

## Dokumentation der 11. Fachtagung

# Was Kinder wi(e)der stehen lässt

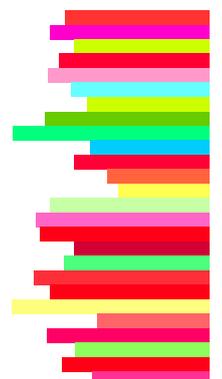
Resilienz als Fundament für Kinder und Jugendliche bei traumatischen Ereignissen

18. November 2013  
Europahaus  
1140 Wien

eine Fachtagung vom:

*netzwerk*  
Wiener Netzwerk gegen sexuelle Gewalt  
an Mädchen, Buben und Jugendlichen

[wienernetzwerk.at](http://wienernetzwerk.at)





# Inhaltsverzeichnis

03 Vorwort

## VORTRÄGE

04 Resilienz – fragil und stabil, komplex und geschichtet  
**Ass.Prof.Dr.<sup>in</sup> Brigitte Lueger-Schuster**

27 Resilienzförderung bei Kindern und Jugendlichen  
**Dr.<sup>in</sup> Silvia Exenberger**

40 Resilienz – moderne Zauberformel psychischer  
Gesundheit?  
**Dr. Klaus Vavrik**

## WORKSHOPS

57 Resilienzförderung bei Kindern & Jugendlichen  
**Dr.<sup>in</sup> Silvia Exenberger, Mag.<sup>a</sup> Heidi Siller**

69 Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die  
Resilienzförderung  
**Karl Miksch, MBA MSc**

79 Frühe Bindung und Resilienz  
**Mag.<sup>a</sup> Claudia Konrad**

89 ACHTSAM mit mir – ACHTSAM in der Beratung  
**Mag.<sup>a</sup> Sanela Manjić, Mag.<sup>a</sup> Anna-Melina Hartmann**

103 Zurück ins lebendige Leben - Selbstfürsorge und  
Psychohygiene  
**Mag.<sup>a</sup> Michaela Melzer**



# Vorwort

Das Wiener Netzwerk veranstaltet fast jährlich eine Fachtagung zum Thema Prävention von sexueller Gewalt für professionelle Helfer\_innen und die interessierte Öffentlichkeit. Das Datum Mitte November ist bewusst gewählt, da am 18.11. der Tag der Prävention ist. Heuer, anlässlich der 11. Fachtagung, stand das Thema Resilienz am Programm.

Resilienz als psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken erlangt als wesentlicher Faktor in der Prävention sexueller Gewalt immer mehr an Bedeutung.

Eine Fachtagung mit einem breiten Angebot an Expert\_innen zu den Themen Resilienz, neurobiologische Erkenntnisse und Bindung und vor allem eine daraus folgende Verknüpfung dieser Themen kann einen bedeutenden Baustein zur Qualitätssicherung im Sinne einer umfassenden Prävention darstellen.

Das Interesse war unerwartet hoch, 243 Teilnehmer\_innen waren angemeldet. Deshalb mussten wir eiligst noch in der letzten Woche vor der Tagung zwei weiterer Workshops ausrichten. Dankenswerterweise konnten wir dazu Frau Magistra Heidi Siller vom Gesundheitszentrum in Innsbruck und Frau Magistra Sanela Manjic, Notfallpsychologin in Wien, gewinnen.

Dank für finanzielle Unterstützung:

Bundeskanzleramt – Bundesministerin für Frauen; Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz; Bundesministerium für Justiz; Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend; Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur; Magistrat der Stadt Wien, Magistratsabteilung 7; Magistratsabteilung 13, Fachbereich Jugend/Pädagogik; Firma ausserbetrieb Installationen

Und Dank an alle Referent\_innen, Organisatorinnen und Teilnehmer\_innen!

Wir freuen uns über ein Feedback!

Das Wiener Netzwerk  
**wienernetzwerk@inode.at**





# Resilienz – fragil und stabil, komplex und geschichtet

## Ass.Prof.Dr.<sup>in</sup> Brigitte Lueger-Schuster

*Institut für Angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung, Förderung*

Brigitte Lueger-Schuster ist seit 1999 Assistenzprofessorin an der Universität Wien, Fakultät für Psychologie, Bereich Klinische Psychologie. 1988 hat sie an der Universität Wien promoviert. Ihre wissenschaftliche Karriere startete sie an der Technischen Universität Wien, 1989 wurde sie Universitätsassistentin an der Universität Wien für den Bereich Angewandte Psychologie. Seit 1992 setzt sie sich mit dem Bereich Klinische Psychologie auseinander, insbesondere mit Psychotraumatologie und Menschenrechten. Gegenwärtig leitet sie zwei Forschungsprojekte zum Thema institutionalisierte Gewalt und Missbrauch. Zuvor führte sie eine Studie über die aktuellen Belastungen der Kinder des Zweiten Weltkrieges durch. In den 90er Jahren hat sie sich mit der Evaluation von Behandlungsprogrammen für Sexualtäter befasst. Sie ist Gründungsmitglied der Forschungsplattform „Human rights in the European Context“ an der Universität Wien und Teil des Kollegiums des gleichnamigen Initiativkollegs.

Brigitte Lueger-Schuster hat Publikationen im Bereich der Psychotraumatologie für peer reviewed international journals verfasst, Bücher herausgegeben bzw. geschrieben sowie einige nationale und internationale Konferenzen für Psychotraumatologie organisiert. Im praktischen Bereich hat sie die Psychotraumatologie für Österreich mitentwickelt, und zwar mit drei Schwerpunkten: Psychotrauma und Katastrophen, Diagnostik und Behandlung für Folterüberlebende und Psychische Folgen nach institutionalisierte Gewalt und Missbrauch.

Von 2008 bis 2012 war sie Studienprogrammleiterin an der Fakultät für Psychologie, seit 2004 ist sie stellvertretende Vorsitzende der Schiedskommission der Universität Wien. Seit 2000 ist sie Mitglied von nationalen und internationalen Fachverbänden für Psychotraumatologie. 2011 bis 2013 war sie Präsidentin der European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS). Seit 2012 ist sie Delegierte der ESTSS in das „Global Network on the longterm impact of child abuse“ der International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS).

Ass. Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster, Fakultät für Psychologie, Universität Wien

## Resilienz – Definition, Forschung, Förderung

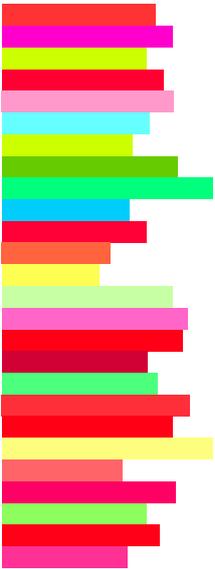
### Definition

„Resilienz“ wird in vielen unterschiedlichen Gebieten der Sozialforschung zur Anwendung gebracht. So vielfältig die Verwendung des Resilienzbegriffes ist, so zahlreich und heterogen sind auch die Definitionen dazu. Eine einheitliche und allgemein anerkannte Definition ist bisher ausständig.

Die WHO definiert Resilienz als eine positive Anpassung nach widrigen oder schädigenden Ereignissen, die negativen Auswirkungen entgegenwirkt. Die *American Psychological Association* (APA) leitet Resilienz von der lateinischen Bezeichnung *resilire* ab, was so viel wie „zurückspringen“ oder „abprallen“ bedeutet. Es handelt sich also um eine gewisse Widerstandsfähigkeit, die positive Anpassungsprozesse begünstigt und „hilft“ schwierige Lebensereignisse gut zu überstehen. Resilienz kann demnach als Fähigkeit verstanden werden, sich an herausfordernde oder bedrohliche Situationen anzupassen.

In vielen Studien wird in Zusammenhang mit Resilienz der Terminus „positive outcome“ genannt. Auch hier scheinen sich die Forscher uneins zu sein, so kann damit das Ausbleiben negativer Folgen





## Resilienz – fragil und stabil, komplex und geschichtet

Brigitte Lueger – Schuster, Institut für Angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung, Förderung



### Geschichte der Resilienz – die Anfänge

- Beginn der Resilienzforschung in den 70iger Jahren des 20. Jahrhunderts (Cicchetti, 2006; Cicchetti & Curtis, 2006; Masten, 2007, 2011; Masten & Obradovic, 2006).
- Entscheidende Aspekte der menschlichen Funktionsfähigkeit und Entwicklung in Bezug auf Prävention, Resistenz oder Erholung von psychischen Erkrankungen wurden vernachlässigt (Masten, 2007).
- Untersuchungen und Erkenntnisse im Bereich der Entwicklungs(psycho) pathologie - grundlegend für die Entstehung der Resilienzforschung (Zolkoski & Bullock, 2012).

2



### Geschichte der Resilienz – die Anfänge

Beginn der Resilienzforschung in drei verschiedene Richtungen: (Zolkoski & Bullock, 2012)

1. Das Verstehen und die Prävention von psychischen Erkrankungen (erste Studien zu Kindern die sich trotz widriger Lebensumstände gut entwickelten)
2. Das Erkennen jener Prozesse und Regulationssysteme, die als Schutzfaktoren in Zusammenhang mit Resilienz gebracht werden und die ersten Versuche dies zu erklären
3. Die Wichtigkeit der Förderung von Resilienz bei Kindern, die in widrigen Lebensumständen aufwachsen in Bezug auf Prävention und Intervention

3



## Geschichte der Resilienz – die Pioniere

Manfred Bleuler  
(1903- 1994)



- Vertreter der Klinischen Psychopathologie
- Schizophrenie Studien
- Fallstudie „Vreni“, die trotz widriger Umstände in ihrer Kindheit (alleinige Pflege ihres physisch, psychisch und alkoholkranken Vaters) ein glückliches Leben als Erwachsene führte

(Zolkoski & Bullock, 2012)

4

## Geschichte der Resilienz – die Pioniere

Lois Murphy  
(1902- 2003)



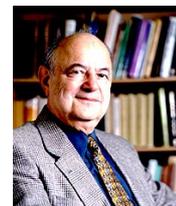
- Längsschnittstudie an 32 Kindern über deren Entwicklung
- Besorgnis über die Veränderung der Copingstrategien der Kinder in ihrem Umfeld im Zuge von Druck / Stress von außen
- Untersuchung der Copingstrategien bei inneren Spannungen

(Zolkoski & Bullock, 2012)

5

## Geschichte der Resilienz – die Pioniere

Irving Gottesman  
(geboren 1930 )



- Diathese- Stress Modell -> zur Bestimmung der Ätiologie der Schizophrenie
- Kombination von genetische und psychosoziale Ebenen von Vulnerabilität, Risiko- und Schutzfaktoren im Laufe des Lebens und deren Effekte auf die individuelle Entwicklung einer psychischen Störung.

(Zolkoski & Bullock, 2012)

6



## Geschichte der Resilienz – die Pioniere

Emmy Werner  
(geboren 1929)



- Kauai- Studie: Begleitung von 660 Kindern von der Geburt bis zum 32. Lebensjahr in Hawaii
- 200 Kinder davon unter widrigen Umständen (u.a. perinatale Probleme, familiäre Instabilität, minimale Schulbildung)
- Studienergebnis: die Kindergruppe zeigt trotz widriger Lebensumstände bessere Gesundheit und sind kompetentere Erwachsene als die anderen
- Ergebnisse: Grundlage für die Resilienzforschung

(Zolkoski & Bullock,

2012)

7

## Geschichte der Resilienz – die Pioniere

Michael Rutter  
(geboren 1933)



- 1964 – Isle of White Studies: epidemiologische Studien in Bezug auf psychiatrische und körperliche Erkrankungen von Kindern (Eltern niedriger sozioökonomischer Status, Ehekonflikte, psychiatrische Erkrankung der Mutter)
- Ergebnis: ein Stressfaktor hat kein signifikanten Einfluss auf Kinder, Kombination von 2 oder mehreren schwächt die Kinder in Bezug auf Resilienz

→ Beschränkung oder Beseitigung von Stressoren erhöht das positive (Entwicklungs)Ergebnis bei Kindern.

(Zolkoski & Bullock,

2012)

8

## Geschichte der Resilienz – die Pioniere

Norman Garmezy  
(1918- 2009)



- Untersuchte 200 Kinder mit angeborenen Herzfehler oder körperlichen Behinderungen
- Studie: Fokus soziale Kompetenz
- Resultate der Studie bilden Grundlage für erste Konzepte: Kompensation, Veränderung und Schutzfaktoren

(Zolkoski & Bullock, 2012)

9



## Resilienz - Definitionen

- Die WHO definiert Resilienz als eine positive Anpassung nach widrigen oder schädigenden Ereignissen, die negativen Auswirkungen entgegenwirkt (Krug, Dahlberg, Mercy, Zivi & Lozano, 2002).
- Die APA beschreibt eine gewisse Widerstandsfähigkeit, die positive Anpassung begünstigt und dabei unterstützt, schwierige Lebensereignisse zu überstehen (Agaibi & Willsin, 2005; Campbell-Sills, Forde & Stein, 2009; Williams & Nelson-Gardell, 2012).

Einigkeit: Resilienz - ein Prozess, über die gesamte Lebenszeit

10

## Theoretischer Hintergrund von Resilienz

- **Resilienz** (lat. = zurückspringen) bezeichnet die psychische Widerstandsfähigkeit von Menschen auf stressende oder traumatische Ereignisse
- Forschung noch uneinig über Faktoren und Strukturen, die Resilienz bedingen

(Bonanno, 2004)  
(Davydov, Steward, Ritchie, & Chaudieu, 2010)

11

## Theoretischer Hintergrund von Resilienz

- Resilienz ist die häufigste Reaktion auf traumatische Erfahrungen
- Resilienz: multikausales Konzept, bestehend aus biologischen, sozialen und psychologischen Faktoren
- Es besteht ein Mangel an Operationalisierungen und Messmethoden und eine Masse an Definitionen und Terminologien
- Resilienz wird definiert als:
  - angeboren / individuelle Adaption / externe Beeinflussung - oder
  - Schutz und Förderung psychischer Gesundheit - oder
  - Schnellere Erholung - oder
  - Linderung negativer Auswirkungen z. B. von Stress

(Bonano, 2005; Davydov, Steward, Ritchie, & Chaudieu, 2010)

12



### Theoretischer Hintergrund von Resilienz

Psychische Gesundheit ist das Zusammenspiel eines subjektiv positiven Wohlbefindens und eines gut funktionierenden Alltags

Das Nichtvorhandensein einer psychischen Störung bedeutet aber nicht psychisch gesund zu sein!

(Keyes, 2002)

### Theoretischer Hintergrund von Resilienz

3 Ebenen, die zur Resilienz beitragen (Wu et al., 2013)

Bio...	...psycho...	...sozial
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterschiede in Funktion, Interaktion</li> <li>• Hormone</li> <li>• Neuropeptide</li> <li>• Neurotransmitter</li> <li>• Gene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstwirksamkeit</li> <li>• Optimismus</li> <li>• Humor</li> <li>• Coping</li> <li>• Glaube</li> <li>• Intelligenz</li> <li>• Entwicklung</li> <li>• Persönlichkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umweltfaktoren</li> <li>• Familie, Peers</li> <li>• Soziale Unterstützung</li> <li>• Kultureller Einfluss</li> <li>• Genderbedingter Einfluss</li> <li>• Bewegung</li> <li>• Soziales Verhalten</li> </ul>

### Resilienz

Resilienz ist ein multidimensionales Konstrukt (Southwick and Charney, 2012)

Verschiedene miteinander interagierender Faktoren spielen eine bedeutende Rolle für die Entwicklung von Resilienz (Wu et al., 2013)

- Genetische Faktoren
- Epigenetische Faktoren
- Neurochemische Faktoren
- Persönliche Faktoren
- Entwicklungsfaktoren
- Demografische Faktoren



### Persönliche Faktoren

Individuelle Eigenschaften und Verhaltensweisen (Wu et al., 2013)

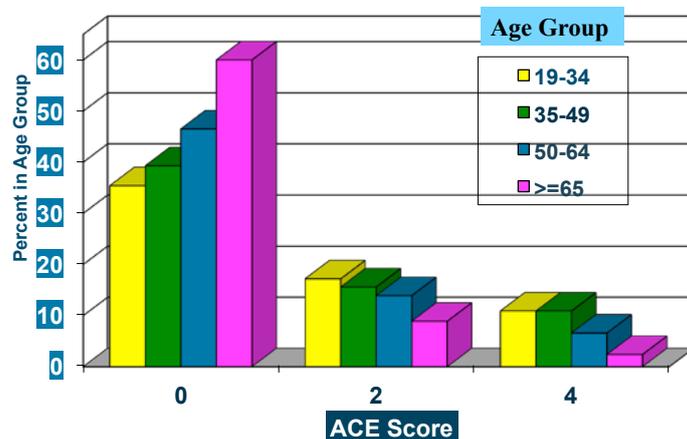
- Optimismus
- Aktives Stressbewältigung
- Soziale Unterstützung
- Humor
- Körperliche Betätigung
- Soziales Verhalten
- Achtsamkeit

### Entwicklungsfaktoren

Die Entwicklungsumgebung zeigt erhebliche Auswirkungen auf den Aufbau und Steigerung der Resilienz im frühen Alter (Wu et al., 2013)

- ACE Studien (Felitti et al., 1998)
- Kinder sollen in einer liebevollen, natürlichen und unterstützenden Umgebung aufwachsen (Southwick and Charney, 2012)
- Durch Interventionen bei Pflegefamilien und Elterntrainings ist es möglich die Qualität der Elternschaft zu verbessern und die Eltern- Kindbeziehung zu festigen, sowie adaptive Funktionen und die Resilienz zu fördern (Wu et al., 2013)

### Effekte der ACE's auf die Mortalität



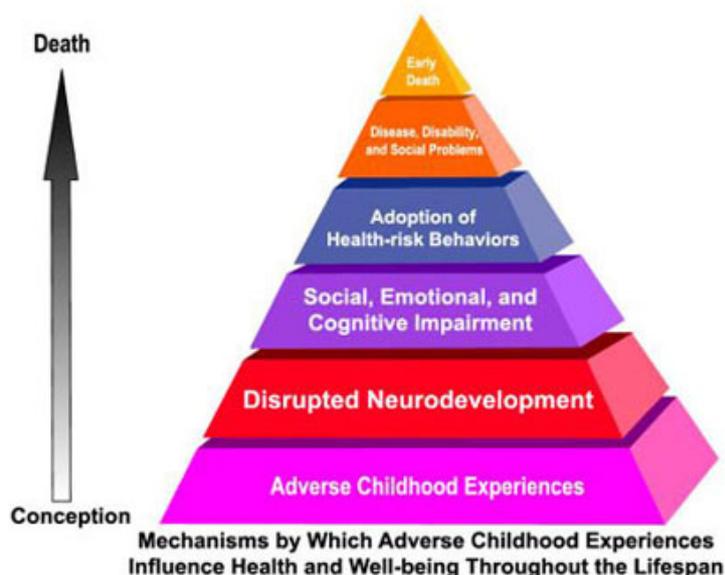


## Entwicklungsaufgaben

Umfangreiche Studien:

- Misshandelte Kinder zeigen geringere Resilienz als nicht misshandelte Kinder (Cicchetti and Rogosch, 2012)
- Kinder mit Kriegserlebnissen und den damit verbundenen traumatischen Erlebnissen zeigen erhöhtes Risiko für eine PTBS, sowie andere körperliche Krankheitsbilder (Werner, 2013)

19



## Wie wird man resilient?

Um Resilienz zu erreichen zeigen Forschungsergebnisse, dass Schutzfaktoren notwendig sind (Windle, 2011).

3 Ebenen von Schutzfaktoren

- Individuelle Ebene
- Soziale Ebene
- Gesellschaftliche Ebene

21



## Schutzfaktoren

Ressourcen die Resilienz ermöglichen



(Windle, 2011)

22

## Resilienz – Studien zur Langzeitperspektive Resilienz = ein fragiles Konstrukt

1. Institutioneller Missbrauch in Einrichtungen der katholischen Kirche - Ausmaß der Gewalt und Aspekte von Resilienz bei Überlebenden
2. Kinder des Zweiten Weltkrieges

23

## Überblick

Psychotraumatologische Auswirkungen von Gewalt in Institutionen der Katholischen Kirche unterliegen verstärktem Forschungsinteresse.

In dieser Studie wurden 185 Betroffene von Gewalt und Missbrauch mittels Fragebogenset interviewt. Eine kleine Gruppe von 28 Personen erwies sich als resilient, diese Gruppe wurde mit den anderen 147 Personen verglichen.

Es zeigte sich in der Folge, dass gängige Resilienzmodelle im Zusammenhang mit Institutionellem Missbrauch nicht ausreichend sind.

24



## Missbrauch und Gewalt in der Katholischen Kirche

Bis zum Jahr 2002 war die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Missbrauch in der Katholischen Kirche kaum gegeben. Erst durch mediale Berichterstattung wurde dieses Thema in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses gerückt.

Die erste umfangreiche Studie zu diesem Thema wurde vom Kriminalitätsforschungsinstitut des John Jay Colleges durchgeführt. Die Ergebnisse wurden unter dem Titel „*The Nature and Scope of Child Sexual Abuse in the Chatholic Church*“ veröffentlicht (John Jay College, 2004,2006).

25

## Gewalt in Institutionen: Institutioneller Missbrauch

Der zentrale Aspekt von Institutionellem Missbrauch ist der Missbrauch von Macht durch eine Autoritätsperson, der dem Kind Schaden zufügt und zumeist negativ auf die weitere Entwicklung auswirkt (Wolfe et al., 2006).

Obwohl diese Thematik seitens der UN (2006) zu einem weltweiten Anliegen erklärt wurde, existieren nach wie vor wenig repräsentative Studien (Ellonen & Poso, 2011; Pinheiro, 2006).

26

## Folgen körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt

Menschen, die in ihrer Kindheit oder Jugend Opfer von physischer, sexueller oder psychischer Gewalt geworden sind, leiden oft ihr ganzes Leben an den Folgen.

Die Ergebnisse zahlreicher Studien weisen aber darauf hin, dass obwohl ein Großteil der Betroffenen mit massiven Folgen zu kämpfen hat, ein kleiner Teil keine störungswertigen Folgen entwickelt.

Bieten Modelle der Resilienz dafür eine Erklärung?

27



## Fragestellungen der Studie

- Von welchen Traumatisierungen waren die StudienteilnehmerInnen in ihrer Kindheit/Jugend betroffen? (Art und Ausmaß der Gewalt)
- Gab es Betroffene, die heute keine nachweisbaren Beeinträchtigungen durch die Traumatisierungen davon getragen haben? (Besteht Resilienz im Sinne von Symptommfreiheit)
- Welche Merkmale zeichnet die symptomfreie Gruppe aus?

28

## Darstellung der Studie

Über eine unabhängige Opferschutzanwaltschaft (UOA) wurde der Kontakt mit den Betroffenen aufgenommen. Erst nach schriftlicher Einverständnis erfolgte die Kommunikation direkt mit dem Projektteam. Drei Formen der Studienteilnahme wurden angeboten:

1. Passive Teilnahme
2. Aktive Teilnahme 1
3. Aktive Teilnahme 2

29

## Darstellung der Studie

**Passive Teilnahme:** Es wurden nur jene Dokumente analysiert, die der UOA zur Verfügung standen.

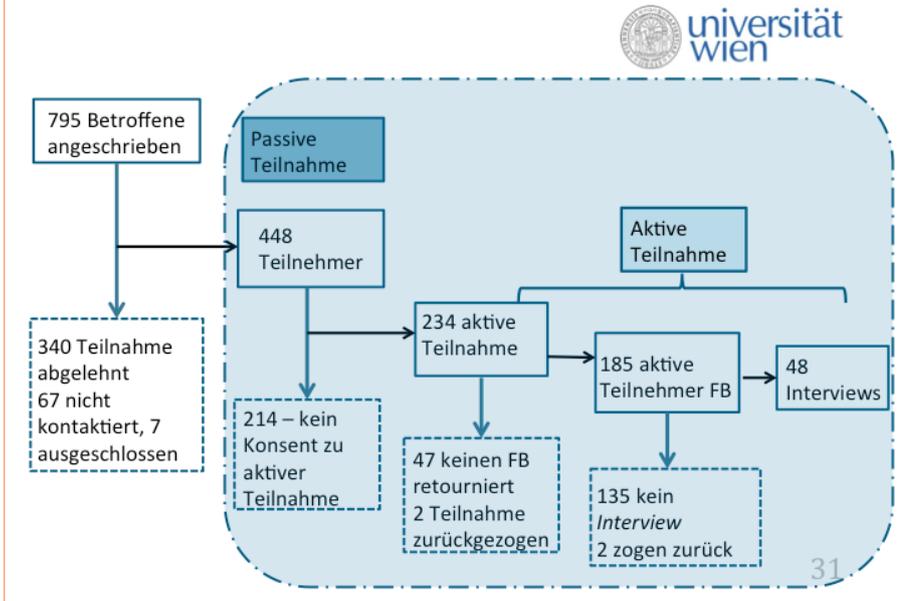
**Aktive Teilnahme 1:** Jene Teilnehmer haben zusätzlich ein Fragebogenset ausgefüllt.

**Aktive Teilnahme 2:** Jene Teilnehmer haben zusätzlich ein Fragebogenset ausgefüllt und ein qualitatives Tiefeninterview abgegeben.

30



## Studienablauf



## Darstellung der Studie

**Das Fragebogenset:** Den Teilnehmern wurde auf dem Postweg ein Fragebogenset zugesendet. Die Mitarbeiter des Forschungsteams standen den Teilnehmern jederzeit zur Verfügung.

**Instrumente:** Um die Beanspruchung der Studienteilnehmer gering zu halten, wurden effiziente Kurzversionen verwendet, die bereits in andern wissenschaftlichen Studien zum Einsatz kamen und ausreichend valide und reliabel sind.

32

## Instrumente

- Connor Davidson Resilience Scale (CD-Risk)
- Life Orientation Test (LOT-R)
- Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)
- Disclosure of Trauma Questionnaire (DTQ)
- Disclosure of Loss Experience (DLE)
- Posttraumatic Stress Disorder Checklist Civilian Version (PCL-C)
- Brief Symptom Inventory (BSI)

33



### Stichprobe

Insgesamt wurden die Datensätze von **448** StudienteilnehmerInnen in die statistische Analyse aufgenommen:

**185** Studienteilnehmer haben sich zur aktiven Teilnahme bereiterklärt

**48** davon haben zusätzlich vertiefende Interviews abgegeben.

34

### Stichprobe - Gruppenbildung

Die Teilnehmer wurden folgendermaßen in zwei Gruppen geteilt:

Gruppe 1: keine klinischen auffälligen Symptomwerte nach BSI und kein positives PTSD Screening nach PCL-C

Gruppe 2: Mindestens ein klinisch-auffälliges Ergebnis in einer der BSI Subskalen bzw. ein positives PCL-C Screening.

35

### Stichprobe - Überblick

Variable	N	%	Allgemeinbevölkerung
<b>Geschlecht</b>	<b>448</b>		
M	339	75,7	49,38
W	109	24,3	50,62
<b>Bildung</b>	<b>308</b>		
Keine Pflicht.	49	15,9	23,4
Lehre, BMS	142	46,1	54,6
Matura (AHS, BHS)	64	20,8	10,2
Hochschulabschluss	53	17,2	11,7
<b>Familienstand</b>	<b>359</b>		
Ledig	62	17,3	13,9
Verheiratet (+ Partnerschaft)	212	59,1	68,4
Verwitwet	11	3	4
Geschieden	74	20,6	13,4

36



### Ergebnisse

#### Art und Ausmaß der Gewalt

Der Definition der WHO (2003) folgend wurden die Taten in drei Formen der Gewalt unterteilt

	Gesamt ja N (%)	Männlich ja N (%)	Weiblich ja N (%)	P
Körperlich	306 (68,3)	232 (68,4)	74 (67,9)	0,915
Sexuell	308 (68,8)	251 (74,0)	57 (52,3)	< 0,001
Psychisch	373 (83,3)	279 (82,3)	94 (86,2)	0,338

37

### Ergebnisse

#### Kombinationen der Gewaltarten

Es wurde untersucht, wie viele Personen einer oder mehrerer Gewaltformen ausgesetzt waren.

	Gesamt ja N (%)	Männlich ja N (%)	Weiblich ja N (%)	P
1	57 (12,7)	38 (11,2)	19 (17,4)	0,035
2	243 (54,3)	179 (52,8)	64 (58,7)	
3	148 (33,0)	122 (36,0)	26 (23,9)	

38

### Vergleich der soziodemographischen Daten

Variable	Gruppe 1		Gruppe 2		χ <sup>2</sup>	df	p	Cramer's V
	n	%	n	%				
<b>Geschlecht</b>					3.1	1	.094	.123
Männer	25	89.3	116	73.9				
Frauen	3	10.7	41	26.1				
<b>Familienstand</b>					3.2	4	.504	.128
ledig	4	14.3	28	17.9				
Partnerschaft	11	39.3	49	31.4				
verheiratet	9	32.1	43	27.6				
geschieden	2	7.1	29	18.6				
verwitwet	2	7.1	7	4.5				
<b>Höchste Ausbildung</b>					7.0	4	.117	.204
keine	0	0.0	9	5.8				
Pflichtschule	3	10.7	19	12.3				
Lehre, BMS	9	32.1	77	50.0				
Matura	10	35.7	32	20.8				
Universität/Hochschule	6	21.4	17	11.0				

Anmerkung: Bei erwarteten Zellengrößen < 5 wurde der exakte Test nach Fisher durchgeführt.



### Ergebnisse

Die Gruppen zeigen kaum Unterschiede hinsichtlich der soziodemographischen Variablen. Weder Geschlecht, Familienstand, noch die höchste abgeschlossene Schulbildung unterscheiden sich signifikant.

### Vergleich der Fragebogendaten

Variable	Gruppe 1		Gruppe 2		t	df <sup>1</sup>	p	d
	M	SD	M	SD				
<b>Coping Inventory for Stressfull Situations (CISS)</b>								
Aufgabenorientiertes Coping	24.0	5.6	19.2	6.5	3.7	179	.000	0.79
Emotionsorientiertes Coping	9.8	4.9	17.8	6.1	-6.6	180	.000	-1.45
Vermeidungsorientiertes Coping	8.2	4.9	6.4	4.0	2.1	180	.035	0.41
<b>Life-Orientation-Test-revised (LOT-R)</b>								
Optimismus (T-Werte)	55.4	8.8	42.5	8.6	7.3	182	.000	1.49
Pessimismus (T-Werte)	41.6	7.7	50.2	9.9	-4.4	183	.000	-0.97
<b>Disclosure of Trauma Questionnaire</b>								
Mitteilungsdrang	8.0	4.4	8.5	4.7	-0.6	181	.551	-0.13
Verschwiegenheit	4.5	3.8	9.9	5.8	-6.4	52.9	.000	-1.12
Emotionale Reaktionen	6.2	5.4	13.5	5.6	-6.4	180	.000	-1.33
<b>Connor Davidson Resilience Scale</b>								
Gesamtwert	31.4	6.1	21.6	8.5	7.3	48.2	.000	1.32

Anmerkungen. <sup>1</sup> die Freiheitsgrade wurden angepasst, falls die Varianzen nicht homogen waren.

### Ergebnisse

Die Gruppen unterscheiden sich in den Antworten auf den Fragebögen teilweise sehr stark.

Nur die beiden Variablen „Mitteilungsdrang“ und „Vermeidungsorientiertes Coping“ unterscheiden sich nicht signifikant zwischen den Gruppen.



## Diskussion

- Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass trotz vielfältiger Traumatisierungen eine kleine Gruppe (15,1 %) resilient zu sein scheint.
- Es konnten Unterschiede im emotions- als auch aufgabenorientierten Coping gefunden werden. Zwei Erklärungsansätze liegen nahe:
  1. Aufgabenorientiertes Coping ermöglicht eine bessere Verarbeitung
  2. Vermeidendes Coping verhindert das Bewusstwerden der tatsächlichen Not (Williams & Nelson-Gardell, 2012).

43

## Diskussion

- Häufig gefundene Schutzfaktoren wie männliches Geschlecht, höheres Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung, Familienstand und höherer Bildungsgrad wurden nicht wirksam.
  - » Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass fremduntergebrachte Kinder zusätzlichen Risikofaktoren ausgesetzt sind, die wirksame Schutzfaktoren hemmen (Oswald et al., 2010).

44

## Diskussion

Wolfe et al. (2003) identifizieren weitere Risikofaktoren:

- » Die Rolle des Täters
- » Verlust des Grundvertrauens in die Gesellschaft
- » Vertrauensverlust
- » Gefühle wie Scham, Schuld und erlebte Hilflosigkeit

45



## Diskussion

Die Annahme, dass es sich bei Resilienz um eine reine Persönlichkeitseigenschaft handelt ist unzulässig (Vanderbilt-

Adriance & Shaw, 2008).

Vielmehr ist anzunehmen, dass Risiko und Schutzfaktoren in Wechselwirkung miteinander stehen.

46

## Diskussion

Neben den psychischen Folgen von IM sind auch soziale Folgen zu nennen. Häufig sind ehemalige Heimzöglinge von Obdachlosigkeit, Armut, Arbeitslosigkeit und Isolation betroffen (Stein, 2007).

Dies bedeutet auch eine Belastung für das Gesundheits- und Sozialsystem.

Institutionell geführte Einrichtungen sind nach wie vor gefährdet, dies sollte in zukünftige Studien Eingang finden.

47

Einfluß persönlicher Faktoren und Umweltkaktoren auf die psychische Gesundheit bei Österreichern, die während des Zweiten Weltkrieges Kinder waren

Influence of personal and environmental factors on mental health in a sample of Austrian survivors of World War II with regard to PTSD: Is it resilience? Tran, Glück, Lueger-Schuster: BMC Psychiatry 2013, 13:47

48



## Hintergrund

Traumatische Kriegserlebnisse in der Kindheit und im frühen Erwachsenenalter haben langandauernde negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Der Forschungsfokus liegt nun auf der positiven Anpassung bzw. auf Resilienz.

In dieser Studie wurden Personen- und Umgebungsfaktoren bei einer Stichprobe älterer Österreicher untersucht, die über traumatische Erlebnisse während des 2. WK und der nachfolgenden Besetzung berichteten.

49

## Methode

Nach Durchsicht mehrerer Resilienzkonzepte wurden die Untersuchung der der vorliegenden Daten in drei Phasen unterteilt:

1. Korrelate von PTBS und Nicht-PTBS?
2. Vergleich einer Stichprobe mit PTBS mit einer symptomfreien Gruppe in Bezug auf Resilienzfaktoren und Ausmaß der Resilienz
3. Identifizierung der Resilienzfaktoren, die zwischen jenen gesunden Teilnehmern differenzieren können, die in unterschiedlichen Besetzungszonen lebten.

50

## 1. Phase

Der psychosoziale Status der Teilnehmer (mildes/moderates Symptombild versus PTBS) diente als Ergebnis-Variable und wurde auf Geschlecht, Alter, Anzahl der TE (WRT und non-WRT) und Depression analysierte (Multiple Regressionsanalyse).

Freiwilliges soziales Engagement und Zivilstatus waren Indikatoren für soziales Engagement und soziale Unterstützung  
Gegenwärtige Wohnform (Pflegeheim vs. Privatwohnung) – wurde als Einflußfaktor kontrolliert

51



### Ergebnisse Prädiktoren für Resilienz

	Resilient vs. PTBS	Milde-moderate Trauma vs. PTSD
Anzahl der Trauma	0.74 [0.60, 0.91]	0.88 [0.71, 1.11]
Bildung: 10-12 Jahre	2.50 [1.06, 5.91]	2.94 [1.17, 7.40]
Depression	0.16 [0.06, 0.65]	0.29 [0.08, 1.04]*
Zivilstatus: alleine	1.86 [0.32, 10.94]	8.32 [1.35, 51.06]
verwitwet oder geschieden	1.87 [0.73, 4.78]	3.66 [1.27, 10.55]
Soziales Engagement Ja	3.39 [1.09, 10.57]	3.70 [1.06, 12.86]

### 2. Phase

Vergleich der Gruppen mit PTBS und ohne PTBS (Zwillingsgruppenvergleich mit den Faktoren: Geschlecht, Alter, Ausbildung, Aufenthalt während WWII, Anzahl der TE und MMSE-Score)

Prädiktoren: Depressionen, soziales Engagement, Zivilstatus, aktuelle Wohnform, Effekte der Zonen, Kinder und Unterschiede in der CD-RISC

### Ergebnisse

#### Ergebnisse der abgestimmten Kontrollgruppen

- Keine Unterschiede beim Zivilstatus
- Anzahl der Kinder sind vergleichbar
- Keine Unterschiede beim aktuellen Aufenthaltsstatus
- Keine Unterschiede in der Art der erlebten Trauma
- Keine Unterschiede im Bezug auf die Besatzungszone

Individuen mit PTBS haben mehr Kontakt zu Kindern (39 (90.7%) vs. 27 (62.8%),  $\chi^2(1) = 9.38, p = .002$ )



### Phase 3

Vergleich von Teilnehmern, deren psychosozialer Status besser als der Durchschnitt war (GSI T-score < 51) nach Zonenvergleich (Alliierte vs. Sowjet-Zonen-Wohnort).

Bewohner der Sowjet-Zone hatten ein höheres Risiko adverse Situationen zu erleben

Die CD-RISC-Werte wurden verglichen

55

### Vergleich der psychisch gesunden Personen in den Besatzungszonen

Gesunde Personen (GSI T score < 51) in früherer alliierter(n = 86) und sowjetischer Zone(n = 102):

- Die sowjetische Zone ist ein Umwelt-Risikofaktor
- CD-RISC: Sowjetisch: M = 32.69, SD = 6.07  
West: M = 30.48, SD = 5.89  
t(186) = 2.52, p = .013, d = 0.37
- ITEM 3: Sowjetisch: M = 2.98, SD = 1.19  
West: M = 2.31, SD = 1.40  
t(186) = 3.52, p < .001, d = 0.52
- ITEM 4: Sowjetisch: M = 2.23, SD = 1.47  
West: M = 1.55, SD = 1.48  
t(186) = 3.14, p = .002, d = 0.4

56

### Ergebnisse

#### Vergleich nach Besatzungszone

- Das Ausmaß an Sorge und Angst war in der sowjetischen Besatzungszone wesentlich höher. (ps ≤ .001)
- Es gab keine Unterschiede bei der PTSD Prävalenz
- Unterschiede im klinisch-relevanten Stress (BSI)
  - »Somatisierung ~1,5 (n.s.)
  - »Soziale Unsicherheit ~8,7 (p ≤ .05)
  - »Phobische Angst ~2,6 (p ≤ .05)
- Allgemeine Symptombelastung ~2,6 (p ≤ .05)

57



## Erfolgreiches Bewältigen von Risikofaktoren

- Allgemein höheres Resilienzniveau
- Mehr Humor
- Stress stärkt mich

Kennzeichneten jene Personen in der Sowjet-Zone, die einen GSI < 51 hatten, im Vergleich zu jenen aus den Alliierten Zonen.

58

## Bedeutung

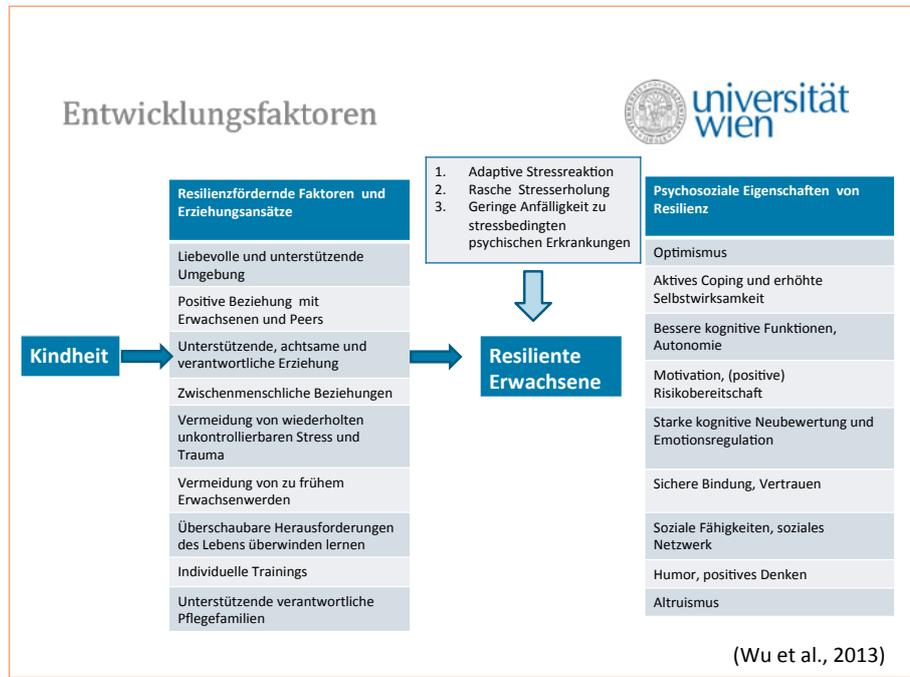
- Eine höhere Anzahl an Traumata führt zu mehr aktueller Symptomatik (PTBS und Depressionen)
- Aufgrund der Symptomüberlappung in der PTBS und der Depression könnte die erhöhten Depressionswerte aber auch ein Hinweis auf eine PTBS sein und weniger ein Risikofaktor
- Durchschnittliche Bildung schützt besser als hoher Bildungsgrad
- Geschlecht zeigt keinen Einfluß
- Bei Verheirateten zeigte sich mehr PTBS – vielleicht durch Hilfesuchverhalten?
- Soziales Engagement schützt
- Soziale Anerkennung als Opfer – kein Einfluß, passend zu historischen Bedingungen

59

## Was folgt daraus?

- Schwere Traumatisierungen in der Kindheit – kaum Resilienz im Alter mit umfassenden psychosozialen Konsequenzen
- Humor und sich den Herausforderungen des Lebens stellen schützt
- Trotzdem: die Frage bleibt, was ist Resilienz und was muss weiter erforscht werden: die Schutzfaktoren? Das Ausmaß der Symptomatik (bislang v. a. dichotom und nicht kontinuierlich), kognitiv-behaviorale Faktoren (Hilfe-Suchverhalten, Coping-Stile, Gene...?)

60



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Ebenfalls Danke an Sabine Maxian und Alexander Seiser für die Unterstützung der Vorbereitung  
 Brigitte.Lueger-Schuster@univie.ac.at



# Resilienzförderung bei Kindern und Jugendlichen

**Dr. Silvia Exenberger**

*SOS Children's Villages International, Research and Development Department  
Universität Innsbruck, Institut für Psychologie*

## Kurzbiografie

Dr. rer. nat. in Psychologie, Universität Innsbruck, Klinische- und Gesundheitspsychologin. Derzeit externe Lehrende am Institut für Psychologie und „Research and Development Advisor“ beim SOS Kinderdorf International mit Hauptsitz in Innsbruck. Zuvor erhielt sie eine Finanzierung im Rahmen des 7. EU Forschungsrahmenprogrammes (Marie Curie Actions, International Outgoing Fellowships) und hatte eine post-doc Position inne. Für zwei Jahre lebte sie in Indien um das Forschungsprojekt zu den Themen Trauma, Resilienz und (kindliches) Wohlbefinden (= Forschungsschwerpunkte) bei Kindern und deren Eltern nach dem Tsunami 2004 durchzuführen.

## Abstract Vortrag

Das „International Resilience Research Project“ (Grotberg 1997, 1998, 2001) ging Ende der 90er Jahre der Frage nach, was Eltern, LehrerInnen, andere Erwachsene und Kinder selbst tun können, um Resilienz bei Kindern zu fördern. Daten wurden bei Familien mit Kindern aus 22 Ländern weltweit erhoben. Drei Resilienzquellen konnten identifiziert werden: (a) externe Unterstützung (I HAVE) – es handelt sich dabei um Ressourcen und Hilfe außerhalb des Kindes (z.B. vertrauensvolle Beziehungen; Zugang zum Gesundheitssystem), (b) erworbene Problemlösungs- und interpersonelle Fähigkeiten (I CAN) – hier geht es um einen effektiven Umgang mit anderen, der gelehrt und gelernt werden kann (z.B. Impulskontrolle; Hilfe identifizieren und aufsuchen), und (c) entwickelte, innere Stärken (I AM) – das sind Gefühle, Einstellungen und „beliefs“, die dem Kind eigen sind (z.B. Autonomie; respektvoller Umgang mit sich selbst und anderen). In diesem Vortrag wird gezeigt, dass diese drei Prinzipien (I Have, I Can, I Am) eine unverzichtbare Grundlage für Resilienzförderung bei Kindern und Jugendlichen darstellen. Dies wird am Beispiel des entwickelten Resilienzförderungsprogrammes (Exenberger, Juen und Sekar 2010), dem Grotbergs Ansatz der Resilienzförderung zugrunde liegt, aufgezeigt. Dabei wird ein doppeltes Ziel verfolgt: einerseits werden Resilienzfaktoren aktiv und gezielt beim Kind gefördert und trainiert, andererseits sind Erwachsene in ihrem tagtäglichen Agieren angehalten, Resilienzfaktoren beim Kind und in der Umwelt zu identifizieren und hervorzuheben. An dieser Stelle wird auch auf das Konzept der „versteckten Resilienz“ eingegangen. Das heißt scheinbare mal-adaptive Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen können als symbolisch adaptive Verhaltensweisen gesehen werden, wenn es darum geht, unter (höchst) widrigen Umständen zu überleben. Die Stärke dieses Resilienzförderungsansatzes lässt sich auch in die Definition von Resilienz nach Michael Ungar (2008, 2009) eingliedern. In dieser Definition wird neben der individuellen Fähigkeit sich einen Weg zu Ressourcen zu bahnen, auch die Kapazität des physischen und sozialen Systems des Individuums diese Ressourcen dem Individuum zur Verfügung zu stellen, betont. Auf mögliche Ressourcen, die der Förderung von Resilienz dienlich sind, werden vor dem Hintergrund des bio-ökologischen Entwicklungsmodells nach Bronfenbrenner (Bronfenbrenner und Morris 2006), näher eingegangen.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology, Theoretical Models of Human Development* (6th ed., Vol. 1, pp. 793-828). New York: John Wiley & Sons.

Exenberger, S., Juen, B., & Sekar, K. (2010). *Resilience building among children in adverse situations*. Innsbruck: University of Innsbruck, Department of Psychology (internal publication).

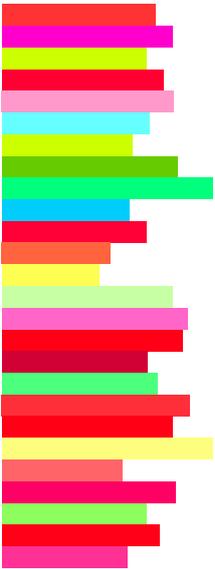
Grotberg, E. H. (1997). The International Resilience Project: Findings from the research and effectiveness of interventions. <http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb97a.html>. Accessed 9 June 2013.

Grotberg, E. H. (1998). The International Resilience Project. <http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb98a.html>. Accessed 9 June 2013.

Grotberg, E. H. (2001). Resilience programs for children in disaster. *Ambulatory Child Health*, 7, 75-83.

Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*, 38, 218-235.

Ungar, M. (2009). Resilience practice in action: Five principles for intervention. *Social Work Now*, Aug. 2009, 32-38.



# Resilienzförderung bei Kindern und Jugendlichen

Fachtagung – Wiener Netzwerk gegen sexuelle Gewalt an Mädchen, Buben und Jugendlichen

Dr. Silvia Exenberger, Medizinische Universität Innsbruck



## Ablauf des Vortrages

---

- I. Begriff Resilienz – Resilienz als intra-psychisches Konstrukt
- II. Erweiterung des Resilienzbegriffes – ökologisches Verständnis von Resilienz
- III. Resilienzförderung bei Kindern und Jugendlichen
- IV. Resilienz und chronisch traumatisierte Kinder
- V. Ausschnitte des Resilienzprogrammes



## Der Begriff Resilienz

---

- Lateinisch: resilire
- Technisch: Zurückfinden zur ursprünglichen Form
- Psychologisch: Flexibilität, zurückfinden zur Normalität





## Was ist Resilienz? – Eine erste Definition (Masten 2001, S. 228)

Resilienz wird definiert als „Gruppe von Phänomenen, die sich durch positive Ergebnisse – trotz ernsthafter Bedrohungen für Anpassung oder Entwicklung – auszeichnen.“

*Resilience is defined "as a class of phenomena characterised by good outcomes in spite of serious threats to adaptation or development."*



## Identifikation von Resilienz

*Resilienz ist die positive Anpassung im Kontext von vergangen oder gegenwärtigen widrigen Umständen.*



**Signifikante Bedrohung für die Entwicklung oder Anpassung des Individuums**

**Ausgewählte Kriterien zur Feststellung der befriedigenden Anpassung des Individuums**



**Kritische Lebensereignisse**  
↳ normative Ereignisse  
↳ nicht normative Krisen  
**Traumatische Ereignisse**

**Entwicklungsaufgaben (z.B.)**  
↳ frühe Kindheit  
↳ mittlere Kindheit  
↳ Adoleszenz

**Abwesenheit von Psychopathologie**

**Positive Selbst- oder Fremdeinschätzung**



## **Kauai Längsschnittstudie** **vgl. Werner & Smith (2001)**

---

### **Pionierstudie der Resilienzforschung**

**Ursprüngliches Ziel:** Erforschung der Langzeitfolgen von Entwicklungsrisiken in der frühen Kindheit

**Anlage:** Geburtsjahrgang auf der Insel Kauai (N=698)

Erfassung im Geburtsalter und mit 1, 2, 10, 18, 32, 40 Jahren

Hohes Entwicklungsrisiko bei 30% der Kinder (N=201): multiple Risikobelastung (u.a. chronische Armut, Geburtskomplikationen, Elterliche Psychopathologie)

30% dieser Risikokinder (N=72) entwickelten sich zu zuversichtlichen selbstsicheren und leistungsfähigen Erwachsenen



## **Resilienz als persönliche Stärke** **Erscheinungsform von Resilienz nach Benard (2004)**

---

- ⇒ Soziale Kompetenz
- ⇒ Problemlösefähigkeit
- ⇒ Autonomie
- ⇒ Sinnhaftigkeit und Zukunft



## **ERSTE Welle der Resilienzforschung**

---

Fokus auf

- das Individuum
- persönliche Kompetenzen
- Risiko- und Schutzfaktoren  
(Wright & Masten 2006)

- ➔ Resilienz als intra-psychisches Konstrukt
- ➔ Resilienz als Widerstandsfähigkeit





## Definition von Resilienz (Ungar 2008, S. 225)

---

Resilienz ist das – auch unter widrigen Umständen – erfolgreiche Navigieren eines Kindes zu psychologischen, sozialen, kulturellen und physischen Ressourcen, die er/sie zu seinem/ihrer Wohlergehen benötigt, und das Aushandeln des Zugangs zu kulturell bedeutsamen Ressourcen, die die Umwelt zur Verfügung stellt.

*In the context of exposure to significant adversity, resilience is both the capacity of individuals to navigate their way to the psychological, social, cultural, and physical resources that sustain their well-being, and their capacity individually and collectively to negotiate for these resources to be provided and experienced in culturally meaningful ways.*



## Navigation (Ungar 2009, 2012)

---

Die Fähigkeit eines Individuums sich einen Weg zu jenen Ressourcen zu bahnen, die ihr/sein Wohlergehen aufrecht erhalten.



personal agency



## Bereitstellung von Ressourcen (Ungar 2009, 2012)

---

Die physische und soziale Umwelt eines Kindes müssen diese notwendigen Ressourcen zur Verfügung stellen.



dualer Fokus von Resilienz







## Studiendesign

- 15 Situationen von widrigen Umständen (adversity) für Kinder und Erwachsene
- Teilnehmende beantworteten folgende Fragen zur jeden Situation:
  - \*Was hat der Erwachsene getan?
  - \*Wie fühlte sich der Erwachsene? / Was hat das Kind getan, als der Erwachsene sich so verhielt?
  - \*Wie fühlte ich das Kind?
  - \*Was ist dann passiert oder wie stehen die Dinge jetzt?



## Ergebnisse – allgemein

- Sozioökonomischer Status hatte keinen signifikanten Einfluss
- Einziger Unterschied: Eltern mit höherem sozioökonomischen Status nutzten mehr Resilienzfaktoren
- Resilienz wurde auch bei Kindern mit beeinträchtigter Intelligenz gefördert



## Ergebnisse – Kulturvergleich/Eltern

### Eltern

- **Sudan:** verlangen viel Autonomie & Selbstbewusstsein
- **Namibia:** Kd. erhalten mehr Empathie und Kommunikation, Kinder werden als liebenswert gesehen und werden ermutigt Hilfe zu suchen
- **Armenien:** wie die beiden oben + Autonomie ermutigen, Vertrauen fördern





## Allgemeiner Tenor ...

---

Resilienz wird durch *drei Faktoren* gefördert und entwickelt:

- (1) **Versorgung** rund um das Kind
- (2) **Erwerb** von Fähigkeiten und Fertigkeiten durch das Kind
- (3) **Entwicklung** innerhalb des Kindes



## I HAVE, I AM, I CAN

---

- Unterstützung von außen (**Ich HABE**)
- innere, persönliche Stärke (**Ich BIN**)
- soziale, interpersonelle Fähigkeiten (**Ich KANN**)



## Ich habe [I Have]

---

- vertrauensvolle Beziehungen
- Struktur und Regeln zuhause
- Vorbilder
- Ermutigung um autonom zu sein
- Zugang zu Gesundheitssystem, Bildung und Sicherheit und Wohlfahrt





## **Ich bin [I AM]**

---

- **liebenswert und komme gut bei anderen an**
- **einfühlsam gegenüber anderen**
- **respektvoll mir und anderen gegenüber**
- **autonom und verantwortungsvoll**
- **voll mit Hoffnung, Vertrauen und Zuversicht**



## **Ich kann [I CAN]**

---

- **mit anderen über Dinge sprechen, die mich stören und/oder beängstigen**
- **Wege finden um Probleme zu lösen**
- **meine Gefühle und Impulse regeln**
- **mein eigenes Temperament und das anderer einschätzen**
- **vertrauensvolle Beziehungen aufbauen**



## **Dynamik von Resilienz**

---

**Die I HAVE, I CAN, I AM Resilienzfaktoren stehen in einer dynamischen Beziehung zueinander. Sie können nicht alleine stehen:**

- Wenn Bezugspersonen ihr Kind vor allem beschützen ...
- Wenn Bezugspersonen für ihr Kind in einem Konflikt mit anderen Kindern sprechen ...
- Wenn das Kind alles alleine und unabhängig macht ohne die Hilfe und Unterstützung Erwachsener ...





## Chronisch traumatisierte Kinder (Type II)

- Verleugnung und psychische Betäubung
- Selbsthypnose und Dissoziation
- Zorn/Wut



## Chronisch traumatisierte Kinder (Type II)

**Resilienzdefizite (I Have, I Am, I Can) – meistens ist das Bindungssystem stark betroffen**

- Fehlender Selbstwert (I Am Defizit)
- Probleme in der Affektregulation (I Can Defizit)
- Substanzmissbrauch (I Have Substitut)
- Schwierigkeiten eine Beziehung zu anderen aufzubauen (I Can Defizit)
- Probleme mit der Erinnerung (I am Defizit)
- Niedrige Impulskontrolle (I Can Defizit)
- Dissoziation und emotionale Betäubtheit (I Can Substitut)



## Widerstand leisten (Anderson 2008)





## Training für Kinder und Bezugspersonen

“Resilience building among children in adverse situations”

- Training für Kinder zur Förderung von Empathie, soziale Kompetenz, und Problemlösefähigkeit
- Training für Bezugspersonen um resilienzfördernd auf die Kinder zu reagieren
- “Mediums”: Materialien zur Traumaverarbeitung



## Empathie – Ich bin respektvoll mir und anderen gegenüber

*Jedes Kind fühlt anders im Hinblick auf bestimmte Ereignisse, Settings usw. – verstehen warum das so ist*

- Wie fühlst du dich heute?
- Wie fühlst du dich zuhause?
- Wie geht es dir, wenn du an die Schule denkst?
- Wie fühlst du dich in der Nacht?
- ...



## Soziale Kompetenz – Ich habe Vorbilder

*Sich verdeutlichen, wer mich in meinem Leben bis jetzt beeinflusst hat.*

- Wer hat dich bis jetzt stark beeinflusst bzw. geprägt (positiv sowie negativ)
- ...





## Soziale Kompetenz – Ich kann jemanden vertrauen

*Rund um mich gibt es  
Menschen, Organisationen  
..., denen ich vertrauen  
kann und die mich  
unterstützen können.*



## Problemlösefähigkeit – Ich bin voll Hoffnung, Glaube und Vertrauen

- *Der persönlichen Erfahrung (pos. & neg.) wird ein Platz im Leben gegeben*
- *Visualisierung: Widrigkeiten überstanden und voraus schauen*
- *Zusammenhänge verstehen*



## Resilienzquellen





---

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit**



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT  
INNSBRUCK

**Dr. Silvia Exenberger**

Medizinische Universität Innsbruck

Klinik für Medizinische Psychologie

[Silvia.Exenberger-Vanham@i-med.ac.at](mailto:Silvia.Exenberger-Vanham@i-med.ac.at)



# Resilienz – Moderne Zauberformel psychischer Gesundheit

## Was Kinder wi(e)der stehen lässt

### Dr. Klaus Vavrik

Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit

Sozialpädiatrisches Ambulatorium Fernkorngasse der VKKJ

---

#### Lebenslauf

##### Ausbildungen

Arzt f. Allgemeinmedizin

Facharzt für Kinder- u. Jugendheilkunde (Zusatzfach Neuropädiatrie)

Facharzt f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie

Psychotherapeut (VIP, KIB, Traumapsychotherapie)

##### Berufl. Tätigkeiten

ärztl. Leiter des „Ambulatoriums für Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie Fernkorngasse“, 1100 Wien

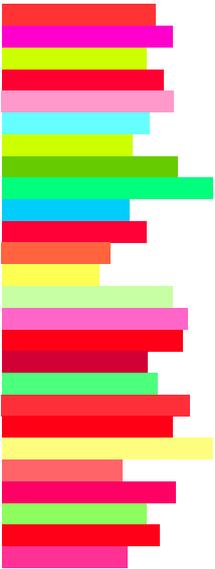
niedergelassener Kinder- und Jugendarzt, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychotherapeut

Diverse Lehraufträge an universitären und anderen Lehrgängen (Univ. f. Musik und darstellende Kunst, FH f. Ergotherapie, psychotherapeutisches Propädeutikum, BIFEF, Schulärzteausbildung, FH Krems Neuroorthopädie- Lehrgang, Hebammenausbildung, etc.)

##### Weitere Aktivitäten

2002 – 2008 Leiter der „AG Entwicklungs- und Sozialpädiatrie“ der ÖGKJ 2010 – 2011 Mitglied im Leitungsteam der „National Coalition“ („Kinderrechte- Netzwerk Österreich“) Div. Projektmitarbeitenden- und -leitungen: zuletzt SAFE-Modellprojekte NÖ

(2010-12), Lehrgang ESP (2012-13) Obmann des „Zentrums für Epidemiologie und Gesundheitspolitik Wien“ 2008 – dato Präsident der „Österreichischen Liga für Kinder- und Jugend- gesundheit“ 2012 – dato Vorsitzender des „Intersektoralen Komitees zur Umsetzung der Kinder- und Jugend- gesundheitsstrategie“ des BM f. Gesundheit 2012 – dato Mitglied im „Fachbeirat Frühe Hilfen“ der Gesundheit Österreich GesmbH, im „Fachbeirat Soziale Arbeit“ der FH St. Pölten sowie Mitglied im „Kinderrechte-Monitoring-Board“ des BM f. Wirtschaft, Familie und Jugend



# RESILIENZ

MODERNE ZAUBERFORMEL  
PSYCHISCHER GESUNDHEIT?

## Was Kinder wi(e)der stehen läßt

Wien, 18.11.2013

K. Vavrik  
Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit  
Sozialpädiatrisches Ambulatorium Fernkorngasse der VKKJ

1

## Mythos „Resilienz“



2

- ... Persönlichkeit, Charakter, Temperament, ...

Resilienz < > Vulnerabilität  
Schutz- < > Risikofaktoren

K. Vavrik, 18.11.13

## Diskussionsfelder



3

außen < > innen  
angelegt < > erworben  
nature < > nature



K. Vavrik, 18.11.13



## Referat

4

1. Forschungshintergrund
2. Genetik und Neurobiologie des Verhaltens
3. Lebensrealitäten
4. Social parenting

K. Vavrik, 18.11.13

## 1. Forschungshintergrund

5



K. Vavrik, 18.11.13

## Resilienz-Begriff

6

Äußerst heterogen i.S.  
**psychischer Widerstandsfähigkeit** verwendet.

Beschrieben werden:

- Positives Selbstkonzept
- Gute soziale (und kognitive) Kompetenzen
- Mobilisieren soziale Unterstützung bei anderen
- Hohe Mentalisierungsfähigkeit und Flexibilität

K. Vavrik, 18.11.13



## Geschichte der Risiko- und Resilienzforschung

7

- Project Competence: „what makes the difference“ (Garmezy, 1971 ff)
- „invincible“ (Anthony 1974), „resilient child“ (Murphy 1974)
- “ego-resiliency” (Block 1980)
- Salutogenese (Antonovsky 1979, 1987)
- Kauai-Studie (Werner 1997, 2000; Werner/ Smith 1989, 1992)
  - interne und externe Ressourcen
- „relationaler Charakter“ (Staudinger/ Greve 2001)
- „Resilienz ist mit Lernerfahrungen verbunden, welche sich positiv auf die Entwicklung des Kindes auswirken“. (Wustmann 2004)

K. Vavrik, 18.11.13

## Risiken- und Risikoindikatoren

8

1. Aufwachsen unter (Hoch-)Risikobedingungen (z.B. Armut)
2. Stressreiche Lebensereignisse (z.B. Scheidung der Eltern)
3. Traumatisierende Ereignisse (z.B. Krieg)

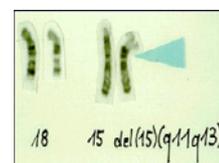
Resilienz =

- ad 1: positive Anpassung (Entwicklung von angepasstem Verhalten bzw. Funktionsfähigkeit)
- ad 2: Erhalt der Funktionsfähigkeit
- ad 3: Wiederherstellung von Funktionsfähigkeit

K. Vavrik, 18.11.13

## 2. Genetik und Neurobiologie des Verhaltens

9



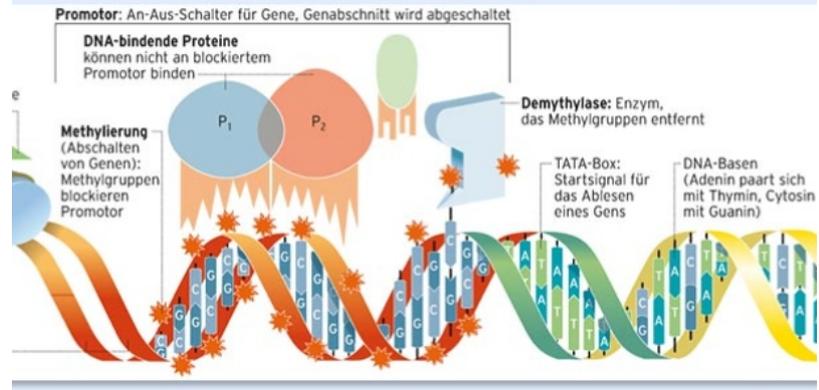
K. Vavrik, 18.11.13



# Genetik

10

## epigenetische Mechanismus



K. Vavrik, 18.11.13

# „Lernende“ Genetik

11

- Frühdeprivation bei Mäusen > deutliche Erhöhung der Stresshormone bis in die nächste Generation (Francis, 1999)
- Stressvolle Stimuli in der SS erhöhen die Dichte der Dopaminrezeptoren im Frontalhirn, bei Frühadoption Rückbildung (Barros, 2004)
- Intensives Pflegeverhalten von mütterlichen Ratten > Veränderung in der DNA > höhere Glucocorticoid - Rezeptoren-Dichte > höhere Stresstoleranz und besseres Hirnwachstum (Weaver, 2004)
- Bindungsgen, Fürsorgeverhalten von Affen, Brutschrank-Hühner

# Evolution und Gehirn

12

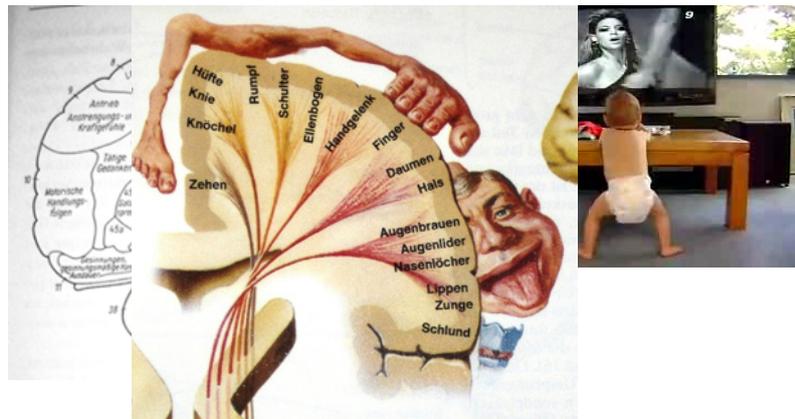


K. Vavrik, 18.11.13



## Neuronale Plastizität - Spiegelneurone

13



K. Vavrik, 18.11.13

## Neuronale Plastizität

Autro

- Max. Neuronenzahl in der 20. SSW
- 90% werden bis zur Geburt wieder abgebaut
- Bei der Geburt ca.  $10^{10}$  Neurone im Kortex (100.000.000.000), im Alter ca. – 10%
- Gehirnwachstum durch Myelinisierung und Verdrahtung („neuronale Netzwerke“)
- Größenordnung  $10^{14}$  (100.000.000.000.000)
- In- u. Output: ca.  $4 \times 10^6$  (4.000.000)

## Deprivationserfahrung

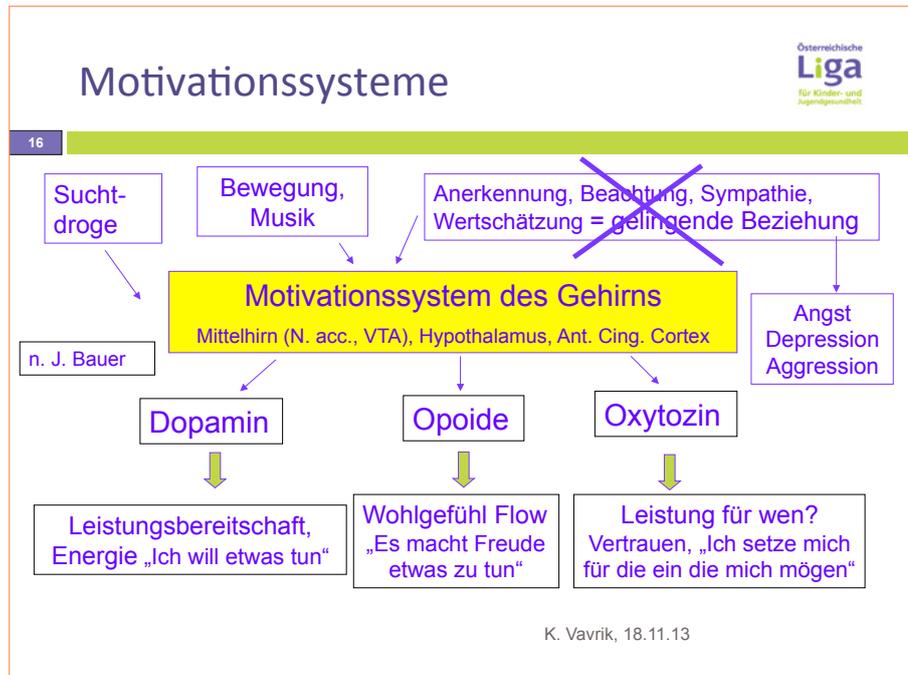
15

bei **Waisenhauskindern** ohne jegliche andere Erkrankung führte zu:

- einem durchschnittlichen IQ von ca. 70
- deutlich kleinere Gehirnvolumina
- allgemeine Wachstumsretardierung und
- schwere Persönlichkeitsentwicklungsstörungen

(R. Spitz)

Dies hat so enorme Auswirkung auch auf die Persönlichkeitsentwicklung, dass die frühkindliche **Deprivation** als sgn. „**sequentielles Trauma**“ als in ihren Auswirkungen und Folgen schwerwiegender einstuft als Monotraumatata durch Misshandlung oder Missbrauch (Brisch).



## Bindungsaufgaben u. -ziele

Am Anfang des Lebens ist für den Säugling jedes Erleben „große Erregung“ (hohes Niveau, wenig differenziert)

- Feinfühligkeit, Empathie, Containing und Dialog bringen das Erfahren und „Erlernen“ von
  - „**Urvertrauen**“ (Innenrepräsentanzen, „sicherer Hafen“)
  - **Affektdifferenzierung** (was spüre ich?)
  - **Affektregulation** (wie kann ich das steuern?)
  - **Affektabstimmung** (Umweltkontext, Dialog, Interaktion)

K. Vavrik, 18.11.13

## Psychobiologische Grundsysteme (Roth)

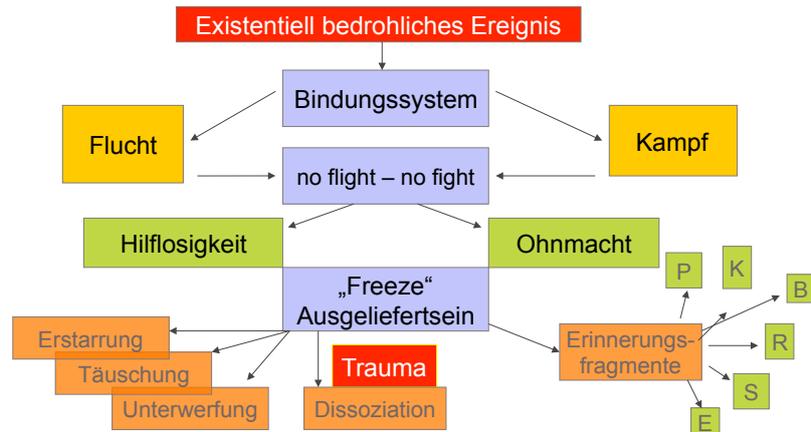
- Stressverarbeitungssystem (Nor-Adrenalin, Cortisol)
- Beruhigungssystem (Serotonin)
  - (bd. schon Vorgeburtlich)
- Bindungs- und Empathie-System (Oxytocin)
- Bewertungs- u. Motivationssystem (Opiate, Dopamin)
- Impulshemmungssystem (orbitofrontaler Cortex; Amygdala, Nucleus accumbens)
  - (von Geburt an)
- Realitätssinn und Risikowahrnehmung (präfrontaler und anteriorer cingulärer Cortex ) > im Laufe der späteren Kindheit

K. Vavrik, 18.11.13



# „Die traumatische Zange“

19

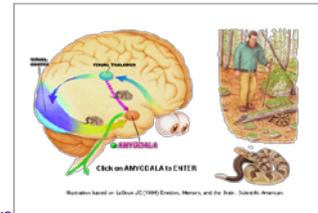


K. Vavrik, 18.11.13

# Erinnerungsfragmente

20

- Werden (p. Amygdala) im **impliziten Gedächtnis** rechtskortical **fragmentiert** gespeichert („sprachloses Entsetzen“, etc.)
- werden nicht ins explizite Gedächtnis eingeordnet und (p. Hippocampus) linkskortikal verarbeitet und so in keinen **komplexen Bedeutungskontext** gebracht
- Sind **kognitiven Bearbeitung** nicht zugänglich
- behalten unverändert ihre **ursprüngliche Erlebnisqualität** auch nach Jahren („Überflutung“)
- **Stressreaktion** („Hyperarousal“) hält an



K. Vavrik, 18.11.13

# Traumafolgen

21

Ursache		einmalige	anhaltende
Naturkatastrophen		Erdbeben, Überschwemmung	daraus resultierender Heimatverlust, Verarmung
Man-made Desaster	Identifikations-ferne Menschen	z.B. Überfall durch fremde Soldaten	z.B. daraus resultierende Vertreibung
nach Dorothea Weinberg	Identifikations-figuren	Bedrohung bzw. Übergriff durch vertraute Menschen, Familienangehörige Mutter oder Vater	Misshandlung, Missbrauch oder seelische Grausamkeit im sozialen Nahefeld, der Familie, durch Vater oder Mutter

K. Vavrik, 18.11.2013



## Entwicklungstraumata

22

Trifft sequentielle Traumatisierung auf ein **unreifes Gehirn** so strukturiert es sich „**traumatoplastisch**“ (L. Besser). Es automatisiert Überlebensreaktionen wie

- Schnelles Anfluten von Erregung / Angst (Stressreaktion mit Flucht- o. Kampftendenzen) und
- Dissoziation (Abschalten, Wahrnehmungsveränderung)

auf die es später **reflexartig** – oft schon bei kleinen alltäglichen Anlässen – zurückgreift.

K. Vavrik, 18.11.2013

## Kindliche Stressregulation

23

„Die entscheidenden protektiven Faktoren, die vor der Ausbreitung übermäßiger unspezifischer neuronaler Erregung schützen, sind Sicherheit bietende Bindungsbeziehungen“.

(G. Hüther)

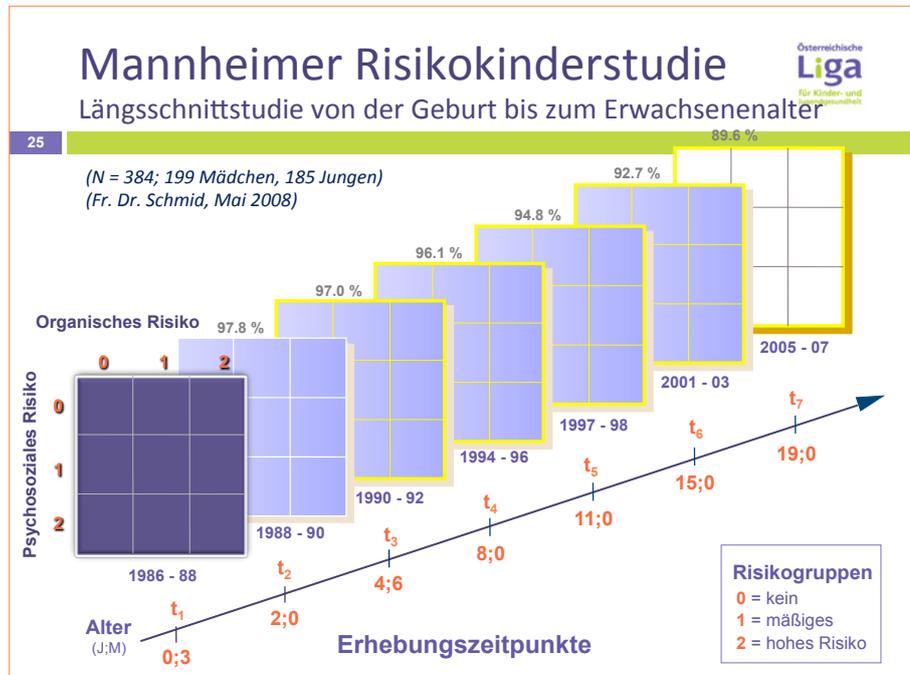
K. Vavrik, 18.11.13

## 3. Lebensrealitäten

24



K. Vavrik, 18.11.13



## Psychosoziale Risiken

Österreichische Liga  
für Kinder- und Jugendgesundheit

26

**Modifizierter Risikoscore n. Laucht** (Mannheimer Logitudinalstudie)

- Sehr frühe oder späte Schwangerschaft
- Belastete Partnerschaft (getrennt, geschieden, dissonante Paarbeziehung, alleinerziehend)
- Geringe Wohnfläche
- Armut(sgefährdung), geringes Familieneinkommen
- Niedriger Bildungsstand der Eltern
- Psychische o. chron. phys. Krankheit von KE o. Geschw.
- Gewalt in der Familie

K. Vavrik, 18.11.13

## Folgen psychosozialer Risiken

Österreichische Liga  
für Kinder- und Jugendgesundheit

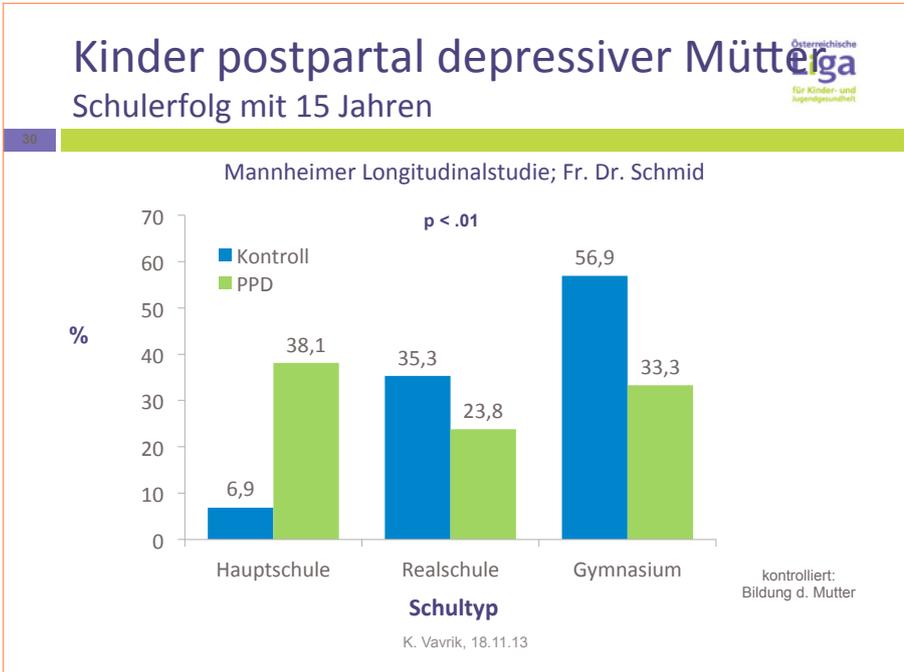
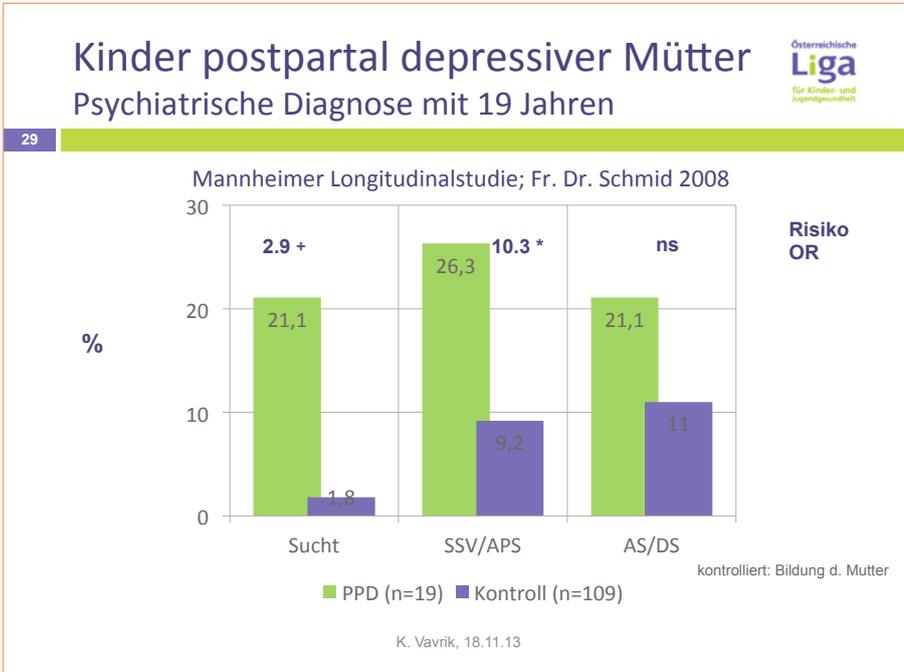
27

- **signifikante Zunahme von**
  - kognitiven (22,1% bei 11j.!!) und
  - sozial-emotionalen (36,1% bei 11j.)

Entwicklungsstörungen.

Kein Zusammenhang mit motorischen Auffälligkeiten.

K. Vavrik, 18.11.13

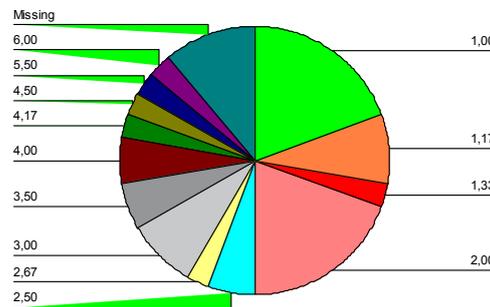




# Psychosoziale Risiken bei ADHD

31

Psychosozialer Risikoscore



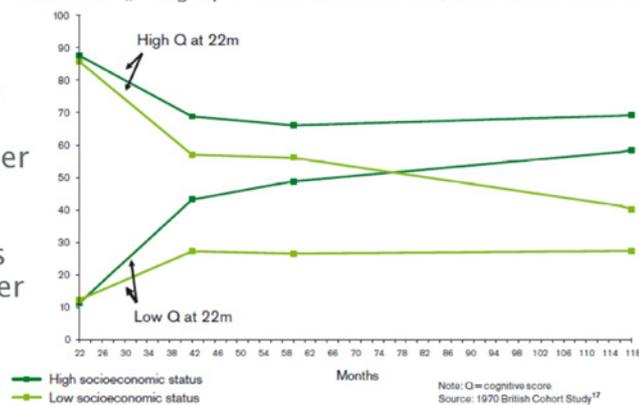
P	%
o.A.	11,1
1	19,4
1 - 2	11,1
2 - 3	27,8
3 - 4	13,9
4 - 5	11,2
5 - 6	2,8

# Chancengleichheit?

32

Average position in distribution „the graph“ Michael Marmot (zitiert Feinstein 2003)

Kognitive Fähigkeiten: Sozio-ökonomischer Status der Familie ist wichtiger als Begabung der Kinder



# Der Befund: Österreich 2011/12

- 27% der 15-Jährigen rauchen regelmäßig
- 30% zw. 13 - 15 J. zumindest 2x betrunken
- mit 25% höchste Gewalterfahrungsrate Europas
- 15,8% der B. > 4,5 Std. tägl. mit PC-Spielen
- 20% leiden an Übergewicht oder Essstörung
- 17,5% haben eine vom Arzt diagnostizierte chronische Erkrankung oder Behinderung
- 30% der Mädchen klagen über allgemein schlechtes Befinden (Kopfschmerz, Schlafstrg., Nervosität, ...)

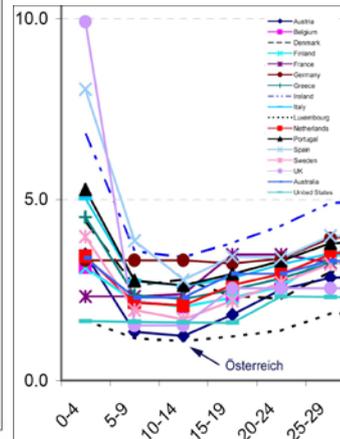


## Der Status Quo: UNICEF 2010 OECD 2009

Zur Lage der Kinder in Industrieländern: die Rangliste im Überblick

	Österreich	Österreich	Österreich	Österreich	Österreich	Österreich	
	Arbeitslosigkeitsrate	Materielle Situation	Gesundheit	Bildung	Belastungen zuhause und im Kindergarten	Lebensweise und Risiko	eigene Einschätzung
1. Niederlande	42	38	2	6	2	1	1
2. Schweden	5,5	1	1	5	15	1	7
3. Dänemark	7,2	4	4	3	5	6	12
4. Finnland	7,5	3	3	4	15	7	11
5. Spanien	8,9	12	6	25	8	5	2
6. Schweiz	8,3	5	9	18	4	12	6
7. Tschechien	8,7	7	8	11	18	13	8
8. Italien	10,2	14	5	20	1	10	10
9. Irland	10,2	16	16	7	7	4	6
10. Belgien	10,7	7	16	1	6	10	10
11. Deutschland	10,7	10	11	10	10	11	9
12. Norwegen	11,2	8	12	2	10	17	10
13. Frankreich	11,8	10	10	16	11	5	7
14. Polen	12,2	21	15	3	14	2	10
15. Tschechien	12,3	11	10	9	19	9	11
16. Österreich	12,5	9	7	16	12	14	16
17. Portugal	12,7	16	11	21	2	15	14
18. Österreich	12,8	8	11	16	16	16	16
19. Ungarn	14,5	26	17	13	4	18	13
20. USA	14,5	17	11	12	20	20	-
21. Großbritannien	16,2	18	12	17	21	21	20

Die Länder sind in der Reihenfolge aufgeführt, die ihrem durchschnittlichen Rang in allen sechs unterschiedlichen Dimensionen entspricht. Die hellblauen Hintergrundfarben sind für einen Platz im oberen Drittel der Rangliste, hellere Blau zeigt den relativen Status im Gesamtranking, dunkelblau zeigt für ein Abschneiden im unteren Drittel der untersuchten Länder.



## 4. Social parenting

35



K. Vavrik, 18.11.13



## Status Quo in Österreich

- Geburtenrate sinkt, Gebäralter steigt kontinuierlich  
– 1,3 Kinder / Frau, Geburten über 40 nehmen stark zu  
> **Anspruch der Perfektion > kindgerechte Lebenswelt?**
- Reproduktionsmedizin  
– Höchste FG-Rate Europas 11,1%, „Schaden-Kind-Prozesse“ > **würden die Kinder das so wollen?**
- 130.000 Kinder leben in manifester Armut, 240.000 in Armutsgefährdung > **Existenzangst = hoher Stressfaktor**
- Ca. 2.400 Kindesabnahmen/Jahr, 20% Steigerung seit 2002
- 55% KiJu erleben Erziehung mit körperlicher Gewalt
- 60 - 80.000 Kinder und Jugendliche bekommen nicht die Therapie, welche sie benötigen



## Lebensmut? Zuversicht?

37



K. Vavrik, 18.11.13

## Warum „Frühe Hilfen“?

38

**„Frühe Hilfen“ können hier eine ganz entscheidende gesellschaftliche Hilfestellung bewirken.**

**> Willkommen heißen!**

K. Vavrik, 18.11.13

## Frühe Hilfen sind ...

39

- ein **Gesamtkonzept** („System“) von
- unterstützenden **Maßnahmen** und **Interventionen**
- in der **frühen Kindheit** (Schwangerschaft bis Schuleintritt), welches
- die spezifischen **Belastungen** und **Ressourcen** von Familien **erfasst**,
- **begleitet**, und
- mit (über-) regionalen **Gesundheits-, Sozial- und Bildungsangeboten vernetzt**.

K. Vavrik, 18.11.13



## Zielsetzungen Frühe Hilfen sollen ...

40

als wesentliche **Ziele und Wirkebenen**

- frühe **Gesundheitsförderung** (zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten)
- **Kinderschutz**
- Förderung der **Elternkompetenzen** (z.B. Safe) und
- **alltagspraktische und soziale Unterstützung** von (werdenden) Müttern und Vätern zur Stabilisierung des familiären Lebensraumes gewährleisten.

K. Vavrik, 18.11.13

## Entwicklung und Gesundheit Was brauchen Kinder und Jugend?

41

- **Stabilität und Sicherheit**  
(emotionale Verwurzelung)
  - **Perspektive und Zuversicht**  
(Entwicklungsmöglichkeit)
- = Potential-Entfaltung!**

K. Vavrik, 18.11.13

## Lebenskompetenz

42

- Vertrauen in sich selbst
- Vertrauen in die Anderen
- Vertrauen in die Welt



K. Vavrik, 18.11.13



## Kinder und Jugendliche Unsere Zukunft?

43

- Eine **Gesellschaft** die **zukunftsfähig** sein will ist auf die Gesundheit ihrer Kinder und Jugend dringend angewiesen.
- **Bestmögliche Förderung** der körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit **von Anfang an** gehört zu den **Grundrechten** aller Kinder.
- **Eltern** haben eine Schlüsselposition bei der Entwicklung von Lebensstil und Gesundheit ihrer Kinder.
- Die **Gesellschaft** hat die **Rahmenverantwortung**, ob diese Aufgabe leichter oder schwerer bewältigt werden kann und für die Qualität der externen Betreuungsangebote.

K. Vavrik, 18.11.13

## Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich

44



> 2011 > 2012 > 2013

K. Vavrik, 18.11.13

## Gesundheitsgespräche Europäisches Forum Alpbach 2012

# Kinder- und Jugend- gesundheit: die Zukunft beginnt heute!



5.10.2012

Klaus Vavrik

45



# Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit

**35.000 Experten geben Kindern eine Stimme!**



[www.kinderjugendgesundheit.at](http://www.kinderjugendgesundheit.at)

**Kinderhilfsfonds**  
[www.kinderhilfsfonds.at](http://www.kinderhilfsfonds.at)



# Resilienzförderung bei Kindern & Jugendlichen

**Dr.<sup>in</sup> Silvia Exenberger, Mag.<sup>a</sup> Heidi Siller**

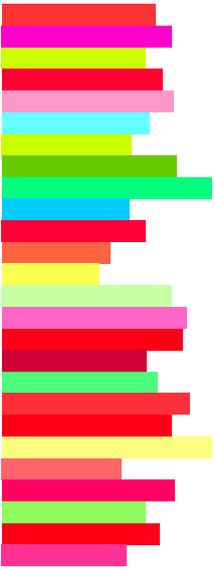
---

## **Dr.<sup>in</sup> Silvia Exenberger**

Dr. rer. nat. in Psychologie, Universität Innsbruck, Klinische- und Gesundheitspsychologin. Derzeit externe Lehrende am Institut für Psychologie und „Research and Development Advisor“ beim SOS Kinderdorf International mit Hauptsitz in Innsbruck. Zuvor erhielt sie eine Finanzierung im Rahmen des 7. EU Forschungsrahmenprogrammes (Marie Curie Actions, International Outgoing Fellowships) und hatte eine post-doc Position inne. Für zwei Jahre lebte sie in Indien um das Forschungsprojekt zu den Themen Trauma, Resilienz und (kindliches) Wohlbefinden (= Forschungsschwerpunkte) bei Kindern und deren Eltern nach dem Tsunami 2004 durchzuführen

## **Mag.<sup>a</sup> Heidi Siller**

klinische und Gesundheitspsychologin, Frauengesundheitszentrum an den Universitätskliniken Innsbruck, Medizinische Universität Innsbruck; Projektmitarbeiterin im EU-Projekt „OPSIC- Operationalising Psychosocial Support In Crisis“ am Institut für Psychologie, Universität Innsbruck. Forschungsgebiete: psychologische Genderforschung, Psychotraumatologie, Resilienz, Gesundheit und Gender.

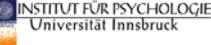




# Resilienzförderung bei Kindern & Jugendlichen

Silvia Exenberger & Heidi Siller

11. Fachtagung des Wiener Netzwerkes gegen sexuelle Gewalt an Mädchen, Buben  
und Jugendlichen  
18. November 2013

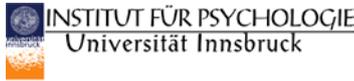




## KOOPERATION

**Marie Curie International  
Outgoing Fellowship under the  
7th Framework Programme of  
the European Commission**





Dr.<sup>in</sup> Silvia Exenberger  
Ao. Univ.- Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Barbara Juen  
Prof. Dr. Kasi Sekar



## ABLAUF DES WORKSHOPS

- Entwicklung: Ökologische Entwicklungstheorie (Urie Bronfenbrenner, 1981)
- Resilienz
- Erarbeitung des I Have, I Can, I Am Modells (Grotberg, 1995)
- Praktische Übungen
- Praktische Übungen mit Kindern





MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT INNSBRUCK

FRAUEN GESUNDHEITS ZENTRUM

Kind

unmittelbare Interaktionspartner

weniger nahestehende Interaktionspartner

entfernte soziale Einflüsse

INSTITUT FÜR PSYCHOLOGIE  
Universität Innsbruck

Detailed description: A diagram consisting of four concentric circles. The innermost circle is labeled 'Kind'. The next ring is labeled 'unmittelbare Interaktionspartner'. The third ring is labeled 'weniger nahestehende Interaktionspartner'. The outermost ring is labeled 'entfernte soziale Einflüsse'. The circles are shaded from light to dark grey from the center outwards.

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT INNSBRUCK

FRAUEN GESUNDHEITS ZENTRUM

wider society

school and local community

family

thoughts and behaviours

organic factors

personal values, beliefs, skills, etc.

internal factors

external factors

family values, norms, expectations, etc.

school policies, availability of mentors, support services, etc.

culture, media, global economic conditions, etc.

influences

INSTITUT FÜR PSYCHOLOGIE  
Universität Innsbruck

Detailed description: A diagram of concentric circles representing ecological systems. The innermost circle is 'organic factors' (personal values, beliefs, skills, etc.). The next ring is 'internal factors' (family values, norms, expectations, etc.). The third ring is 'external factors' (school policies, availability of mentors, support services, etc.). The fourth ring is 'family'. The fifth ring is 'school and local community'. The outermost ring is 'wider society'. Arrows labeled 'influences' point from the outer rings towards the inner rings.

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT INNSBRUCK

FRAUEN GESUNDHEITS ZENTRUM

## GRUPPENARBEIT

- Gruppe mit je 5 Personen
- Einigen Sie sich auf ein Fallbeispiel
- Versuchen Sie anhand dieses Fallbeispiels die Einflüsse, InteraktionspartnerInnen, soziale Einflüsse dieses Kindes aufzuzeichnen

INSTITUT FÜR PSYCHOLOGIE  
Universität Innsbruck



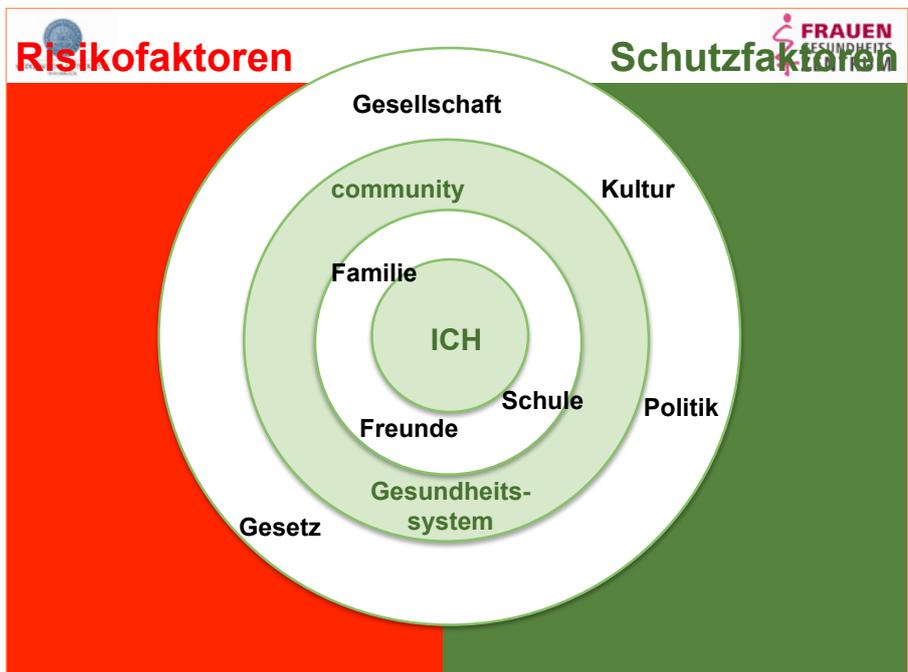
**SCHUTZ- UND RISIKOFAKTOREN**

- **Schutzfaktoren** senken die Auftretenswahrscheinlichkeit von psychischen Störungen
- **Risikofaktoren** erhöhen das Auftreten einer Störung

**SCHUTZ- UND RISIKOFAKTOREN**

Es werden drei Bereiche von Schutz- und Risikofaktoren unterschieden:

Schutzfaktoren	Risikofaktoren
<b>Individuelle Schutzfaktoren</b> Intellektuelle Fähigkeiten Positives Temperament	<b>Individuelle Risikofaktoren</b> Verzögerungen in der Entwicklung Schwieriges Temperament
<b>Familiäre Schutzfaktoren</b> Elterliche Wärme Führung des Kindes	<b>Familiäre Risikofaktoren</b> Familiäre Gewalt Dysfunktionales Erziehungsverhalten
<b>Gesellschaftliche Schutzf.</b> Einkommensgerechtigkeit Hohe Bildungsqualität	<b>Gesellschaftliche Risikofaktoren</b> Arbeitslosigkeit Armut





 **RESILIENZ** 

- **Resilienz** ist die Fähigkeit eines Kindes / Menschen negativen Situationen gegenüber zu stehen und diese zu bewältigen
- **Resilienz** kann erlernt und gefördert werden
- Hängt sehr stark vom Umfeld/Gemeinschaft ab und nicht nur vom Individuum
- Resilienz wird häufig übersetzt mit Widerstandsfähigkeit
- Wichtig: Rückkehr zu *einer* Normalität



 **MISSVERSTÄNDNISSE BEI RESILIENZ** 

- Resilienz ist **nicht** angeboren
- Resilienz ist **nicht** gleich Unbesiegbarkeit
- Resilienz kann variieren über Zeit und Situation hinweg
- Resilienz tritt **nicht** nur bei Hochrisikogruppen auf



 **Was lernt ein Kind von all diesen Interaktionen im Laufe des Lebens?** 

**Denken Sie an Ihre eigenen Erfahrungen und Beziehungen.**





 **RESILIENZ** 

- Zur Bewältigung von negativen Situationen greifen Kinder auf drei Quellen von Resilienz zurück:
  - \*Unterstützung von außen (I HAVE)
  - \*innere, persönliche Stärke (I AM)
  - \*soziale, interpersonelle Fähigkeiten (I CAN)



 **GRUPPENARBEIT** 

- Anhand eines eigenen Fallbeispiels:
  - Wo sehen Sie I Am, I Have, I Can?
- Kleingruppen bilden mit 5 Personen



 **ICH HABE** 

- vertrauensvolle Beziehungen
- Struktur und Regeln zuhause
- Vorbilder
- Ermutigung um autonom zu sein
- Zugang zu Gesundheitssystem, Bildung und Sicherheit und Wohlfahrt





 **ICH BIN** 

- liebenswert und komme gut bei anderen an
- einfühlsam gegenüber anderen
- respektvoll mir und anderen gegenüber
- autonom und verantwortungsvoll
- voll mit Hoffnung, Vertrauen und Zuversicht



 **ICH KANN** 

- mit anderen über Dinge sprechen, die mich stören und/oder beängstigen
- Wege finden um Probleme zu lösen
- meine Gefühle und Impulse regeln
- mein eigenes Temperament und das anderer einschätzen
- vertrauensvolle Beziehungen aufbauen



 **RESILIENZ & SYSTEME** 

- Resilienz kann auch gesehen werden als Anpassung von....
  - Kind/Jugendlichen
  - Familie
  - Schule
  - Gemeinschaft
- Systeme sind gegenseitig voneinander abhängig
- Resilienz ist auch abhängig von verschiedenen Systemen





## SYSTEME

- Familie – Schutz von Kindern durch positive Familienfunktion → Beratung von Eltern/ Bezugspersonen und dadurch Schutz für Kinder
- Peers – vor allem bei Jugendlichen: soziale Unterstützung von Jugendlichen
- Schulen – gibt Struktur, aber auch Alltag, „Normalität“; Symbolcharakter (Erholung der Gemeinschaft)



## BEURTEILEN VON RESILIENTEN SYSTEMEN

- Welche Funktionen erfüllt das System?
- Welche Funktionen sollte das System erfüllen?
- Diskrepanz dieser beider Einschätzung → effektives Erfüllen von erwarteten Funktionen



## GRUPPENARBEIT

- Wieder in die Gruppen gehen:
- Vorheriges Beispiel hernehmen und ein System herausgreifen:
  - Welche Funktionen erfüllt dieses System in Bezug auf I AM, I HAVE, I CAN?
  - Welche Funktionen sollte dieses System erfüllen in Bezug auf I AM, I HAVE, I CAN?





 **HIDDEN RESILIENCE –  
DIE VERSTECKTE RESILIENZ** 

- Resilienz zeigt sich auch in scheinbar maladaptiven Strategien
- Das Individuum muss auch in seinem/ihrem Kontext gesehen werden
  - Welche Möglichkeiten stehen dem Individuum zur Verfügung?
  - Welche Ressourcen werden ausgeschöpft?
  - Welche Strategien wurden bislang vom Individuum angewandt?
    - Wie kann dafür positiver Ersatz gefunden werden ?



 **GRUPPENARBEIT** 

- In welchen Fallbeispielen wird die sogenannte versteckte Resilienz gesehen?
  - Welche Ressourcen werden bei dem Kind/ Jugendlichen gesehen?
  - Welche Strategien werden vom/von der Jugendlichen/ Kind beobachtet?
  - Wie können maladaptive Strategien durch positive ersetzt werden?



 **ÜBUNGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE** 

I AM

**Soziale Kompetenz**

I HAVE

**Problemlösekompetenz**

I CAN

**Empathie**





## EMPATHIE

- Selbst- Einschätzung
- Gesichtsausdrücke
- Welches Gefühl?
- Nonverbaler Ausdruck von Emotionen I+II
- Musik kreiert Gefühle
- Emotionen haben Farben I+II
- Wie fühle ich?
- Wo fühle ich?
- Körper-Alarm-System
- Wenn falscher Alarm ausgelöst wird
- Trigger identifizieren
- Blumen
- Vertrauen



## SOZIALE KOMPETENZ

- Pflege von Pflanzen
- Vertrauenszirkel
- Was hat meine Identität beeinflusst?
- Fragenbox I+II
- Wer ist es?
- Meine Meinung
- Ich bin ein Diamant
- Wanted: FreundInnen
- Rezept für Freunde gewinnen
- Geschichten erzählen
- Aktives Zuhören
- Annäherungen
- Anderen Komplimente machen
- Ein/e FreundIn sein



## PROBLEMLÖSEKOMPETENZ

- Handknoten
- Problemlöse worksheet
- Lebenslinien I+II
- Positive Selbstgespräche
- Meine Zukunft
- Ziele
- Beruhigen I+II
- Konflikte lösen
- Ein Bild zeichnen
- Lebenssituationen
- Methaphernspiel I+II+III





## GRUPPENARBEIT

- Mit welchen Interventionen/Ausdrucksformen/ Materialien etc. wurde bereits gearbeitet?
- Welche positiven Erfahrungen wurden gemacht?



## ÜBUNG: RUHIG(ER) WERDEN

- Luftballone für Jede/n
- Instruktion: jede/r erzählt, wann er/sie zum letzten Mal sehr wütend geworden ist und wo diese Wut gefühlt wurde
- Danach vorstellen, dass der Ballon diesen Körperteil repräsentiert - die Luft im Ballon ist die Wut
- An eine Situation denken, die ein wenig ärgerlich/wütend gemacht hat und den Ballon ein bisschen aufblasen → danach die Luft herauslassen
- An eine Situation denken, die sehr wütend gemacht hat und den Ballon entsprechend aufblasen
- Diskussion: welche Situation hat so wütend gemacht, was passiert, wenn man den Ballon explodieren lässt



## 2 GRUPPEN

- 2 Gruppen bilden
- Aktivität/Übung ausprobieren
  - Fokus auf eine/n Jugendlichen
- Danach im Plenum vorstellen





MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT INNSBRUCK

FRAUEN GESUNDHEITS ZENTRUM

## SOZIALE KOMPETENZ

- Soziale Kompetenz: Was hat meine Identität beeinflusst?
- 6 Einflüsse, die als am wichtigsten wahrgenommen wurden, sollen aufgeschrieben werden

INSTITUT FÜR PSYCHOLOGIE  
Universität Innsbruck

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT INNSBRUCK

FRAUEN GESUNDHEITS ZENTRUM

## PROBLEMLÖSEKOMPETENZ

- Übung mit Blick auf eine/n Jugendlichen
- Problemlösekompetenz: **Ziele:**
  - Sich vorstellen, wie es ist auf einen Berg zu gehen. Was benötigt man dazu?
  - Zuerst individuelle Arbeit, danach Austausch mit Anderen
  - Einen Berg zeichnen mit zugehörigem Weg und Punkten bzw. Ruheplätzen, welche „Meilensteine“ symbolisieren.
  - Auf die Spitze des Berges Ziel schreiben, auf den Punkten am Weg (Ruheplätze, Meilensteine), die Meilensteine zur Erreichung des Ziels schreiben
  - Im Gedanken behalten: Was ist mein Ziel? Wie kann ich es erreichen? Habe ich realistische Meilensteine ausgewählt? Stellt es eine gute Lösung für die Erreichung meiner Ziele dar?

INSTITUT FÜR PSYCHOLOGIE  
Universität Innsbruck

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT INNSBRUCK

FRAUEN GESUNDHEITS ZENTRUM

## Resilienzförderung bei Kindern & Jugendlichen

Silvia Exenberger & Heidi Siller

11. Fachtagung des Wiener Netzwerkes gegen sexuelle Gewalt an Mädchen, Buben und Jugendlichen  
18. November 2013

INSTITUT FÜR PSYCHOLOGIE  
Universität Innsbruck



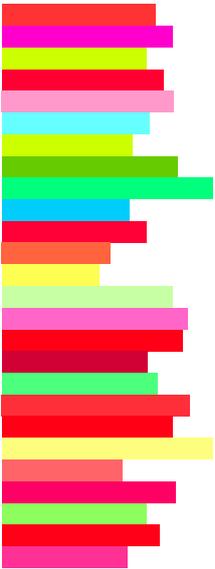
# **Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung**

**Karl Miksch, MBA MSc**

---

Studierte Betriebswirtschaft und Kommunikationswissenschaften. Weitere Ausbildungen zum Psychotherapeuten, Coach und Supervisor. Eingetragener Mediator beim BM.f. Justiz.

Seit 18 Jahren fachlicher Berater für die psychosoziale Betreuung am Vienna International Airport. Langjährige Mitarbeit bei der Akutbetreuung Wien davon 4 Jahre in leitender Funktion. Seit 1994 selbstständig in eigener Praxis tätig. Seit 2009 selbstständiger Unternehmensberater mit den Schwerpunkten Personalberatung, Marketing und Projektmanagement. Lektor an der Universität Wien und Fachbuchautor.



## Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung



### Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

#### **Resilienz!!**

In der Literatur gibt es eine  
Vielzahl von Definitionen,  
abhängig von den Kriterien die  
als Maßstab genommen werden.



© Karl Miksch MBA MSc, 2012

### Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

Definition nach Wustmann(2004)

*„...die psychische Widerstandsfähigkeit  
gegenüber biologischen, psychologischen  
und psychosozialen Entwicklungsrisiken“*



© Karl Miksch MBA MSc, 2012



## Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

Zum Thema Resilienzförderung gehört die Auseinandersetzung, mit der Entwicklung emotionaler Kompetenz zwingend dazu.



© Karl Miksch MBA MSc, 2012

## Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

Resilienz ist nicht angeboren, sondern entwickelt sich in einem Interaktionsprozess zwischen Individuum und Umwelt.



© Karl Miksch MBA MSc, 2012

## Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

Resilienz ist damit ein dynamischer Anpassungs- und Entwicklungsprozess. Damit ist Resilienz eine „variable Größe“ und keine „stabile Einheit“



© Karl Miksch MBA MSc, 2012



## Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

Es kann sein, dass Kinder zu einem Zeitpunkt ihres Lebens resilient sind, und zu einem anderen Zeitpunkt mit anderen Risikofaktoren jedoch Schwierigkeiten haben, die Belastungen zu bewältigen.



© Karl Miksch MBA MSc, 2012

## Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

Welter-Enderlin (2006)  
*Machen in ihrer Definition klar, dass soziale Schutzfaktoren einen bedeutenden Stellenwert auf die gesunde Entwicklung haben. Z.B. die Bindung an eine stabile emotionale Bezugsperson.*



© Karl Miksch MBA MSc, 2012

## Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

Risiko- und Schutzfaktoren-  
ein Wechselwirkungsprozess



© Karl Miksch MBA MSc, 2012



## Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

Risikofaktoren werden als krankheitsbegünstigende, risikoe erhöhende und entwicklungshemmende Merkmale definiert, von denen potentiell eine Gefährdung der gesunden Entwicklung des Kindes ausgeht.



© Karl Miksch MBA MSc, 2012

## Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

### Primäre Vulnerabilitätsfaktoren:

- Prä-, peri-, postnatale Faktoren (z.B. Frühgeburt, Geburtskomplikationen, niedriges Geburtsgewicht, Ernährungsdefizite, Erkrankungen des Säuglings)
- Neuropsychologische Defizite
- Psychophysiologische Faktoren (z.B. sehr niedriges Aktivitätsniveau)
- Genetische Faktoren (z.B. Chromosomenanomalie)
- Chronische Erkrankungen
- Schwierige Temperamentsmerkmale, frühes impulsives Verhalten, hohe Ablenkbarkeit
- Geringe kognitive Fähigkeiten, niedriger Intelligenzquotient, Defizite in der Wahrnehmung und sozial-kognitiven Informationsverarbeitung



© Karl Miksch MBA MSc, 2012

## Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

### Sekundäre Vulnerabilitätsfaktoren:

- Unsichere Bindungsorganisation
- Geringe Fähigkeiten zur Selbstregulation von Anspannung und Entspannung



© Karl Miksch MBA MSc, 2012



## Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

### Risikofaktoren/Stressoren:

- Niedriger sozioökonomischer Status, chronische Armut
- Aversives Wohnumfeld (Wohngegend mit hohem Kriminalitätsanteil)
- Chronische familiäre Disharmonie
- Elterliche Trennung und Scheidung
- Alkohol/Drogenmissbrauch der Eltern
- Psychische Störungen oder Erkrankungen eines oder beider Elternteile



© Karl Miksch MBA MSc, 2012

## Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

### Wozu nutzt emotionale Kompetenz?

- „Emotionale Kompetenz“ erspart uns, unseren Emotionen ausgeliefert zu sein.
- Andererseits leitet sie uns an, Emotionen als wertvolle Informationen („Signale“) zu nutzen (insbesondere über unser Befinden und unsere Beziehungen zur Umwelt).
- Emotional gefärbte Symptome treten besonders dann auf, wenn wir innerlich oder äußerlich nicht mehr „angemessen funktionieren“ bzw. unsere Beziehungen nicht mehr intakt sind.



© Karl Miksch MBA MSc, 2012

## Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

### Risikofaktoren/Stressoren:

- Kriminalität der Eltern
- Obdachlosigkeit
- Niedriges Bildungsniveau der Eltern
- Abwesenheit eines Elternteils/ alleinerziehender Elternteil
- Erziehungsdefizite/ ungünstige Erziehungspraktiken der Eltern (z.B. inkonsequentes, zurückweisendes oder inkonsistentes Erziehungsverhalten, Uneinigkeit der Eltern in Erziehungsmethoden, körperliche Strafen, zu geringes Beaufsichtigungsverhalten, Desinteresse/Gleichgültigkeit gegenüber dem Kind, mangelnde Feinfühligkeit und Responsivität)



© Karl Miksch MBA MSc, 2012



## Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

### Risikofaktoren/Stressoren:

- Sehr junge Schwangerschaft (vor dem 18.LJ)
- Unerwünschte Schwangerschaft
- Häufige Umzüge, Schulwechsel
- Migrationshintergrund mit niedrigem sozioökonomischen Status
- Soziale Isolation der Familie
- Verlust eines Geschwisters oder engen Freundes
- Geschwister mit Behinderung, Lern- oder Verhaltensstörungen
- Mehr als vier Geschwister
- Mobbing/Ablehnung durch Gleichaltrige
- Außerfamiliäre Unterbringung



© Karl Miksch MBA MSc, 2012

## Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

### Schutzfaktoren:

Schutzfaktoren werden als Merkmale beschrieben, die das Auftreten einer psychischen Störung oder einer unangepassten Entwicklung verhindern oder abmildern sowie die Wahrscheinlichkeit einer positiven Entwicklung erhöhen (Rutter 1990).



© Karl Miksch MBA MSc, 2012

## Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

### Schutzfaktoren- Übersicht nach Wustmann(2004):

#### *Personale Ressourcen*

#### *Kindbezogene Faktoren:*

- *Positive Temperamenteigenschaften*
- *Intellektuelle Fähigkeiten*
- *Erstgeborenes Kind*
- *Weibliches Geschlecht*



© Karl Miksch MBA MSc, 2012



## Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

### Schutzfaktoren- Übersicht nach Wustmann(2004):

#### Personale Ressourcen

#### Resilienzfaktoren:

- Selbstwahrnehmung
- Selbstwirksamkeit
- Selbststeuerung
- Soziale Kompetenz
- Umgang mit Stress
- Problemlösungsfähigkeiten



© Karl Miksch MBA MSc, 2012

## Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

Externe Ressourcen (Faktoren, die von außerhalb auf die Person einwirken)		
familiäre	soziale	gesellschaftliche
Familie als Sozialisationsinstanz ist in vielfacher Hinsicht wichtig für die Entwicklung des Kindes: Bindung, Rückzugsräume, Erziehungsverhalten, Familiensystem	Gleichaltrige, unterstützende Erwachsene aus erweitertem Familienkreis/ außerfamiliärem Umfeld;  Einbindung in soziale Netzwerke, Engagement in Vereinen/ Verbänden	Faktoren, die zwar objektiv gegeben sind, aber subjektiv unterschiedlich bewertet/empfunden werden
1) Intensive Bindungserfahrung (Eltern-Kind-Beziehung, aber auch auf der Erwachsenenenebene (Resilienz der Eltern)) 2) Unterstützungsressourcen für Belastungssituationen 3) autoritativer Erziehungsstil 4) elterliches Wohlbefinden/ Gesundheit 5) Familien als Gesamtsystem: Flexibilität, Anpassungsfähigkeit z.B. bei der Arbeitsteilung	Peer: Schutzfaktor ist Kontakt zu Peer mit gutem Sozialverhalten, enge/unterstützende Bez. mit Erwachsenen  Einbindung in soziale Netzwerke: Personen, die in versch. Lebenslagen alltagsnahe Hilfe leisten bzw. bei der Bewältigung von Situationen helfen (Unterstützung als Entlastung, Qualität der Netzwerke, nicht Quantität); Engagement	Frieden, Demokratie Vorhandensein von und Zugang zu gesell. Ressourcen, stabile Infrastruktur



© Karl Miksch MBA MSc, 2012

## Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

Interne Ressourcen (Merkmale der Person selbst)		Externe Ressourcen (Faktoren, die von außerhalb auf die Person einwirken)		
Kindbezogene Faktoren	Personale Ressourcen (erworbene Kompetenzen und Einstellungen)	familiäre	soziale	gesellschaftliche
Angeborene/ Unveränderliche Merkmale (Geschlecht, erstgeborenes Kind, überdurchschn. Intelligenz)	In der Person angesiedelt, können nicht vollständig voneinander getrennt behandelt werden.	Familie als Sozialisationsinstanz ist in vielfacher Hinsicht wichtig für die Entwicklung des Kindes: Bindung, Rückzugsräume, Erziehungsverhalten, Familiensystem	Gleichaltrige, unterstützende Erwachsene aus erweitertem Familienkreis/ außerfamiliärem Umfeld;  Einbindung in soziale Netzwerke, Engagement in Vereinen/ Verbänden	Faktoren, die zwar objektiv gegeben sind, aber subjektiv unterschiedlich bewertet/empfunden werden
Wird im Folgenden ausgeklammert	z.B. kognitive Fähigkeiten, Persönlichkeitsmerkmale wie die positive Wahrnehmung von Selbst und Umwelt(z.B. Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Kohärenzsinn, Kontrollüberzeugung) Optimistische Lebenseinstellung, Temperamentsmerkmale (z.B. Humor)	1) Intensive Bindungserfahrung (Eltern-Kind-Beziehung, aber auch auf der Erwachsenenenebene (Resilienz der Eltern)) 2) Unterstützungsressourcen für Belastungssituationen 3) autoritativer Erziehungsstil 4) elterliches Wohlbefinden/ Gesundheit 5) Familien als Gesamtsystem: Flexibilität, Anpassungsfähigkeit z.B. bei der Arbeitsteilung	Peer: Schutzfaktor ist Kontakt zu Peer mit gutem Sozialverhalten, enge/unterstützende Bez. mit Erwachsenen  Einbindung in soziale Netzwerke: Personen, die in versch. Lebenslagen alltagsnahe Hilfe leisten bzw. bei der Bewältigung von Situationen helfen (Unterstützung als Entlastung, Qualität der Netzwerke, nicht Quantität); Engagement	Frieden, Demokratie Vorhandensein von und Zugang zu gesell. Ressourcen, stabile Infrastruktur



ISC, 2012



## Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

### Resilienzfaktoren

„...sind die Eigenschaften, die das Kind in der Interaktion mit der Umwelt sowie durch die erfolgreiche Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben im Verlauf erwirbt. Diese Faktoren haben bei der Bewältigung besonders schwieriger Lebensumständen eine besondere Rolle (Wustmann 2004)



© Karl Miksch MBA MSc, 2012

## Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

### Resilienzfaktoren

Die Faktoren korrelieren mit den zehn „life skills“, die von der WHO 1994 als Lebenskompetenz definiert wurden.

- Selbstwahrnehmung
- Empathie
- Kreatives Denken
- Kritisches Denken
- Fähigkeit Entscheidungen zu treffen
- Problemlösungsfähigkeiten
- Effektive Kommunikationsfähigkeit
- Interpersonale Beziehungsfähigkeit
- Gefühlsbewältigung
- Stressbewältigung



© Karl Miksch MBA MSc, 2012

## Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

### Schutzfaktoren

Ball und Peters (2007) weisen darauf hin, dass ein fehlender Schutzfaktor als Risikofaktor gesehen werden kann, aber nicht umgekehrt, da das alleinige Fehlen von Risikofaktoren an sich keinen Schutz darstellt.



© Karl Miksch MBA MSc, 2012



## Familiäre und soziale Netzwerke als Basis für die Resilienzförderung

# Danke für Ihre Mitarbeit

Kontakt:  
Karl Miksch, MBA MSc  
Kolschitzkygasse 7/2  
1040 Wien  
Tel: +4369919060589  
E-Mail: [karl.miksch@lifepoint.at](mailto:karl.miksch@lifepoint.at)



© Karl Miksch MBA MSc, 2012



# Frühe Bindung und Resilienz

**Mag.<sup>a</sup> Claudia Konrad**

---

Klinische- und Gesundheitspsychologin, Wahlpsychologin, Psychotherapeutin i.A.u.S. (Individualpsychologie), SAFE-Mentorin; angestellt im Landeskrankenhaus St.Pölten, Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde (dzt. Karenz), freiberuflich tätig im Ambulatorium die Boje – Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen sowie in freier Praxis

## Abstract

“Attachment is a deep and enduring emotional bond that connects one person to another across time and space” (Ainsworth, 1973; Bowlby, 1969, zit. n. McLeod, o. S., 2009).

“Bindung ist das gefühlsmäßig getragene Band, das eine Person zu einer anderen spezifischen Person anknüpft und das sie über Raum und Zeit miteinander verbindet” (Brisch, 2009b).

Die aktuelle Forschung sieht eine sichere emotionale Bindung als wesentliche Grundlage für Resilienz. Die menschliche Bindung wird intensiv seit den 1950er Jahren erforscht, zu den Pionieren der Bindungsforschung zählen John Bowlby und Mary Ainsworth.

Die Bindung hat die Funktion, dem Kind ein Gefühl von Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln, wenn es unter emotionaler Belastung und bei erschöpften eigenen Ressourcen auf die Unterstützung einer stärkeren Person angewiesen ist (Bowlby, 1987).

Bis zum Ende des ersten Lebensjahres bildet sich die Bindungsbeziehung im Rahmen vielfältiger Interaktionen mit der Bezugsperson – abhängig von Bereitwilligkeit, Qualität und Verlässlichkeit dieser Interaktionen. Ca. 55-60% der Kinder entwickeln eine sichere Bindung (Merkmale: Trennungsprotest; weinen, rufen, aktive Suche nach der Bindungsperson; Beruhigung durch Körperkontakt; etc.), ca. 15-20% eine unsicher-vermeidende Bindung (d.h. sie vermeiden den Kontakt zur Bezugsperson nach einer Trennung bzw. zeigen kaum negative Emotionen; kaum Trennungsprotest), ca. 5-10% eine unsicher-ambivalente Bindung (d.h. sie zeigen intensive negative Emotionen, wünschen engen Kontakt und zeigen gleichzeitig Aggression; extremer Trennungsprotest), ca. 10-15% eine desorganisierte Bindung (können von Bezugspersonen nicht getröstet werden, zeigen Angst, zeigen z.B. stereotype, ungerichtete Bewegungen oder „freezing“) (Gervai, 2008).

Bei Gruppen mit hohem sozialen Risiko (Deprivation, Misshandlung, Kinder jugendlicher Mütter) zeigt sich eine ganz andere Verteilung: Hier können 50-80% der Kinder desorganisiert gebunden sein und nur 0-30% sicher gebunden (van Ijzendoorn et al., 1999, zit. n. Gervai, 2008).

Zwischen dem Bindungstyp und dem beobachteten Fürsorgeverhalten zu Hause lassen sich spezifische Zusammenhänge herstellen. Bei Kindern mit sicherer Bindung sind zu Hause häufig feinfühligere Reaktionen zu beobachten, eine adäquate Bewertung und Beantwortung der kindlichen Signale – geleitet von den wechselnden kindlichen Bedürfnissen. Unsicher-vermeidend gebundene Kinder erleben zu Hause häufiger Nichtbeachtung – v.a. der negativen Emotionen des Kindes und Zurückweisung. Unsicher-ambivalent gebundene Kinder erfahren eine unbeständige, unzuverlässige, unvorhersehbare Betreuung. Die Bindungspersonen von desorganisiert gebundenen Kindern zeigen plötzlich ängstliches oder ängstliches Verhalten dem Kind gegenüber (Ainsworth et al., 1978, zit. n. Gervai, 2008).

Sichere Bindung entsteht durch Feinfühligkeit (d.h. die Bedürfnisse des Babys wahrnehmen, richtig interpretieren, prompt reagieren), emotionale Verfügbarkeit und häufiger bei Pflegeperson, die selbst eine sichere Bindung haben. Sichere Bindung ist ein Schutzfaktor bei psychischer Belastung,



bindungssichere Kinder sind sozial und verbal kompetenter und selbstbewusster: Sie verfügen über eine bessere Sprachentwicklung, bessere kognitive Fähigkeiten, mehr gemeinschaftliches Verhalten, bessere Empathiefähigkeit, mehr Flexibilität und Ausdauer, mehr Bewältigungsmöglichkeiten und können sich Hilfe holen. Unsichere Bindung ist nicht psychopathologisch (!!!), allerdings ein Risiko für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten bei Belastung (Brisch, 2009b).

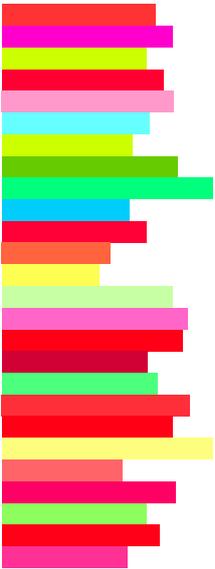
Sexuelle Gewalt durch eine Bindungsperson führt zu einer schwerwiegenden Traumatisierung, zerstört die Bindungssicherheit und kann sich – vor allem wenn sie in den ersten Lebensjahren erfahren wird – in einer Bindungsstörung manifestieren, die wiederum Teil einer umfassenden schweren Persönlichkeitsstörung (z.B. Borderline) werden kann. Bei Kindern können schwere emotionale Entwicklungsstörungen mit negativen Auswirkungen auf die kognitive und somatische Entwicklung die Folge sein (Brisch, 2009a).

PädagogInnen und Personen, die in der Prävention mit Kindern arbeiten, kommt eine wichtige Rolle zu, sobald ein Kind institutionell betreut wird. Auch sie werden Bindungspersonen für das Kind und – je nach Bindungserfahrung, die das Kind bis jetzt gemacht hat – können sie mitunter zur primären Bindungsperson werden.

Ein Kind kann die Pädagogin als sichere Basis erleben, die ihm die Sicherheit zur Bindung, zur Exploration und zur Autonomie gibt (Becker-Stoll, 2009). Pflegepersonen und PädagogInnen können Kindern Sicherheit und Ressourcen vermitteln und ihnen so neue, korrigierende, emotional sichere Erfahrungen ermöglichen. Gleichzeitig ist zu beachten, dass auch die Helfer unverarbeitete, traumatische Erfahrungen mitbringen und an die ihnen anvertrauten Kinder weitergeben können (Brisch, 2009c).

#### Literaturverzeichnis

- Becker-Stoll, F. (2009). Von der Eltern-Kind-Bindung zur Erzieher-Kind-Bindung. In: Brisch, K.H. & Hellbrügge, T. (Hrsg.). Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft. (S. 152-169). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bowlby, J. (1987). Bindung. In: Grossmann, K. & Grossmann, K. (Hrsg.). Bindung und menschliche Entwicklung. (S. 22-26). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K.H. (2009a). Bindungsstörungen und Trauma. In: Brisch, K.H. & Hellbrügge, T. (Hrsg.). Bindung und Trauma. (S.105-135). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K.H. (2009b). SAFE. Sichere Ausbildung für Eltern. Mentorentraining. Handout.
- Brisch, K.H. (2009c). Bindung, Psychopathologie und gesellschaftliche Entwicklung. In: Brisch, K.H. & Hellbrügge, T. (Hrsg.). Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft. (S. 350-371). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gervai, J. (2008). Einflüsse von Genetik und Umwelt auf die Entwicklung von Bindungsverhaltensweisen. In: Brisch, K.H. & Hellbrügge, T. (Hrsg.). Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene. (S. 185-206). Stuttgart: Klett-Cotta.
- McLeod, S. (2009). Attachment Theory. Zugriff unter: [www.simplypsychology.org/attachment.html](http://www.simplypsychology.org/attachment.html); am 05.07.2013



## Frühe Bindung und Resilienz

Workshop zur Fachtagung „Was Kinder wi(e)der stehen lässt“  
Mag. Claudia Konrad

### Inhalt des Workshops

- ▶ Resilienz und Bindung
- ▶ Kurzer Überblick über die Bindungstheorie
- ▶ Wie kann die Entwicklung einer sicheren Bindung gelingen?
- ▶ Bindung und außerfamiliäre Kinderbetreuung
- ▶ Bindung und aggressives/oppositionelles Verhalten

Mit Hilfe von

- ▶ Texten
- ▶ Videos
- ▶ Reflexion
- ▶ Diskussion



### Resilienz und frühe Bindung

3 Faktoren, auf die Resilienz zurückgeführt wird:

- ▶ **Eigenschaften des Kindes**, die positive Reaktionen in seinem sozialen Umfeld auslösen
- ▶ **Emotionale Bindungen** und Sozialisierungspraktiken der Familien die Vertrauen, Selbständigkeit und Initiative des Kindes verstärken
- ▶ **Externale Unterstützungssysteme**, die die Kompetenzen des Kindes und die Entwicklung positiver Wertvorstellungen fördern

(M. Laucht)





## Bindungstheorie 1

“Attachment is a deep and enduring emotional bond that connects one person to another across time and space” (Ainsworth, 1973; Bowlby, 1969).

“Bindung ist das gefühlsmäßig getragene Band, das eine Person zu einer anderen spezifischen Person anknüpft und das sie über Raum und Zeit miteinander verbindet.” (Brisch, 2009)

## Bindungstheorie 2

„Die menschliche Bindung hat die Funktion, dem Kind ein Gefühl von Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln, wenn es unter emotionaler Belastung und bei erschöpften eigenen Ressourcen auf die Unterstützung einer stärkeren Person angewiesen ist.“ (Bowlby)



## „Harlow Monkeys“ 1



## Bindungsmuster

- ▶ **Sichere Bindung** (55-60%): Trennungsprotest, aktive Suche nach der Bindungsperson, Beruhigung durch Körperkontakt (sichere Basis!), Exploration kann fortgesetzt werden.
- ▶ **Unsicher-vermeidende Bindung** (15-20%): kaum Trennungsprotest, eingeschränktes Spiel während Trennung, eher Abwenden von der Bindungsperson nach der Trennung
- ▶ **Unsicher-ambivalente Bindung** (5-10%): extremer Trennungsprotest, keine Beruhigung nach der Trennung trotz Körperkontakt, gleichzeitig Nähesuchen und Aggression



## Pathologische Bindungsmuster

---

- ▶ **Desorganisierte Bindung** (10-15%): widersprüchliches, nicht voraussagbares und rasch wechselndes Verhalten (sucht/vermeidet Nähe, ignoriert Bindungsperson), stereotype motorische Verhaltensweisen, dissoziative Zustände, „freezing“, Affektdurchbrüche
  - ▶ **Bindungsstörungen**: frühe Störung der Eltern-Kind-Interaktion durch multiple Traumatisierungen des Kindes (Gewalt, Vernachlässigung, multiple Verluste); Folgen: mangelnde Beziehungsfähigkeit, Störung der Gehirnentwicklung und der Stressregulation, Verlust der emotionalen Sicherheit und von Vertrauen, psychosomatische Störungen, aggressives Verhalten,...
- 

## Sichere Bindung

---

### Wodurch?

- ▶ Feinfühliges Verhalten der Bindungsperson in zuverlässiger Qualität
- ▶ Sprachliche Interaktion
- ▶ Emotionale Verfügbarkeit der Bindungsperson
- ▶ Blickkontakt, Berührung

### „Benefits“

- ▶ Schutzfaktor bei Belastungen
  - ▶ Bessere Sprachentwicklung
  - ▶ Bessere kognitive Fähigkeiten
  - ▶ Bessere Empathiefähigkeit
- 

## Feinfühligkeit

---

- ▶ Daniel Stern: „Tagebuch eines Babys“

5. Wortlose Zwiesprache – 9.30 morgens (Joey im Alter von viereinhalb Monaten)

- ▶ Videobeispiel
-



## Bindung und Exploration

---

Psychisches Grundbedürfnis nach

- ▶ Bindung
- ▶ Kompetenz
- ▶ Autonomie

Bindungssystem versus Explorationsystem

- ▶ Feinfühligkeit des Vaters
- ▶ Konzept der feinfühligten Herausforderung im Spiel



## Bindung und Exploration 2

---

- ▶ Daniel Stern „Tagebuch eines Babys“

7. Auf großer Fahrt – 10.30 morgens

- ▶ Videobeispiel



## Bindung und Trennung

---

- ▶ Neue Bindungen in der außerfamiliären Betreuung
- ▶ PädagogInnen können Bindungspersonen werden und beeinflussen täglich Entwicklung, Verhalten, Erleben der Kinder – Feinfühligkeit!
- ▶ 3 oder mehr sekundäre Bindungspersonen > förderlich für Resilienz und psychische Gesundheit
- ▶ Bei chronischem Stress durch immer neue Trennungen: abgestumpfte, scheinbar „pflegeleichte“ Kinder, auffälliges Nähe-Distanz-Verhalten
- ▶ Eingewöhnung (Krippe, Kindergarten, Tagesmutter): elternbegleitet, bezugspersonenorientiert, abschiedsbewusst
- ▶ Bindungsorientierte Tagesbetreuung im Soho Family Centre





## Bindung und Trennung 2

### Die frühe staatliche Betreuung in Frankreich

- ▶ „Liebe auf Distanz“ (die ZEIT online)
- ▶ „Mütter auf Distanz“ 



## Bindung und Aggression

- ▶ Zerstörerisches, aggressives, oppositionelles Verhalten aus einer bindungstheoretischen Sichtweise betrachten:
- ▶ Fokus weg vom Kind, Fokus hin zur Beziehung



## Circle of Security

(Marvin in Brisch & Hellbrügge (2009): „Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft“)

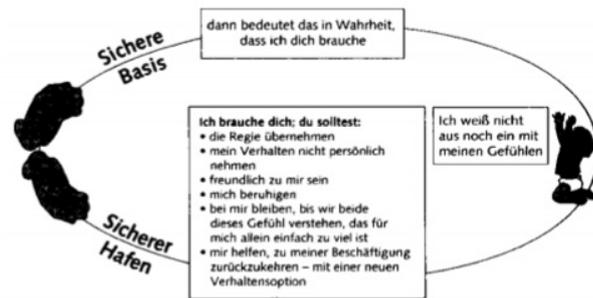




## Kreis der Wiederherstellung des Vertrauens (Marvin in

Brisch & Hellbrügge (2009): „Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft“)

Mama, wenn ich mal wieder schwierig (frustriert, fordernd, wütend, außer Kontrolle) bin:



Der Kreis der Wiederherstellung des Vertrauens

**Sichere Bindung – Kommunikation – neues Vertrauen**  
Mein Kind soll darauf vertrauen können, dass die Dinge durch unsere sichere und geschützte Beziehung (fast) immer wieder in Ordnung kommen

### Bindung und Trauma 1

- ▶ Unsichere Bindungsmuster sind ein Risikofaktor in belastenden Situationen > eingeschränkte Bewältigungsmöglichkeiten
- ▶ Unverarbeitete traumatische Erfahrungen der Eltern (Trennung, Verlust, sexuelle/körperliche Gewalt, Unfälle, etc.) wirken sich auf die Bindungssicherheit aus (Achtung: desorganisierte Bindung!)
- ▶ Traumatisierte Eltern sind ihrem Kind gegenüber oft aggressiv-feindlich, machen ihm Angst, verspüren Ohnmacht und Hilflosigkeit

### Bindung und Trauma 2

Sind Kinder früh und über eine längere Zeit traumatisierenden Erfahrungen ausgesetzt > hohe Wahrscheinlichkeit für Bindungsstörung:

- ▶ Rückzug in eigene, innere Welt
- ▶ Stereotypen
- ▶ selbstverletzendes Verhalten
- ▶ Kein Bindungsverhalten, keine Erwartung an emotional hilfreiche Beziehung
- ▶ Schwere emotionale Entwicklungsstörungen
- ▶ Persönlichkeitsstörung (v.a. Borderline und Narzisstische Persönlichkeitsstörung)
- ▶ Höheres Risiko für Psychosen



## Verwendete Literatur:

- ▶ Brisch, K.h. & Hellbrügge T. (Hrsg.)(2008). *Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene*. Stuttgart: Klett-Cotta
- ▶ Brisch, K.H. & Hellbrügge, T. (Hrsg.)(2009). *Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- ▶ Brisch, K.H. & Hellbrügge, T. (Hrsg.)(2009). *Bindung und Trauma*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- ▶ Brisch, K.H. (2009). *SAFE. Sichere Ausbildung für Eltern. Mentorentraining*. Handout.
- ▶ Grossmann, K. & Grossmann, K. (Hrsg.)(1987). *Bindung und menschliche Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.





# ACHTSAM mit mir – ACHTSAM in der Beratung

Mag.<sup>a</sup> Sanela Manjić & Mag.<sup>a</sup> Anna-Melina Hartmann

---

Mag.<sup>a</sup> Sanela Manjić

Klinische- und Gesundheitspsychologin,  
Notfallpsychologin, EMDR, Arbeitspsychologin  
Tätigkeit in der psycho-sozialen und beruflichen Rehabilitation  
Seminar­tätigkeit, Jahrelange Meditationserfahrung und Glücksforschung

Mag.<sup>a</sup> Anna-Melina Hartmann

Klinische- und Gesundheitspsychologin  
Notfallpsychologin  
Erfahrungen in beruflicher Rehabilitation und Arbeitspsychologie  
Mitarbeiterin Verein Wiener Frauenhäuser  
Mobile Krisenintervention/Psychosoziales AKUTteam Niederösterreich  
Selbsterfahrung und Training nach MBSR (Mindfulness-based stress reduction)

## Abstract

Zentrales Anliegen des Workshops ist es, Ihnen Achtsamkeitsübungen zur Stressreduktion zu vermitteln, die gemeinsam eingeübt werden. Was macht eine/n resiliente/n Berater/in aus? Die Kultivierung der inneren Ruhe kann eine große Kraftquelle – nicht nur für die KlientInnen – sein. Der/die Berater/in, Therapeut/in, Psychologe/in kann mit eigener Klarheit, achtsamer Kommunikation und Beziehungsgestaltung als Modell dienen.

Was ist Achtsamkeit und was bewirkt sie?

Achtsamkeit definiert sich nach Jon Kabat-Zinn (2006) als willentliche und nichtwertende Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf den jeweiligen Moment.

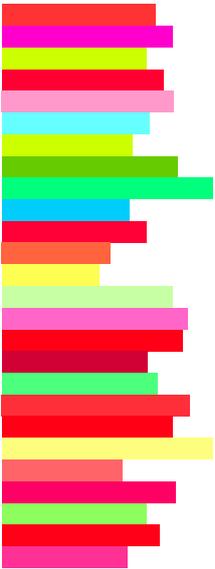
Dadurch lernen wir auf folgende fünf Facetten acht zu geben: Konzentration, Beobachtung, das Benennen, Nicht-Bewerten und Nicht-Reagieren (Baer et al., 2006).

Andere Forscher nennen als Grundlagen der Achtsamkeit

- ▶ den Körper,
- ▶ die Gefühle,
- ▶ den Geist sowie
- ▶ die Geistesobjekte.

Der Weg zur Ruhe befreit uns von Zerstreuung, ständigem Denken, Bewerten, Gerede und Unruhe. Statt gegen die Unruhe anzukämpfen, können wir die Energie nutzen, die in ihr steckt. Allen Theorien wohnt die Konzentration, im Augenblick gegenwärtig zu sein, inne, und soll das Thema des Workshops mit theoretischen und praktischen Inputs füllen. Es wird eine nachhaltige Methode in die Hand gegeben, die Sie in der Praxis gut umsetzen können.





# Achtsam mit mir – Achtsam in der Beratung

Mag.<sup>a</sup> Anna-Melina Hartmann  
&  
Mag.<sup>a</sup> Sanela Manjić

„Der Tee ist immer für Dich da  
– aber bist Du auch für den  
Tee da?“



## Inhalte

- Introspektive Übung
- Grundlagen der Achtsamkeit
- Atmen – Benennen – Handlungsachtsamkeit
- Geh-Meditation, Achtsamkeit beim Essen
- Stressbewältigung durch Achtsamkeit
- Body-Scan
- Resilienz durch Achtsamkeit



## Introspektive Übung

Gruppe A:

- Seien Sie unachtsam zu einer/m Kollegin/en.

Gruppe B:

- Seien Sie unachtsam zu einer/m Klientin/en.

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

4

## Achtsamkeit - Grundlagen

*Achtsamkeit ist eine erlernbare Haltung, die uns darin unterstützt, den Wechselfällen des Alltags mit größtmöglicher Offenheit und Unvoreingenommenheit zu begegnen.*

*(Kabat-Zinn, 2009)*

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

5

## Achtsamkeit - Grundlagen

- Ursprung buddhistischer Lehren – Konstrukt **Selbstaufmerksamkeit**
- Bei sich sein /anderen sein
- Sich selbst nicht verlassen
- Aufmerksamkeit von innen → außen
- Sich sammeln = Aufmerksamkeit
- Aufmerksamkeit ⇔ Achtsamkeit

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

6



# Achtsamkeit - Grundlagen

- **Jon Kabat-Zinn:**  
Achtsamkeit als willentliche und nichtwertende Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf den aktuellen Moment
  
- *Der Lichtkegel einer Taschenlampe...*

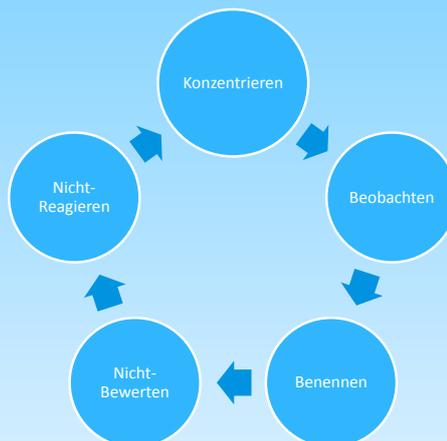
14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

7

# Der 5 Facetten-ASK-Zirkel

(Baer et al., 2006)



14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

8

# Eine Übung in Achtsamkeit

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

9



## Achtsamkeit beim Essen

Sehen	Tastsinn	Hören	Riechen	Schmecken
Objekt in die Hand nehmen und so betrachten als müsste jemand das nach unserer Beschreibung zeichnen	Rau/weich feucht/trocken klebrig/hart	Was für Geräusche macht das Objekt?	Wie ist der Geruch?	Die Lippen mit dem Objekt ganz langsam berühren
Oberfläche/Größe	Fühlt es sich prall an?	Reiben Sie es zwischen den Fingern – entsteht ein Geräusch?	Scharf, sauer, bitter, fettig, süß, modrig, schwer?	Objekt langsam von einem Mundwinkel zu anderen bewegen
Farbe? Schattierungen? Unebenheiten?	Dick, dünn, elastisch, spröde?	Scharfer/dumpfer Ton?	1 Nasenloch schließen und riechen	Regt sich etwas in ihrem Mund?
Glanz/matt? Durchsichtig?	Schwer/warm/zart	Laut/leise?	Anderes Nasenloch schließen und riechen	Langsam in den Mund nehmen ...

## Handlungsachtsamkeit

- Aufmerksamkeit auf den tatsächlichen Vollzug einer Aufgabe zu legen
- Konzentration nur darauf was getan wird
- Vollste Aufmerksamkeit, wo das bewusste Ich weit zurücktritt und stattdessen ein Gefühl der Verschmelzung auftritt
- z.B. in der Musik „es spielt“, Sportler, Verliebtheit – sog. Flow-Erlebnis

14.12.2013 Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic 11

## Handlungsaufmerksamkeit im Alltag

- Automatisieren ⇔ Ent-Automatisieren
- Bei Bügeln, beim Abwaschen
- Blumenpflege
- Bewusste Bauch Atmung bei roter Ampel
- Wartezeit als „Me-Time“ nehmen

Ich bin mit mir: Die Zeit ist mit mir und ich bin mit der Zeit

14.12.2013 Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic 12



## Achtsamkeit - Grundlagen

- Zarbock, Ammann und Ringer: durch die Achtsamkeits-Praxis wird die Verbindung zwischen BeraterIn und KlientIn gestärkt
- Basis jeder Achtsamkeitspraxis ist die ewige nüchterne Rückkehr zum gegenwärtigen Augenblick
- Kabat-Zinn: „jeder Augenblick ist ein neuer Anfang“

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

13

## Achtsamkeitsübungen

- **formelle Übungen** (Atemübungen, Meditation, Body Scan, Yoga etc.)
- **Alltagspraxis:** eine bewusste Tasse Tee, achtsames Essen etc.
- **Therapeutenrollen- bzw. Beraterrollen-Achtsamkeitsübungen:** eigene Rolle wahrnehmen, wie ich heute sitze, dem Klang meiner Stimme lauschen etc.
- **Übungen mit der/dem KlientIn** (Atmen...)
- **KlientInnen-Übungen:** werden zwischen BeraterIn und KlientIn vereinbart und sollen im Alltag integriert werden
- **Intensivübungen** (bewusster Rückzug für einige Tage, Achtsamkeitsmeditation-Vipassana, 8-Wochen-Training etc.)

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

14

## Blitzübung Gedanken beobachten:

- Eine aufrechte Haltung einnehmen und bewusst den Körper spüren.
- Die Aufmerksamkeit auf den Atem, auf die Bauchdecke lenken und dort verweilen.
- EinATMEN - - - - - AUSatmennnnnn.
- Beim Abschweifen – freundliche Nachsicht mit sich selbst und Rückkehr zum Atem.
- Den Strom der Gedanken beobachten, ohne sich in den Inhalt hineinziehen zu lassen.

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

15



*An sich ist nichts  
weder gut noch böse;  
das Denken macht es erst  
dazu.*

(William Shakespeare, Hamlet, 1601-1602)

## Benennen

- Innen – und Außenwelt findet im Kopf statt
- Lernen sich vom psychischen Geschehen zu distanzieren

Reize gelangen durch die Sinne ins BW



Gedanken und Empfindungen



Erkennen ⇒ Etikettieren ⇒ Nicht reagieren

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

17

## Benennen ohne zu Werten

- z.B. „Ich könnte mich beim Berühren der Türklinke mit AIDS infiziert haben“
- Etikettieren: „Zwangsgedanke“



Innerliches Loslassen – durch Ausatmen ODER

- **Desidentifikationsformel**

„Das bin nicht ich, das ist nur ein Zwangsgedanke“

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

18



## Benennen

Ich bin unzuverlässig  
↓  
Ich habe den Gedanken,  
dass ich unzuverlässig bin

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

19

## Geh-Meditation

- Setzen des Fußes langsam und bewusst
- Atmen
- Zählen eins, zwei, drei ..... Drei, zwei, eins
- Lächeln: Sich selbst innerlich und äußerlich ein Lächeln schenken

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

20

## Einladung zur Geh-Meditation



14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

21



## STRESS-Ebenen

- Körperebene,
- Ebene der Gefühle,
- Ebene der Gedanken,
- Ebene des Verhaltens

Unser Geist braucht tägliche Reinigung, um gesund und resilient zu bleiben.

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

22

## STRESS

- **Pos. Psychologie/Seligman:** nicht der potentielle Stressauslöser ist ausschlaggebend, sondern wie der einzelne ihn interpretiert und mit ihm umgeht
- Stärke der Stressreaktion hängt in hohem Maße von der Bewertung des Stressors ab, die wir – bewusst oder unbewusst – vornehmen UND von den stressverschärfenden Gedanken („ich werde das nicht überleben, ich werde das nicht schaffen“ u.s.w.)

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

23

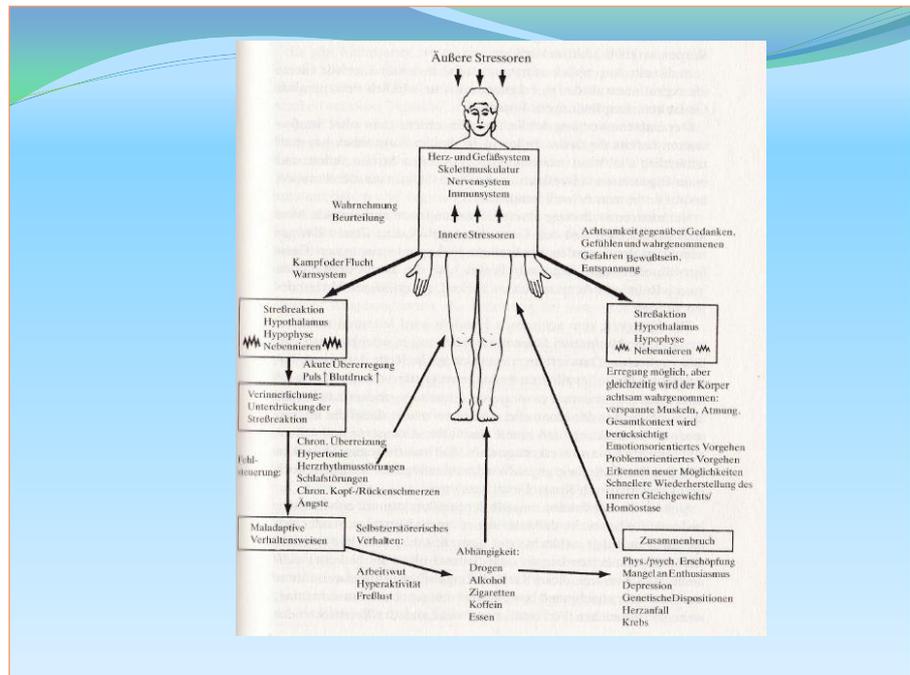
## STRESS – kognitive Umbenennung

- Verleugnung und Verdrängung => KEIN Abbau der Stressreaktion, sondern => chronischer Stress durch fehlende Regenerationsphasen
- Nicht „mein Gedanke“, sondern „EIN Gedanke“
- Nicht „mein Gefühl“, sondern „EIN Gefühl“

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

24



## Body Scan

- Anleitung zur Körperentspannung

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

26

## UMGANG & BEWÄLTIGUNG

- „Das was wirklich geschieht, zu erkennen...“, „die Kontrolle von Augenblick zu Augenblick aufrecht zu erhalten“
- Von der *Stressreaktion* zur *Stressaktion*: „wenn es einem gelingt in der Stressreaktion ruhig und konzentriert zu bleiben, weil man sowohl die momentane Belastung als auch die Versuchung, impulsiv zu reagieren, erkennt, verleiht man der Situation eine völlig neue Dimension.“
- Raum zwischen Stressauslöser und Stressreaktion schaffen

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

27



## UMGANG & BEWÄLTIGUNG

- Wechsel zwischen Anspannung und Entspannung, (körperlich: Entspannungsübungen, Bewegung und geistig: z.B. Meditation)
- Prozesse der Bewertung bewusst wahrnehmen
- Hinlenken der Aufmerksamkeit => Benennen der auftauchenden Emotionen: „das ist also Wut“, „das ist also Ärger“ => Atmen

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

28

## UMGANG & BEWÄLTIGUNG

**S** ..... Stop  
**T** ..... Take a breath  
**O** ..... Observe  
**P**..... Proceed

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

29

## Zusammenhang zwischen ASK und Resilienz

- Hohe Kräfteerfordernis in helfenden Berufen: ständige Notwendigkeit an Empathie, mit Extremsituationen und emotional sehr belastenden Situationen konfrontiert sein, undankbare KlientInnen => ASK als...
- Burnout-Prophylaxe
- Atem als Insel der Stille, „Ruhe im Sturm finden“
- Reduktion der Emotionsansteckung

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

30



## Resilienz durch Achtsamkeit

- Antonovsky: „*durch Lebensgeschichte und Lebensbedingungen geprägt*“, ASK „kann durch Übung beeinflusst werden“
- **neurologischer Nachweis:** Situationen und Ressourcen werden durch ASK im Bewusstsein verankert => Verbindung zw. Neocortex, limbischen System und Stammhirn
- Das Bewusstwerden von Gedanken und Bedeutungen wirkt Denk- und Verhaltensmustern entgegen

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

31

## Resilienz - Kinder und Jugendliche

- **Resilienzforschung** (u.a. Lienhard Valentin, 2007): die Resilienz des Kindes hängt davon ab, wie Elternteile auf die Bedürfnisse individuell eingehen  
Wirksamkeitsforschung USA/Europa:
- Kinder nach Programmen aufmerksamer und gelassener
- Schnelleres Beruhigen bei Angst oder Wut (z.B. Prüfungsangst oder Streit unter Freunden)
- Bei übergewichtigen Kindern: gesünderes Essverhalten
- Auswirkungen auf ADHS

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

32

*Die Aufmerksamkeit im Moment halten,  
ohne an irgendein Ziel zu denken oder etwas erreichen zu  
wollen.*

*Sich erlauben, einfach zu sein,  
wie man gerade ist.*

*Jede Art von Selbstbewertung ablegen.*

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

33



Unser wahres Zuhause ist der  
gegenwärtige Augenblick.  
Wenn wir wirklich im  
gegenwärtigen Augenblick  
leben,  
verschwinden unsere Sorgen und Nöte,  
und wir entdecken das  
Leben mit all seinen  
Wundern.  
**Thich Nhat Hanh**

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

34

## Literatur

- Anderssen-Reuster, U. (2013): Achtsamkeit. Das Praxisbuch für mehr Gelassenheit und Mitgefühl. Trias Verlag, Stuttgart.
- Kabat-Zinn, J. (2010): Im Alltag Ruhe finden. Meditationen für ein gelassenes Leben. Knaur Taschenbuch, München.
- Lehrhaupt, L. & Meibert, P. (2011): Stressbewältigung mit Achtsamkeit. Zu innerer Ruhe kommen durch MBSR. Kösel-Verlag, München.
- Ott, U. (2010): Meditation für Skeptiker. Ein Neurowissenschaftler erklärt den Weg zum Selbst. O.W. Barth Verlag, München.
- Romhart, K. (2011): Slow down your life. Vom Glück der Gelassenheit. Edition Steinrich, Berlin.
- Santorelli, S. (2006): Zerbrochen und doch ganz. Die heilende Kraft der Achtsamkeit. Arbor Verlag, Westermann, Zwickau.
- Valentin, L. (2007): Achtsame Eltern, glückliche Kinder. Arbor-Verlag, Freiamt.
- Zarbock, G., Amman, A., Ringer, S.: (2012): Achtsamkeit für Psychotherapeuten und Berater. Beltz Verlag, Weinheim, Basel.
- [www.mbsr-verband.org](http://www.mbsr-verband.org) „Forschung“

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

35

## Kontakt

Mag.<sup>a</sup> Anna-Melina Hartmann

✉ [am.hartmann@gmx.at](mailto:am.hartmann@gmx.at)

☎ 0676 - 722 34 54

Mag.<sup>a</sup> Sanela Manjić

✉ [SanelaManjic@gmx.at](mailto:SanelaManjic@gmx.at)

☎ 0680 - 145 33 77

Das Dokument ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung, Vervielfältigung, Weiterverbreitung, auch elektronischer Art außerhalb der Veranstaltung ist nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Verfasser erlaubt. Es gelten das Urheberrecht und der Autorenschutz.

14.12.2013

Anna Melina Hartmann & Sanela Manjic

36



# Zurück ins lebendige Leben - Selbstfürsorge und Psychohygiene

**Mag.<sup>a</sup> Michaela Melzer**

---

Ehemalige Mitarbeiterin des Kinderbereichs in einem Wiener Frauenhaus; seit 1994 als Psychotherapeutin tätig. Lehrtätigkeit am WIFI im Rahmen der Ausbildung zur MediatorIn – Schulung der TeilnehmerInnen zum Thema „Gewalt in der Familie“.

In meiner Praxis biete ich Psychotherapie, Supervision, Seminare und Gruppenselbsterfahrung an. Der Schwerpunkt meiner Arbeit liegt darin, Menschen auf ihrem Weg dorthin zu begleiten, wo sich das Leben wieder lebenswert, erfüllt und sinnvoll anfühlt.

## Zurück ins lebendige Leben Workshop zur Selbstfürsorge und Psychohygiene Magistra Michaela MELZER

Psychohygiene und Selbstfürsorge sind ein wichtiger Bestandteil jeder Tätigkeit im psychosozialen Bereich. Nicht nur zur Sicherung oder Wiederherstellung von psychischer und physischer Gesundheit, sondern auch zum Erhalt einer hohen Qualität der beruflichen Tätigkeit ist es unerlässlich, diesen Bereichen einen selbstverständlichen Stellenwert im beruflichen Alltag einzuräumen.

Wird dies übersehen, kann es zu sehr belastenden, persönlichen Krisen kommen, die sich einerseits auf die Qualität der Arbeit oder/und andererseits auf das eigene Leben auswirken. Burn-out, andere psychische Krisen oder/und physische Symptome können die Folge sein.

Oft weniger bedacht, weil durch ein hohes persönliches Engagement überdeckt, werden jene Konsequenzen, die sich auf die Qualität der Arbeit beziehen. Gerade im psychosozialen Bereich arbeiten viele Menschen, die hohe Ansprüche an sich selbst stellen und oft auch ein persönliches Engagement in Richtung der Zielgruppe mitbringen.

Gleichzeitig sind die Ergebnisse, Erfolge und Entwicklungen nur schwer messbar und meistens sehr individuell zu bewerten. Es gibt also kaum objektive Kriterien, um den eigenen Erfolg entsprechend dem geleisteten Aufwand, zu „berechnen“. Dementsprechend ist es immer wieder schwierig, sich zufrieden und erfolgreich zu fühlen oder sich selbst zu sagen „das habe ich wirklich gut gemacht!“

In der Arbeit mit von Gewalt betroffenen Kindern ist man neben dem eben beschriebenen Spannungsfeld zwischen Ansprüchen und positiven Ergebnissen, noch einer weiteren Schwierigkeit ausgesetzt. Kinder und Jugendliche sind in unserer Gesellschaft abhängig davon, wie Erwachsene handeln. Ihre eigene Gestaltungsmacht ist, je nach Alter, eingeschränkt. Kinder und Jugendliche können ihre Lebensbedingungen nicht einfach verändern. Selbst wenn sie mithilfe der professionellen Begleitung durch Fachleute für sich selbst herausfinden können, wie sie belastende/traumatische Erlebnisse aufarbeiten können, und was sich an ihrem Umfeld verändern müsste, ist ihr Handlungsspielraum sehr eingeschränkt. Und obwohl es Gesetze, Einrichtungen und enorm viel Fachwissen und – leute gibt, sind auch auf dieser Seite die Entscheidungsmöglichkeiten zum Wohle der Kinder und Jugendlichen begrenzt.



Um diesen Belastungen standzuhalten, um die Qualität der Arbeit beibehalten zu können (oder auch zu verbessern) und um GESUND zu bleiben, ist es so wichtig, der Selbstfürsorge einen ganz prominenten Platz einzuräumen.

Psychohygiene ist sozusagen das adäquate Mittel um, neben individuellen, endogenen Faktoren für die eigene Resilienz zu sorgen.

Resilienz kann umgangssprachlich mit den Worten „wieder auf die Beine kommen“ umschrieben werden. Angesichts tragischer und/oder traumatischer Geschehnisse im Leben Zugriff zu eigenen Ressourcen zu haben, die es ermöglichen wieder ins Leben zurückzufinden. In der Arbeit mit von Gewalt betroffenen Mädchen, Buben und Jugendlichen sind die ProfessionalistInnen ständig den Folgen dieser Erlebnisse bei ihren KlientInnen ausgesetzt und laufen so Gefahr, sich in einer negativen Abwärtsspirale zu verfangen.

Aus der Resilienzforschung von Barbara L. Fredrickson wissen wir, dass eine positive Grundeinstellung und positive Gefühle resilienzfördernd wirken. Ohne eine positive Grundhaltung können wir uns von Rückschlägen nicht erholen.

Mit positiven Emotionen ist hier aber keineswegs Oberflächlichkeit, Egoismus angesichts des Schicksals Anderer oder eine Verleugnung des Negativen gemeint. Auf diese Art käme Resilienz nur auf Kosten von Wahrheit und Mitgefühl zustande.

Vielmehr zeigen die Forschungsergebnisse von Fredrickson, dass auch Personen mit einem hohen Resilienzwert nach traumatischen Erlebnissen, Katastrophen oder Schicksalsschlägen mit Gefühlen, wie Wut, Angst, Trauer und Verzweiflung zu kämpfen haben. Doch inmitten ihres Leidens erleben diese Menschen auch positive Gefühle, wie z. B. Zusammenhalt, Mitgefühl, Unterstützung, etc.

Das „Wahrnehmen-Können“ von Momenten positiver Empfindungen, positiver Wendungen, positiver Veränderungen scheint letztlich dafür verantwortlich zu sein, ob und wie Menschen in belastenden Situationen sich wieder auf den Weg „zurück ins lebendige Leben“ machen können.

In diesem Workshop geht es darum, die eigene Resilienz zu pflegen und zu fördern. Dort wo sich negative Emotionen und/oder pessimistische Einstellungen gebildet haben, dort, wo man spüren kann, dass das Engagement nachlässt und die Qualität der Arbeit negativ beeinflusst wird, wird versucht Bewegung hinzubringen, sodass inneres Wachstum und Entwicklung möglich wird.

Elemente der Selbsterfahrung, leichte körperliche Übungen und Gruppenübungen aus der Tiefenökologie ergänzen und bereichern den verbalen Austausch. Diese Methoden haben sich über die Jahre als wirksames Mittel gegen die Erstarrung des eigenen Denkens und den Verlust des Engagements und für die Wiedererlangung der eigenen positiven Einstellung bezüglich der Arbeit herausgestellt.