

Wenn Worte fehlen

Traumatisierten Kindern „eine Stimme“ geben



Fotoquelle: Getty Images

Workshop, WJT, München, 25,06.2013

DEFINITION

Trauma

bedeutet ein „vitales **Diskrepanz-Erlebnis** zwischen **bedrohlichen Situationsfaktoren** und **individuellen Bewältigungsmöglichkeiten**, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte **Erschütterung von Selbst- und Weltbild** bewirkt.“

TRAUMA-BEGRIFFLICHKEITEN

- Schocktraumatisierung vs. Beziehungstraumatisierung
- komplexe Traumatisierung
- Frühtraumatisierung
- sekundäre Traumatisierung

- Neurobiologie der Trauma-Verarbeitung

- Traumagedächtnis vs. explizites Gedächtnis

- Traumafolge-Symptome (→ Symptom als Lösungsversuch)

- Trauma-Dynamiken:
 - „traumatische“ Bindung (Loyalität, Schweigegebot)
 - Affektregulation
 - Dissoziation
 - Täter/Opfer-Introjekte

- Hilfen in Beratung und Therapie frühtraumatisierter Kinder und Jugendlicher

TRAUMA-URSACHEN

Schocktraumatisierung



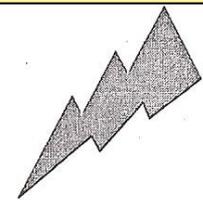
URSACHE		einmalige (Monotraumata)	anhaltende (chronisch, mehrfach, komplex)
Natur-Katastrophen		z.B. Erdbeben, Überschwemmung	Daraus resultierender Heimatverlust und Verarmung
Man-made Disaster	Identifikationsferne Täter	z.B. ein Überfall durch fremde Soldaten	z.B. daraus resultierende Vertreibung
	Identifikationsfigur	Bedrohung bzw. Übergriff durch vertraute Menschen, durch Familienangehörige, durch Mutter oder Vater	Misshandlung, Missbrauch oder seelische Grausamkeit im sozialen Nahfeld, ... in der Familie, durch Mutter oder Vater



Beziehungstraumatisierung

Die Traumatische Zange

Existentiell bedrohliches Ereignis



Angst, Schmerz, Alarmreaktion des Körpers

KEV -
Kognitions-
Emotions-
Verhaltens-Muster

Keine Bindungsperson

Keine Fluchtmöglichkeit

No Flight

No Fight

Keine Kampfmöglichkeit

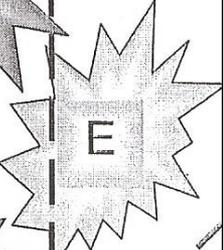
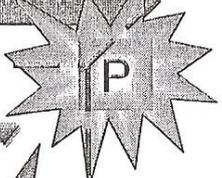
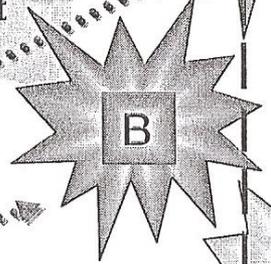
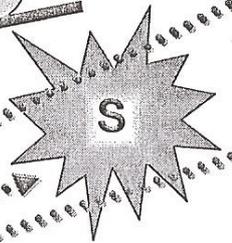
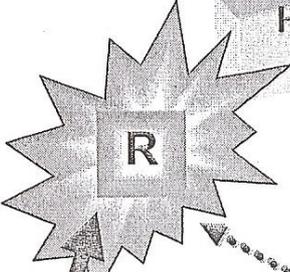
Hilflosigkeit

Freeze

Dissoziation

Ohnmacht

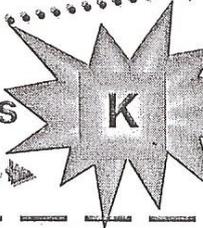
Ausgeliefertsein



Unterwerfung
„Submission“

TRAUMA

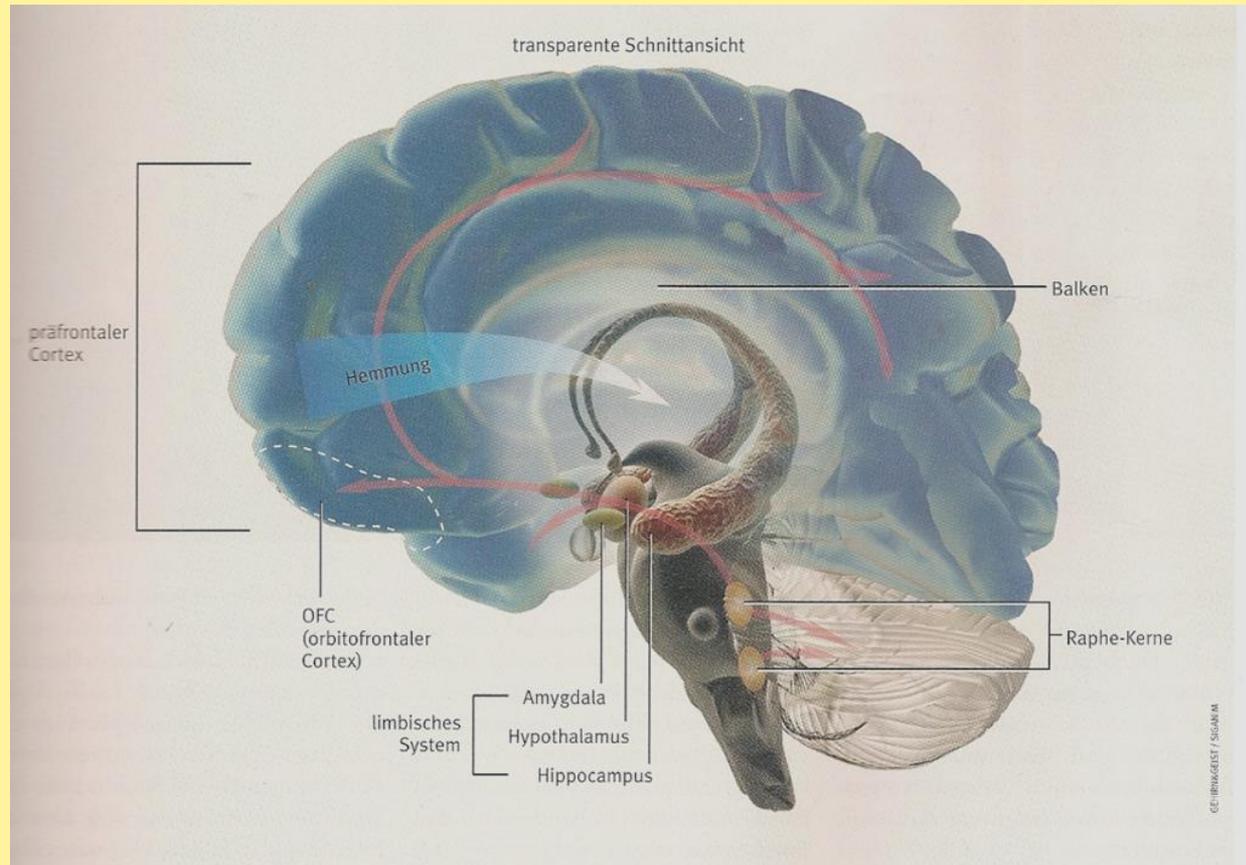
Fragments



NEUROBIOLOGISCHE GRUNDLAGEN

bei Gefahr

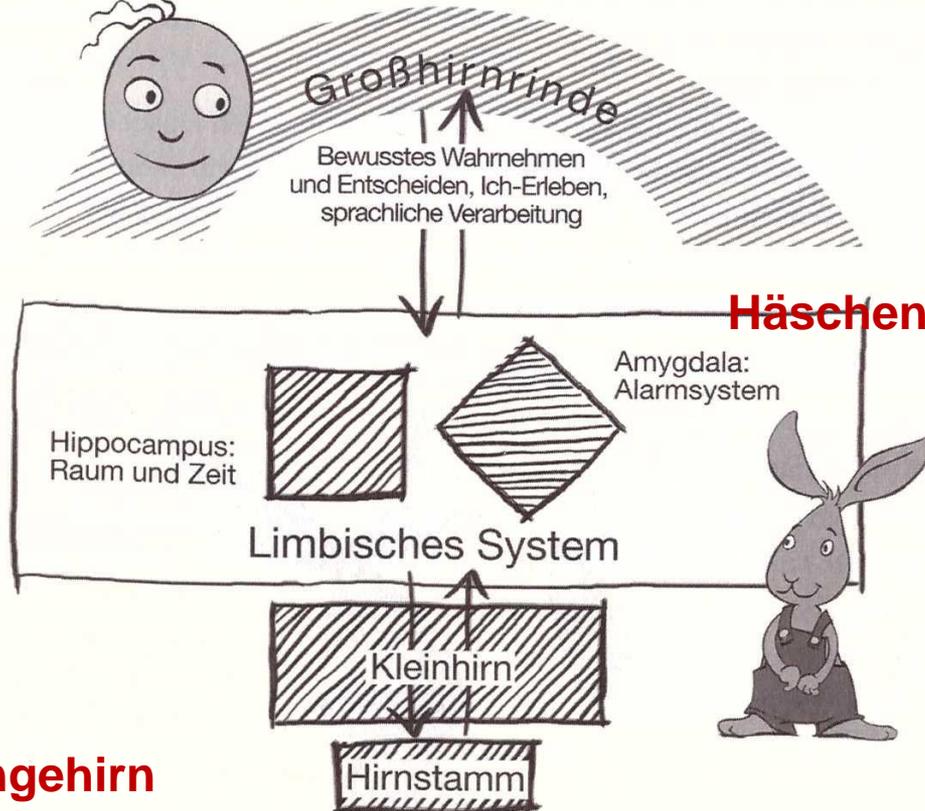
>hohe Amygdala-Aktivität>Überschwemmung des Gehirns mit negativen



Emotionen> Hemmung der Integration des Erlebten ins explizite Gedächtnis

NEUROBIOLOGISCHE GRUNDLAGEN

Denker, Professorengehirn



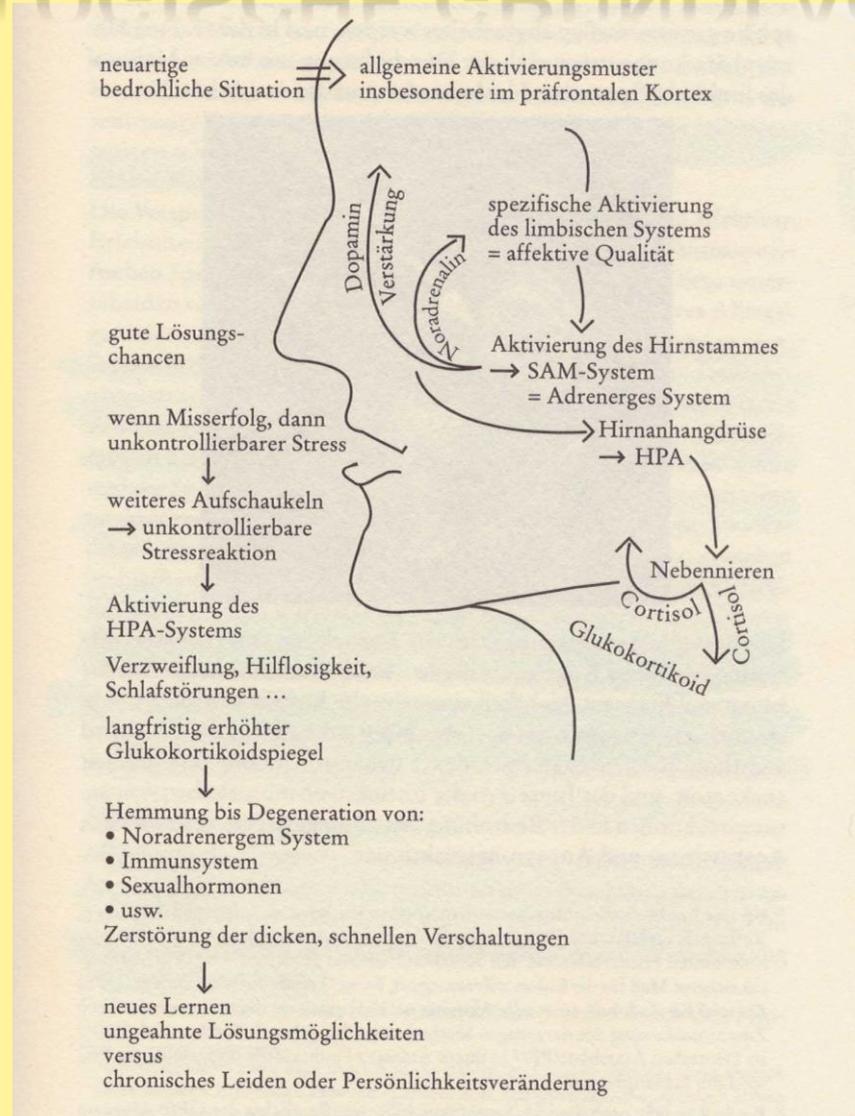
Häschen, Säugetiergehirn

Krokodil, Reptiliengehirn

Abbildung 3: Zusammenarbeit der Hirnteile

NEUROBIOLOGISCHE GRUNDLAGEN

Traumaspesifische kortikale Erregung



PROZESSVERLAUF BEI TRAUMATISIERUNG

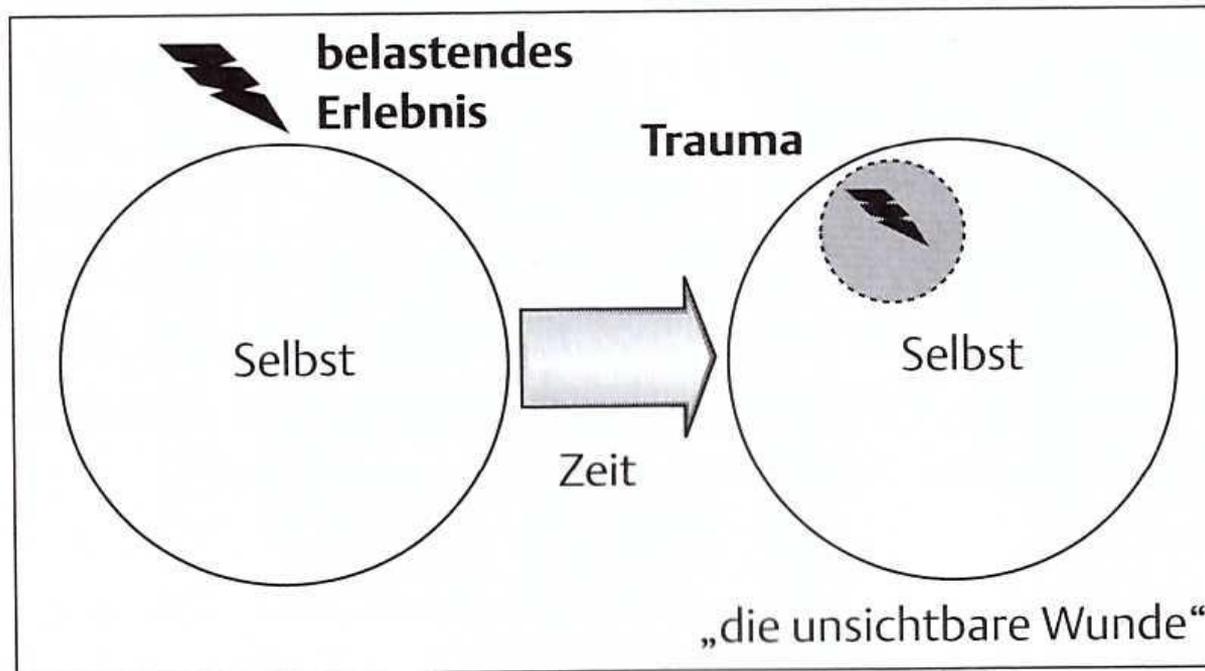
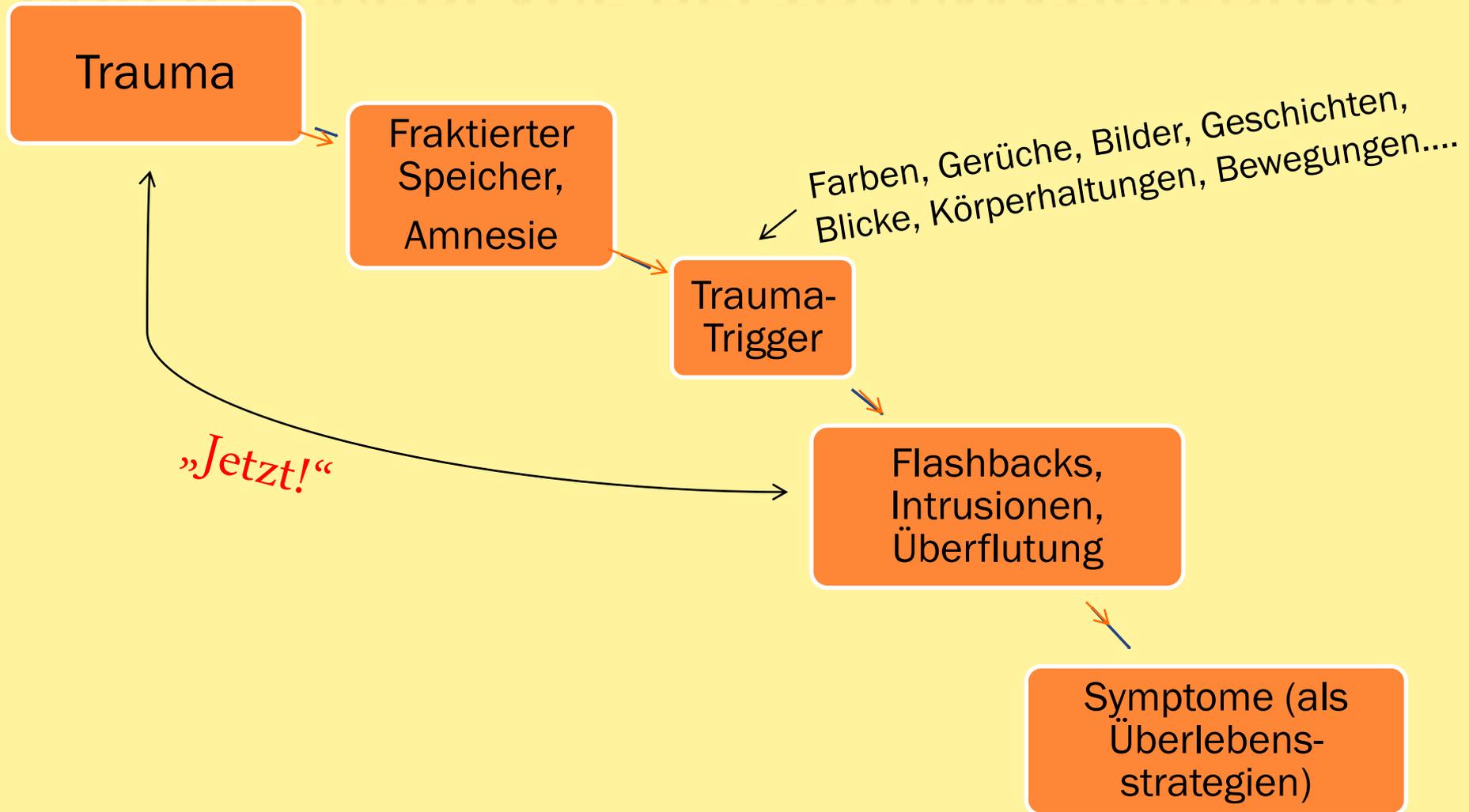


Abb. 1.1 Psychisches Trauma als „unsichtbare Wunde“.

PROZESSVERLAUF BEI TRAUMATISIERUNG



TRAUMA-GEDÄCHTNISPROZESSE

Während traumatischer Ereignisse werden die einzelnen Sinneseindrücke nicht als zusammenhängende Erinnerungsgeschichte gespeichert, sondern als „**wilde Sammlung**“ von

- Bildern,
- **Stimmen,**
- Geräuschen,
- **Gerüchen,**
- Geschmacksempfindungen,
- **körperlichen Empfindungen,**
- Gefühlszuständen und
- **Verhaltensmustern**

im sog. **impliziten Langzeitgedächtnis** („Traumagedächtnis“) abgelegt.

TRAUMA-GEDÄCHTNISPROZESSE

das explizite Gedächtnis

rechter
Hippoca
mpus

bewusst abrufbare
Erinnerungen, Fakten,
„normale Lebensereignisse“,
Gefühle als sachliche Fakten

- ... funktioniert nur in psychisch stabilem Zustand,
- ... **schaltet bei Stress ab**,
- ... kann bewusst abgerufen u. gestoppt werden, ...
- ... **unterliegt einem Lernprozess**,
- ... hat kaum emotionaler Einfluss auf aktuelles
Fühlen und Handeln,
- ... **ist an Sprache gekoppelt (narrative Erinnerung)**
- ... ist mit der eigenen Biografie verknüpfbar
- ... **ist gut mit beiden Großhirnrinden vernetzt**
- ... eine raumzeitliche Einordnung des Geschehens
ist möglich (Anfang, Mitte, Ende)
- ... **die Erinnerungen gehören zum Selbst u. zum
Dort und Damals (es ist mir wirklich passiert)**
- ... funktioniert erst ab 2.-3. Lebensjahr
- ... **arbeitet ab 10. Lebensjahr gut**

das implizite Gedächtnis

Amygdala

alle Erlebnisse,
die mit starken
Affekten
verbunden sind

- ... arbeitet um so besser, je stärker die Gefühle sind
- ... **setzt bereits bei der (psychischen) Geburt ein**,
- ... meist kein willkürlicher Zugriff möglich,
- ... **ausgelöst durch „Trigger“**,
- ... Speicherung in „verdaubaren“ Einzelstücken,
- ... **über Jahre wie „frisch“ konserviert**,
- ... keine Lernerfahrung möglich,
- ... **keine Raum-Zeit-Orientierung**,
- ... konzentriert auf Hier-und Jetzt-Erleben
- ... **überwiegend nicht-sprachlich gespeichert**
- ... Verbindung zum Sprachzentrum blockiert
- ... **fragmentiert**
- ... ohne Integration ins Selbst
- ... **bereits im Embryonalzustand zu arbeiten**

TRAUMA-TRIAS

3 Hauptreaktions-Bereiche:

- **Vermeidung aller Reize**, die mit dem Trauma zusammenhängen, Einengung der Lebendigkeit und des Verhaltens
Symptome: Abstumpfung, „Numbing“, Rückzug, Konzentrationsstörungen, Somatisierung, depressive Symptomatik
- **Dauerndes Wiedererleben** (Intrusionen) von Teilen der traumatischen Erinnerung bis hin zu intensiven Wiedererlebens-Sequenzen, oftmals ein völliges Wegtreten in die Erinnerung (Dissoziation)
Symptome: Flashbacks, dissoziative Phänomene, Überflutung, Schlafstörungen, Depersonalisation
- **Übererregung, übermäßige Aufmerksamkeit** (Hypervigilanz), der Organismus reagiert auf kleinste Reize, die an das Trauma erinnern, wie auf eine Vernichtungsbedrohung
Symptome: Hyperaktivität, Impulsivität, Reinszenierungen, Dissozialität

TRAUMA-SYMPTOMBILDUNG

„Erst wenn die Wahrheit anerkannt ist, kann die Genesung des Opfers beginnen. Doch sehr viel häufiger wird das Schweigen aufrechterhalten, und die Geschichte des traumatischen Ereignisses taucht nicht als Erzählung auf, sondern als Symptom.“

Judith Herman in: „Die Narben der Gewalt“, Junfermann, 2003

TRAUMA-SYMPTOMBILDUNG

- jede **Symptombildung** hat mit äußerer Bedrohung (wann und wo auch immer stattgehabt) zu tun
- je heftiger die **Symptomatik**, desto massiver in der Regel die Traumatisierung
- ein **Symptom** steht im Dienste des Schutzes vor Fragmentierung und Dekompensation
- auch wenn das Kind in äußerer Sicherheit ist (z.B. bei guten Pflegeeltern), **überdauern** die Gefühle der Todesangst und der Ohnmachtsgefühle und mit diesen die Überlebenssymptomatik

TRAUMA-SYMPATOMATIK BEI JUNGEN KINDERN (≤ 4)

1. Konfrontation mit einem bedrohlichen Ereignis

2. Wiedererleben

Posttraumatisches Spiel
Angstträume
Episoden mit objektiven Anzeichen von Flashbacks/ Dissoziation
Intensive psychische Belastung bei Konfrontation
Intensive körperliche Reaktion bei Konfrontation

3. Emotionale Betäubung (Numbing) u./o. Vermeidung

Einschränkung des Spielverhaltens
Sozialer Rückzug
Eingeschränkter Affekt

4. Erhöhtes Arousal

Nächtliche Furcht
Reizbarkeit, Wutausbrüche
Konzentrationsschwierigkeiten
Übermäßige Wachsamkeit
Übertriebene Schreckreaktion

5. Zusätzliche Symptome

Verlust von Fähigkeiten (Sprache, Kontinenz...)
Neu auftretende Ängste und Aggression

BEZIEHUNGSTRAUMATISIERUNG

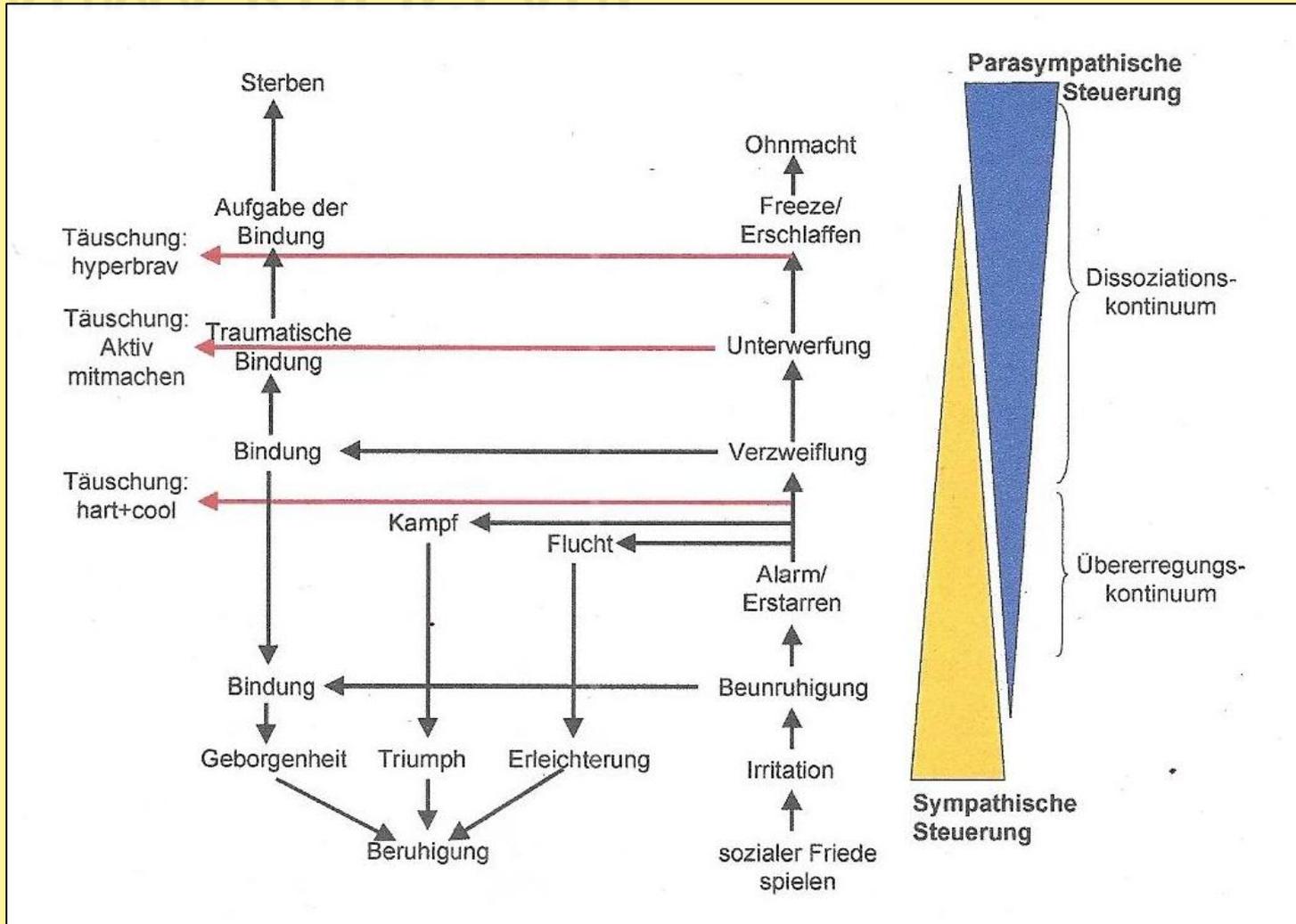
Eltern bzw. Bezugspersonen, die eigentlich zuständig sind für die Affekt- und Stressregulation in den ersten Lebensjahren ihres Kindes, wirken schädigend auf das Kind und seine Entwicklung ein.

BEZIEHUNGSTRAUMATISIERUNG

- Schwer wiegende Deprivation
- Vernachlässigung
- Misshandlung
- Emotionale und sexuelle Gewalt
- Instrumentalisierung im Trennungskonflikt
- Schwere Kränkung und Erniedrigung

**chronischer
Stress
beim Kind**

TRAUMA-KREISLAUF



TÄUSCHUNG

als vierte Stressreaktion

(die „überzeugende Fassade“)

Das Bindungsbedürfnis eines Kindes steht hierarchisch **vor** dem Bedürfnis nach körperlicher Integrität und organismischer Aktualisierung.

Im **Kompromiss des Täuschungsverhaltens** schickt sich das Kind in das Unvermeidliche, verbindet Nachgeben und Aktivität und sichert so sein physisches und psychisches Überleben.

REAKTION DES TRAUMA-OPFERS

Je nach Überwiegen der

sympathischen oder **parasympathischen** neuronalen Steuerung reagiert das Kind

- aggressiv, dominant, abwertend (nicht gegen den Täter, meist gegen den „non-offending parent“, Schwächere und Unterlegene)
- überangepasst (Unterwerfung, Lolita-Syndrom, Autoaggressionen, extrem: anaklitische Depression, Tod)

DESORGANISIERTE BINDUNG

Desorganisierte (D-) Komponente

als „Plombe“ über den Bindungsstilen A, B und C

Kennzeichen:

- Kurze motorische und mimische Erstarrungsmomente und Grimassieren mitten in Bewegungs- und Handlungsabläufen
- Extrem gegensätzliches Verhalten des Kindes der Bindungsperson gegenüber (wie Klammern und Treten gleichzeitig)
- Abwendung bei Rückkehr der Bindungsperson
- Rollenumkehr: das Kind verhält sich der Bindungsperson gegenüber dominant oder fürsorglich
- Situationsunangemessene Affekte u./o. Verhalten (Lächeln bei Schmerzen, Trennung in unbekannter Umgebung etc.)
- Antagonistisches Verhalten bei Täterkontakt (überschwängliche Begrüßung, „Strahle“lächeln, Umcircen etc.)

BINDUNG UND AFFEKTREGULATION



„Wenn ich traurig bin, tröstet mich Mama und nimmt mich in den Arm.“

„Ich bin Mama so wichtig, dass sie sich immer um mich kümmert!“



→ *Entwicklung der Bindungsrepräsentation, des Selbstwertgefühls und der Sicht auf die Welt*

Die **Verhaltenssteuerung** und die **Gefühlsregulation** eines Kindes in bindungsrelevanten Situationen hängen ab von den erlebten Interaktionen mit den Bezugspersonen.

BINDUNG UND AFFEKTREGULATION

Bei Vernachlässigung und Frühtraumatisierung:

„Niemand kommt und hilft mir oder tröstet mich, wenn ich alleine bin und furchtbar Angst habe.“

„Ich bin nicht liebens- und beschützenswert. Ich muss ein Fehler auf dieser Welt sein“

→ *Entwicklung einer desorganisierten Bindungsrepräsentation, eines defizitären Selbstwertgefühls und einer pessimistischen Sicht auf die Welt*

BINDUNG UND AFFEKTREGULATION

Wenn das frühtraumatisierte Kind in Stress gerät, **schießen** automatisch die Verhaltensweisen ein, die früher dem Überleben dienten:

Es interpretiert das Ereignis **im Sinne der traumatischen Urerfahrung**, erlebt mitunter völlig andere Dinge als ein äußerer Beobachter und reagiert auf seine Interpretation der Situation mit traumatischer Projektion.

Kinder können dann z. B. **tatsächlich empfinden**, dass sie geschlagen werden, obwohl sie nur wütend angeraunzt oder angeschaut wurden.

FOLGEN KOMPLEXER TRAUMATISIERUNG

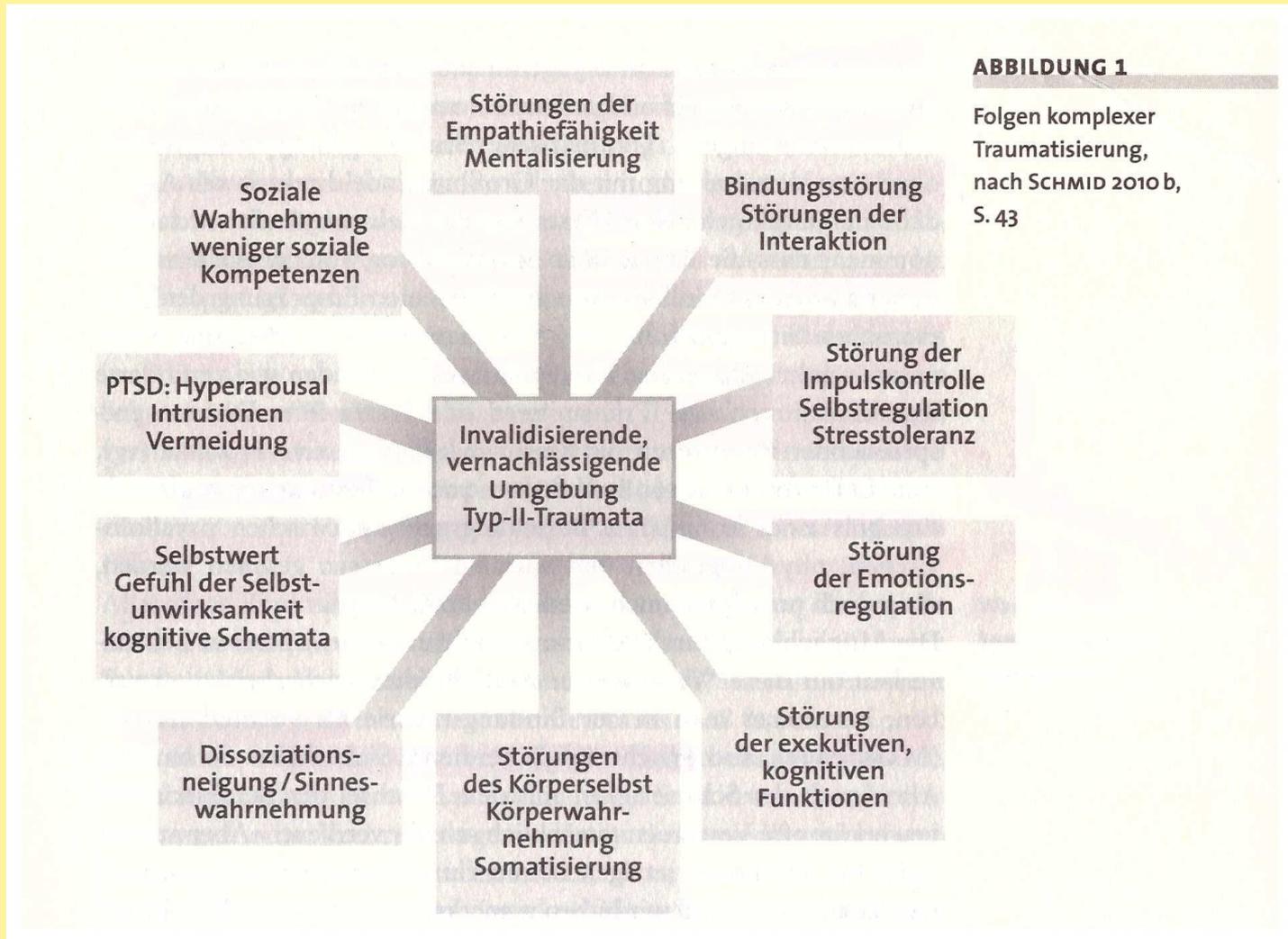


ABBILDUNG 1

Folgen komplexer Traumatisierung, nach SCHMID 2010 b, S. 43

TRAUMA- DISSOZIATION

Dissoziation bei traumatischem Stress

... ist eine Notfallreaktion während der Traumatisierung und dient dem Überleben.

Kinder haben eine wesentlich stärkere dissoziative Abwehr als Erwachsene.

(„Flucht nach innen“, „Von Draußen auf den Körper schauen“, „Ich geh‘ weg...“)

TRAUMA-DISSOZIATION

Dissoziation

hat seine Wurzel in einer **Opfererfahrung** in der **Vergangenheit**

Aktueller Auslöser ist jeweils eine **subjektive** Bedrohungserfahrung im Hier und Jetzt, dann schaltet der Bewusstseins- und Verhaltensmodus um („Kippen“/“Switchen“):

- entweder auf:
aggressiv, vernichtend, zerstörerisch, abwertend
(wenn das Gegenüber als schwächer eingeschätzt wird → Täterintrojekt)
- oder auf:
Unterwerfung, Totstellen, Schmeicheln, scheinbares Mitmachen
(wenn das Gegenüber als stärker erlebt wird → Opferintrojekt)

Durch spezifische Trigger in **springt die Vergangenheit die Gegenwart** und verändert die Wahrnehmung des Kindes.

TÄTER- UND OPFER-INTROJEKTE

Täter- und Opferintrojekte

Introjekte sind mentale Abbilder von physischen Objekten des Aussenraumes auf der inneren Bühne.

Introjektion nennt man den Prozess, durch den die Rolle und die Funktion einer realen Person durch ein „Introjekt“ übernommen wird (mentale Repräsentation einer Person).

TÄTER- U. OPFER-INTROJEKTE

Sowohl im therapeutischen Rahmen als auch im Erziehungskontext inszeniert sich zwischen Kind und Interaktionspartner etwas, das mit der Täter-Opfer-Dynamik zu tun hat.

Der Täter ist symbolisch immer mit im Raum.

Das Kind internalisiert auch die Schuldgefühle des Täters.

TÄTER- U. OPFER-INTROJEKTE

Welches Bedürfnis befriedigt das Kind, indem es auf der Täterseite ist?

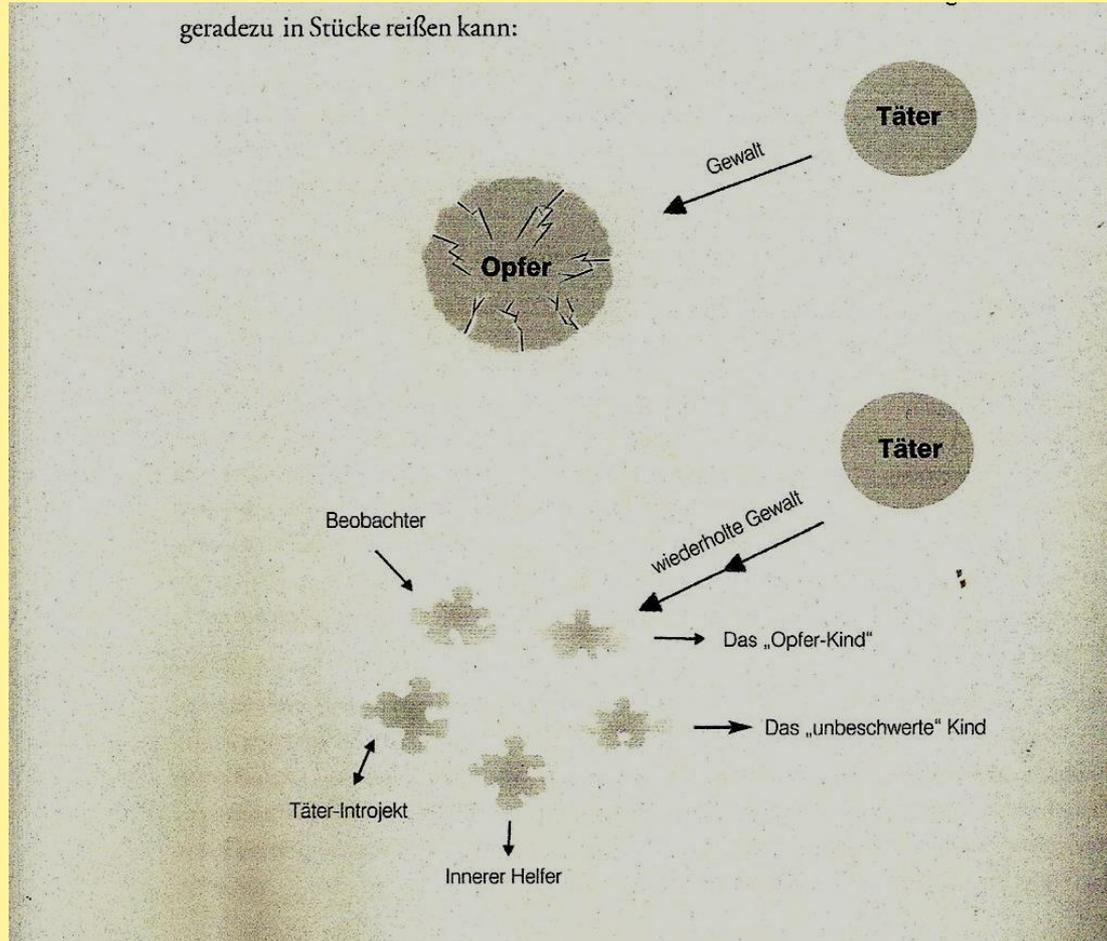
- es gerät aus der Hilflosigkeit
- es kann aktiv werden
- es ist der Gewinner
- es bekommt Anerkennung von den Gleichaltrigen
- „seine Angst“ wird zu „Angst vor ihm“

TÄTER- U. OPFER-INTROJEKTE

Im Umgang mit Täter-Introjekten ist es wichtig und hilfreich, zu verstehen,

dass die Täter-Introjekte ursprünglich eine **positive, lebenserhaltende Bedeutung** für das Kind hatten, sie zu **würdigen** und in die Persönlichkeit zu **integrieren**.

TÄTER- UND OPFER-INTROJEKTE



TÄTER- U. OPFER-INTROJEKTE

Täter-Introjekt

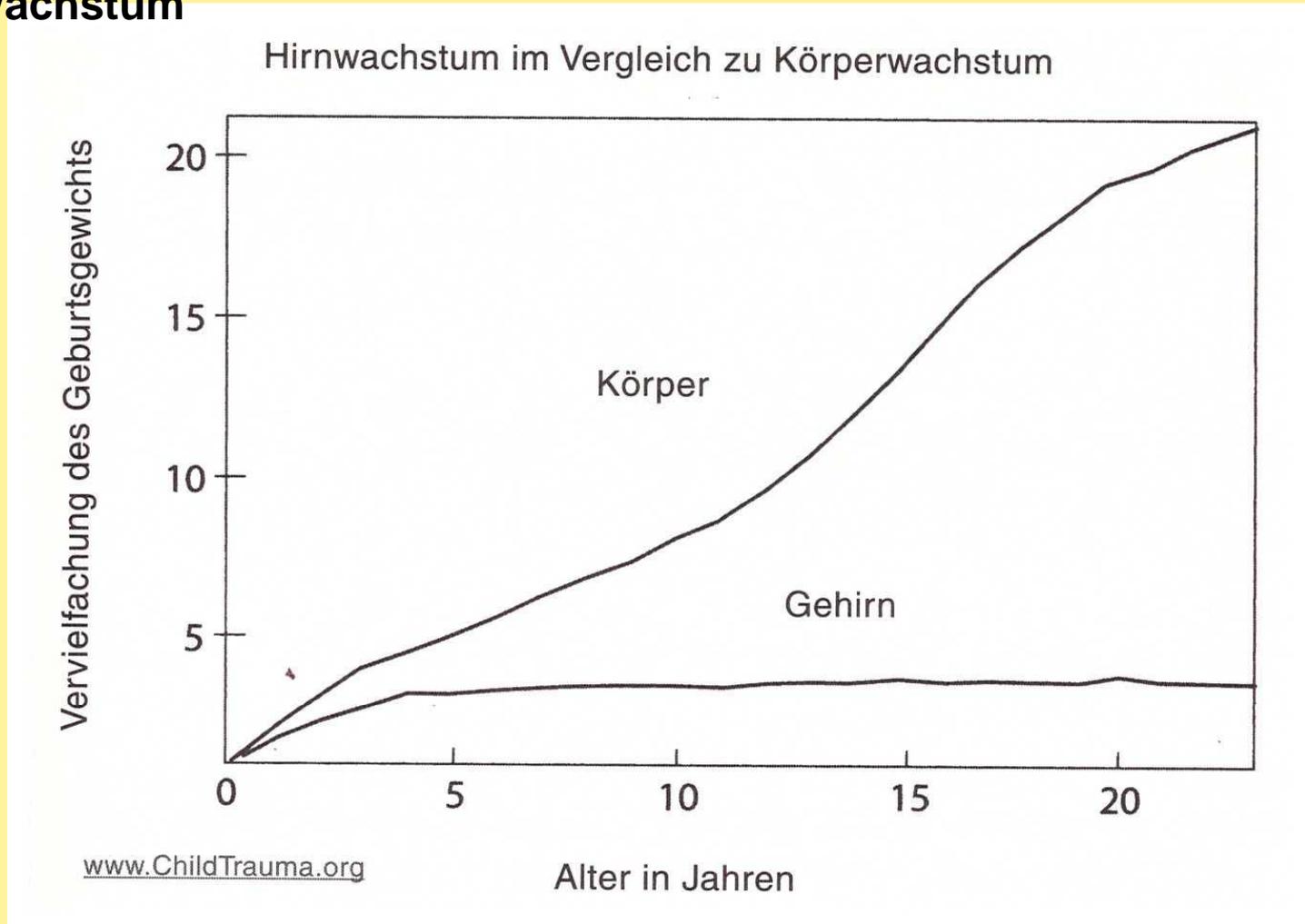
- mächtig
- grandios
- überlegen
- hasserfüllt
- mächtig
- wütend-aggressiv

Opfer-Introjekt

- wertlos
- schwach
- unterlegen
- hilflos
- verwundbar

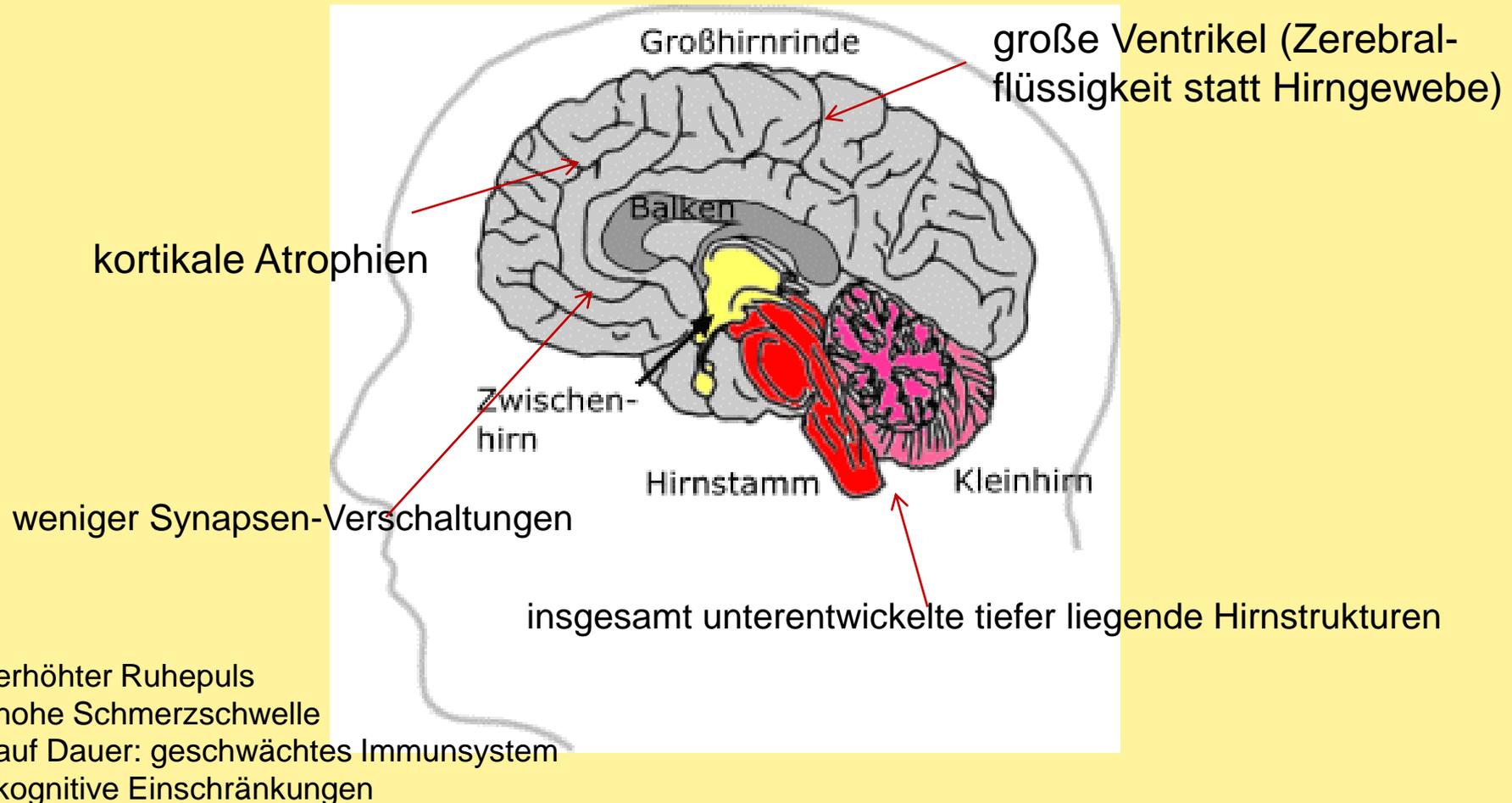
NEUROPHYSIOLOGIE BEI FRÜHTRAUMATISIERUNG

Gehirnwachstum

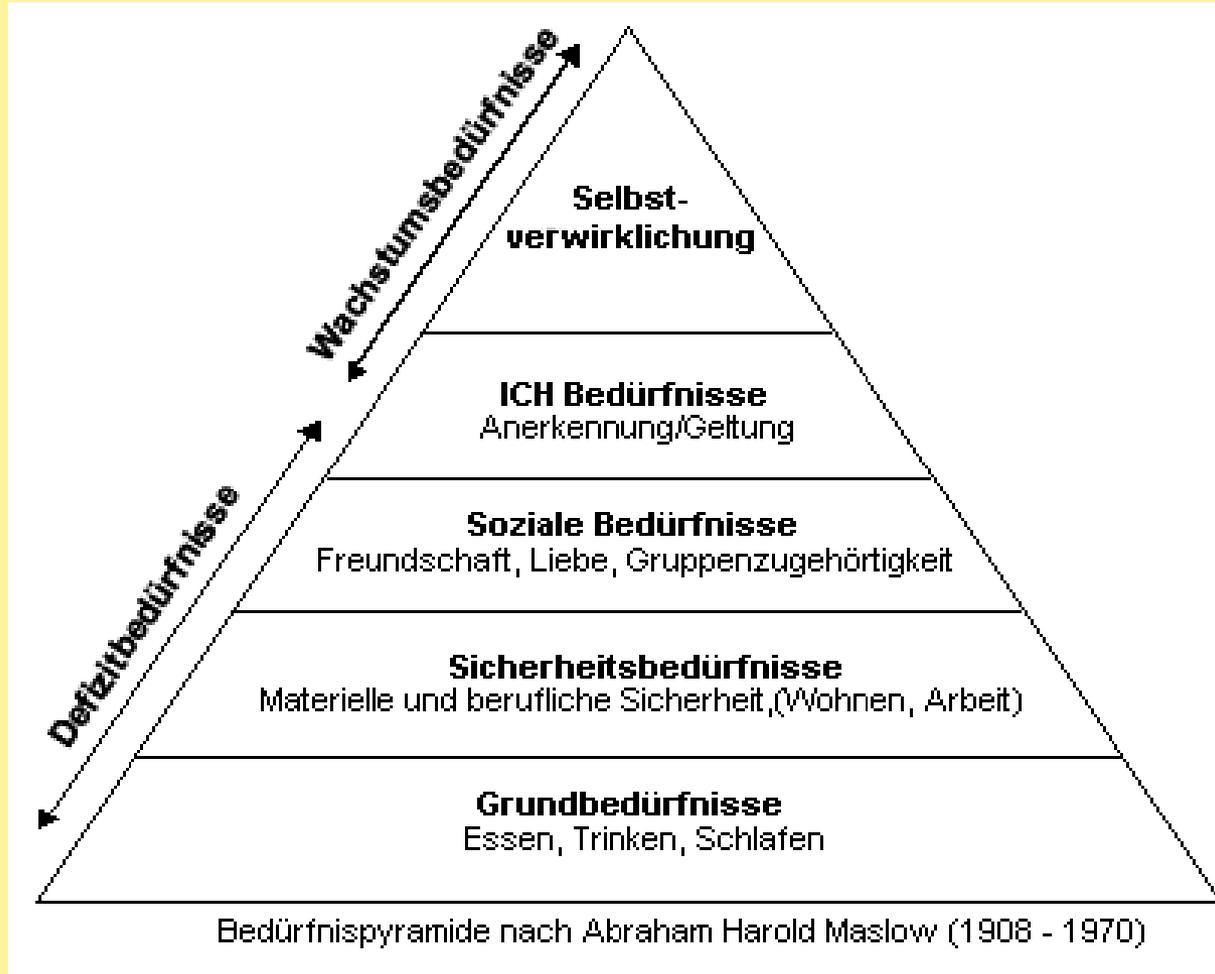


NEUROPHYSIOLOGIE BEI FRÜHTRAUMATISIERUNG

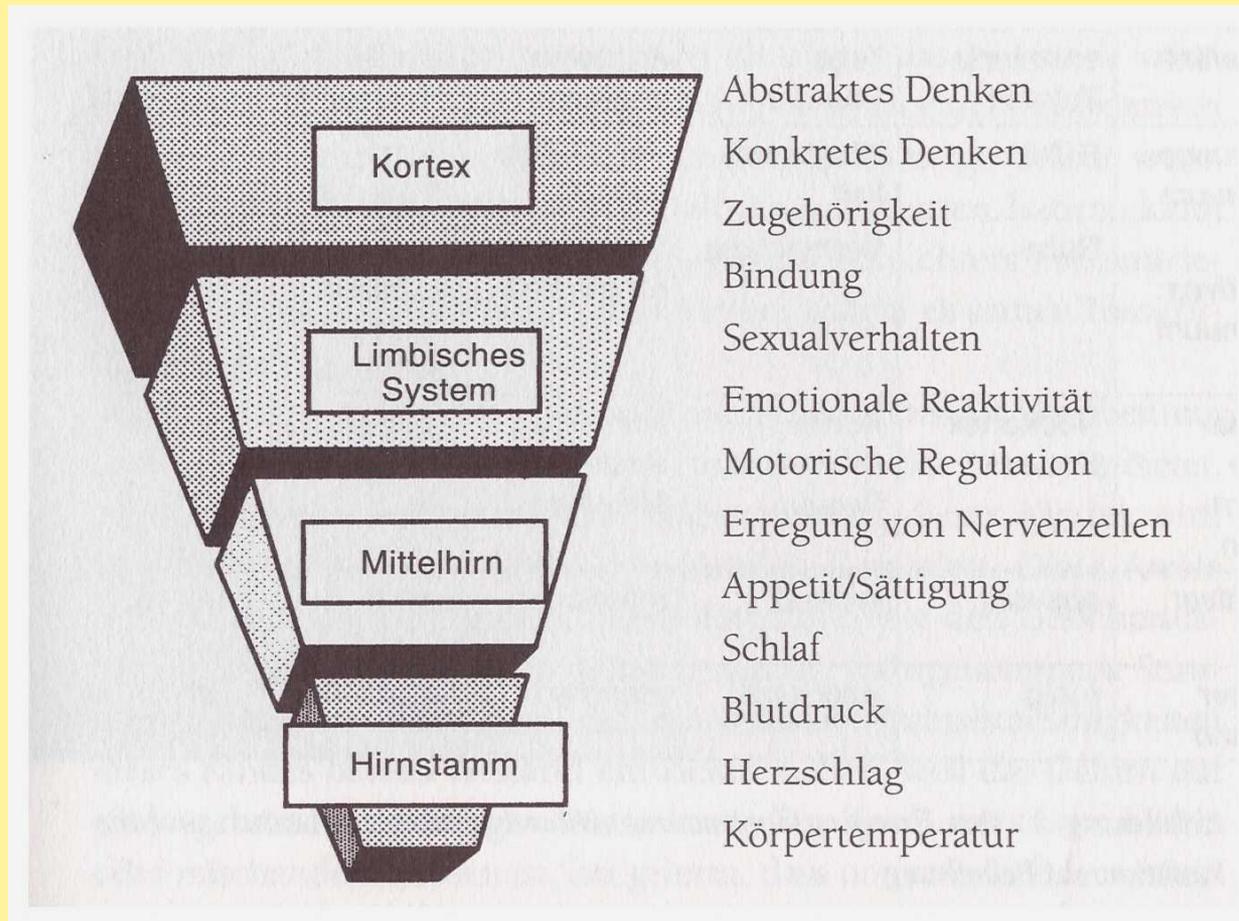
Langanhaltende Stressreaktionen führen zu Veränderungen des Aufbaus und der Funktionen des kindlichen Gehirns



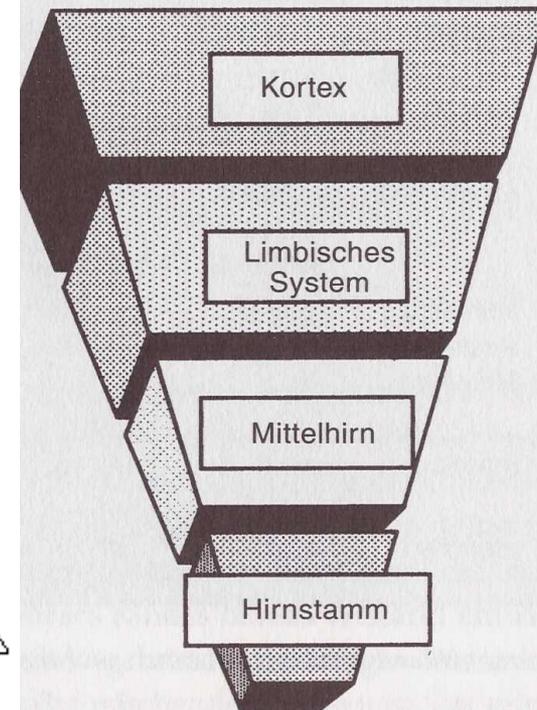
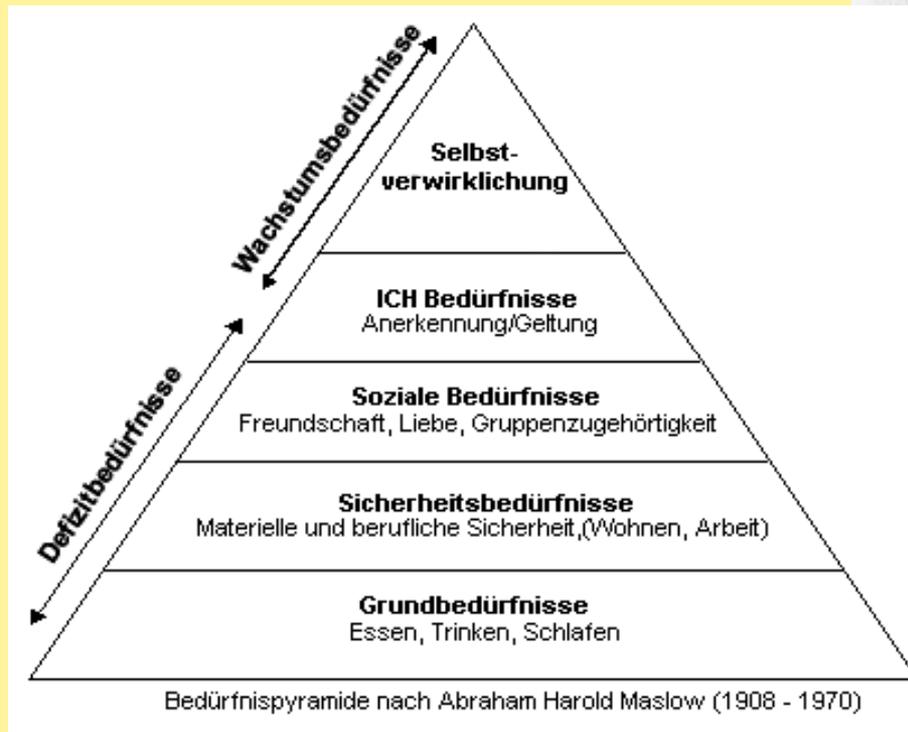
BEDÜRFNISPYRAMIDE NACH MASLOW



HIERARCHIE DER GEHIRNFUNKTION

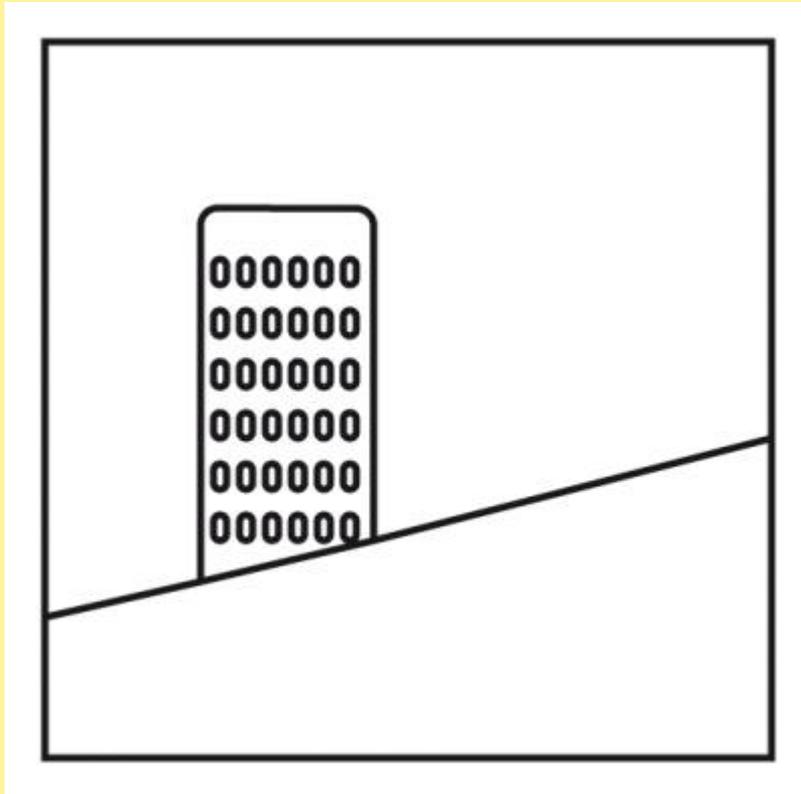


BEDÜRFNIS- U. GEHIRNFUNKTIONSHIERARCHIE



DAS PISA-PROJEKT

Restaurierungsbedarf



...auf schrägem Gelände adäquat gebaut

raum-zeitliche Verortung:
„Da wurde ich gebaut und da stehe ich“

Ressourcen-Aktivierung:
„Ich bin aus festem Stein, ich rage hoch hinaus, ich ziehe viele Menschen an.“

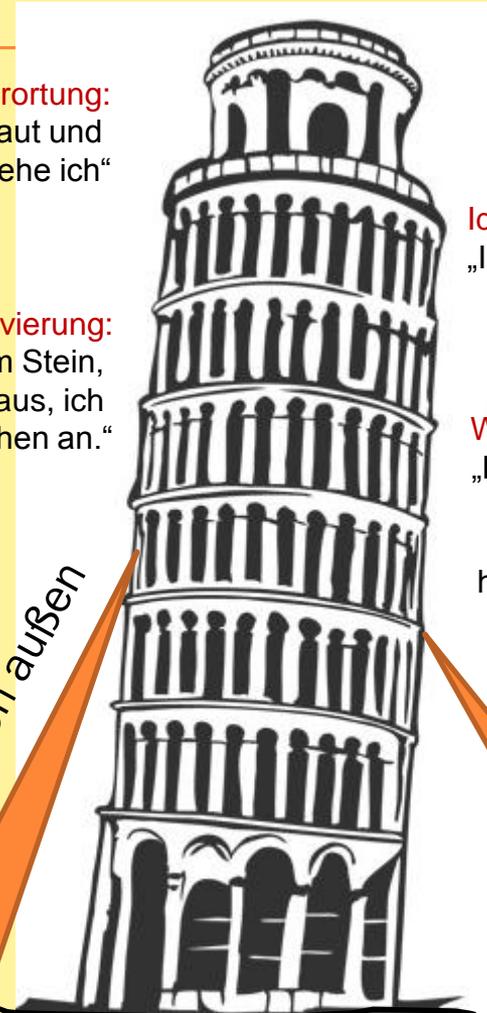
Identität-Stiften:
„Ich bin ein Turm“

Widerstandskraft:
„Kein Wetter haut mich um, kein Mensch hebt mich aus.“

Haltgeben von außen

Stützen

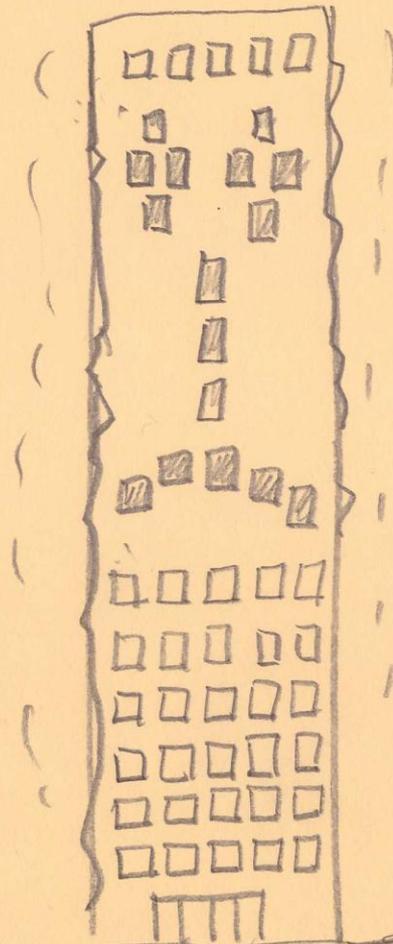
Strukturschaffen im Inneren



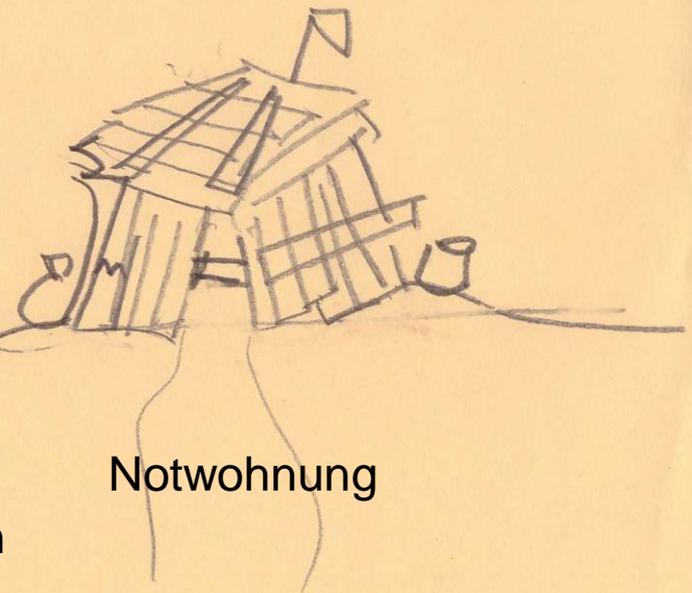
... oder andere Hausformen:



Schöne Fassade:
Außen hui, innen pfui



Progression:
Zu schnell groß gezogen



Notwohnung

TRAUMASENSIBLES HANDELN

Psychoedukation

- Erklärung der Symptomssprache (→als schlüssige Antwort auf Bedrohung)
- Erklärung des Prozessverlaufs von Traumatisierung
- Aufklärung über den geplanten Beratungs- bzw. Therapieablaufs
 - ... sowohl bei den Betroffenen selbst als auch bei den Bezugspersonen

TRAUMASENSIBLES HANDELN

Suche nach Fakten und Zeugen

- Beschaffen von Jugendamts- und Gerichtsakten
- (vorwurfsfreie) Gespräche auch mit getrennt lebenden und/oder nicht sorgeberechtigten Elternteilen
- Biografie-Arbeit (Fotos, Lebensbuch...)
- „Triggersuche“

WAS KANN ICH TUN?

Zentrale Schwerpunkte:

- Stärkung der realen und gefühlten Sicherheit bei den Kindern
- Stärkung der Impulskontrolle
- Stärkung der Selbstwirksamkeit
- gute Körpererfahrungen
- Ausgleich von vorhandenen Entwicklungsdefiziten
- Zuführung zur Traumatherapie, wenn möglich

STÄRKUNG DER SICHERHEIT

Hier geht es um die **Wahrnehmung und Überprüfung der Kontakte** des Kindes in seinem sozialen Umfeld und – gegebenenfalls – um die **Wiederherstellung** gefühlt **sicherer und planbarer Lebensbedingungen** mit klaren Abläufen und Regeln im Lebensalltag des Kindes.

STÄRKUNG DER IMPULSKONTROLLE

Ziel ist v.a., weder sich noch andere zu verletzen

- **Klare Orientierung in der Gegenwart**
- (Überprüfung der Selbstwahrnehmung: „Ich bin bedroht!“)
- **Herausfinden auslösender Trigger für (auto-)destruktives Verhalten**
- („Was ging dem Verhalten unmittelbar voraus?“)
- **deutlich abgesprochene und eingehaltene Konsequenzen auf destruktives Verhalten**
- („Was ich kaputt mache, repariere ich auch wieder.“)

STÄRKUNG DER SELBSTWIRKSAMKEIT

Wichtig sind Ressourcen, Beschäftigungen und Hobbys, die wenig Interaktion mit anderen Menschen erfordern und gleichzeitig Spaß und Erfolg bewirken:

- Sport
- **Naturerfahrungen**
- Musik hören, spielen (z.B. Trommeln), singen
- **Lesen, Geschichten auf CDs**
- ausgewählte u. zeitlich beschränkte Computerspiele

mit anderen:

- einfache Gruppenaktivitäten und Spiele mit klaren Regeln
- Spiele, die Rollenspiel und Phantasie fördern
- keine Konkurrenz- und Kampfspiele!

WAS KANN ICH TUN?

Bei Dissoziation:

- Kontakt wiederherstellen („Schau mich an...“)
- dicht rangehen, laute, klare Stimme, kurze Sätze
- den eigenen Körper abgreifen lassen („Du bist ganz heil...“)
- Jetzt nicht an das Trauma gehen wegen zusätzlicher Überflutung

WAS KANN ICH TUN?

- Orientierung in Raum und Zeit geben („Du bist hier in.... Heute ist Mi, der..... Wir sind gerade...“)
- deutliche Sinnesreize setzen (Geschmack, Geruch, Tastsinn...)
- Erdung: mit den Füßen auf den Boden stampfen führt auf eine reifere Entwicklungsebene zurück

WAS KANN ICH TUN?

- Möglichkeit der körperlichen Abreaktion schaffen (Kartons zertrampeln lassen, Dosen zerquetschen, in Kissen hauen, Boxsack)
- auch Späße machen kann die Auflösung der Dissoziation voranbringen

WAS KANN ICH TUN?

Allgemein:

- das Trauma, falls es bekannt ist, zumindest einmal ansprechen, um nicht dem Sog der Tabuisierung zu unterliegen („Ich weiß von..., dir ist etwas Schlimmes passiert..., du bist...“)

WAS KANN ICH TUN?

- mit Rückschlägen in der Behandlung und Betreuung rechnen.

Veränderung erfolgt immer über den Zwischenschritt der Irritation, in dem alte Muster verabschiedet und neue integriert werden müssen.

WAS KANN ICH TUN?

- traumaverarbeitende Gefühle (Trauer, Wut, Angst, aber auch Freude, Stolz...) fördern, aber in verdaubaren Portionen.
- nicht zu schnell zu viel Gefühlsverbalisierung (Gefahr von Überschwemmung und Abwehr).

WAS KANN ICH TUN?

- Ausdruck von Angst zulassen und halten, aber Abstand vom angsterregenden Objekt schaffen.

Wenn Kinder Angst zeigen, haben sie schon innere Ressourcen. Wer Hoffnung hat, kann mit Angst reagieren. Wer resigniert hat, spürt auch keine Angst mehr.)

WAS KANN ICH TUN?

- Ressourcenaktivierung (Kompetenzen aufbauen und erweitern)
- diskreter „Zeuge“ der traumatischen Erfahrung sein
- persönliche und intime Grenzen explizit wahren

WAS KANN ICH TUN?

- durch das Zulassen angemessener Aggression entsteht eine neue Bindungsfähigkeit
(Reibung erzeugt Wärme, aggressive Energie in konstruktive Bahnen lenken)
- traumaspezifische Vermeidung auflösen, unter ausgehandelten Bedingungen

WAS KANN ICH TUN?

- nie, auch nicht im Spiel, in die Rolle des Täters gelangen (z.B. „Und ich tu so, als ob ich dich fressen würde...“)
- möglichst immer Herr/Frau der Lage sein, nicht in die Hilflosigkeit geraten
- in der Handlungssicherheit bleiben durch Übertragen auf Stellvertreter

WAS KANN ICH TUN?

- **Idealisierung der Eltern aushalten**

Wenn Kinder kein gutes Vater-/ Mutter-Objekt verinnerlichen konnten, neigen sie dazu, diese Eltern zu idealisieren

- **sichere Orte, Wohlfühl-Orte schaffen**

- **Trauma-Trigger möglichst vermeiden.**

Jede Überflutung mit den schlimmen Gefühlen schwächt die innere und äußere Distanzierung vom Trauma und somit auch die Ich-Kräfte

WAS KANN ICH TUN?

- traumabezügelte Gespräche immer auf der Erwachsenen-Ebene führen, im Sitzen oder Stehen.

Liegen fördert die maligne Regression. Achtung bei Phantasieeisen!

- Immer wieder den Unrechtscharakter des Erlebten betonen

„Was XY mit dir gemacht hat, war nicht richtig und nicht recht“ –

Das Böse bannen

WAS KANN ICH TUN BEI SELBSTVERLETZUNG ?

- **Schnippeln** ist auch eine Form der Kontaktaufnahme, deshalb nicht verstärken.
- **Symptom verstehen:** „Für irgendetwas hast du das gebraucht. Lass uns herausfinden, wofür.“
- **Symptombedingungen beleuchten:** „ Was war in dir oder außerhalb von dir, kurz bevor du geschnitten hast?“ (z.B. Schnippeltagebuch)
- **Symptom ersetzen:** „Lass uns nach etwas anderem suchen, damit du das nicht mehr brauchst.“ (Drücken, Zwicken, Boxen...)



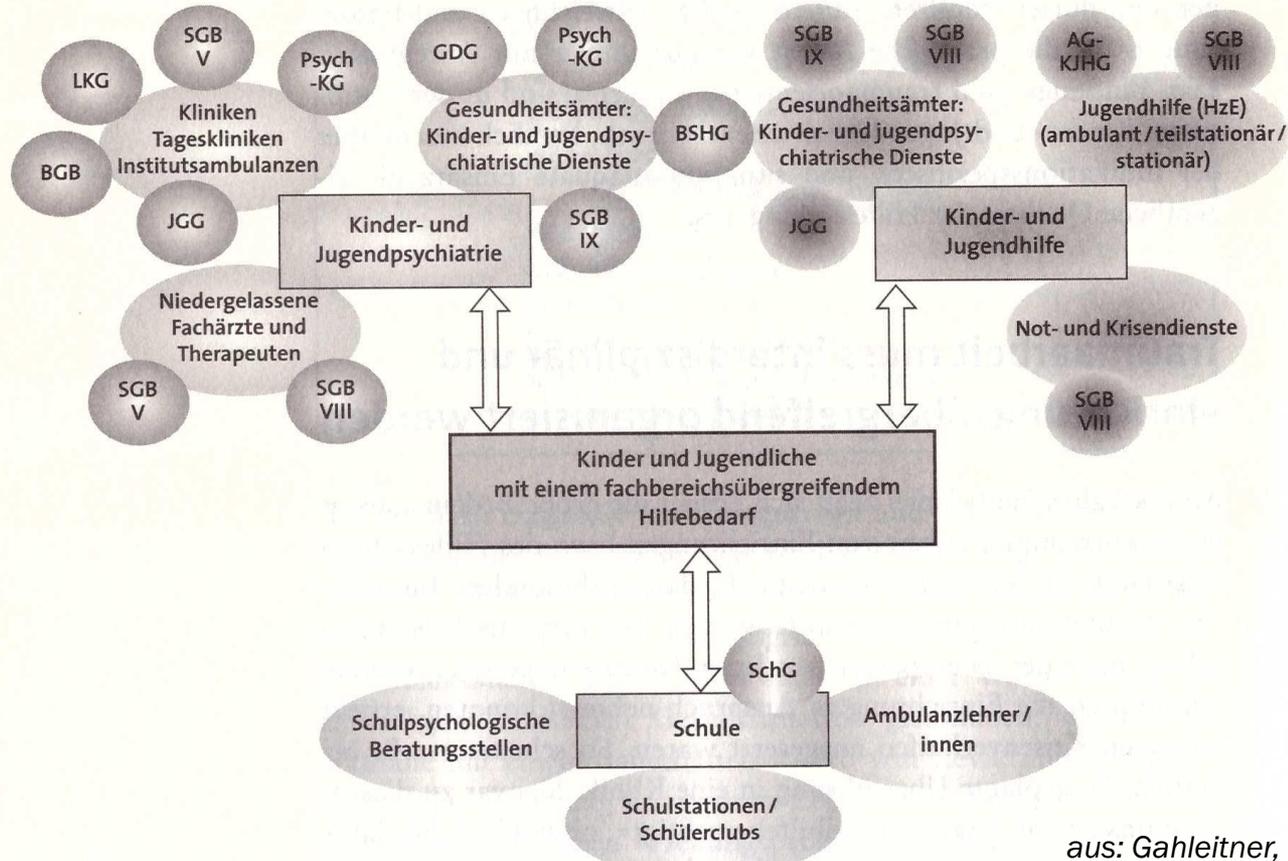
KINDER- UND JUGENDHILFE-NETZWERK

ABBILDUNG 16

Kinder und Jugendliche mit einem fachbereichsübergreifenden Hilfebedarf (WEISE u.a. 2010, S. 56)

AG KJHG Ausführungsgesetz Kinder- und Jugendhilfegesetz
 BGB Bürgerliches Gesetzbuch
 BSHG Bundessozialhilfegesetz
 GDG Gesundheitsdienstgesetz
 HzE Hilfen zur Erziehung

JGG Jugendgerichtsgesetz
 LKG Landeskrankenhausgesetz
 Psych-KG Gesetz für psychisch Kranke
 SchG Schulgesetz
 SGB Sozialgesetzbuch



WAS KANN ICH TUN?

➤ schützen,

➤ Sicherheit geben,

➤ verstehen,

➤ begleiten



... und Tschüss