

## **Wenn Welten einstürzen**

### **Notfallpädagogische Interventionen für psychotraumatisierte Kinder in Krisenregionen**

Konzeptions-skizze einer pädagogisch-therapeutischen Akutintervention in Kriegs- und Katastrophensituationen auf Grundlage der Waldorfpädagogik

#### **1. Zusammenfassung**

Millionen Kinder und Jugendliche durchleben jährlich traumatische Erfahrungen. Sie erleiden ethnische Unterdrückung, Krieg und Folter, sie werden als Kindersoldaten ausgebeutet oder befinden sich auf der Flucht. Etwa 50 % aller Flüchtlinge sind Kinder und Jugendliche. Andere erleiden Inhaftierung, Entführung, Zwangsarbeit und sexuellen Missbrauch oder werden Zeuge von Gewaltexzessen gegen nahe Bezugspersonen. Wieder andere werden Opfer von hereinbrechenden Naturkatastrophen. Sie alle machen traumatische Erfahrungen.

Nicht verarbeitete Traumata können auch noch nach Jahren zu schweren Symptombildungen führen und die Entwicklung des Kindes nachhaltig stören. Psychische und körperliche Erkrankungen können ebenso Folge sein, wie Lernschwierigkeiten. Gerade in der Adoleszenz führen die unverarbeiteten kindlichen Traumatisierungen oft zu erheblichen Verhaltensstörungen. Opfer können dann zu Tätern werden.

Notfallpädagogische Interventionen versuchen den betroffenen Kindern und Jugendlichen durch stabilisierende Maßnahmen bei der Verarbeitung ihrer traumatischen Erfahrung zu helfen. Durch die Gewährung von Schutz und Sicherheit, dem Aufbau verlässlicher Beziehungen, durch die Erfahrung von Selbstwert, Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit und die Verringerung von Belastungen sowie dem Aufbau einer heilenden Gruppenatmosphäre soll die Gesamtkonstitution des Kindes gestärkt und seine Selbstheilungskräfte aktiviert werden. Ziel ist es, die traumatische Erfahrung in die Biografie zu integrieren und so der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung entgegenzuwirken.

Waldorfpädagogik als ganzheitliche, am Kind und den Gesetzen seiner Entwicklung orientierten Pädagogik mit globaler Dimension, erscheint - unterstützt von spezifischen künstlerischen Therapieformen - besonders geeignet, als Grundlage für notfallpädagogische Interventionen zu dienen. In gestalteten Unterrichts- und Spielphasen, im Freispiel und in Phasen kreativ-künstlerischer Gestaltung sollen durch das Trauma verschüttete personale Ressourcen freigesetzt und aktiviert werden. Ein rhythmisch gestalteter Tagesablauf, geregelte Essens- und Schlafenszeiten, Ruhe- und Aktionsphasen sollen den Kindern und Jugendlichen einen neuen Orientierungsrahmen, Sicherheit und Halt geben, und so sicherheitsvermittelte Beziehungen, Vertrauen und Selbstvertrauen, neues Weltinteresse und altersentsprechende Eigensteuerung und Eigenverantwortlichkeit aufbauen und fördern.

Die „Freunde der Erziehungskunst Rudolf Steiners e.V.“ bauen zurzeit notfallpädagogische Kriseninterventionsteams auf zur Arbeit mit psychotraumatisierten Kindern und Jugendlichen in Krisenregionen. Personelle Ressourcen werden vorgehalten, ein Kriseninterventionszentrum eingerichtet und mit der erforderlichen Logistik versehen. Erste notfallpädagogische Kriseninterventionen wurden 2006 und 2007 zum Teil in Zusammenarbeit mit der UNESCO im Libanon durchgeführt.

Im Interesse erfolgreicher notfallpädagogischer Interventionen ist die Nutzung bestehender Partnerstrukturen in etwa 80 Ländern der Erde vorgesehen. Außerdem wird die Einbindung in das internationale Krisenmanagement nationaler und internationaler Organisationen angestrebt.

## **2. Psychotraumatisierung von Kindern und Jugendlichen in Krisenregionen**

### **2.1. Traumatisierung durch Krieg oder Naturkatastrophen**

Millionen Kinder werden jährlich Opfer von Kriegen und ihren Folgen (Deutsches Rotes Kreuz, 2003) oder von Naturkatastrophen wie Erdbeben, Überschwemmungen, Wirbelstürme oder Feuerbrünsten. Sie alle werden neben möglichen körperlichen Verletzungen psychisch traumatisiert (Hilweg, Ullmann, 1997).

In der klinischen Psychologie bezeichnet man als Trauma oder Psychotrauma eine von außen einwirkende Verletzung der psychischen Integrität. Der Begriff bezeichnet nicht das als existenzbedrohend erlebte Ereignis, sondern die durch das Ereignis ausgelöste Verletzung der Psyche.

Zu den seelischen Verletzungen, die durch äußere Ereignisse auftreten gehören: Krieg, Naturkatastrophen, Flucht, Vertreibung, Unfälle, Misshandlungen, Folter, Vernachlässigung, sexueller Missbrauch, Mobbing und das Miterleben solcher katastrophaler Geschehnisse. Nicht die Intensität des tatsächlich Geschehenen ist dabei für die spätere Wirkung des Traumas ausschlaggebend, sondern die Intensität des subjektiven Erlebens (Fischer/ Riedesser, 1998).

In vielen Fällen kommt es durch das traumatische Erleben zum Gefühl der Hilflosigkeit und zur Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses. Erfolgt keine zeitnahe Verarbeitung können sich Traumata negativ auf die weitere psychische Entwicklung auswirken und zu einer akuten Belastungsreaktion, posttraumatischen Belastungsstörung, Anpassungsstörung oder zur Entwicklung von neurotischen Erkrankungen führen (Streeck-Fischer, 2006).

Durch eine frühzeitige fachkompetente pädagogisch-therapeutische Intervention nach traumatischen Erfahrungen kann der Entwicklung von möglichen negativen Folgewirkungen in der Biografie entgegengewirkt werden.

### **2.2 Mögliche Folgen einer Psychotraumatisierung**

#### **2.2.1 Der Verlauf einer Psychotraumatisierung**

Der Verlauf einer Traumatisierung lässt sich im Wesentlichen in einem dreiphasigen Verlaufsmodell darstellen (Hausmann, 2005, S. 62f):

1. die traumatische Situation
2. das traumatische Erleben
3. die traumatische Reaktion

### **2.2.1.1 Das traumatische Ereignis**

Die traumatische Situation ist von verschiedenen Traumafaktoren bestimmt. Dazu gehören u. a. Intensität, Dauer, Ursache, Schuld, Täter- Opfer-Verhältnis, Art der traumatischen Inhalte und Art der Betroffenheit.

### **2.2.1.2 Das traumatische Erleben**

Ob ein belastendes Erlebnis zu einer Psychotraumatisierung führt, ist von der aktuellen Befindlichkeit des Betroffenen und seiner Persönlichkeitsdisposition abhängig. Schutz- und Risikofaktoren können dabei die Folgen einer Traumatisierung mindern oder verstärken. Außerdem spielen Wahrnehmungs- (Bedrohungsniveau) und Verhaltensaspekte (Selbst-wirksamkeit) während des traumatischen Geschehens eine bedeutsame Rolle.

### **2.2.1.3 Die traumatische Reaktion**

Der traumatische Prozess führt zu verschiedenen Traumafolgen, die sich in Kurz- und Langzeitreaktionen gliedern lassen (Hausmann, 2005, 2006):

#### a. Kurzzeitfolgen

Zu den Kurzzeitreaktionen „zählen die unmittelbare Notfallreaktion, akute psychische Symptome und erste unmittelbare Bewältigungsversuche“ (Hausmann, 2005, S. 63).

#### b. Langzeitfolgen

Zu den typischen Langzeitreaktionen des traumatischen Prozesses gehören „chronische Symptome und Störungen, Entstehung dauerhafter Defizite, aber auch verzögerter Symptombeginn sowie halb oder unbewusste Wiederholungen der traumatischen Situation“ (Hausmann, 2006, S. 45).

#### c. Weitere Folgen indirekter Art

Psychotraumatisierungen wirken sich immer auf den Betroffenen und sein psychosoziales Umfeld aus. So ist es möglich, dass bestehende oder erst später hinzutretende Belastungen wesentlich verstärkt oder ein Psychotraumata an die nächste Generation weitergegeben werden.

#### d. Re-Traumatisierung

Vergleichbare Geschehnisse, polizeiliche Verhöre, Gerichtsverhandlungen, diagnostische Verfahren u. ä. können bei Psychotraumatisierten zu Re-Traumatisierungen führen. Aber „auch spätere Verletzungen im Bereich damals betroffener Körperregionen können abgewehrte Erinnerungen wieder aufbrechen lassen, mühsam aufrechterhaltene Kompensationen erschüttern und alte seelische Wunden wieder aufreißen“ (ebd. S. 46).

## **2.2.2 Symptome**

Kinder zeigen nach traumatischen Ereignissen, die sie nicht verarbeiten konnten, oft altersspezifische Symptome. Diese traumatischen Symptombildungen sind vom Alter und dem kognitiven, emotionalen und sozialen Reifungsgrad des Kindes abhängig (Levine/ Kline, 2005):

### **2.2.2.1 Säuglinge und Kleinkinder**

- Ängste

- Vermeidungsverhalten
- Reizbarkeit
- Rückzug
- Sich Verschließen
- Impulsives Verhalten
- Entwicklungsverzögerungen
- Körperliche Beschwerden (z.B. Bauchweh)
- Veränderungen von Gewohnheiten und Verhaltensmustern
- Regression in frühere Entwicklungsstufen
- Häufiges, nicht erklärbares Weinen
- Schlafstörungen
- Essstörungen
- Kommunikationsstörungen

### **2.2.2.2 Vorschulkinder**

- starke emotionale Ausbrüche
- Beunruhigung
- Angst
- Wut
- Aggression
- übertriebener Protest
- Phobien
- Schlafstörungen
- Alpträume
- Regression ( z. B. Bettnässen, Daumenlutschen, Einkoten, Babysprache)
- Nachspielen traumatischer Erlebnisse
- Geringe verbale Kommunikation
- Verdauungsbeschwerden (Durchfall, Verstopfung)
- Bauchschmerzen
- Kopfschmerzen
- Fieber (ohne Infektionsursache)
- Flache Atmung
- Müdigkeit und Lethargie als Folge der mangelnden Sauerstoffzufuhr)
- Störungen des Essverhaltens

### **2.2.2.3 Schulkinder**

- mangelnde Konzentrationsfähigkeit
- mangelnde Motivation
- Probleme eine Aufgabe zu Ende zu bringen
- Schwierigkeiten bei der Informationsverarbeitung
- Schwierigkeiten, sich auf neue Aufgaben einzustellen
- Geringe Frustrationstoleranz
- Chronische Übererregung
- (Nervosität, Schreckhaftigkeit, unruhiger Blick, Ablenkbarkeit, nicht Sitzen bleiben können, übertriebene Wachsamkeit)
- Aggression/ Autoaggression
- Streitsucht
- Zwanghaftes Reden

- Rückzug (Dissoziation, Isolation, sich Verschließen, extreme Schüchternheit, Unaufmerksamkeit, Müdigkeit, Tagträumerei, Depression)
- Ängste/ Phobien
- Kollabierte Körperhaltung
- Müdigkeit/ Lethargie („Faulheit“)
- Ängste um andere
- Angst vor traumarelevanten Reizen
- Konzentrationsprobleme
- Gedächtnisstörungen
- Lernschwierigkeiten
- Zwanghaftes Nachspielen traumatischer Situationen
- Verhaltensänderungen (z.B. Aggression, Rückzug)
- Schlafstörungen
- Essstörungen
- Körperliche Symptome
- Eltern sollen nicht mit ihren Problemen belastet werden

#### **2.2.2.4 Jugendliche**

- abrupte Beziehungsveränderungen
- Desinteresse an Beziehungen, die zuvor wichtig waren
- Rückzug, Absonderung, Isolation
- grundlegende Veränderung der schulischen Leistungen
- grundlegende Veränderung der Lebenseinstellung
- grundlegende Veränderung des äußeren Erscheinungsbildes
- plötzliche Verhaltensänderungen
- Ausagieren
- Lebensbedrohliche Wiederholung der traumatischen Situation
- Plötzliche Stimmungsschwankungen (Angst, Depression, Suizidalität)
- Alkohol- und Drogenprobleme
- Plötzliches Desinteresse an zuvor geschätzten Hobbys
- Reizbarkeit, Wut, Vergeltungswünsche
- übermäßige sexuelle Aktivität
- häufig wechselnde Sexualpartner

#### **2.2.3 Neurobiologische Veränderungen**

Neuere Studien haben ergeben, dass anhaltende Psychotraumatisierungen zu einer nachhaltigen Veränderung der Gehirnentwicklung führen. Abnormitäten konnten im Hippocampus, im limbischen System und im Kortex festgestellt werden (Perry, in May/Remus, 2003). Die Untersuchungen zeigen, dass die Ausbildung des Kortex und des limbischen Systems durch frühe traumatische Erfahrungen gestört werden. In diesem Zusammenhang kommt es auch zur nachhaltigen Veränderung hormoneller Prozesse und zur abnormen Veränderung von Gehirnaktivitäten in den beiden Hemisphären. Dies wiederum führt zu Funktionsveränderungen in der Kognition, der Emotionalität, der Sozialität und des Verhaltens (ebd.). Anhaltende Traumatisierungen finden dabei nicht nur durch die reale Wiederholung einer traumatischen Erfahrung, wie bei anhaltenden Misshandlungen, sondern auch durch Re-Traumatisierungen infolge von Intrusionen/ Flashbacks statt (Hüther, 2002, 2004). Es ist daher für die Bewältigung des Traumas und die weitere Entwicklung von wesentlicher Bedeutung Re-Traumatisierungen zu stoppen.

## 2.2.4 Störungsbilder

Nichtbehandelte Traumata können, müssen aber nicht zwingend in der Folge zu belastenden, psychopathologischen, manchmal lebenslang anhaltenden Erkrankungen führen. Schwere Traumata in der kindlichen Entwicklung zeigen oft erst in der Adoleszenz ihre zerstörerische Wirkung. Opfer können dann in Re-Inszenierung ihrer zerstörerischen Erfahrungen zu Tätern werden (Streck-Fischer, 1999).

In Folge traumatischer Erfahrung können folgende Störungsbilder auftreten:

- Akute Belastungsstörung (ICD-10: F 43.0)
- Anpassungsstörung (ICD-10: F 43.2)
- Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F-43.1)
- Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extremlastung (ICD-10: F-62.0)

## 2.3 Möglichkeiten notfallpädagogischer Akutintervention

### 2.3.1 Interventionsphasen

Die Intervention nach traumatischen Ereignissen durchläuft drei Phasen:

- **Akutintervention**  
(peritraumatische Intervention, erste notfallpsychologische Maßnahmen meist noch an Ort des Geschehens)
- **Psychologische Stabilisierung**  
(Notfallpsychologische Interventionen innerhalb der ersten vier Wochen)
- **Therapie/Rehabilitation**  
(Traumabearbeitungsphase, Integrationsphase)

Die Notfallpädagogische Intervention kann als Akutintervention noch am Ort des Geschehens beginnen (Akutintervention). In der Regel aber findet die Intervention in den ersten vier Wochen nach dem Ereignis statt (psychologische Stabilisierung). In dieser Zeit entscheidet sich, ob der Betroffene die traumatische Erfahrung von sich aus verarbeiten kann oder ob er eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln wird und traumatherapeutische Hilfe erforderlich wird. Notfallpädagogik kann aber auch noch während der eigentlichen Therapiephase fortgesetzt werden.

### 2.3.2 Ziele

Jede notfallpädagogische Intervention zugunsten von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Kriegs- und Katastrophenregionen hat die Aufgabe, das Leid der Betroffenen zu durch pädagogisch-therapeutische Maßnahmen zu lindern, ihre Gesamtkonstitution zu stärken und ihre Selbstheilungskräfte zu fördern. Ziel der notfallpädagogischen Intervention ist ferner der Aufbau sicherheitsvermittelnden Beziehungen, von Vertrauen und Selbstvertrauen, von neuem Weltinteresse sowie die Förderung einer altersentsprechenden Eigensteuerung und Eigenverantwortlichkeit. Durch die notfallpädagogischen Maßnahmen sollen mögliche biografische Spätfolgen, wie z.B. die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsreaktion verhindert oder zumindest abgemildert werden.

## **2.4 Die Krise zur Chance wenden**

Zunehmend werden in der aktuellen Forschung neben den psychopathologischen Folgen traumatischer Erfahrungen auch positive, persönlichkeitsverändernde Auswirkungen traumatischer Ereignisse für die Betroffenen nach erfolgreicher Bewältigung untersucht (Tedeschi/ Park/ Calhoun, 1998). Zu ihnen zählen (Landolt, 2004):

- Beziehungsvertiefung
- Erweiterung der Lebensperspektiven
- Persönlichkeitsreifung
- Vertiefte Wertschätzung des eigenen Lebens
- Spirituell-religiöse Vertiefung

Der erfolgreichen Verarbeitung und Integration der traumatischen Erfahrung in die Biografie des Kindes dient die notfallpädagogische Intervention.

## **3 Waldorfpädagogik – Im Mittelpunkt der Mensch**

### **3.1 Waldorfpädagogik weltweit- Die globale Dimension der Waldorfpädagogik**

Im Jahre 1919 wurde in Stuttgart die erste Waldorfschule für die Arbeiterkinder der WaldorfAstoria-Zigarettenfabrik gegründet. Die ihr zugrundeliegende Pädagogik entstammt der Anthropologie und Entwicklungspsychologie Rudolf Steiners. Sie versteht sich als eine ganzheitliche, am Kind und seinen Entwicklungsgesetzen orientierte Pädagogik (Lievegoed, 1996; Leber, 1993). Heute existieren weltweit über 1000 Waldorfschulen, über 2000 Waldorfkindergärten, Hunderte heilpädagogische Schulen und sozialtherapeutische Einrichtungen und etwa 70 Hochschulen und Lehrerbildungsinstitute in über 80 Staaten in allen Kontinenten und Kulturkreisen der Erde. Viele dieser Einrichtungen arbeiten in den sozialen Krisenzentren unseres Zeitgeschehens. Einige sind eingebunden in das UNESCO-Projektschul-Netzwerk. Die Waldorfpädagogik ist somit die einzige pädagogische Strömung, die weltweite Dimension erreicht hat (Freunde der Erziehungskunst Rudolf Steiners e. V., 2001).

### **3.2 Hilfe durch Partnerschaft – Die Freunde der Erziehungskunst Rudolf Steiners e.V.**

Unterstützt wird die weltweite Bewegung für anthroposophische Pädagogik durch die 1971 in Stuttgart gegründete Vereinigung der „Freunde der Erziehungskunst Rudolf Steiners e.V.“, die offizielle Beziehung zur UNESCO unterhält (Freunde der Erziehungskunst Rudolf Steiners e. V., 1996).

Die „Freunde der Erziehungskunst Rudolf Steiners e.V.“ haben 2005 Euro 5,2 Mio. an Spendenmitteln zur Unterstützung der internationalen waldorfpädagogischen Bewegung erhalten. Mit den Spendengeldern werden Ausbildungsstipendien vergeben, Schülerpatenschaften vermittelt, Schulhausbau und Renovierungsmaßnahmen gefördert, Fortbildungstagungen und Beratungen mitfinanziert so wie Nothilfeanfragen aus aller Welt bedient. Darüber hinaus beteiligt sich die Vereinigung als Nichtregierungsorganisation seit 1993 an der Armutsbekämpfung mittels zahlreicher Bildungsprojekte in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.

Ebenfalls seit 1993 entsenden die „Freunde der Erziehungskunst Rudolf Steiners e. V.“ mittels verschiedener, teilweise staatlich kofinanzierter Programme Jugendliche nach Abschluss ihrer Schulzeit zu längerfristigen Freiwilligendiensten in waldorfpädagogische Einrichtungen in über 60 Staaten. 2007 werden etwa 550 Jugendliche einen freiwilligen Auslandsdienst über die „Freunde der Erziehungskunst Rudolf Steiners e.V. leisten. Über 3000 Jugendliche haben dies in der Vergangenheit getan. Die Vereinigung gehört damit zu den größten Trägerorganisationen für längerfristige Freiwilligendienste in Deutschland.

### **3.3 Waldorfpädagogik als Notfallintervention**

#### **3.3.1 Pädagogische Interventionsansätze**

##### **3.3.1.1 Grundprinzipien der Akutintervention**

Zu den Grundprinzipien im Umgang mit psychotraumatisierten Kindern gehören Wahrheit, Klarheit und Strukturierung (Hausmann, 2005, S.181):

##### **3.3.1.2 Pädagogische Leitlinien zur Traumaverarbeitung**

Ein Kind braucht nach einem traumatischen Erlebnis erzieherische Hilfe zur Traumaverarbeitung. Von dieser Hilfe hängt seine Zukunft ab. Es braucht vor allem Hilfe bei der Integration der Erfahrung und der Wiederherstellung von Umweltkontakten. Nachfolgend sollen einige Leitlinien zum pädagogischen Umgang mit Psychotraumata aufgezeigt werden (Eckardt, 2005):

- Zuhören und Reden
- Gefühle zulassen
- Rituale pflegen
- Rhythmuspflege
- Ernährung
- Entspannung herbeiführen (Atmen, Schlafen, Ausruhen)
- Konzentrationsübungen
- Kreative Bewältigungsformen (Schreiben, Malen, Musizieren)
- Bewegung (Sport, Tanzen, Spaziergänge, Toben)
- Spielen
- Pläne schmieden
- Religiöse Gefühle stärken
- Selbstwertgefühl stärken

##### **3.3.1.3 Umgang mit traumatischen Reaktionen**

In Folge traumatischer Erfahrungen kann es zu dramatischen Symptombildungen mit massiven Verhaltensauffälligkeiten kommen. Sie erfordern pädagogischer Intervention. Zu den traumatischen Reaktionen gehören u.a.:

- Regressionen
- Ängste, Panikattacken, Phobien
- Albträume
- Scham- und Schuldgefühle
- Aggressionen



- Selbstverletzendes Verhalten/ Autoaggressionen
- Intrusionen/ Flashbacks
- Überflutung
- Verdrängung, Verleugnung
- Falschinterpretationen
- Dissoziative Störungen
- Zwänge
- Verhaltensstörungen
- Physische Erkrankungen

#### **3.3.1.4 Stabilisierung durch pädagogische Intervention**

Pädagogische Interventionen haben stabilisierende Funktion. Zu den Interventionsmaßnahmen zählen besonders (Weiß, 2006):

- Schutz und Sicherheit gewähren
- Verlässliche Beziehungen sichern
- Selbstwert, Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit erfahrbar machen
- Heilende Gruppenatmosphäre aufbauen
- Re-Inszenierungen verstehen
- Unkontrollierbare Erinnerungen (Intrusionen/ Flashbacks) stoppen
- Traumatische Übertragungen erkennen
- Selbstheilungskräfte fördern

#### **3.3.2 Spezifische pädagogisch-therapeutische Interventionsansätze**

Mit den anthropologischen und entwicklungspsychologischen Grundlagen der Waldorfpädagogik eng verknüpft, ist auch ein erweitertes, ganzheitliches Medizin- und Therapieverständnis. Es geht dabei nicht um Alternativen zur Schulmedizin und zu den herrschenden Therapieschulen als vielmehr darum, deren Spektrum diagnostisch und therapeutisch zu erweitern. Dabei konnten in den zurückliegenden Jahrzehnten eigenständige Therapieformen entwickelt werden, die in anthroposophischen Kliniken, Therapeutika, heil-pädagogischen Einrichtungen und Waldorfschulen neben den herkömmlichen Therapien seit langem erfolgreich eingesetzt werden. Zu ihnen zählen die Heileurythmie, besondere Formen der Musik-, Sprach- und Kunsttherapie, Klangtherapie, Farbtherapie, Farbschattentherapie u.v.m. Ziel aller künstlerischen Therapien ist, dass der Patient selbst unter Anleitung des Therapeuten Selbstheilungsprozesse anregt, und durch dieses eigenaktive und kreative Handeln gesundet (Bopp/ Schürholtz, 2004; Treichler, 1996).

Allein oder in Kombination mit anderen Therapieformen stellen diese spezifisch anthroposophische Therapieansätze vielversprechende Instrumentarien zur Krisenintervention bei traumatisierten Kinder und Jugendlichen in Kriegs- oder Katastrophenregionen dar.

##### **3.3.2.1 Rhythmische Einreibungen und Massagen**

Die durch die Ärztinnen Ita Wegman und Margarethe Hauschka entwickelte rhythmische Massage beruht auf der klassischen Heilmassage, hat aber darüber hinaus die Aufgabe, mit rhythmisch schwingenden Massagebewegungen die Flüssigkeitsströme im Körper anzuregen, um so krankhaft verfestigte und verdichtete Strukturen zu lösen. Die rhythmische Massage will alles das, was schwer und fest geworden ist oder so erlebt wird wieder in Fluss bringen. Rhythmische Massage macht physisch und psychisch aufmerksamer und wacher. Sie wirkt bessert Schlafstörungen,

Erschöpfungszustände, Stauungen und Verspannungen und diverse Funktionsstörungen. Darüber hinaus verbessert sie die Körperwahrnehmung und verleiht das Gefühl, mit seinem Leib eins zu sein (Härter, 2005; Fingado, 2002).

### ***3.3.2.2 Bäder, Wickel, Auflagen***

Mittels Bäder, Wickel und Auflagen werden Atmung, Wärmebildung, Verdauung, Stoffwechsel und Durchblutung, also alle Lebensprozesse angeregt und Verspannungen gelöst. Erstarrte Prozesse können so wieder gelöst werden Sie fördern und unterstützen Selbstheilungsprozesse. Unterstützt werden die Anwendungen durch Zugabe ätherischer oder fetten Ölen, Essenzen und Tinkturen (Fingado, 2003).

### ***3.3.2.3 Plastisch-therapeutisches Gestalten***

Beim plastischen Gestalten geht es darum, in der Auseinandersetzung des Patienten mit dem Material, verschüttet kognitive, emotionale und affektive Potentiale freizusetzen und in äußere Formgebung und Gestaltung zu übersetzen. Dabei geht es nicht um ein dekoratives Ergebnis. Das Ringen mit dem Material lässt im Patienten neue Bilder und Kräfte entstehen. Diese tragen dazu bei, Situationen akzeptieren zu lernen, Krankheiten zu überwinden und neuen Lebensmut zu erringen. Als Materialien zum Plastisch-therapeutischen Gestalten dienen Stein, Speckstein, Holz, Tonerde, Bienenwachs, Plastilin und Sand. Die Auswahl hängt von der körperlichen und psychischen Verfassung des Patienten ab und von der Zeit, die für die Therapie eingeräumt werden kann (Golombek, 2000).

### ***3.3.2.4 Mal- und Zeichentherapie***

Mal- und Zeichentherapie bewirken eine intensive Konfrontation mit sich selbst auf dem Weg einer Suche nach innerem Gleichgewicht. Durch das seelische Erleben der Farben und Formen lassen sich funktionelle Abläufe im Organismus beeinflussen. Im künstlerischen Prozess des Malens werden Selbsterkenntnisprozesse angeregt, kommen Verhaltensweisen, Lebensmuster und Blockaden zu Tage, die bisher verborgen blieben und Bezüge zu Krankheiten aufweisen. Durch Mal- und Zeichentherapie lassen sich erstarrte Strukturen lösen und so auch Traumata bewältigen (Mees-Christeller/Denzinger/Altmaier/ Künstler/Umfrid Frieling/Auer, 2000).

### ***3.3.2.5 Musiktherapie***

Musik öffnet das Tor zu inneren Erlebniswelten. Sie appelliert an das Gefühl, nicht an den Intellekt. Ziel der Musiktherapie ist es, rhythmisch- musikalische Kompetenzen zu aktivieren, um damit die Lebensprozesse zu unterstützen. Diese werden durch jeden rhythmischen Prozess gefördert und erhalten. Musiktherapie hilft bei der Selbsterkenntnis und fördert das Ergreifen neuer Lebensperspektiven. Musiktherapie wirkt deshalb auch bei chronischen Erkrankungen und bei Schwerkranken besonders gut. Sie hat in der Kinderheilkunde, in der Inneren Medizin, der Psychiatrie, der Intensivmedizin und selbst auf den Neugeborenen-stationen ihren festen Platz gefunden (Felber/, Reinhold/ Stückert, 2000)

### ***3.3.2.6 Therapeutische Sprachgestaltung***

Sprache ist das wichtigste Medium zwischenmenschlicher Kommunikation. Sie ist wesentlich mehr als ein Informationsmittel. In der Sprache drückt sich die ganze Persönlichkeit des Menschen aus.

Jeder Mensch hat seine eigene Stimme mit individueller Melodie und Artikulation. Er verleiht seinen Gedanken und Gefühlen mit Hilfe seiner Stimme Ausdruck.

Mittels therapeutischer Sprachgestaltung kann die Atmung vertieft und so z.B. Asthma oder Darmerkrankungen therapiert werden. Auswirkungen ergeben sich mittels Sprache auf die Harmonie von Puls und Atmung (z.B. bei Hexameter-Rhythmen). Konsonantenreiche Sprache wirkt formgebend und verfestigend, vokalreiche Sprache unterstützt die Emotionalebene und wirkt lösend und entspannend. Die therapeutische Sprachgestaltung ermöglicht also nicht nur die Behandlung von Sprach- und Sprechstörungen. Sie greift tief in das Leib-Seele-Geist-Verhältnis ein und ermöglicht den Umgang mit Krankheiten im internistischen, psycho-somatischen, psychiatrischen und heilpädagogischen Bereich (Denjean-von Stryk/ von Bonin, 2000).

### **3.3.2.7 Heileurythmie**

Eurythmie (griech.: „der schöne Rhythmus“) wird als Bühnenkunst, in der Pädagogik und in der Medizin ausgeübt. Die Heileurythmie setzt Sprache, Musik und Gebärden in speziell gestaltete Bewegungsabläufe um. Jedem Vokal und Konsonanten entsprechen dabei besondere Bewegungen. Heileurythmische Übungen werden mit dem ganzen Körper, mit Armen und Beinen, Händen und Füßen ausgeführt. In der Therapie werden entsprechend dem diagnostizierten Krankheitsbild einzelne Gesten intensiv geübt. Ziel ist es, spezifische Formkräfte des Organismus, die durch die Krankheit verloren gingen, wieder zu aktivieren

und vegetative Organprozesse zu beeinflussen. Die Übungen wirken anregend, stärkend und regulierend auf die rhythmischen Vorgänge im Organismus – auf Herz und Kreislauf, auf Stoffwechselfvorgänge, auf Beweglichkeit und Gleichgewicht (Wennerschou, 1996; Kirchner-Bockholt,1997).

## **4. Konzeption einer pädagogisch-therapeutischen Akutintervention in Kriegs- und Katastrophensituationen auf Grundlage der Waldorfpädagogik**

### **4.1 Kriseninterventionsteams**

#### **4.1.1 Aufbau**

Vor dem oben geschilderten Hintergrund werden die „Freunde der Erziehungskunst e.V.“ weltweit einsetzbare Task-force-Einheiten zur akuten Krisenintervention bei traumatisierten Kinder und Jugendlichen in Kriegs- und Katastrophengebieten bilden.

#### **4.1.2 Personelle Zusammensetzung**

##### a. Größe

Die Größe des Kriseninterventionsteams hängt von der spezifischen Lage im Krisengebiet und der daraus resultierende Spezifizierung der Aufgabenstellung ab. Das Kriseninterventionsteam soll i.d.R. etwa 10 Mitglieder mit unterschiedlichem Kompetenzprofil umfassen.

##### b. Basiskompetenzen

Im Umgang mit traumatisierten Kindern sind folgende personale Basiskompetenzen unverzichtbar (Weiß, 2006):

- Sachkompetenz
- Selbstreflexion und Selbstkontrolle
- Selbstfürsorge

#### c. Fachkompetenzen

Das Kriseninterventionsteam besteht aus einem Kompetenzteam, das folgende fachliche Kompetenzen beinhalten soll:

- **Einsatzleiter/Koordinator**  
Er leitet und koordiniert den Einsatz.
- **Arzt/Psychologe**  
Er trägt die medizinisch-therapeutische Verantwortung und leitet auf diesem Felde das Kriseninterventionsteam an.
- **Therapeuten**  
Das Team kann mehrere, in verschiedenen Therapieformen spezialisierte Therapeuten umfassen. Sie arbeiten in Einzel- und Gruppensettings.
- **Sonder- und Sozialpädagogen/ Sozialarbeiter**  
Pädagogen, Sonderpädagogen, Sozialpädagogen und Sozialarbeiter betreuen und arbeiten mit Kinder- und Jugendgruppen.
- **Hilfspersonal**  
Je nach Aufgabenstellung können Helfer das Fachpersonal ergänzen.
- **Dolmetscher**  
Ein Dolmetscher soll für erforderliche Übersetzungsleistungen zur Verfügung stehen.

#### d. Strukturelle Rahmenbedingungen

Inwiefern pädagogische Fachkräfte ihre Kompetenzen bilden und ausschöpfen können, ist auch von den strukturellen Rahmenbedingungen und institutionellen Standards abhängig. Hierzu gehören (Weiß, 2006):

- Ausbildung
- Fortbildung
- Supervision
- Teamarbeit

## **4.2 Zielsetzung und Aufgabe**

Aufgabenstellung des pädagogischen Kriseninterventionsteams ist die akute pädagogische Ersthilfe für in Kriegs- und Katastrophenfällen traumatisierte Kinder und Jugendliche. Zielsetzung ist, das Leid der Betroffenen durch pädagogisch-therapeutische Maßnahmen zu lindern und mögliche biografische Spätfolgen zu vermeiden oder abzumildern.

Bei der geplanten Akuthilfe handelt es sich in der Regel um Ersthilfe-Interventionen. Die sonderpädagogische Arbeit mit traumatisierten Kindern wird auf Grundlage des anthropologisch ganzheitlichen Ansatzes der Waldorfpädagogik und der daraus abgeleiteten Methodik erfolgen (Kiersch, 1997; Leber, 1993). Zum Einsatz werden darüber hinaus vor allem anthroposophisch erweiterte Therapieformen kommen. Diese Maßnahmen wirken kräftigend, stabilisierend und fördern die Freisetzung kreativer Potentiale, vitaler Kräfte und personaler Ressourcen, die für den erforderlichen Verarbeitungsprozess notwendig und bedeutsam sind (Bopp/ Schürholz, 2004).

Ziel der sonderpädagogisch-therapeutischen Akuthilfe ist es, die Gesamtkonstitution des Kindes nach den traumatischen Erfahrungen zu stärken, seinen natürlichen Selbstheilungsprozess zu unterstützen und damit die Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung vermeiden bzw. deren Ausmaß vermindern zu helfen (Stellamans-Wellens, 2002).

Zu den besonderen Aufgabenstellungen gehören:

#### **4.2.1 Erstdiagnose**

In einer Erstdiagnose soll die Art der Traumatisierung und ihre Schweregrad festgestellt und dokumentiert werden. Die Diagnostik erfolgt durch Ärzte, Psychologen und Therapeuten.

#### **4.2.2. Notfallpädagogische Intervention**

##### a. Pädagogische Akuthilfe

Die Zielsetzung der akuten therapeutischen Krisenintervention soll durch sonderpädagogische Maßnahmen auf Grundlage der Waldorfpädagogik unterstützt und gefördert werden.

Während die therapeutische Krisenintervention hauptsächlich in Form der Einzeltherapie erfolgen wird, wird sonderpädagogische Intervention unter Einbeziehung von gruppenspezifischen Sozialprozessen durchgeführt werden.

In gestalteten Spielphasen, im Freispiel und in Phasen kreativer, künstlerischer Gestaltung (Zeichnen, Malen, Plastizieren, Kneten usw.) sollen durch das Trauma verschüttete personale Ressourcen wieder freigesetzt und aktiviert werden. Erzähl- und Märchentherapie sollen den Prozess weiter unterstützen und zur Trauma-Verarbeitung beitragen.

Ein rhythmisierter, gestalteter Tagesablauf, zu dem feste Essens- und Schlafenszeiten, Ruhe- und Aktionsphasen gehören, soll dem Kind einen neuen Orientierungsrahmen, Sicherheit und Halt vermitteln.

Ziel der pädagogischen Akuthilfe ist der Aufbau von sicherheitsvermittelnden Beziehungen, von Vertrauen und Selbstvertrauen, von neuem Weltinteresse sowie die Förderung einer altersentsprechenden Eigensteuerung und Eigenverantwortlichkeit.

Die pädagogische Arbeit soll durch pädagogisch qualifizierte Erzieher, Sonderpädagogen und Sozialarbeiter durchgeführt werden.

##### b. Therapeutische Akuthilfe

Ausgehend von der Erstdiagnose wird ein individueller Therapieplan zur akuten Krisenintervention in Gruppen- oder Einzeltherapie erstellt und durchgeführt.

Zur Anwendung kommen hauptsächlich anthroposophisch erweiterte Therapieformen (Bopp/Schürholz, 2004).

Die Therapien werden von speziell dafür qualifizierten Therapeuten durchgeführt.

##### c. Medizinische Akuthilfe

Unterstützend und begleitend sollen die betroffenen Kinder ärztlich betreut, untersucht und gegebenenfalls medikamentös therapiert werden.

Die medizinische Therapie erfolgt ausschließlich durch einen Arzt.

### **4.2.3 Abschlussdiagnose**

In einem Abschlussbericht wird der individuelle status quo festgehalten und weitere Therapie- und Behandlungsmaßnahmen empfohlen.

### **4.2.4 Dokumentation**

Erstdiagnose, Therapie-Settings und Behandlungsverlauf werden wegen möglicher späterer Folgebehandlungen in standardisierten Verlaufsbögen dokumentiert.

Zur Abschlussdokumentation gehört auch ein Pädagogischer Bericht, in dem die sonderpädagogische Intervention, der individuelle Entwicklungsverlauf und evtl. Verhaltensauffälligkeiten festgehalten werden.

## **4.3 Zeitperspektive**

### **4.3.1 Analyse , Planung, Vorbereitung**

Der Entsendung eines notfallpädagogischen Kriseninterventionsteams geht eine eingehende Analyse- und Planungsphase voraus, in der die Details der Entsendung festgelegt und Umsetzung der Entsendung im Detail konkretisiert wird. Zuständig ist das Kriseninterventions- und Koordinationszentrum in Deutschland, das im Büro der „Freunde der Erziehungskunst e.V.“ in Karlsruhe angesiedelt ist.

### **4.3.2 Entsendung und Durchführung**

Die Entsendungsdauer umfasst in der Regel zwei bis vier Wochen.

### **4.3.3 Evaluation, Auswertung**

Sofort nach Rückkehr wird der Einsatz detailliert analysiert und ausgewertet, um eventuell erforderliche Konsequenzen für zukünftige Aktionen ziehen zu können.

## **4.4 Partnerstrukturen und Kooperation**

Im Interesse eines erfolgreichen Einsatzes und der Absicherung der eigenen Aktivitäten sind die Nutzung der bestehenden Partnerstrukturen im Ausland und die partnerschaftliche Kooperation mit nationalen und internationalen Institutionen sowie staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen zwingend erforderlich. Eine Einbindung in das internationale Krisenmanagement ist anzustreben.

## **4.5 Basisstrukturen**

Um im Ernstfall zeitnah agieren zu können, müssen bereits im Vorfeld handlungsfähige Basisstrukturen aufgebaut sein und unterhalten werden. Dazu zählen:

#### **4.5.1 Krisenkoordinationszentrum**

Für die Vorbereitung und Durchführung einer Krisenintervention im Ausland ist ein Kriseninterventions- und Koordinationszentrum in Deutschland erforderlich, das während der Entsendung rund um die Uhr besetzt sein muss.

#### **4.5.2 Personelle Ressourcen**

##### a. Bereithaltung personeller Ressourcen

Ein Netzwerk personell-fachlicher Ressourcen wird vorgehalten.

##### b. Schulung und Fortbildung

Die möglichen Teilnehmer an Kriseninterventionen werden regelmäßig geschult und weitergebildet.

##### c. Psychologische Betreuung

Die Mitglieder des Kriseninterventionsteams erhalten während des Einsatzes und im Anschluss an den Einsatz psychologische Betreuung und Nachsorge.

#### **4.5.3 Ausrüstung**

Die für Einsätze in Krisenregionen erforderliche Basis-Ausrüstung muss bereitgehalten und gewartet werden.

## **5. Literatur**

Bopp, A./ Schürholz, J. (2004):

Anthroposophische Therapien. Grundlagen, Spektrum, Anwendungen. Dornach.

Denjean-von Stryk, B./ von Bonin, D. (2000):

Therapeutische Sprachgestaltung, Stuttgart.

Deutsches Rotes Kreuz (2003):

Materialien zur Traumaarbeit mit Flüchtlingen.

Eckhardt, J. J. (2005):

Kinder und Trauma.

Felber, R./ Reinhold, S./ Stückert, A. (2000):

Musiktherapie und Gesang. Stuttgart.

- Fingado, M. (2002):  
Rhythmische Einreibungen. Dornach.
- Fingado, M. (2003):  
Therapeutische Wickel und Kompressen. Dornach.
- Fischer, G./ Riedesser, P. (1998):  
Lehrbuch der Psychotraumatologie. München.
- Freunde der Erziehungskunst Rudolf Steiners e.V. (1996):  
Waldorfpädagogik. Ausstellungskatalog anlässlich der 44. Sitzung der internationalen Konferenz für Erziehung der UNESCO in Genf. Stuttgart.
- Freunde der Erziehungskunst Rudolf Steiners e.V. (2001):  
Waldorfpädagogik weltweit. Ein Überblick über die Entwicklung der Waldorfpädagogik und der anthroposophischen Heilpädagogik und Sozialtherapie. Berlin.
- Golombek, E. (2000):  
Plastisch-Therapeutisches Gestalten. Stuttgart.
- Gschwend, G (2004):  
Notfallpsychologie und Trauma-Akuttherapie. Bern.
- Härter, S. (2005):  
Berührung, Rhythmus, Heilung. Die Rhythmische Massage nach Dr. med. Ita Wegman. Arlesheim.
- Hausmann, C. (2005):  
Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards. Wien.
- Hausmann, C. (2006):  
Einführung in die Psychotraumatologie. Wien.
- Hilweg, W./ Ullmann, E. (1997):  
Kindheit und Trauma. Trennung, Missbrauch, Krieg. Göttingen:
- Hüther, G.(2002):  
Und nichts wird fortan sein wie bisher. Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung. In: PAN, Pflege- und Adoptionsfamilien NRW e.V. (Hg):  
Traumatisierte Kinder in Pflege- und Adoptivfamilien. Ratingen.
- Hüther, G (2004):  
Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen.
- Kirchner-Bockholt, M. (1997):  
Grundelemente der Heileurythmie. Dornach.



- Kiersch, J. (1997):  
Die Waldorfpädagogik. Eine Einführung in die Pädagogik Rudolf Steiners. Stuttgart.
- Landolt, M. A. (2004):  
Psychotraumatologie des Kindesalters. Göttingen.
- Leber, S. (1993):  
Die Menschenkunde der Waldorfpädagogik. Anthropologische Grundlagen der Erziehung des Kindes und Jugendlichen. Stuttgart.
- Levine, P. A./ Kline, M. (2005):  
Verwundete Kinderseelen heilen. München.
- Lievegoed, B.C.J. (1995):  
Entwicklungsphasen des Kindes. Stuttgart.
- Mees-Christeller, E./ Denzinger, I./ Altmaier, M./ Künstner, H./ Umfrid, H./ Frieling,  
E./Auer, A. (2000):  
Therapeutisches Zeichnen und Malen. Stuttgart.
- Perry, B. D. (2003):  
Gewalt und Kindheit: wie ständige Angst das Gehirn des Kindes im Wachstum beeinflussen kann. In: May, A./ Remus, N.: Traumatisierte Kinder. Berlin.
- Stellamans-Wellens, H. (2002):  
Narben auf der Seele. Traumatisierte Kinder und ihre Eltern. Stuttgart.
- Streeck-Fischer, A. (1992):  
Adoleszenz und Trauma. Göttingen.
- Streeck-Fischer, A. (2006):  
Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen.
- Tedeschi, R. G./ Park, C. L./ Calhoun, L. G. (1998):  
Posttraumatic growth: positive changes in the aftermath of crisis. New York.
- Treichler, M. (1996):  
Mensch-Kunst-Therapie. Anthropologische, medizinische und therapeutische Grundlagen der Kunsttherapien. Stuttgart.
- Weiß, W. (2006):  
Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in der Erziehungshilfe.  
Weinheim/ München
- Wenenschou, L (1996):  
Was ist Heileurythmie?. Dornach.