

Если миры обрушиваются

Необходимая педагогическая помощь в бедственном положении травмированных детей и подростков в кризисных регионах.

Концепт необходимой педагогическо-терапевтической неотложной помощи в военно- и катастрофической ситуации на базе вальдорфной педагогики.

1. Обобщение

Миллионы детей и подростков несут в себе травмированное прошлое. Они терпят этнические подавления, войну, пытки, они используются как солдаты или находятся в бегстве. Около 50 процентов беженцев - это дети и подростки. Одни несут принудительные работы, бывают похищены или лишены свободы, принуждены к сексуальным домогательствам или становятся свидетелями насилия над их близкими людьми. Другие становятся жертвами природных катаклизмов и катастроф. И все они несут в себе травмированное прошлое.

Пережитые, но не переработанные травмы могут и по истечению нескольких лет привести к образованию тяжелых симптомов и неизгладимо нарушить развитие ребенка. Физические и психические заболевания могут нести такое последствие как трудности в учебе. Именно в подростковом периоде не переработанные детские травмы ведут к существенному нарушению поведения. Тогда жертвы могут сами стать преступниками.

Необходимая педагогическая помощь пытается помочь пережить через стабилизирующие меры пострадавшим детям и подросткам их травмированное прошлое. Через предоставление защиты и надежности, через построение надежных отношений, через повышение самооценки, самоконтроля, самоэффективности, через сокращение нагрузки и построение оздоровительной групповой атмосферы должна быть усилена общая комплектация ребенка и активирован его собственный потенциал. Цель - это перенести травмированное прошлое в биографию ребенка и помешать развитию послетравматической нагрузки и последствий.

Вальдорфская педагогика как базис необходимой педагогической помощи особенно действенна через поддержку специальной художественной формы терапии. В оформленных занятиях и игровых фазах, в свободной игре и креативно-художественной организации должны быть снова активированы личные ресурсы, которые были растеряны через травму ребенка. Ритмически построенный режим дня, регулярный распорядок питания и сна, покоя и активности должны дать детям и подросткам новые ориентиры и надежность. Должны быть посторены и стимулированы надежные отношения, доверие и самодоверие, новый интерес к миру и возрасту соответствующие самоконтроль и самоответственность.

Общество „Freunde der Erziehungskunst Rudolf Steiners e.V.“ - «Друзья искусства воспитания» образовывает в настоящее время необходимую педагогическую группу помощи в регионах кризиса для работы с психологически травмированными детьми и подростками. Личные ресурсы утверждены, Центр помощи в кризисе основан и необходимым оборудованием

оснащен. Первое необходимое педагогическое вмешательство было проведено в сотрудничестве с Юнеско в 2006 — 2007 годах в Ливане.

В интересах успешной необходимой педагогической помощи запланировано использование установленных партнерских отношений практически в 80-ти стран мира. Кроме этого направляется связь национальных и интернациональных организаций в интернациональный кризисный менеджмент.

2. Психологические травмы детей и подростков в кризисных регионах

2.1 Травмы в следствии войны и природных катаклизм

Миллионы детей ежегодно становятся жертвами войн, их последствий или природных катастроф, таких как землетресения, наводнения, ураганы, пожары. Все они кроме возможных физических повреждений получают психологические травмы (Hilweg, Ullmann, 1997).

В клинической психологии травма или психологическая травма обозначается как одно из вне воздейственное повреждение моральной целостности психики. К внешним событиям, через которые возникают душевные травмы и раны, принадлежат: война, природные катаклизмы, бегство, изгнание, несчастные случаи, издевательства, пытка, пренебрежение, сексуальное домогательство и сопереживание катастрофических событий. Решающий толчок последующего развития душевной травмы не в действительных событиях, а в силе субъективного сопереживания (Fischer/ Riedesser, 1998).

В частых случаях травмирующее сопереживание приводит к беспомощности и к подрыву себя- и миропонимания. Если не происходит быстрой и успешной переработки психологической травмы, то травма может негативно повлиять на последующие психологическое равитие и привести к острой реакции перенапряжения, нарушению приспособления и к невротическим заболеваниям (Streeck-Fischer, 2006).

Преждевременное профессиональное педагогическо-терапевтическое вмешательство после психотравмы может противостоять развитию возможных негативных последствий в биографии ребенка.

2.2 Возможные последствия психологической травмы.

2.2.1 Процесс психологической травмы

Течение психологической травмированности в своей сущности определяется трехфазовой моделью (Hausmann, 2005, S. 62f):

- травмирующая ситуация
- травмированное восприятие
- реакция на травму

2.2.1.1. Травмирующее событие

Травмирующее событие определяется одним из различных травмофакторов, к которым принадлежат интенсивность, продолжительность, причина, вина, отношения между преступником и жертвой, вид травмирующего содержания и способ пострадания.

2.2.1.2. Переживание травмы

Ведет ли угнетающее пережитое событие к психологической травме зависит от состояния пострадавшего и его индивидуальности. Факторы защиты и риска могут усилить или уменьшить последствия психологической травмы. Кроме того важную роль играют аспекты восприятия (степень опасности) и поведения (самодейственность) пострадавшего во время травмирующего события.

2.2.1.3 Травмирующая реакция

Травмирующий процесс ведет к различным последствиям, которые подразделяются на кратко- и долговременные реакции.

а) Кратковременные последствия.

К кратковременным последствиям относятся «непосредственные реакции, острые психические симптомы и первые прямые попытки преодоления» (Hausmann, 2005, S. 63).

б) Долговременные последствия.

К типичным долговременным последствиям травматической реакции относятся «хронические симптомы и нарушения, и замедленное начало симптоматики как неосознанные повторения травмирующей ситуации» (Hausmann, 2006, S. 45).

с) Дальнейшие последствия непрямого рода.

Психологические травмы всегда отражаются на пострадавшем и его поведении. Возможно, что уже состоявшиеся и позже добавленные нагрузки усилятся или психологическая травма будет передана следующему поколению.

д) Снова повторяющаяся травма

Похожие события, допросы полиции, судебные разбирательства и процесс диагностики могут привести к снова возникающему травмированию. Также и «ушибы раньше поврежденной части организма могут вскрыть уходящие воспоминания, встрясти тягостные переживания и снова вскрыть душевные раны» (ebd. S. 46).

2.2.2 Симптомы

Дети указывают на травмирующие события, которые не могут переработать, возрастными определяющими симптомами. Эти травмирующие симптомообразования зависят от эмоциональной и социальной степени развития ребенка и его возраста (Levine/ Kline, 2005):

2.2.2.1. *Младенцы и маленькие дети*

- Страхи
- Замкнутость
- Возбудимость
- Уход в себя
- Отчуждение
- Импульсивное поведение
- Замедленность развития
- Жалобы на самочувствие (например боль в животе)
- Изменения привычек и поведения
- Регрессия на ранних степенях развития
- Частый, необъяснимый плач
- Нарушение сна
- Проблемы приема пищи
- Нарушение общения

2.2.2.2 *Дети дошкольного возраста*

- Сильные эмоциональные всплески
- Неспokoйствие
- Срах
- Гнев
- Агрессия
- Завышенные протесты
- Фобии
- Нарушения сна
- Ночные кошмары
- Деградация (писание в постель, сосание пальцев, разговор на младенческом языке)
- Переигрoвание травмирующих событий
- Проблемы с пищеварением (запоры, поносы)
- Боль в животе
- Головная боль
- Температура (без очагов воспаления)
- Поверхностное дыхание
- Усталость и лeтaргия как следствие нехватки кислорода
- Нарушения приема пищи

2.2.2.3 *Школьники*

- Малая способность концентрироваться
- Дефицит мотивирования
- Проблема привести задание до его конца
- Сложности переработки информации
- Сложность перестроиться на новое задание

- Хроническая возбудимость (Нервозность, беспокойный взгляд, отвлекание, невозможность сидеть на месте, чрезмерная бдительность)
- Агрессия
- Неуживчивость
- Непомерная речь
- Уход в себя (непомерная застенчивость, изоляция, замкнутость, невнимательность, усталость, видения, депрессия)
- Страхи/ Фобии
- Нарушенная осанка
- Усталость, ленность
- Страх за других
- Страх перед травмирующим возбуждением
- Проблема концентрации
- Нарушение памяти
- Проблемы с учебой
- Принужденное переигрвание травмирующей ситуации
- Нарушения сна
- Нарушения приема пищи
- Симптомы организма
- Родители не должны быть обременены их проблемами

2.2.2.4 *Подростки*

- Внезапные изменения в отношениях
- Потеря интереса к отношениям, которые раньше были важны
- Уход в себя, изоляция
- Общие изменения школьных результатов, успехов
- Общие изменения жизненных позиций
- Общие изменения внешнего вида
- Резкие изменения в поведении
- Жизнеугрожающие повторения травмирующих случаев
- Внезапные колебания настроения (страх, депрессия, мысли о самоубийстве)
- Проблемы с алкоголем и наркотиками
- Внезапная потеря интереса к раньше любимым хобби
- Возбудимость, гнев, желание отомщения
- Чрезмерная сексуальная активность
- Часто меняющиеся сексуальные партнеры

2.2.3 *Неврологические изменения*

Новые исследования показывают, что долгие психотравмы ведут к глубоким изменениям развития головного мозга. Изменения были установлены в гиппокампе, в лимбической системе и в коре головного мозга. (Perry, in May/Remus, 2003). Исследования показывают, что развитие головного мозга и лимбической системы могут быть повреждены через психологическую травму. В этой взаимосвязи происходят глубокие изменения гормональных

процессов, что ведет к изменениям процессов обоих полушарий мозга. С другой стороны это ведет к функциональным изменениям когнитивности, эмоциональности, социальности и поведения. Задержанные травмы состоятся не только через реальный повтор травмирующего прошлого как при издевательствах, но и через повтор травмы в следствии воспоминаний (Hüther, 2002, 2004). И потому важны торможение и преодоление последующего развития травм.

2.2.4 Нарушения образа

Неизлеченные травмы могут, хотя и не должны, вести как последствие к психопатологическим, на всю жизнь продолжительным заболеваниям. Часто психологическая травма детского периода обнажает свое разрушительно воздействие в лишь в подростковом возрасте. Уже в последующей инсценировке их разрушительного прошлого жертвы могут стать преступниками (Streeck-Fischer, 1999).

Как последствия травмированного прошлого могут возникнуть следующие нарушения образа:

- Острые нарушения нагрузки
- Нарушение в приспособлении
- Посттравматические нарушения нагрузки
- Задержанные, длительные изменения личностного характера после экстремальной нагрузки

2.3 Возможности необходимой педагогической интервенции (внедрения, вмешательства)

2.3.1 Фазы внедрения

Вмешательство после травматического происшествия протекает через три фазы:

1. Острое, срочное вмешательство (первые психологические меры на месте происшествия)
2. Психологическая стабилизация (необходимое психологическое вмешательство в течении первых 4-х недель)
3. Терапия, реабилитация (фаза обработки травмы, фаза интегрирования)

Необходимое педагогическое вмешательство может начаться еще на месте происшествия. Но обычно педагогическое внедрение происходит в течении первых четырех недель после происшествия (психологическая стабилизация). В это время решается, может ли пострадавший сам переработать психологическую травму или есть опасность развития посттравматического нарушения, и он нуждается в терапевтической помощи. Чрезвычайная педагогика может продолжаться и во время терапии.

2.3.2 Цели

Каждое необходимое педагогическое вмешательство в пользу травмированных детей и подростков в регионах войны и катастроф имеет задачу облегчить страдание и горе пострадавших через педагогические терапевтические меры, также усилить их общую комплекцию и способствовать усилению ресурсов организма. Целью необходимого педагогического вмешательства является построение надежных отношений, переход доверия к самодоверию, к миропознанию, способствование соответствующему возрасту самоуправлению и ответственности. Через необходимые педагогические меры должны быть предотвращены или как минимум ослаблены такие последствия как посттравматические реакции.

2.4 Переход от кризиса к шансу

В сегодняшних исследованиях рядом с психопатологическими последствиями травмированного прошлого также исследуются позитивное воздействие на личность пострадавших после их успешного преодоления травмы (Tedeschi/ Park/ Calhoun, 1998). К ним относятся (Landolt, 2004):

- Углубление отношений
- Расширений жизненных перспектив
- Созревание личности
- Углубленная оценка собственной жизни
- Духовно-религиозное углубление

Необходимое педагогическое вмешательство служит успешной переработке и интеграции травмирующего события в биографию ребенка.

3. Вальдорфская педагогика – в центре человек.

3.1 Вальдорфская педагогика во всем мире – глобальная величина вальдорфской педагогики.

В 1919 году была образована первая вальдорфская школа для детей рабочих сигаретной фабрики «Астория». Рудольф Штайнер был основоположником вальдорфской педагогики, в основе которой лежит антропология и психология развития. Она понимается как целостная педагогика, ориентированная на ребенка и его основах развития (Lievegoed, 1996; Leber, 1993). Сегодня во всем мире существуют более 1000 вальдорфских школ, более 2000 вальдорфских детских садов, сотни лечебно-педагогических школ и социально-терапевтических организаций и около 70-ти высших учебных заведений и институтов в более чем 80-ти странах всех континентов мира. Многие из этих организаций работают в социальных центрах кризиса. Некоторые из них связаны с проектами Юнеско. Таким образом вальдорфская педагогика - это единственное течение, которое достигло мирового масштаба (Freunde der Erziehungskunst Rudolf Steiners e. V., 2001).

3.2 Помощь от общества друзей искусства воспитания Рудольфа Штайнера.

Всемирное движение антропософической педагогики поддержалось в 1971 году в Штуттгарте образованным обществом «Друзья искусства воспитания Рудольфа Штайнера» - «Freunde der Erziehungskunst Rudolf Steiners e. V.», которое имеет официальное отношение к Юнеско (Freunde der Erziehungskunst Rudolf Steiners e. V., 1996).

В 2005 году общество «Друзья искусства воспитания Рудольфа Штайнера» получило 5,2 миллионов евро пожертвования для поддержки интернационального вальдорфско-педагогического движения. Этими взносами оплачиваются учебные стипендии, осуществляется шефство над учениками, поддерживаются ремонтные работы школьных заведений, финансируются консультации, сессии, повышения квалификации и просьбы о помощи во всем мире. Кроме этого с 1993 года общество участвует как организация борьбы с бедностью посредством многочисленных образовательных проектов и взаимодействием с руководством страны для прибыльного сотрудничества и развития.

Также с 1993 года общество «Друзей искусства воспитания» посредством различных, государством частично финансируемых программ отправляет молодежь после окончания учебных заведений на долговременные добровольные службы в вальдорфско-педагогические организации в более чем 60-ти стран. Около 550 молодых людей, отправленных зарубеж «Друзьями искусства воспитания», несли волонтерскую службу зарубежом. Потому это общество относится к самым большим организациям Германии для долгосрочных добровольных служб.

3.3 Вальдорфская педагогика как необходимая интервенция (внедрение)

3.3.1 Педагогические начинания интервенции

3.3.1.1 Основные принципы необходимого внедрения

К основным принципам в обращении с психотравмированными детьми относятся правда, ясность и структурность (Hausmann, 2005, S.181):

3.3.1.2 Педагогические ведущие линии к переработке травмы

После травмирующего события ребенок нуждается в помощи в переработке травмы. Прежде всего он нуждается в помощи при интеграции пережитого и новообразования контактов в окружающем мире. В последствии должны быть проведены следующие ведущие линии к педагогическому обращению с психологическими травмами:

- Слушать и говорить
- Давать выход чувствам, ощущениям, следить за ритуалами, привычностью,
- Следить за ритмом
- Вызывать снятие напряжения (дыхание, сон, покой)
- Режим питания
- Упражнения для концентрации

- Эстетичные методы переработки травмы (письмо, рисование, музыка)
- Игры
- Развитие планов
- Усиление религиозных чувств
- Усиление самооценки

3.3.1.3 *Обращение с травмирующими реакциям*

Драмматичные новообразования, вызывающие странностями поведения, приходят как последствия травмированного прошлого. Они требуют педагогического вмешательства. К травмированным реакциям относятся:

- Регресс
- Страхи, панические атаки, фобии
- Ночные кошмары
- Чувства стыда и вины
- Агрессия
- Самопричиняющее вред поведение, агрессия против себя
- Душевное потрясения
- Потеснения, отречения
- Неверное толкование
- Принуждение
- Нарушение поведения
- Психические заболевания

3.3.1.4 *Стабилизация через педагогическую интервенцию*

Педагогическая интервенция несет в себе стабилизирующую функцию. К мерам интервенции относятся (Weiß, 2006):

- Предоставлять защиту и надежность
- Обеспечить надежные отношения
- Познавать самооценку, самоконтроль и самоэффективность
- Построить оздоровительную групповую атмосферу
- Понимать повторную инсценировку травмы
- Останавливать неконтролируемые воспоминания
- Осознавать травмирующее событие
- Способствовать самооздоровлению

3.3.2 *Специальные педагогические терапевтические начинания интервенции*

С антропологической основой вальдорфской педагогики тесно связано расширенное, целостное понимание медицины и терапии. При этом речь идет не о альтернативах медицины в классических медицинских учреждениях, а о расширении их диагностического и терапевтического спектра. При этом в прошлых десятилетиях были развиты самобытные

формы терапии, которые вместе с традиционной терапией были давно успешно внедрены в антропософные клиники, лекарственные средства, оздоровительно-педагогические учреждения и вальдорфские школы. К ним относятся эвритмия, особые формы языковой, музыкальной и искусствовотерапии, звукотерапия, цвето- и цветотеневая терапия. Но прежде всего цель всей художественной терапии это то, что пациент сам под руководством терапевта возбуждает самооздоровительные процессы и выздоравливает через это самоактивное и эстетичное действие (Vopp/ Schürholtz, 2004; Treichler, 1996).

Одни или в комбинации с другими формами терапии эти специальные антропософные начинания предоставляют многообещающие инструменты для кризисного внедрения для травмированных детей и подростков в регионах войны и катастрофы.

3.3.2.1 Ритмичные натирания и массажи

Ритмичный массаж, развитый врачами Ита Вегман и Маргарита Наушка имеет основу классического оздоравливающего массажа, но и сверх того несет в себе задачу ритмично вибрированными массажными движениями возбудить жидкостные потоки в организме, чтобы снять болезненные ощущения. Ритмичный массаж несет в себе задачу все то, что стало окаменелым и твердым или то, что будет таким, снова при вести в движение. Ритмичный массаж делает бодрее и психологически внимательней. Он улучшает такие состояния как нарушения сна, изнеможенные состояния, заторможенность, напряжение и все функциональные нарушения. Кроме этого он улучшает восприятие тела и дарит ощущение быть одним целым со своим организмом (Härter, 2005; Fingado, 2002).

3.3.2.2 Ванны, обораживания

Посредством ванн и обораживаний снимаются напряжения и возбуждаются все жизненные процессы, такие как дыхание, теплообразование, обмен веществ, пищеварение и кровообращение. Окаменелые процессы могут быть снова облегчаны. Они способствуют и стимулируют самооздоровительные процессы. Ванны и обораживания дополняются эфирными или жирными маслами, эссенциями и настойками (Fingado, 2003).

3.3.2.3 Пластичное терапевтическое оформление

При пластичном оформлении речь идет о том, как в конфронтации пациента и материала освободить потрясенные, когнитивные, эмоциональные потенциалы и перевести их во внешние формы и очертания. При этом имеется в виду не декоративный результат. Борьба с материалом возрождают в пациенте новые образы и силы. Они содействуют тому, чтобы учиться соглашаться с ситуацией, побороть болезни и добиться жизненного мужества. Материалом терапии служат камень, тальк, дерево, алюминий, пчелиный воск, пластилин и песок. Выбор зависит от органического и психологического состояния пациента и от времени, в котором будет допускаться терапия (Golombek, 2000).

3.3.2.4 Терапия знаков и рисования

Терапия знаков и рисования способствует интенсивному противостоянию с самим собой на пути поиска внутреннего равновесия. Функциональные течения в организме оказывают влияние на себя через душевное переживание цвета и форм. В художественном процессе рисования возбуждаются себя опознающие процессы. Обнаруживаются образы поведения, модель жизни и блокады, которые до этого были скрыты. Через терапию знаков и рисования смягчаются окаменелые структуры и также перерабатывается травма (Mees-hristeller/Denzinger/Altmaier/ Künstler/Umfrid Frieling/Auer, 2000).

3.3.2.5 Музыкальная терапия

Музыкальная терапия открывает дверь к внутреннему миру впечатлений. Она обращается к чувствам, не к интеллекту. Цель музыкальной терапии – активировать ритмо-музыкально компетенции, чтобы этим стимулировать жизненные процессы. Музыкальная терапия помогает при самопознании и поощряет овладение новых жизненных перспектив. Поэтому особенно хорошо действует музыкальная терапия и при хронических и тяжелых заболеваниях. Она нашла свое прочное место в детской медицине, терапии, психиатрии, реанимации и даже в родильных домах (Felber/, Reinhold/ Stückert, 2000).

3.3.2.6 Терапевтические речевые формы

Язык – это самый важный источник человеческого общения. Он существенно больше, чем средство информации. В языке выражается вся личность человека. Каждый человек имеет свой голос с индивидуальной мелодией и артикуляцией. С помощью голоса он дарит выражение своим мыслям и чувствам. Посредством терапевтической языковой формы дыхание углубляется и такие заболевания как астма и кишечные болезни могут быть облегчены. Посредством языка имеется влияние на гармонию пульса и дыхания. Язык, богатый согласными звуками действует формоопределяюще и укрепляюще. Язык, полный гласных звуков поддерживает эмоциональную сферу и действует расслабляюще. Терапевтическая языковая форма делает возможным не только лечение языковых и речевых нарушений. Она глубоко внедряется в отношение между телом, душой и духом и делает возможным обращение с болезнями в терапевтической, психосоматической, психоатрической и оздоровительной областях (Denjean-von Stryk/ von Bonin, 2000).

3.3.2.7 Оздоровительная эвритмия

Эвритмия (греч.; красивый, благотворный ритм, созвучие в поэзии и в музыке) практикуется в искусстве, на сцене, в педагогике и в медицине. Оздоровительная эвритмия применяет язык, музыку и жестикуляцию в специально образованные течения движения. Каждому гласному и согласному звуку соответствует особенное движение. Оздоровительные эвритмические движения проводятся всем телом: руками, ногами, ладонями. Соответственно диагностированной болезни в этой терапии интенсивно упражняются отдельные жесты. Цель — это снова активировать потерянные через болезнь силы организма и повлиять на вегетативные процессы организма. Упражнения действуют возбуждающе, усиливают и регулируют ритмический ход организма — действуют на сердце, кровообращение, обмен веществ, подвижность и равновесие (Wennerschou, 1996; Kirchner-Bockholt, 1997).

4. Концепция педагогическо-терапевтического необходимого вмешательства в ситуациях войны и катастрофы на основе вальдорфской педагогики.

4.1 Группы кризисной интервенции

4.1.1 Создание

Общество «Друзья искусства воспитания» создают на выше описанном фоне по всему миру вводные единицы, части для необходимой кризисной интервенции для травмированных детей и подростков в регионах войны и катастрофы.

4.1.2 Персональная структура

а. Размер

Размер группы кризисной интервенции зависит от специфичности положения кризисного региона и из этого выходящей специфичности поставления задач. Группа кризисной интервенция должна в основном состоять из 10 человек различных компетенций.

б. Основные компетенции

В обращении с травмированными детьми обязательны следующие базисные персональные компетенции (Weiß, 2006):

- профессиональная компетенция
- самоконтроль
- самообеспечение

с. Предметная компетенция

Группа кризисной интервенции несет следующие предметные компетенции:

- **Руководитель, координатор** - Он руководит и координирует операцию.
- **Врач, психолог** - он несет медицинско-терапевтическую ответственность и в этой сфере руководит группой.
- **Терапевты.** Группа может иметь несколько в разных направлениях специализированных терапевтов. Они работают в группе и по одному.
- **Социальные педагоги и работники.** Все они ухаживают и работают с детскими и подростковыми группами.
- **Помощники.** В зависимости от поставленной задачи помощники могут дополнять специалистов в работе.
- **Переводчик.** Требуется для перевода языка.

д) Структурные условия

В какой мере будет образовывать и использовать свои компетенции педагогически-специальный персонал о зависит от структурных условий и институционального стандарта. К

нему принадлежат (Weiß. 2006):

- Образование
- Повышение квалификации
- Коучинг (инструмент личностного и профессионального развития)
- Групповая работа

4.2 Постановка цели и задачи

Постановка задачи группы педагогической кризисной интервенции - это быстрая педагогическая первая помощь травмированным детям и подросткам в регионах войны и катастроф. Постановка цели — это уменьшить страдание и предотвратить возможные биографические последствия с помощью педагогически-терапевтических мер.

При запланированной скорой помощи обычно имеется в виду первая помощь — вмешательство (интервенция). Специальная педагогическая работа с травмированными детьми осуществляется на основе антропологии вальдорфской педагогики и из нее вытекающих методик (Kiersch, 1997; Leber, 1993). Кроме того используются антропософические расширенные формы терапии. Эти мероприятия и меры действуют укрепляюще, стабилизирующе и способствуют освобождению эстетичного потенциала, жизненных сил и личных ресурсов, которые важны и необходимы для процесса переработки травмы (Vorr/ Schürholz, 2004).

Цель специальной педагогической необходимой помощи — это усилить общую конституцию ребенка после травмированного опыта, поддержать его самооздоровительный процесс и через это избежать образование посттравмированных нарушений или уменьшить их масштаб.

К особым постановкам задачи принадлежат:

4.2.1 Первый диагноз

В первом диагнозе должен быть определен и документирован вид и степень тяжести травмы. Диагностика осуществляется врачами, психологами и терапевтами.

4.2.2 Необходимая педагогическая интервенция

а. Срочная педагогическая помощь

Постановка цели неотложной терапевтической кризисной интервенции должна быть способствована и стимулирована через специальные педагогические меры на базисе вальдорфской педагогики.

В то время как терапевтическая кризисная интервенция осуществляется преимущественно в форме одиночной терапии специальная педагогическая интервенция проводится с внедрением динамико-групповыми социальными процессами.

В оформленных игровых фазах, в свободной игре и в фазах креативного художественного образования (рисование, лепка и т.д.) личные ресурсы, которые были растеряны во время травмы, должны быть снова активированы. Терапия с помощью рассказов и сказки должна поддержать этот процесс и содействовать переработке травмы.

Ритмично организованный режим дня с определенными часами питания и сна, фазами активности и покоя должны подарить ребенку новые правила ориентира, надежности и поддержки.

Цель педагогической неотложной помощи – это образование надежно-передоваемых отношений, доверия, самоуверенности, нового миропознания а также способствование самоконтроля и ответственности, которые соответствуют возрасту ребенка.

Педагогическая работа должна проводиться педагогически квалифицированными воспитателями, специальными педагогами и социальными работниками.

б. Терапевтическая неотложная помощь

Исходя из первого диагноза проводится индивидуальный план лечения в групповой и одиночной терапии. В применения входят преимущественно антропософные расширенные формы терапии (Vorr/ Schürholz, 2004).

Терапия проводится квалифицированными специалистами.

с. Медицинская неотложная помощь

Все пострадавшие дети должны иметь врачебный уход, должны быть обследованы и терапированы медикаментами.

Медицинская терапия проводится исключительно врачом.

4.2.3 Заключительный диагноз

В заключительном отчете фиксируется индивидуальное состояние и последующие меры терапии и лечения.

4.2.4 Документация

Первый диагноз и ход терапии фиксируются в стандартной карточке ребенка для возможного последующего лечения.

К заключительной документации принадлежит также педагогический доклад, в котором фиксируются специальное педагогическое вмешательство, индивидуальный ход развития и возможные отклонения поведения.

4.3 Временные перспективы

4.3.1 Анализ, план, подготовка

Отправке чрезвычайно-педагогической интервенционной группы предшествуют анализ и план, в которых определяются конкретные детали операции. Для этого есть компетентный кризо-интервенционный и координирующий центр в Германии, который находится в обществе «Друзья искусства воспитания» в городе Карлсруэ.

4.3.2 Отправка и выполнение

Длительность поездки обхватывает обычно 2-4 недели.

4.3.3 Анализ, подведение итога

Сразу после возвращения группы операция вмешательства детально описывается и анализируется, чтобы сделать возможные требующиеся выводы для следующих действий.

4.4 Партнерские структуры и сотрудничество

В интересах успешного внедрения и страхования собственной деятельности важны и необходимы использование существующих партнерских отношений за границей и партнерского сотрудничества с национальными и интернациональными учреждениями, а также с государственными и частными организациями. В связи с этим устремляется связь к интернациональному кризисному менеджменту.

4.5 Базисные структуры

Чтобы в случае действительной опасности быстро суметь реагировать, должны быть уже ранее организованы базисные структуры.

4.5.1 Центр кризисной координации

Для подготовки и проведения кризисного внедрения за границей необходим центр кризисной интервенции и координации в Германии, который будет занят во все время поездки коллег.

4.5.2 Личные ресурсы

а. Подготовка личных ресурсов

Подготавливается сеть персонально-профессиональных ресурсов

б. Обучение и повышение квалификации

Возможные участники кризисной интервенции регулярно обучаются и повышают свою квалификацию.

с. Психологическое обслуживание.

Члены группы кризисной интервенции получают во время и в конце интервенции психологическое руководство и обслуживание.

4.5.3 Оснащение

Для внедрения в кризисные регионы должно быть подготовлено базисное оснащение.

5. Литература

Vopp, 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. (19956):
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. (20033):
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. (19992):
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. (20063).:
Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in der Erziehungshilfe.
Weinheim/ München
- Wennerschou, L (1996).:
Was ist Heileurythmie?. Dornach.