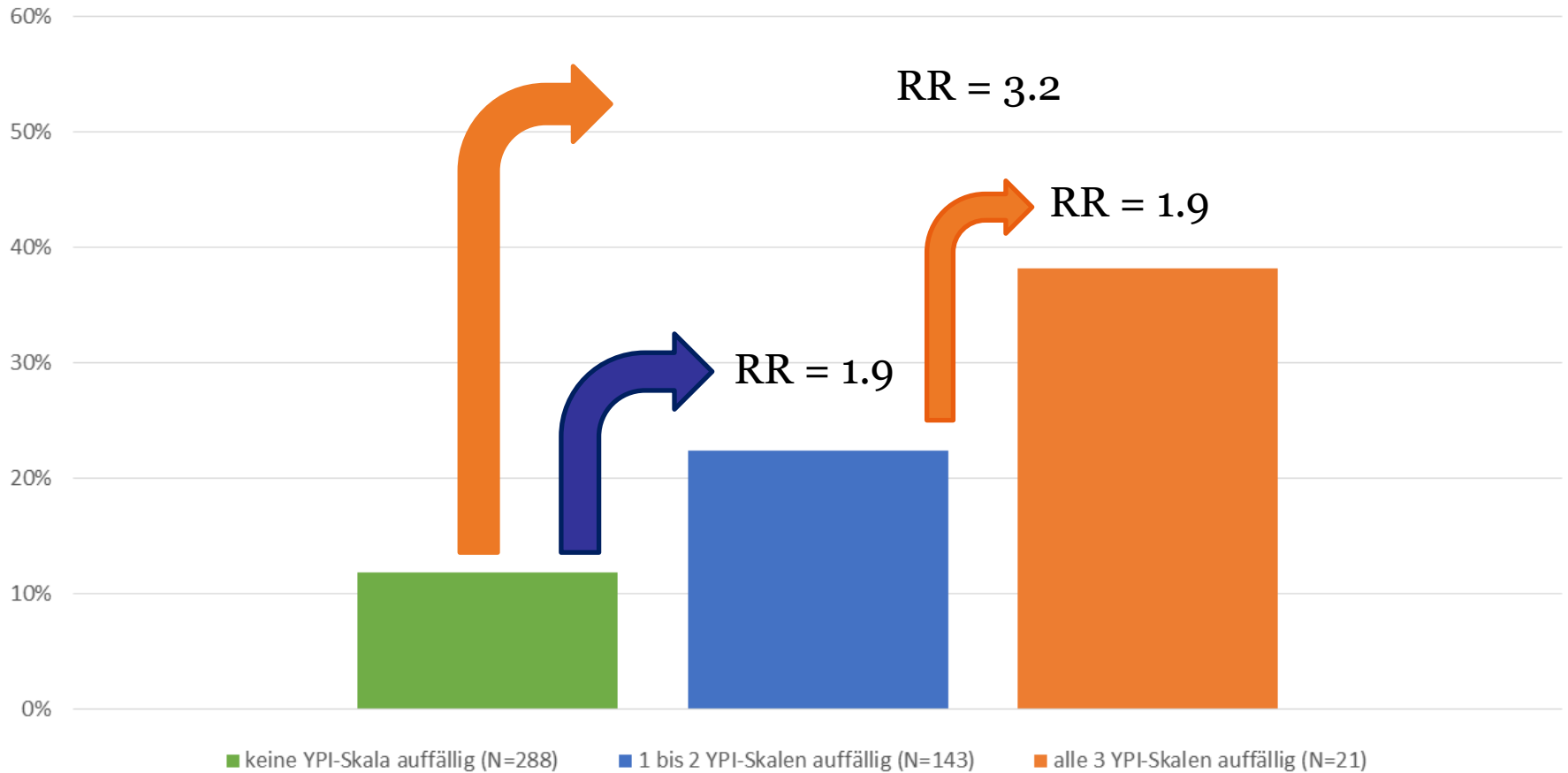


# Einfluss von psychischen Erkrankungen auf den Verlauf von Jugendhilfemassnahmen



# Einfluss von psychopathischen Persönlichkeitseigenschaften

Anteil der Personen mit irregulärem Maßnahmenende

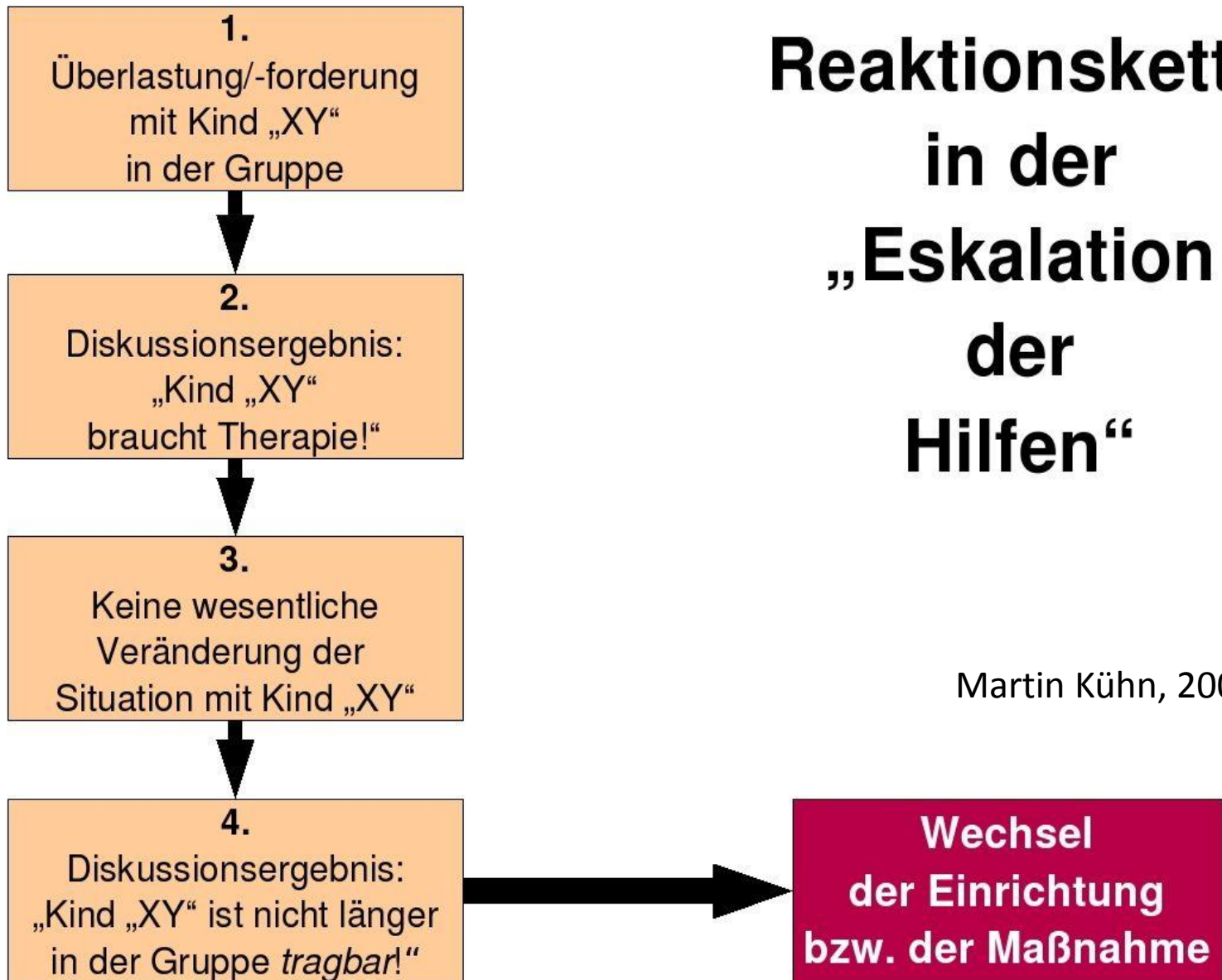


# Gliederung

- › Die Ausgangslage: Risikofaktoren, psychische Belastung von Heimkindern und deren Auswirkungen auf den Verlauf von stationären Hilfen.
- › Wann ist ein Fall psychiatrisch und wann sozialpädagogisch? Kann man die Seele eines Kindes teilen?
- › Ist das Thema aktuell oder ein Dauerbrenner?
- › Auf welchen Ebenen sollte diese psychische Belastung im Hilfeprozess beachtet werden?
- › Wie kann Kooperation gelingen? Welche Haltung braucht es?
- › Was brauchen die Kinder? Was brauchen die sozialpädagogischen Mitarbeiter von der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie?
- › Fazit und Diskussion

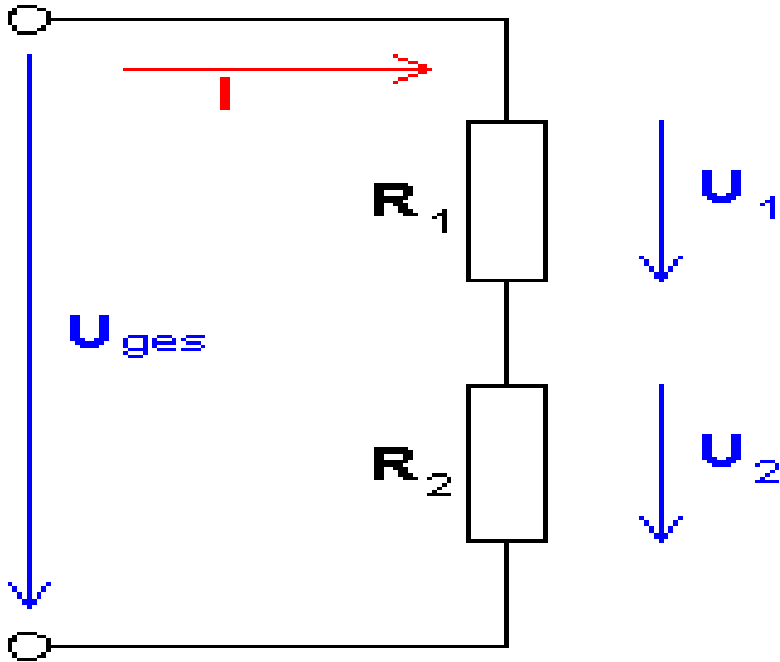
# Reaktionskette in der „Eskalation der Hilfen“

Martin Kühn, 2009



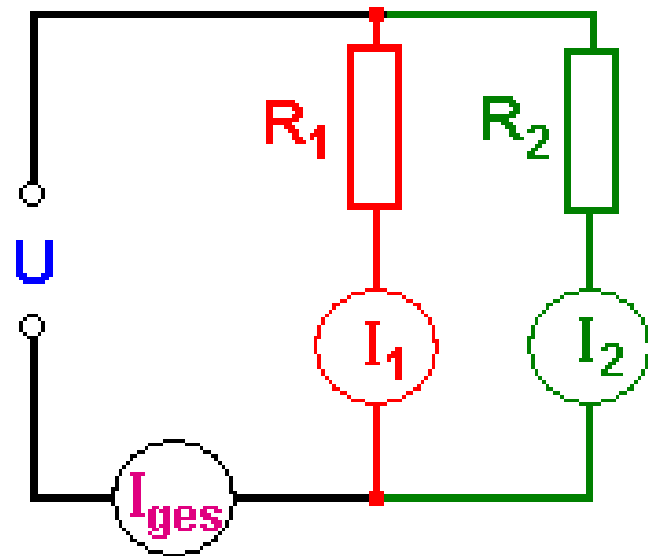
# Eigentlich ein altbekanntes physikalisches Prinzip

Reihenschaltung  
 $R_{\text{Ges}} = R_1 + R_2$



Bei einer Reihenschaltung von Widerständen / psychosozialen Hilfen wird der Widerstand größer

Parallelschaltung  
 $R_{\text{ges}} = 1/R_1 + 1/R_2$



Bei einer Parallelschaltung von Widerständen / psychosozialen Hilfen wird der Widerstand kleiner als die einzelnen Widerstände (vgl. Rosen-Runge 2009)

# Pädagogischer oder psychiatrische Falldefinition

## Ist die Seele eines Kindes teilbar?

Es braucht eine gemeinsame interdisziplinäre Falldefinition mit geklärten Verantwortlichkeiten:

„Das psychoreaktiv erkrankte Kind braucht Psychotherapie, weil es krank ist - und es braucht Pädagogik, weil es ein Kind ist.“

*Heinz Stefan Herzka (Kinder- und Jugendpsychiater , Zürich)*



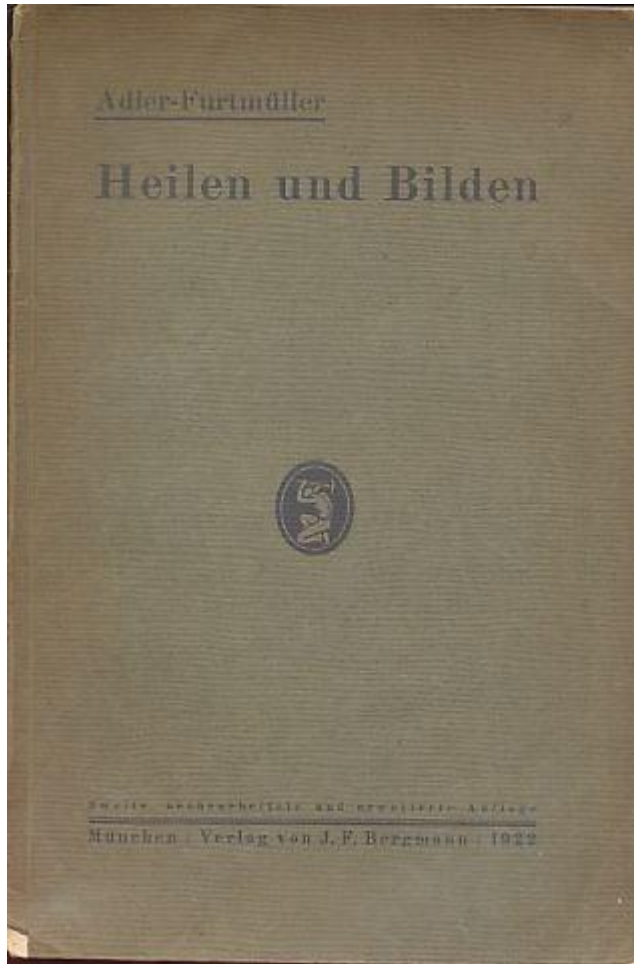
Es ist nicht möglich, einen Fall eines/er fremdplatzierten psychisch belasteten Heranwachsenden entweder nur aus einer rein kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Perspektive oder aus einer rein pädagogischen Perspektive heraus zu betrachten - es braucht immer beide! - Eine kleine Demonstration.

# Gliederung

- › Die Ausgangslage: Risikofaktoren, psychische Belastung von Heimkindern und deren Auswirkungen auf den Verlauf von stationären Hilfen.
- › Grenzverletzungen gegenüber Sozialpädagogen. Abbrüche in der Heimerziehung und ihre individuellen und gesellschaftlichen Folgen.
- › Wann ist ein Fall psychiatrisch und wann sozialpädagogisch? Kann man die Seele eines Kindes teilen?
- › Ist das Thema aktuell oder ein Dauerbrenner?
- › Auf welchen Ebenen sollte diese psychische Belastung im Hilfeprozess beachtet werden?
- › Wie kann Kooperation gelingen? Welche Haltung braucht es?
- › Was brauchen die Kinder? Was brauchen die sozialpädagogischen Mitarbeiter von der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie?
- › Fazit und Diskussion

# Kooperation und Interdisziplinarität

Hochaktuell oder „alter Wein in neuen Schläuchen“



Ein Buch zur „Erziehungskunst für Ärzte und Pädagogen“ (1914)



# Heilen und Bilden (1914)

## Ein Buch zur „Erziehungskunst für Ärzte und Pädagogen“

Alfred Adler und Carl Furtmüller sprechen in ihrem Untertitel von „**Erziehungskunst**“ - ein wunderbarer Begriff, der uns abhanden gekommen ist, wird im heutigen Allgemeinverständnis von pädagogischer und milieutherapeutischer Arbeit nicht mehr benutzt. Heute wird im Zusammenhang mit Fremderziehung von „**aushalten**“ oder „**begleiten**“ gesprochen.

Das Wort „**Kunst**“ bezeichnet im weitesten Sinne jede entwickelte Tätigkeit, die auf Wissen, Übung, Wahrnehmung, Vorstellung und Intuition gegründet ist (Heilkunst, Kunst der freien Rede). Im engeren Sinne werden damit Ergebnisse gezielter menschlicher Tätigkeit benannt, die nicht eindeutig durch Funktionen festgelegt sind. Kunst ist ein menschliches Kulturprodukt, das Ergebnis eines kreativen Prozesses.

# Heilen und Bilden (1914) 100 Jahre alt und hoch aktuell

## Ein Buch zur Erziehungskunst für Ärzte und Pädagogen

- › Erziehungskunst: Spass und Freude daran, die Bedürfnisse des Kindes interdisziplinär zu entdecken und kreativ zu fördern.
- › Interdisziplinarität ein Buch für Ärzte und Pädagogen bzw. Pädagogen und Ärzte.
- › Teilhabe sicherstellen – sozialpsychiatrischer und sozialpädagogischer Auftrag für eine gute schulische Integration.
- › Sehr exakte Beschreibung von pädagogischen Problemen und den Beziehungsbedürfnissen der Kinder.
- › Adler und Furtmüller betonen die Bedeutung der Pädagogik zur Prävention von psychischen Erkrankungen/Neurosen im Kindes- und Erwachsenenalter.

# Gliederung

- › Die Ausgangslage: Risikofaktoren, psychische Belastung von Heimkindern und deren Auswirkungen auf den Verlauf von stationären Hilfen.
- › Wann ist ein Fall psychiatrisch und wann sozialpädagogisch? Kann man die Seele eines Kindes teilen?
- › Ist das Thema aktuell oder ein Dauerbrenner?
- › Auf welchen Ebenen sollte diese psychische Belastung im Hilfeprozess beachtet werden?
- › Wie kann Kooperation gelingen? Welche Haltung braucht es?
- › Was brauchen die Kinder? Was brauchen die sozialpädagogischen Mitarbeiter von der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie?
- › Fazit und Diskussion

# Beachtung der psychischen Belastung im Verlauf

## Relevanz der Thematik zeigt sich auf mehreren Ebenen

### – Pädagogische Förderung

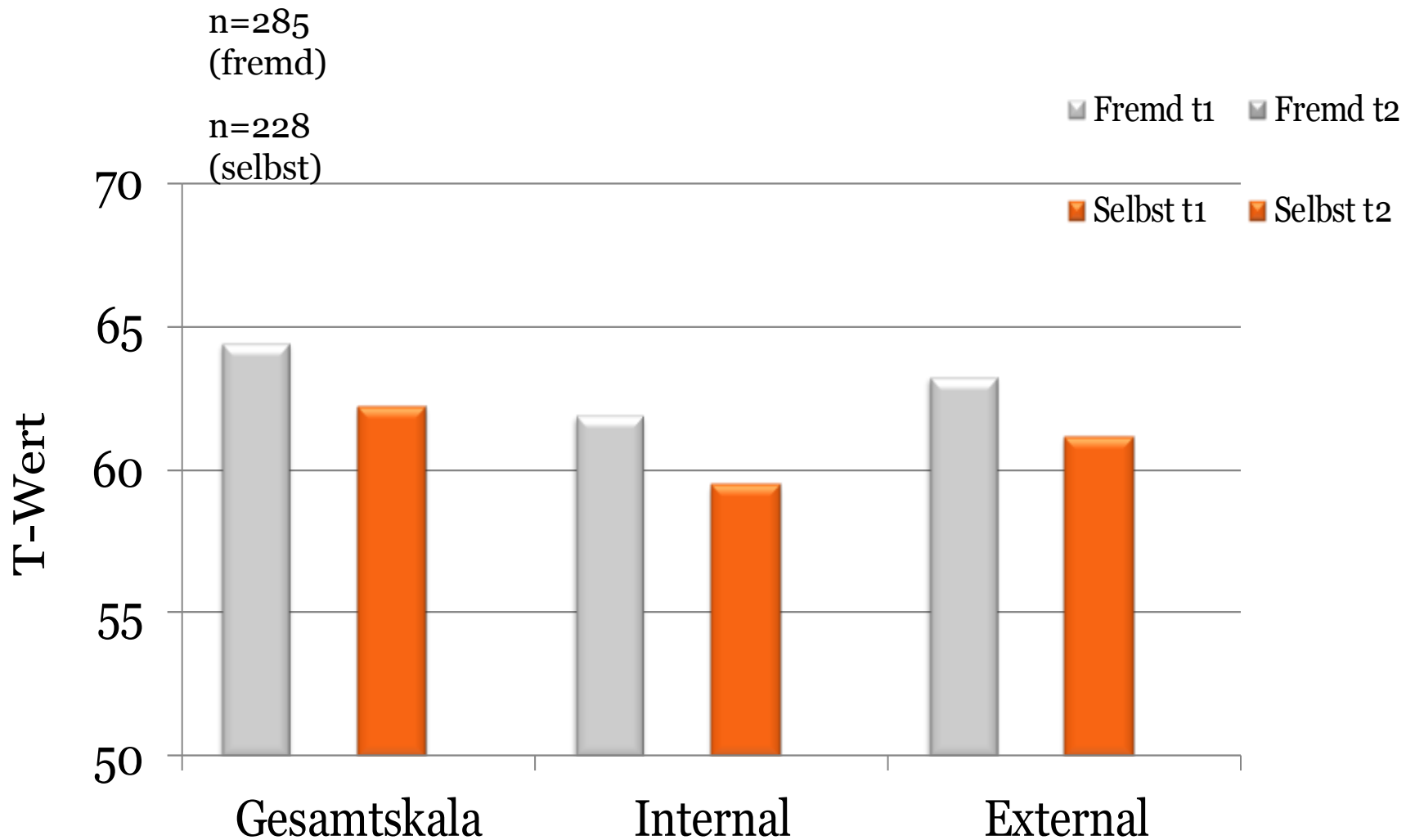
1. Indikationsstellung: Abschätzung des pädagogischen und kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Bedarfs und Herstellung der Passung zu entsprechenden Angeboten im Platzierungsprozess sowie Hilfeplanung durch platzierende Behörden.
2. Beachtung der psychischen Belastung im heiminternen Aufnahmeprozess (Screening), des Fallverstehens und der internen Hilfeplanung . **EQUALS**
3. Beachtung der Bedeutung der psychischen Symptomatik für die schulische und berufliche Integration/Teilhabe.
4. Beachtung der psychischen Belastung bei der Ausgestaltung der Alltagspädagogik und den Strukturen - Individualisierung.
5. Gezielte Förderung im Alltag in spezifischen pädagogischen Angeboten (Erlebnispädagogik, Heilpädagogik, Biographiearbeit).

# Beachtung der psychischen Belastungen im Verlauf

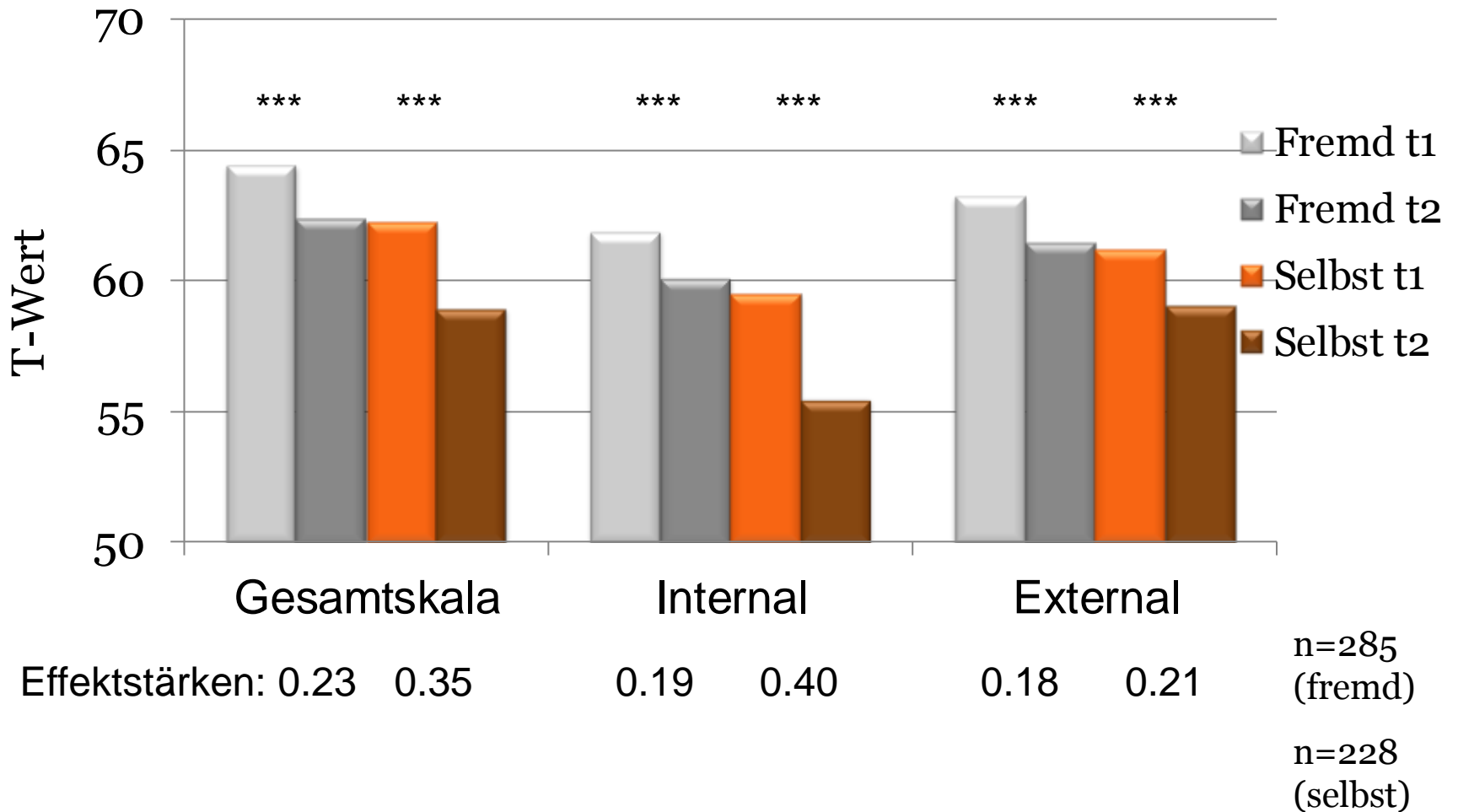
## Gemeinsame Falldefinition und Kooperationsbeziehungen

6. Gegebenenfalls Sicherstellung von niederschweligen stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Kriseninterventionen.
7. Ausgestaltung von Kooperationsbeziehungen mit kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Behandlungsangeboten.
8. Erarbeitung gemeinsame Falldefinition! Evidenzbasierte psychotherapeutische und gegebenenfalls pharmakologische Behandlung der psychischen Erkrankung.
9. Beobachtung und Dokumentation, ob und wie sich die psychische Belastung der Jugendlichen im Verlauf der Massnahme reduziert. **EQUALS**
10. Beachtung der psychischen Belastung und Restsymptomatik bei der Beendigung der stationären Massnahme (Rückführung, Verselbständigung, anschliessende Jugendhelfemassnahme).

# Veränderungen Belastungen (CBCL/YSR)



# Veränderungen Belastungen (CBCL / YSR)



# Gliederung

- › Die Ausgangslage: Risikofaktoren, psychische Belastung von Heimkindern und deren Auswirkungen auf den Verlauf von stationären Hilfen.
- › Grenzverletzungen gegenüber Sozialpädagogen. Abbrüche in der Heimerziehung und ihre individuellen und gesellschaftlichen Folgen.
- › Wann ist ein Fall psychiatrisch und wann sozialpädagogisch? Kann man die Seele eines Kindes teilen?
- › Ist das Thema aktuell oder ein Dauerbrenner?
- › Auf welchen Ebenen sollte diese psychische Belastung im Hilfeprozess beachtet werden?
- › **Wie kann Kooperation gelingen? Welche Haltung braucht es?**
- › Was brauchen die Kinder? Was brauchen die sozialpädagogischen Mitarbeiter von der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie?
- › Fazit und Diskussion



# Was macht Kooperation so schwierig?

- › Unterschiedliche Professionen und Zugänge erschweren es, eine gemeinsame Haltung zu generieren.
- › Mangelnde Ressourcen auf beiden Seiten
- › Die betroffenen Familiensysteme halten Kontakte oft nicht aufrecht. Kommunikation verläuft oft in Triaden (Familie, JA KJPP, Institutionen)
- › Die komplexe Symptomatik der Heranwachsenden selbst (schwere Bindungsstörungen, etc.) und der vergleichsweise geringe Behandlungswunsch der Jugendlichen selbst.

Nur 9% der psychisch belasteten Heimjugendlichen wünschen psychotherapeutische oder kinder- und jugendpsychiatrische Unterstützung obwohl über 80% psychisch belastet sind und die zuweisenden Sozialarbeiter eine Therapie wünschen (Mount et al. 2004)

# Braucht Struktur

„Schließe Freundschaft solange  
Du sie nicht brauchst“

*Amerikanisches Sprichwort*

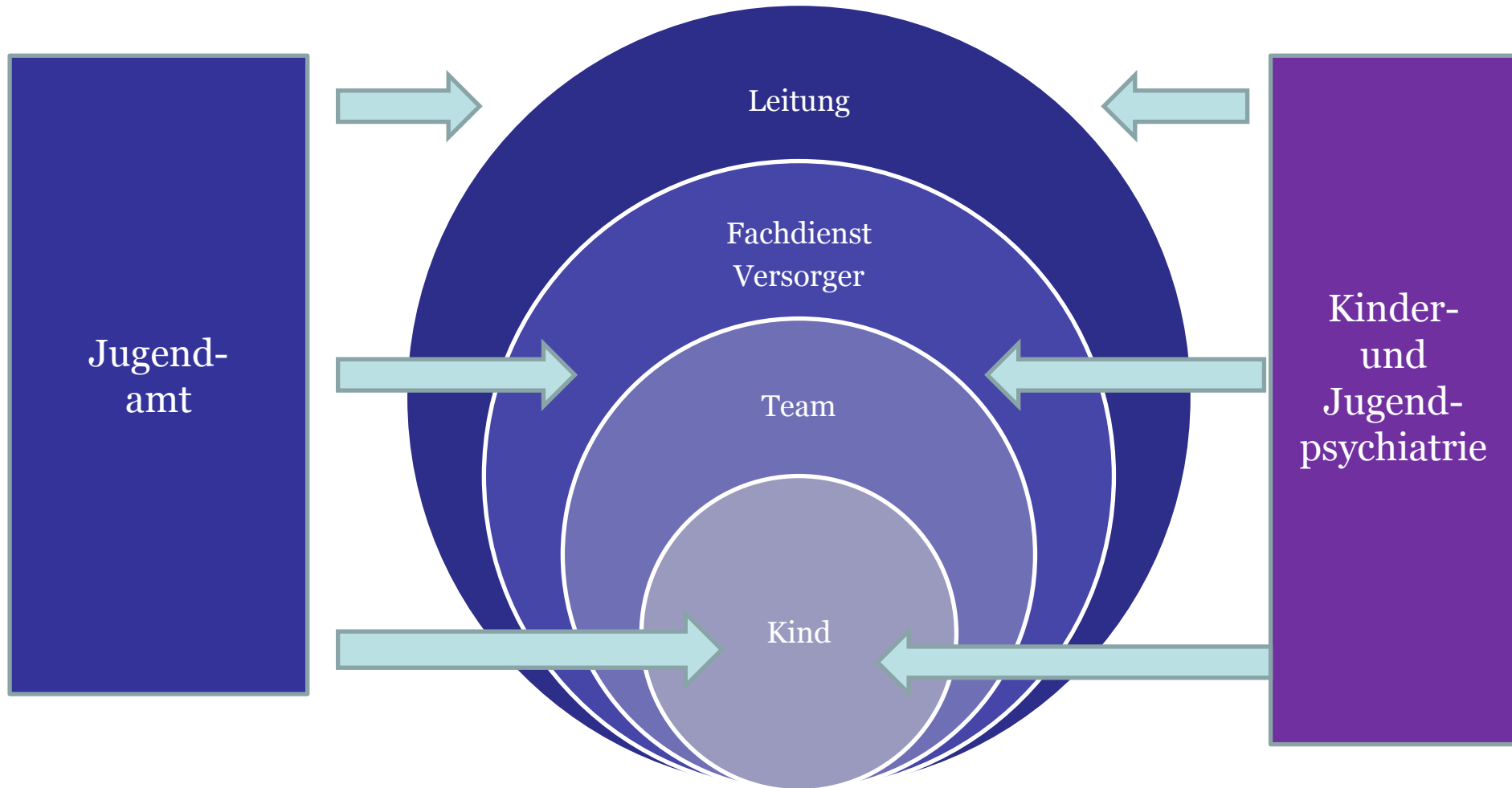


- › Kooperation benötigt Ressourcen!

- › Es lohnt sich, klare Kooperationsstrukturen aufzubauen.
- › Kooperation sollte primär unabhängig von den Fällen nach den Bedürfnissen der Institution organisiert werden.
- › Beide Kooperationspartner müssen in gleicher Art und Weise von der Kooperation profitieren.
- › Alle institutionellen Ebenen sollten von der Kooperation profitieren.

# Kreismodell von verschiedenen Kooperationen

Funktionsträgerebene kooperieren miteinander



# Antizipation von Problemen in der Kooperation

„Ärger, den man nicht gehabt hat, hat man nicht gehabt.“

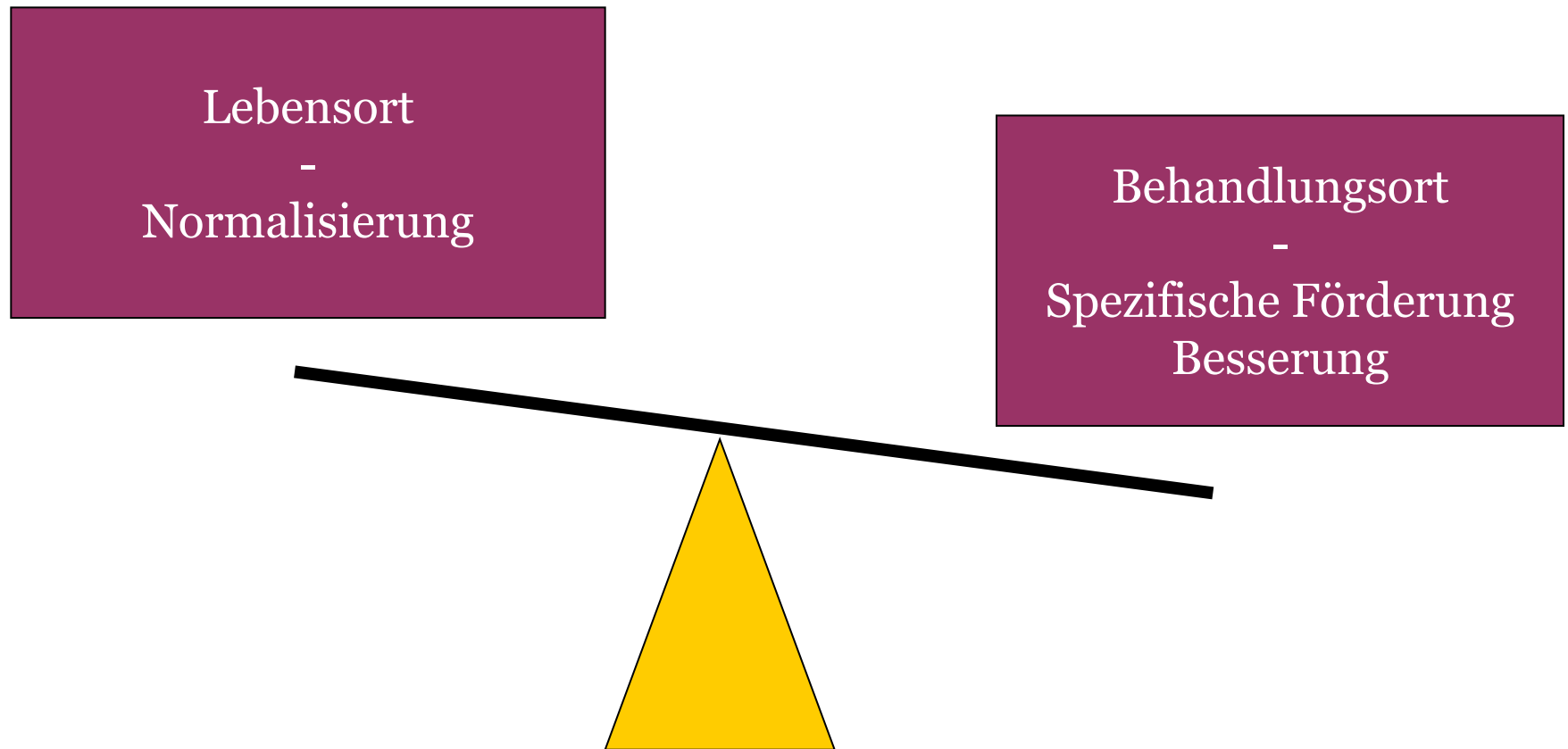
*Eckhart von Hirschhausen*



- › Definition der stationären Behandlungsbedürftigkeit
- › Antizipation von Krisen – gemeinsamer Krisenplan
- › Niederschwellig
- › Rechtzeitig
- › Personelle Kontinuität
- › Gleichwürdigkeit

# Ausgestaltung der Heimerziehung

## Balance zwischen «Reparaturbetrieb» und Lebensort



# Balance: Zeit für qualifizierte Diagnostik

„Ein Experte ist jemand der hinterher genau erklären kann warum seine Prognose nicht gestimmt hat“

Sir Winston Churchill

Zeit für eine gute Diagnostik  
und qualifizierte  
Platzierungsentscheidung

Leidensdruck und  
aktiviertes  
Bindungssystem  
verursachen Zeitdruck

„Sicherer Ort“ für  
Platzierungsentscheidung  
als Übergang definieren

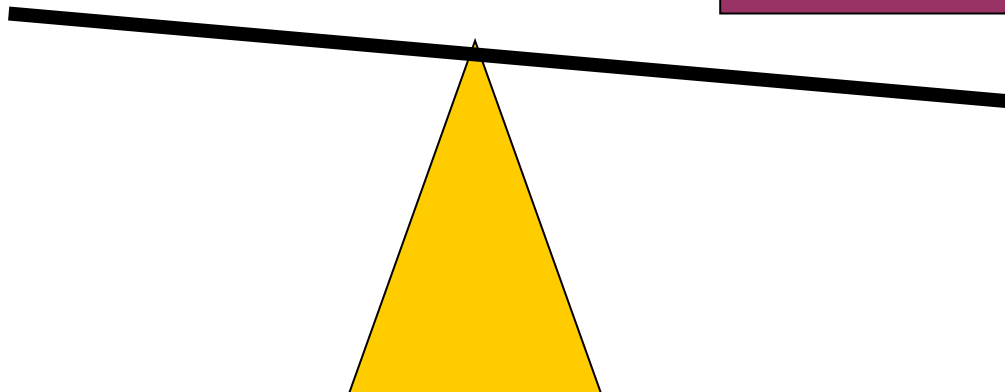
# Balance: Kontinuitätsplanung ohne Rigidität

„Leben ist das was passiert, während Du eifrig dabei bist andere Pläne zu machen“

John Lennon

Langfristige auf  
Kontinuität der Betreuung  
ausgerichtete  
Hilfeplanung

Reagieren auf  
veränderte  
Lebensbedingungen und  
Bedürfnisse der Familie

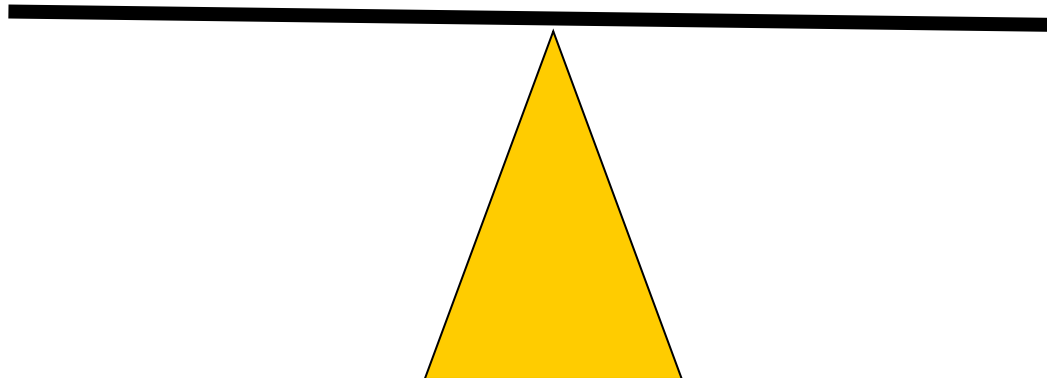


# Balance zwischen den Bedürfnisse der Gruppe und der einzelnen Bewohner

„Der reißende Fluss wird gewalttätig genannt. Warum nicht das Flussbett, welches ihn einengt?“  
*Bertolt Brecht*

Optimale Ausgestaltung  
der Hilfe für das einzelne  
Kind und seine psychische  
Belastungen  
-  
Individualisierung

Optimale Ausgestaltung der  
Hilfe für alle Kinder einer  
Wohngruppe  
-  
Orientierung an  
Bedürfnissen der Gruppe





# Individualisierung

Gleiche Ausgangslage für alle?



# Balance: Zum richtigen Zeitpunkt aufgeben oder gemeinsam durchhalten

„Es gibt mehr Leute, die kapitulieren, als solche die scheitern.“

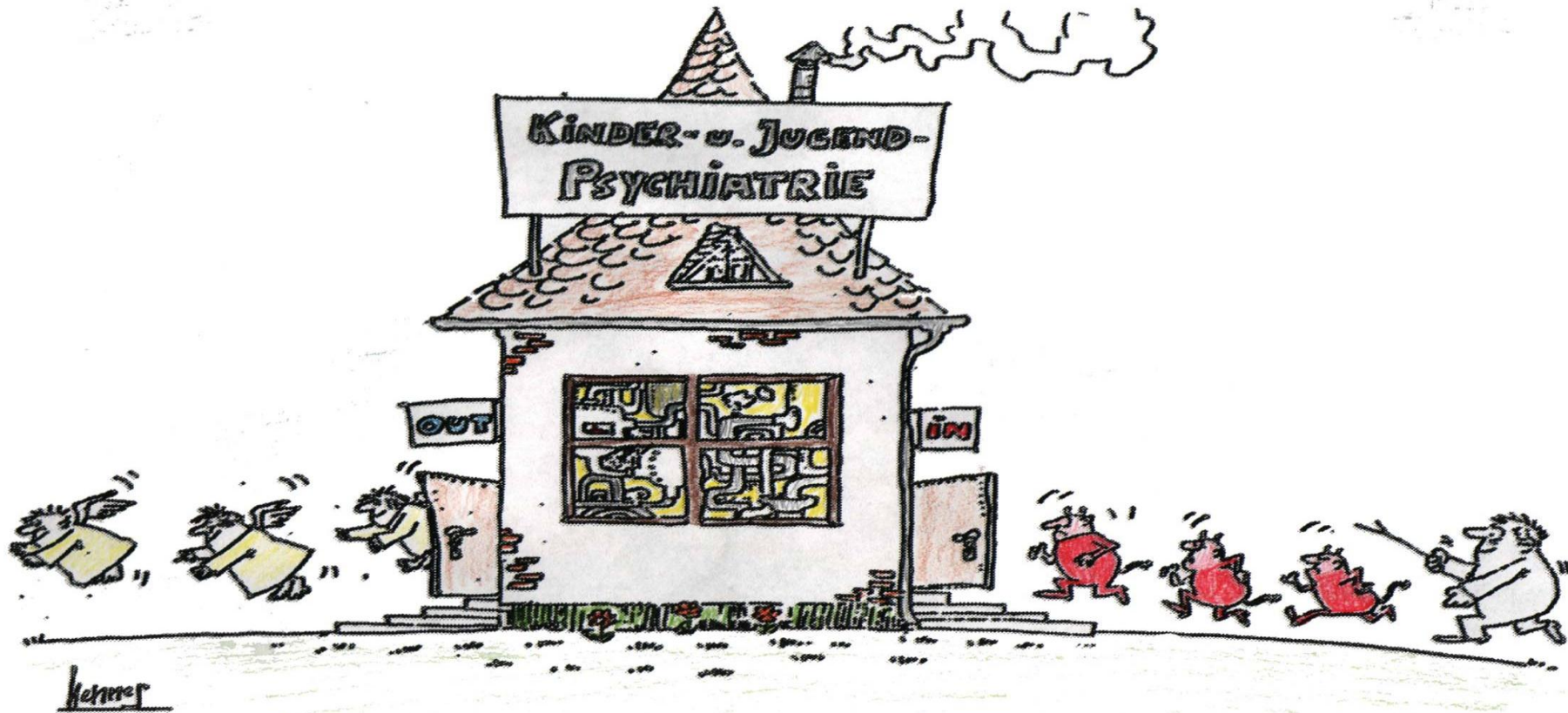
*Henry Ford*

Einen schwierigen Verlauf beenden, um neue Chancen an einem anderen Ort zu eröffnen.  
(„Spezialeinrichtung“)

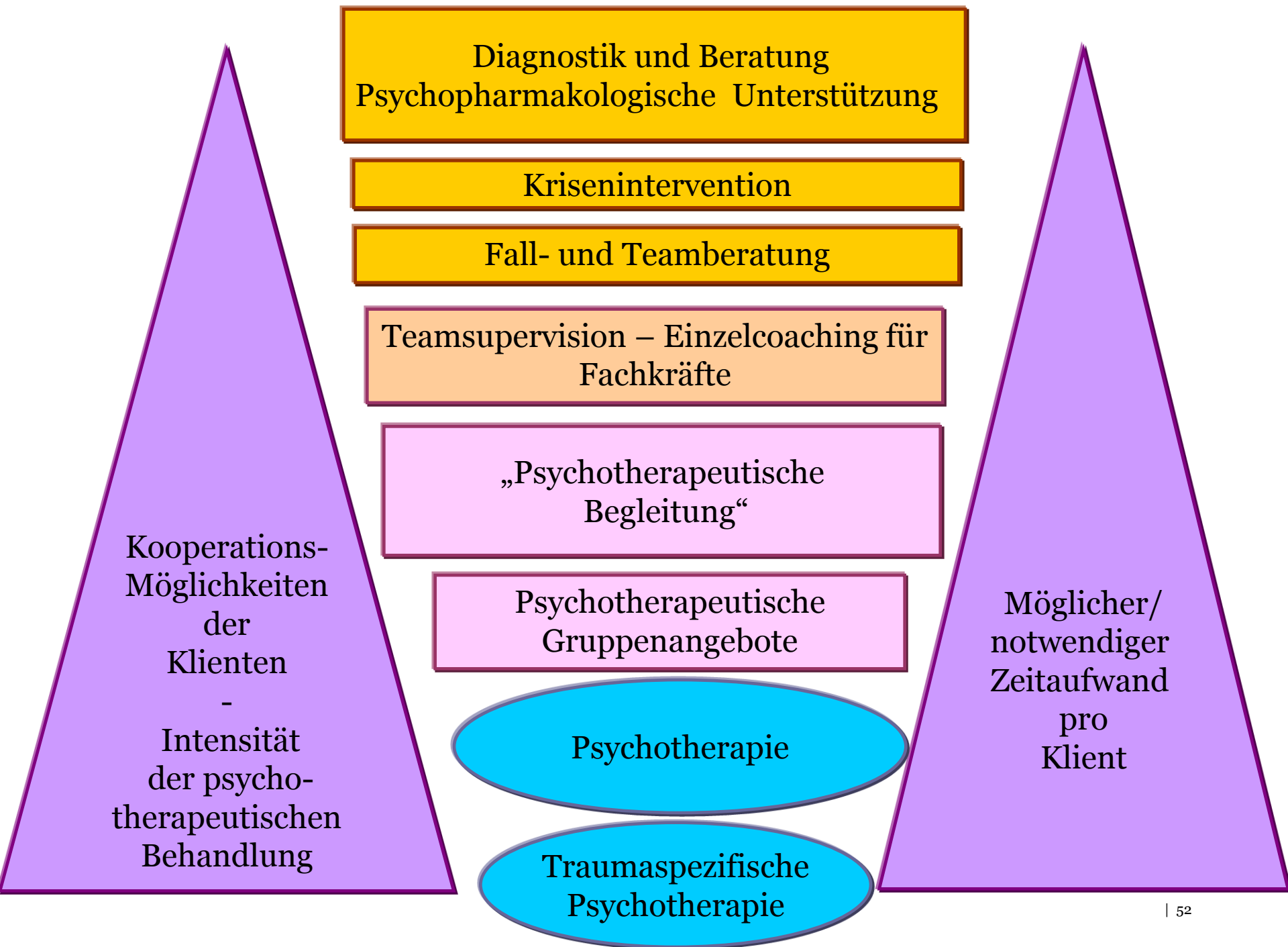
Krisen gemeinsam durchstehen – neue Beziehungserfahrungen ermöglichen

# Realistische Erwartungen

## Niemand kann zaubern



Implizite und explizite Auftragsklärung – „filmbare“ Ziele



# Pädagogische Haltungen nach Jesper Juul

Vier Werte, die Kinder brauchen gelten auch für kooperationsbeziehungen



- › Gleichwürdigkeit
- › Authentizität
- › Integrität
- › Verantwortung

**„Man muss nicht das Licht des anderen ausblasen, um das eigene leuchten zu lassen.“** *Aus Griechenland*

# Gemeinsame Falldefinition



# Beziehungsorientierte und störungsspezifische milieutherapeutische Konzepte

„Man ist dort zu Hause, wo man verstanden wird.“

*Indianisches Sprichwort*

Es braucht:

- Fachwissen über das Störungsbild verändert die Wahrnehmung des pädagogischen Bedarfes eines Kindes.
- Wissen darüber, wie diese Erkrankung die Pädagogik und Beziehungsgestaltung beeinflusst.
- Selbsterfahrung!
- Zeit und Sicherheit zur Reflektion im Team.



# Gliederung

- › Die Ausgangslage: Risikofaktoren, psychische Belastung von Heimkindern und deren Auswirkungen auf den Verlauf von stationären Hilfen.
- › Wann ist ein Fall psychiatrisch und wann sozialpädagogisch? Kann man die Seele eines Kindes teilen?
- › Ist das Thema aktuell oder ein Dauerbrenner?
- › Auf welchen Ebenen sollte diese psychische Belastung im Hilfeprozess beachtet werden?
- › Wie kann Kooperation gelingen? Welche Haltung braucht es?
- › Was brauchen die Kinder? Was brauchen die sozialpädagogischen Mitarbeiter von der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie?
- › Fazit und Diskussion



# Traumapädagogik: Korrigierende Beziehungserfahrung

## Traumapädagogische Haltung

### Traumatisierendes Umfeld

- › Unberechenbarkeit
- › Einsamkeit
- › Nicht gesehen/gehört werden
- › Geringschätzung
- › Bedürfnisse missachtet
- › Ausgeliefert sein – andere Bestimmen absolut über mich
- › Leid

### Traumapädagogisches Milieu

- › Transparenz /Berechenbarkeit
- › Beziehungsangebote/ Anwaltschaft
- › Beachtet werden/wichtig sein
- › Wertschätzung (Besonderheit)
- › Bedürfnisorientierung
- › Mitbestimmen können - Partizipation
- › **Freude**

# Grundidee zur Analyse von Problemverhalten

## Vom Du zum Wir – Überspitzt das klassische Modell

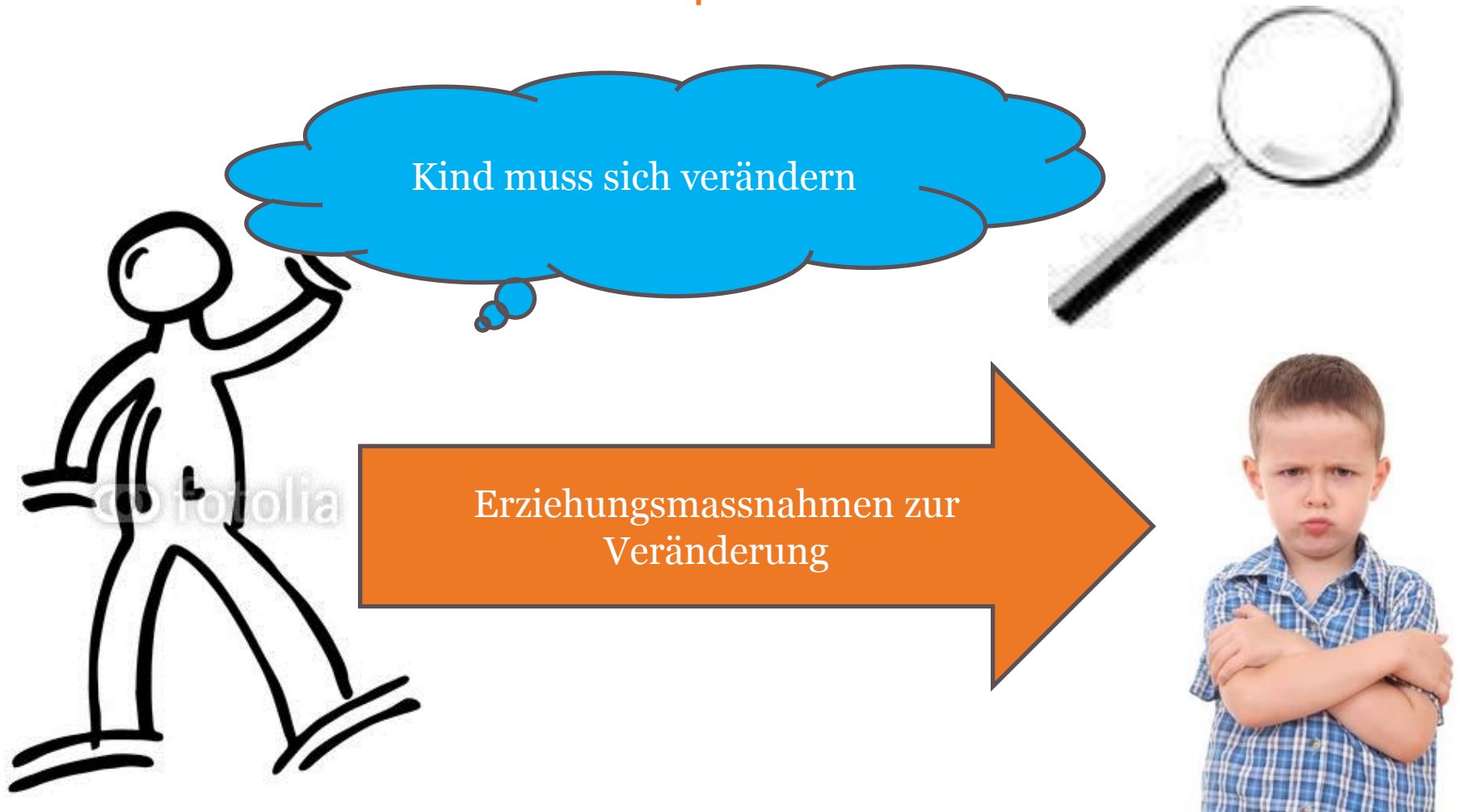


Erziehungsmassnahmen zur  
Veränderung



# Grundidee zur Analyse von Problemverhalten

## Vom Du zum Wir – Überspitzt das klassische Modell



# Grundidee zur Analyse von Problemverhalten

## Vom Du zum Wir



# Grundidee zur Analyse von Problemverhalten

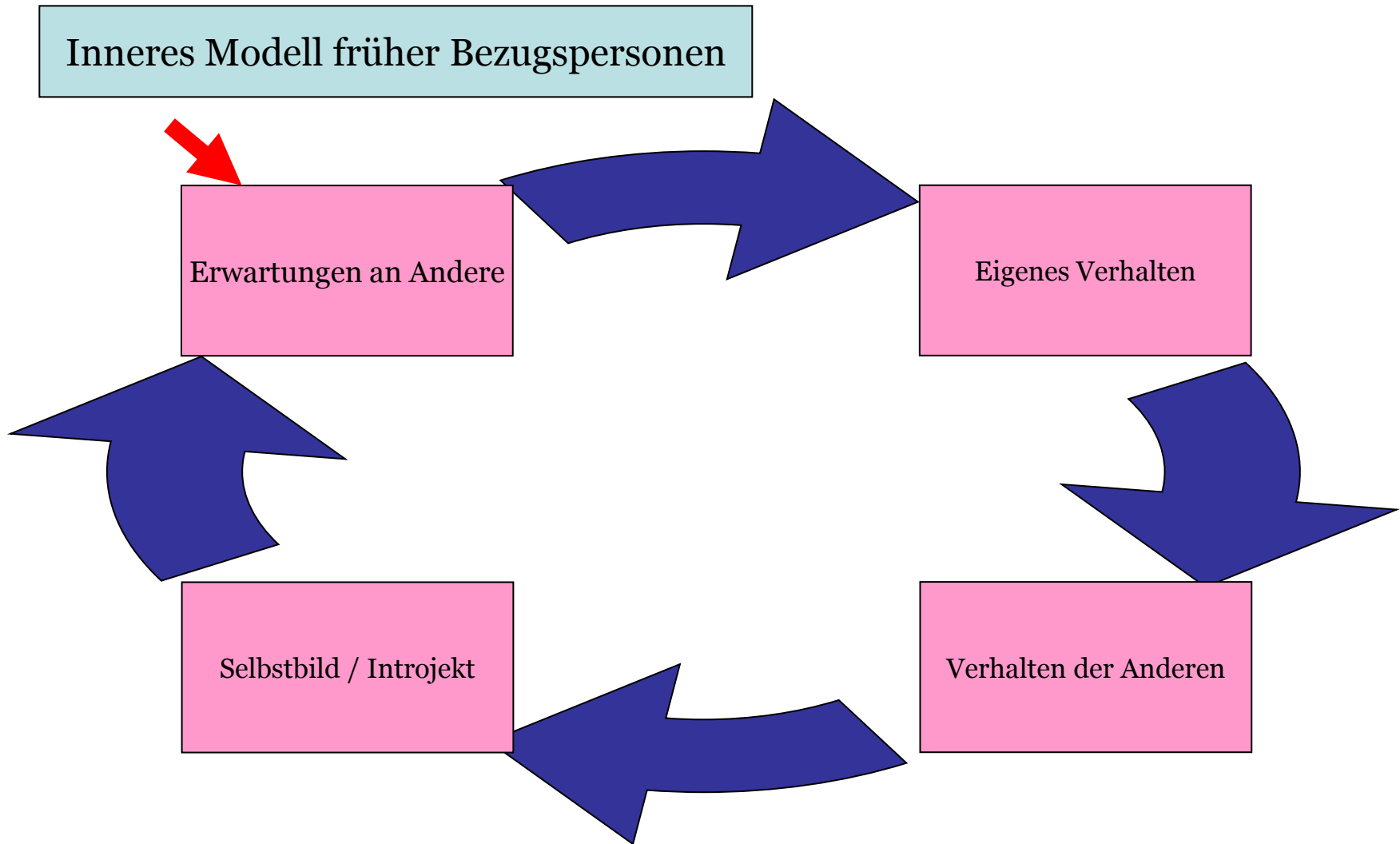
## Vom Du zum Wir

Die Beziehungsfähigkeit des Kindes soll sich verbessern? Wie können wir gemeinsam unsere Ziele erreichen und die Entwicklungsaufgaben des Kindes erfüllen?



Interaktion  
pädagogische  
Begegnung

# Zyklus maladaptiven Bindungsverhaltens

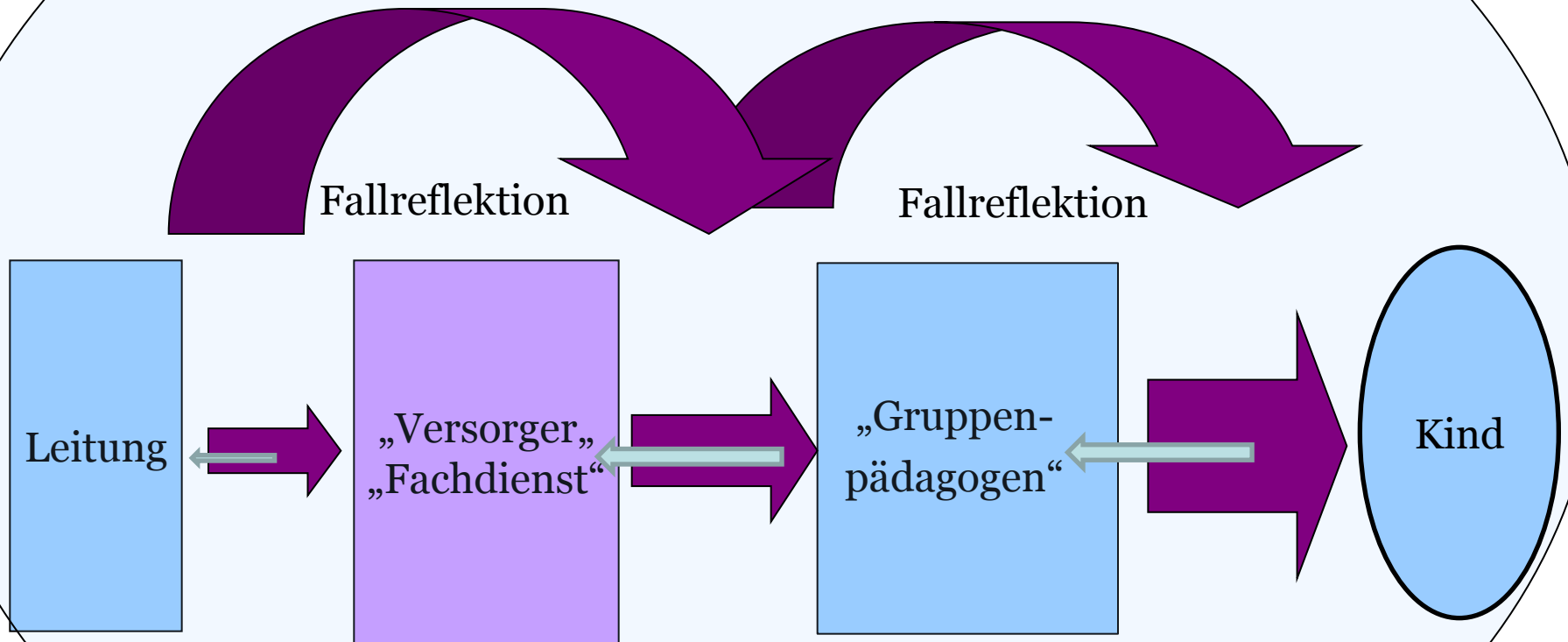


# Kinder- und jugendpsychiatrische Unterstützung

## Andere Perspektive auf die Gestaltung von förderlichen pädagogischer Interaktionen

- › Wie beeinflusst eine psychische Erkrankung die Interaktionen zu den pädagogischen Fachkräften?
- › Welches bio-psycho-sozialen Bedingungen/ Lernerfahrungen könnten dazu beigetragen haben, dass ein Klient solche Beziehungsangebote macht bzw. dieses „problematisierte“ Verhalten zeigt.
- › Was brauchen beide Parteien, dass die Interaktionen effektiver/weniger belastend gestaltet werden können? Wie beeinflusst das Wissen um den guten Grund des kindlichen Verhalten die pädagogische Haltung/Intervention?
- › Was brauchen wir (Kind/Jugendliche/r, Mitarbeiter und Institution) um weiter gut zusammenarbeiten zu können?

# Institution



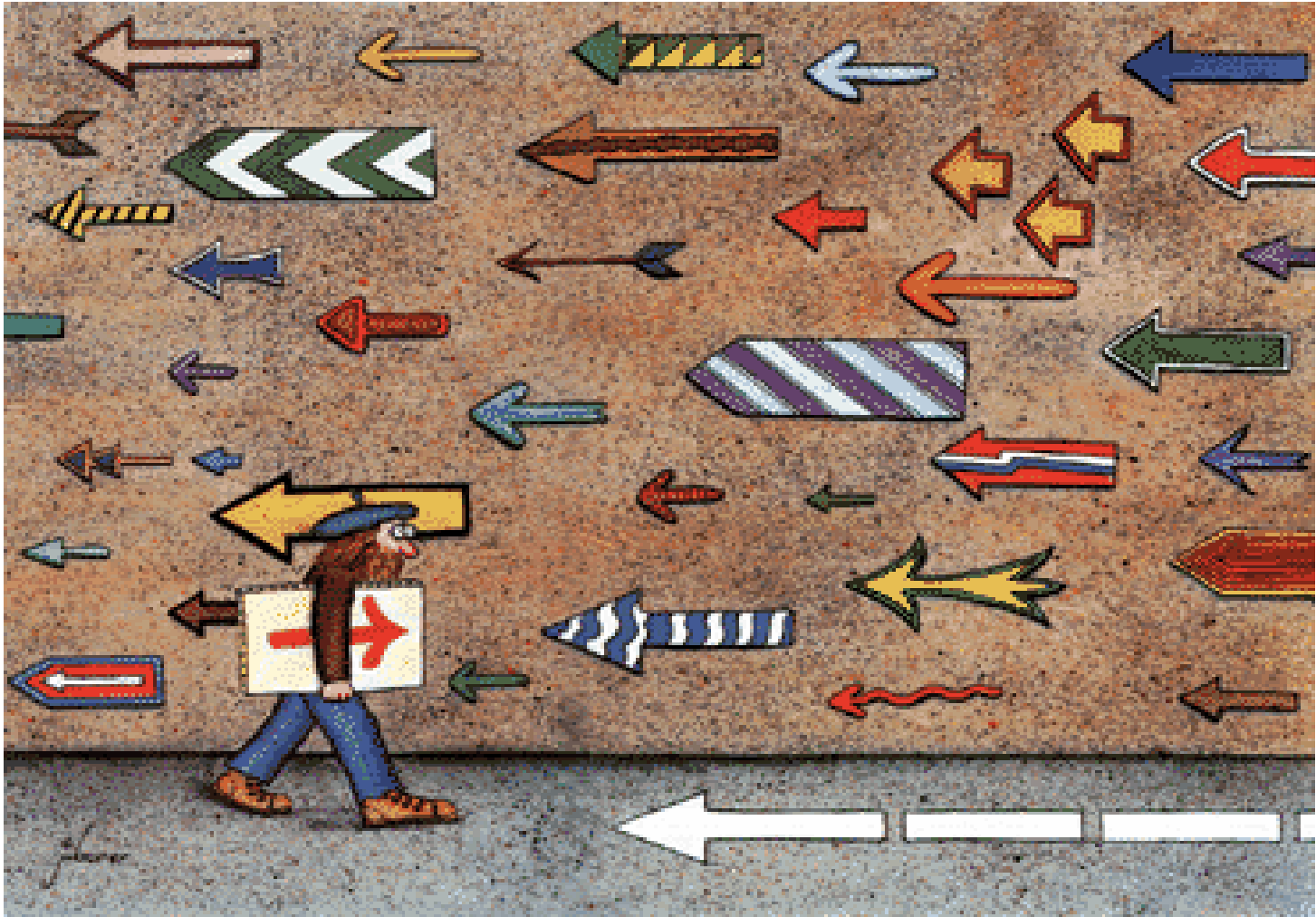
Externe Hilfen: Kinder- und jugendpsychiatrische Liaison, Supervision



# Drei Ebenen der Unterstützung

- › Administrative Ebene (eher Fachdienst)
  - › Abläufe
  - › Fachliche Weisungen
  - › Rechtliche Rahmenbedingungen
- › Edukative Ebene
  - › Vermittlung von Wissen, Techniken
  - › Fallverstehen
- › Supportive Ebene
  - › Emotionale Unterstützung/Entlastung
  - › Verständnis

# Neue Beziehungserfahrungen führen zu Veränderung



# Fazit

- › Traumatische Erfahrungen und Psychische Erkrankungen sind in der stationären Jugendhilfe die Regel, nicht die Ausnahme.
- › Die hohe psychische Belastung von fremdplatzierten Kindern rechtfertigt eine kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung (Screening) bei jedem neu aufgenommenen Klienten.
- › Pädagogische Fachkräfte leisten unglaublich viel in der Betreuung dieser schwer belasteten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Heimerziehung ist sehr erfolgreich und kosteneffektiv .
- › Viele Heranwachsende leiden unter komplexen, schwer zu behandelnden Störungsbildern. Ihre belastenden Beziehungserfahrung erschweren die pädagogische und psychotherapeutische Arbeit – höheres Abbruchrisiko.
- › Zentral ist die Förderungen des Verständnisses dafür, wie die psychische Belastung und Bindungsvorerfahrungen die pädagogische Beziehungen beeinflussen.
- › Die Selbstwirksamkeit der sozialpädagogischen Fachkräfte ist der Schlüssel zu erfolgreicher Heimerziehung – das ist im Wesentlichen eine Haltungsfrage.

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

## Auf die Haltung kommt es an!

„Haltung ist eine kleine Sache,  
die einen grossen Unterschied  
macht.“

*Sir Winston Churchill*

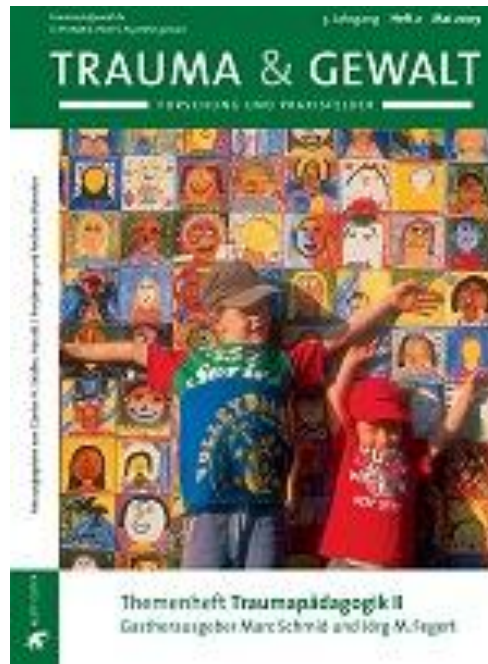
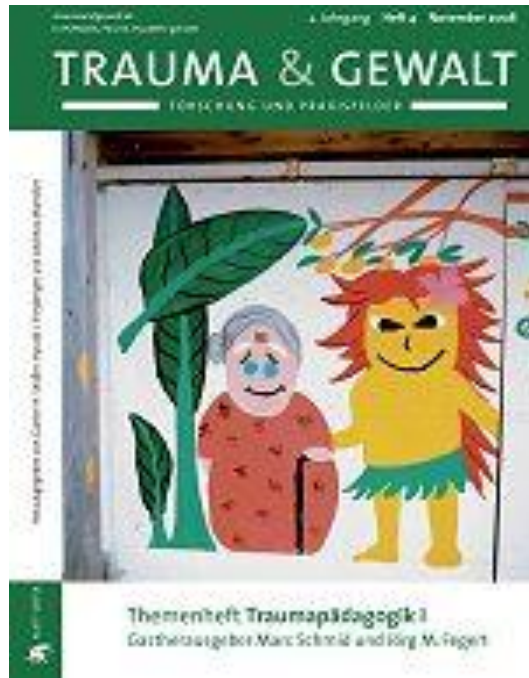
Slides unter [www.EQUALS:CH](http://www.EQUALS:CH)

# EQUALS



[http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Churchill\\_V\\_sign\\_HU\\_55521.jpg&filetimestamp=20080414235020](http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Churchill_V_sign_HU_55521.jpg&filetimestamp=20080414235020)

# Kontakt und Literatur



Marc Schmid  
Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik  
Schanzenstrasse 13, CH-4056 Basel  
+41 61 265 89 74  
[marc.schmid@upkbs.ch](mailto:marc.schmid@upkbs.ch), [www.upkbs.ch](http://www.upkbs.ch)  
[www.equals.ch](http://www.equals.ch) [www.IPKJ.ch](http://www.IPKJ.ch)



Haltungselemente	Ebene des Kindes in der Pädagogik	Kooperationspartner
<b>Gleichwürdigkeit</b>	Wertschätzung der Bedürfnisse des Kindes als Gleichwertig mit denen der Erwachsenen	Gleiche Wertschätzung der Profession, Arbeitsleistung der beteiligten Kooperationspartner.
<b>Authentizität</b>	Man reagiert dem Kind gegenüber authentisch und kommuniziert seine Grenzen, Motive und Emotionen transparent.	Man reagiert dem Kooperationspartner gegenüber authentisch und kommuniziert seine Grenzen, Motive und Emotionen transparent.
<b>Integrität</b>	Die Eltern /Pädagogen achten auf ihre eigene Integrität und achten die Integrität ihrer Kinder. Grenzen, Kompetenzen und Autonomiebedürfnisse der Kinder werden gewahrt.	Jeder Kooperationspartner und Disziplin achtet auf ihre eigene Integrität und beachtet die der anderen. Die Grenzen aber auch die ureigensten Kompetenzen der eigenen Profession werden gewahrt und bewusst eingebracht.
<b>Verantwortung</b>	Die Eltern/Pädagogen übernehmen ihre Verantwortung übertragen dem Kind aber auch die seinem Entwicklungsstand entsprechende Eigen- Verantwortung und unterstützen die Kinder ihre Verantwortung adäquat zu übernehmen.	Die Kooperationspartner übernehmen Verantwortung für ihre Belange und übertragen und lassen die Verantwortung bei anderen Kooperationspartner
<b>Ressourcenorientierung</b>	Es wird besonders beim Kind auf seine Stärken geachtet, die Dinge die gut funktionieren werden verstärkt und intensiv reflektiert.	Es wird besonders auf Stärken des Kooperationspartners geachtet und die Dinge die gut funktionieren werden verstärkt und nochmals reflektiert.
<b>Freude</b>	Es wird gemeinsam gelacht und Aktivitäten die Freude machen werden gemeinsam untermauert	Freude in der Kooperation leben, sich auch ausserhalb der Fallarbeit für einander interessieren.

Haltungselemente	Ebene des Kindes	Kooperationspartner
<b>Unbedingte Wertschätzung</b>	Wertschätzung der Überlebensleistung und der Besonderheit des Kindes.	Wertschätzung der Profession, Arbeitsleistung .
<b>"Guter Grund"</b>	Hinter jedem Problemverhalten und Widerstand des Kindes steckt ein "guter Grund".	Hinter Fehlverhalten oder Widerstand eines Kooperationspartners steckt "ein guter Grund".
<b>Individualisierung</b>	Jedes Kind benötigt eine andere Förderung und es darf nicht über- und unterfordert werden. Auf die Bedürfnisse der Kinder wird individuell eingegangen.	Jeder Kooperationspartner und Disziplin. Hat spezifische Stärken die Sie in den Hilfeprozess einbringen kann.
<b>Achtsamkeit</b>	Achtsamkeit auf Spannungszustände, Anzeichen von Über- und Unterforderung.	Achtsamkeit auf Verhaltensweisen, die sich negativ auf die Kooperation und die Beziehung der Partner auswirken könnten.
<b>Transparenz</b>	Das Kind wird über alle für das Kind relevanten Abläufe informiert und die Motive der Erwachsenen werden offen gelegt und gegebenenfalls erklärt	Ich informiere die Kooperationspartner Transparent und zeitnah über die Abläufe, Geschehnisse (d.h. auch die Probleme) und die Motive werden offen gelegt und erklärt
<b>Partizipation</b>	Wichtige Entscheidungen und Regelungen werden gemeinsam ausgehandelt. Das Kind darf, wo immer möglich, (mit)entscheiden.	Wichtige Entscheidungen und Regelungen werden gemeinsam ausgehandelt. Kooperationspartner können, wo immer möglich, (mit)entscheiden.