

Trauma first

ein Versorgungsangebot
für Kinder, Jugendliche und junge Frauen
mit Traumafolgeerkrankungen

Praxis für Psychotherapie Dr. Sabine Ahrens-Eipper & Nelius

Ausgangspunkt

- Eine Reihe spektakulärer Fälle von Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung haben in den letzten Jahren die Öffentlichkeit bewegt.
- Die extremen Fälle von Vernachlässigung und Misshandlung, welche den Tod des Kindes zur Folge haben, sind nach Expertenschätzungen nur „die Spitze des Eisberges“ (e.g. *Niethammer, 2007*).
- Nach den Forschungsergebnissen der Mannheimer Risikokinderstudie (Esser, 1996) wachsen **ca. 5 % aller Kinder** in Deutschland in Familien oder Teilfamilien auf, die als „Hochrisikofamilien“ zu bezeichnen sind, also Familien oder Lebensgemeinschaften, in denen nach wissenschaftlichem Forschungsstand für die Kinder ein hohes Risiko gravierender Vernachlässigung besteht, als Folge der gegebenen psychosozialen Bedingungen.

Ausgangspunkt

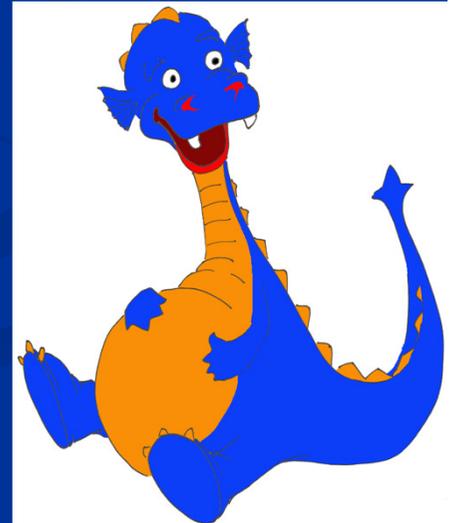
Entsprechend der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin werden folgende Formen intrafamiliärer Gewalt gegen Kinder unterschieden .

- **Körperliche Misshandlung** wie Schläge, Stöße, Schütteln, Verbrennungen, Stiche usw.
- **Seelische Misshandlung:** alle Handlungen oder Unterlassungen von Eltern oder Betreuungspersonen, die Kinder ängstigen, überfordern, ihnen das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit vermitteln und sie in ihrer seelischen Entwicklung beeinträchtigen können.
- **Körperliche und seelische Vernachlässigung:** die Befriedigung der grundlegenden Bedürfnisse ist nicht gewährleistet, unzureichende Ernährung, Pflege, Förderung, gesundheitliche Versorgung und Beaufsichtigung und kein ausreichender Schutz vor Gefahren.
- **Sexuelle Misshandlung:** aktive und/oder passive Beteiligung von Kindern an sexuellen Aktivitäten, denen sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes oder anderen Gründen nicht frei oder verantwortlich zustimmen können. Dabei wird die Unterlegenheit und Abhängigkeit der Kinder zur Befriedigung der Bedürfnisse von Erwachsenen ausgenutzt.

Ausgangspunkt

Kinder als Opfer extrafamiliärer Gewalt.

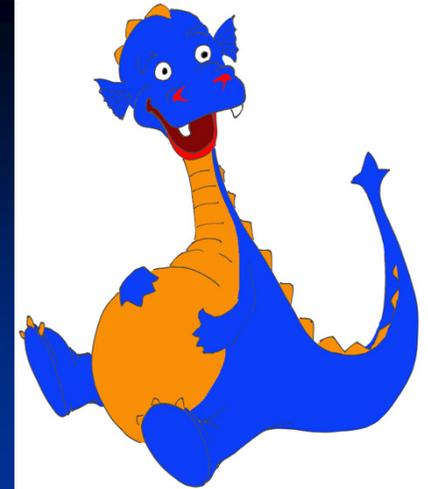
- Sexuelle Belästigung durch Nicht-Familienmitglieder, Vergewaltigung
- Kindesentführung
- Misshandlung durch Erwachsenen
- Raubüberfälle, Einbrüche
- Misshandlungen durch Jugendliche, Video/Handy/Internet Verbreitung
- Ausnützung durch Pädophilie, Kinder-Prostitution, Kinder-Pornographie
- Kriegsteilnahme
- Kinderhandel einschließlich illegaler Adoption
- Gewalt gegen Kinder in Institutionen etc. .



Ausgangspunkt

Kinder als Opfer non-man-made disaster

- Verkehrsunfälle
- Zugunglücke
- Überschwemmungen
- Blitzschlag, Sturm, Tornado, Windhose
- Tod eines Geschwisterkindes
- Tod eines Elternteiles
- schwere Krankheit
- Auffinden eines Selbstmörders
- Auffinden eines verstorbenen Angehörigen
- Mitansehen des Versterbens einer Person bei einem Autounfall / Zugunglück



Posttraumatische Belastungsstörung



Synonyme:

PTBS - Posttraumatische Belastungsstörung

PTSD - Post Traumatic Stress Disorder

Verwandte Störungsbilder:

Akute Belastungsreaktion ICD-10: F 43.0

Anpassungsstörung ICD-10: F 43.2

Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung ICD10: F 62.0

Definition:

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse (*wie z.B. Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, sexueller Mißbrauch, Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit*), die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können. In vielen Fällen kommt es zum Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses.

Posttraumatische Belastungsstörung



Das Störungsbild ist geprägt durch:

- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen) oder Erinnerungslücken (*Bilder, Alpträume, Flash-backs, partielle Amnesie*),
- Übererregungssymptome (*Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen*)
- Vermeidungsverhalten (*Vermeidung traumaassoziierter Stimuli*) und
- emotionale Taubheit (*allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit*)
- im Kindesalter teilweise veränderte Symptomausprägungen (z.B. *wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens, Verhaltensauffälligkeiten, z.T. aggressive Verhaltensmuster*)

Die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit (z.T. mehrjähriger) Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten (late-onset PTSD).

Quelle:

Flatten G, Gast U, Hofmann A, Liebermann P, Reddemann L, Siol T, Wöller W, Petzold ER: Posttraumatische Belastungsstörung - Leitlinie und Quellentext. 2. Auflage, Schattauer-Verlag, Stuttgart, New York 2004

Posttraumatische Belastungsstörung



Epidemiologie:

Die Häufigkeit von PTSD ist abhängig von der Art des Traumas.

Ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung

Ca. 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen

Ca. 50% bei Kriegs- und Vertreibungsoffer

Ca. 15% bei Verkehrsunfallopfern

Ca. 15% bei schweren Organerkrankungen, (Herzinfarkt, Malignome)

Die Lebenszeitprävalenz für PTSD in der Allgemeinbevölkerung liegt zwischen 2% und 7%. Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder ist wesentlich höher. Es besteht eine hohe Chronifizierungsneigung.

Quelle: Flatten G, Gast U, Hofmann A, Liebermann P, Reddemann L, Siol T, Wöller W, Petzold ER: Posttraumatische Belastungsstörung - Leitlinie und Quellentext. 2. Auflage, Schattauer-Verlag, Stuttgart, New York 2004

Forschungsstand: Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter

- Neben der klassischen Traumafolgestörung in Form der posttraumatischen Belastungsstörung treten bei Kindern komorbid auf:
 - Internalisierende und externalisierende Verhaltensprobleme
 - Schlechtere schulische Leistungen
 - Suizidgedanken und Suizidversuche
 - Interpersonelle Schwierigkeiten
 - Körperliche Beschwerden (Giaconia et al, 1995; Goenjian et al. 1996)
- Depression, Drogenmissbrauch und somatoforme Störungen bestehen bei etwa 20% der betroffenen Kinder parallel zur PTB (Essau et al. 1999)
- Die PTB-Symptome können als Symptome anderer Störungen erscheinen (z.B. chronische Übererregung als motorische Hyperaktivität oder geringe Impulskontrolle; Aggression als oppositionelles Trotzverhalten, vgl Perrin et al. 2001)
- Eltern neigen dazu, die PTB-Symptomatik des Kindes zu unterschätzen. Es muss immer auch das Kind selbst befragt werden. (Steil, 2004)

Typische Psychische Folgen

- überangepasstes Verhalten
- Rückzug und Isolation
- geringes Selbstwertgefühl
- Kontakt- und Beziehungsstörungen
- Scham- und Schuldgefühle
- diffuse Ängste, Angststörungen (z.B. Phobien, Panikstörungen)
- Depressionen
- Zwangsstörungen (z.B. Waschzwang)
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Ess-Störungen
- aggressives Verhalten gegen andere oder sich selbst
(Selbstverletzungen)
- Dissoziative Störungen (z.B. Dissoziative Identitätsstörung)
- Alkohol- und Drogenmissbrauch oder Abhängigkeit



Psychische Folgen von traumatischen Ereignissen

Die psychischen Folgen sind stets individuell und sorgfältig zu diagnostizieren, da sie vom Schweregrad der schädigenden Einflüsse und den biologischen oder psychologischen Eigenschaften des einzelnen Kindes abhängig sind, die seine Störanfälligkeit (Vulnerabilität) oder auch Widerstandsfähigkeit (Resilienz) beeinflussen.



Forschungsstand: Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter

In Deutschland nimmt **nur ein geringer Anteil** der von PTB betroffenen Kinder psychologische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch.

Essau et al 1999: nur **24%** der Jugendlichen mit PTB waren oder sind in psychologisch/psychiatrischer Behandlung irgendeiner Art.

Möglicherweise nehmen weder sie noch ihre Eltern die Behandlungsbedürftigkeit bzw. die Behandlungsmöglichkeit wahr.

Daher kommen Therapieforscher zu dem Schluss, dass Kindern und Jugendlichen **aktiv Behandlungsangebote gemacht werden müssen** (Steil, 2004, Schneider, 2004)



Forschungsstand: Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter

Eltern und Pflegepersonen spielen als wichtige Interaktionspartner und Modelle für adaptives oder dysfunktionales Coping bei den posttraumatischen Anpassungen des Heranwachsenden eine entscheidende Rolle (Steil, 2004; Schneider, 2004)

Kinder leiten die Reaktion auf traumatische Reaktionen auch von der Reaktion ihrer Bezugspersonen ab.



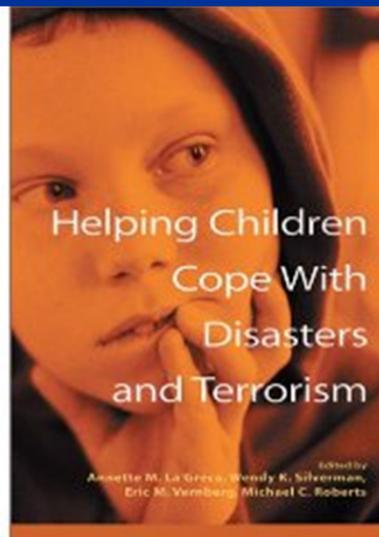
Forschungsstand: Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter

- Eklatanter Mangel an deutschsprachigen kontrollierten Gruppenstudien
- International ist die Effektivität der kognitiv-behavioralen Therapie bei PTB im Kindes- und Jugendalter gut belegt (Übersicht bei Steil 2004)
- Die Effektstärken sind gut bis sehr gut
- Ist der Patient in der Lage, seinen Alltag zu bewältigen, ist eine ambulante Behandlung der stationären vorzuziehen, da hier Expositionen und Verhaltensexperimente im Alltag effektiver durchführbar sind (Steil, 2004)



Traumaforschung & Inspiration

- Annette M. La Greca, Ph.D., ABPP
- University of Miami, Department of Psychology
Purdue University, 1978
Cooper Fellow
Professor of Psychology and Pediatrics
Director of Clinical Training
Editor, Journal of Consulting and Clinical Psychology
- Research Interests



- Children's and adolescents' peer relations, friendships, and romantic relationships, as they pertain to psychological and physical health; children's reactions to trauma, including natural disasters (hurricanes) and community violence; social anxiety in children and adolescents; family and peer issues in the management of type 1 diabetes in youth; preventive interventions. Please visit the project pages for [Keeping Children Safe](#) and [Helping Children Cope](#). Also available for download, [Helping America Cope](#) and [After the Storm](#).



■ Was ist Trauma first?

Zielgruppen



Die Versorgung richtet sich an Kinder, Jugendliche und Heranwachsende/junge Frauen mit Traumafolgestörungen nach sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt oder sonstigen traumatischen Ereignissen und deren Bezugspersonen.

Weiterhin sollen Risikofamilien am Vertrag teilnehmen dürfen.

Zielgruppen



Zielgruppe A: Der Schwerpunkt liegt im Bereich der **intrafamilialen Formen von Gewalt** gegen Kinder. Diese beschreiben eine Störung der Eltern-Kind-Beziehung, die zu erkennbaren gesundheitlichen, d.h. seelischen oder körperlichen Folgen beim Kind führt, z.B. Misshandlung, Vernachlässigung, sexueller Missbrauch, häusliche Gewalt etc..

Zielgruppe B: Kinder, die Formen **extrafamilialer Gewalt** erlebt haben, dies kann Kriegsteilnahme, Kinderhandel einschließlich illegaler Adoption, Prostitution, Pornographie, Ausnützung durch Pädophilie, Sexuelle Belästigung durch Nicht-Familienmitglieder, Exhibitionismus, Vergewaltigung, Kindesentführung, Gewalt gegen Kinder in Institutionen etc. sein.

Zielgruppen



Zielgruppe C: Eine dritte Zielgruppe stellen Kinder mit psychischen Traumafolgen dar, die nicht Opfer von Gewalt durch Personen wurden, sondern Opfer sogenannter „**non-man-made desaster**“ wie Verkehrsunfälle, Zugunglücke, Überschwemmungen, Tod eines Geschwisterkindes, Tod eines Elternteiles, schwerer Krankheit etc.. Auch diese Kinder sollen nach diesem Vertrag behandelt werden.

Zielgruppe D: Eine vierte Zielgruppe stellen Jugendliche und junge Frauen dar, die traumatisierende Erfahrungen jeglicher Art gemacht haben.

Zielgruppe E: Eine fünfte Zielgruppe stellen „Hochrisikofamilien“ dar, also Familien oder Lebensgemeinschaften, in denen nach wissenschaftlichem Forschungsstand für die Kinder ein hohes Risiko gravierender Vernachlässigung besteht, als Folge der gegebenen psychosozialen Bedingungen.



Trauma first

- Für die effektive Behandlung von Traumafolgestörungen ist die intensive Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen unerlässlich.
- Je jünger die Kinder sind, um so stärker liegen die Veränderungsmöglichkeiten für das Alltagserleben der Kinder und damit ihrer Befindlichkeit in den Händen der Eltern und Bezugspersonen.
- Das angestrebte Versorgungsmodell soll der Unter- und Fehlversorgung bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen und chronischen psychischen Störungen nach körperlicher, sexueller oder psychischer Gewalt begegnen und die Versorgungssituation zu verbessern .



Trauma first

Zentrale Inhalte

- Indikationsentscheidung für die Teilnahme am Vertrag auf der Grundlage einer standardisierten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Diagnostik,
- standardisierte Basisdokumentation,
-
- interdisziplinäre Zusammenarbeit der Praxis mit medizinischen, pädagogischen, kinderärztlichen, ergotherapeutischen und sozialen Diensten,
- regelmäßige Fallbesprechungen unter Einbeziehung der am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer,
-
- zentrale Evaluation der Behandlungsergebnisse



Trauma first: Überblick

- Die Praxis stellt eine Anlaufstelle für Familien nach traumatischen Erfahrungen dar. Nach dem Erstkontakt erfolgt die störungsspezifische und standardisierte Eingangsdagnostik, die sowohl mit den Bezugspersonen als auch dem Kind bzw. der Jugendlichen mehrere diagnostische Sitzungen beansprucht.
- Anschließend erfolgt ein Rückmeldungsgespräch mit der Familie, in der die Diagnose(n) mitgeteilt werden und gemeinsam mit der Familie einen individuellen Behandlungs- und Betreuungsplan entwickelt wird.
- Die Familie erhält eine Empfehlung, ob das Kind bzw. die Eltern an dieser Versorgung teilnehmen sollten. In jedem Einzelfall wird individuell festgelegt, ob und welche Kindergruppe, ob und welche Elterngruppe indiziert ist.
- Neben den traumaspezifischen Gruppenangeboten gehören Hausbesuche, Einzel- und Familiengespräche zum Standard.



Trauma first: Überblick

- Pro Quartal ist eine spezielle kinderärztliche Untersuchung für die Familie verpflichtend. Entscheidet sich die Familie dafür, übernimmt ein multiprofessionelles Team die Versorgung.
- Gemeinsame Fallbesprechungen sichern eine abgestimmte Versorgung. Für das Qualitätsmanagement verpflichten sich die teilnehmenden Leistungserbringer zu Dokumentationen, die den Behandlungsablauf und die Ergebnisse für alle Beteiligten transparent machen und damit die Kooperation ermöglichen.
- Regelmäßige Befragungen der Patienten sind Bestandteil des Qualitätsmanagements

Trauma first: organisatorischer Ablauf



Ablauf

1. Eingangsphase

1.1 Erstgespräch

Es wird eine psychotraumatologische Erstberatung durchgeführt. Erfasst werden Anliegen der Familie, aktueller Anlass der Konsultation und Motivation der Beteiligten. Weiterhin wird ein Grobscreening der vorliegenden Symptome durchgeführt. Das Teilnehmerheft wird angelegt, in dem alle Behandlungskontakte im Rahmen dieses Vertrages erfasst werden. Es erfolgt eine Information der Krankenkasse.

1.2 Diagnostik

Inhalt dieser Phase sind strukturierte traumaspezifische Diagnostik mit dem Kind, traumaspezifische Diagnostik mit den Eltern, ein strukturiertes klinisches Interview zur Erfassung der ICD-10 Diagnosen mit den Eltern (z.B. DIPS), ein klinisches Interview mit dem Kind, detaillierte Anamnese der psychischen und somatischen Entwicklung des Kindes (Schwangerschaft, frühkindliche Entwicklung, Kindergarten, Schule bis dato).

1.3 Hausbesuch

Bei jeder Familie erfolgt ein Hausbesuch, um sich über das Familienklima, die Wohngegebenheiten, hygienische Zustände und das Wohnumfeld des Kindes zu informieren.

Trauma first: organisatorischer Ablauf

1.4 Konsil Kinderarzt/ärztin oder Hausarzt/ärztin

Jedes Kind, jede/r Jugendliche erhält eine spezielle konsiliarische Untersuchung beim behandelnden Kinder- oder Hausarzt. Hier werden anhand eines speziellen Leitfadens aktuelle und früher vorliegende somatische und psychosomatische Traumafolgen und Entwicklungsstörungen abgeklärt und im Quartalsbericht dokumentiert. Diese Untersuchung wird einmal in jedem Quartal während der Behandlung des Patienten im Rahmen dieses Vertrages wiederholt.



1.5 Auswertung, Fallbesprechung

In dieser Sequenz erfolgt die Auswertung und Interpretation der Testbefunde und der klinischen Interviews unter Hinzuziehung der Konsiliarbefunde. Die Ergebnisse werden bei Bedarf telefonisch mit den MitbehandlerInnen erörtert. Im Rahmen interner und/oder externer Fallbesprechungen erfolgt die Beurteilung der Situation unter Traumaphasen-spezifischen Gesichtspunkten und die Beratung über die Notwendigkeit weiterführender Maßnahmen, so dass eine Indikations- und differenzielle Indikationsstellung getätigt werden kann und darüber entschieden wird, welche weiterführenden ambulanten Maßnahmen der Familie angeraten werden sollen.

Trauma first: organisatorischer Ablauf

1.6 Auswertung und Rückmeldung im Familiengespräch

In einem Rückmeldegespräch erhält die Familie detaillierten Einblick in die Ergebnisse der diagnostischen Phase. Die Auswertung und Interpretation der Testbefunde, der klinischen Interviews und der Konsiliarbefunde werden der Familie verständlich dargelegt, so dass diese befähigt wird, eine verantwortliche Entscheidung über weitere Behandlungen zu treffen.

Ist eine Behandlung indiziert, wird das Behandlungsangebot der Familie vorgestellt und erläutert. Motivation und Compliance aller beteiligten Familienmitglieder werden abgeklärt und mit der Familie besprochen, warum diese im Rahmen einer Heilbehandlung unerlässlich sind. Kommt eine Arbeitsallianz zustande, erfolgt die Einleitung der Folgebehandlungen und Terminabsprachen.



Trauma first: Behandlungsphase

Familiengespräche: In regelmäßigen Abständen wird mit der Familie die aktuelle Familiensituation ausgewertet, die bisherigen Fortschritte hervorgehoben, Schwierigkeiten analysiert und Lösungswege erarbeitet. Die Familiengespräche sind insbesondere für heikle oder schambesetzte Themen geeignet, die in der Gruppe nicht erörtert werden können.

Einzelgespräche: In regelmäßigen Abständen wird mit dem Kind/ der/dem Jugendlichen, jungen Erwachsenen die aktuelle Situation (Familie, Freunde, Schule) ausgewertet, die bisherigen Fortschritte hervorgehoben, Schwierigkeiten analysiert und Lösungswege erarbeitet. Die Einzelgespräche sind insbesondere für heikle oder schambesetzte Themen geeignet, die in der Gruppe nicht erörtert werden können.

Pädiatrische Mitbehandlung: Zu Beginn der Behandlung und fortlaufend jedes Quartal bis zum Ende der Behandlung sollen pädiatrische Konsile verpflichtend erfolgen. Entsprechend eines von der ambulanten psychotherapeutischen Praxis entwickelten patientenbezogenen Berichts dokumentiert der behandelnde Kinder- oder Hausarzt den Ernährungszustand, Hinweise auf Unterversorgung (Verhungern, Verdursten, Mangelernährung), Hinweise auf körperliche Gewalt (Schlagspuren, Verbrennungen, Brüche etc.), Hinweise auf Vernachlässigung (Entwicklungsverzögerungen, Kleinwuchs etc).

Fallbesprechungen: Regelmäßige Fallbesprechungen sichern die optimale Versorgung der Familie.

Diagnostik: Alle drei bis sechs Monate führt die ambulante psychotherapeutische Praxis erneut eine Fragebogen-Diagnostik durch.

Trauma first: störungsspezifische Gruppen

	Alter: 3-6	Alter: 7-10	Alter: 11-14	traumatisierte Jugendliche	traumatisierte junge Frauen Alter 17-27
Kind	traumaspezifisches standardisiertes Gruppentraining A	traumaspezifisches standardisiertes Gruppentraining B	traumaspezifisches standardisiertes Gruppentraining C	traumaspezifisches standardisiertes Gruppentraining C	traumaspezifisches standardisiertes Gruppentraining D
Eltern	engmaschige Elternschulung, standardisierte Gruppenarbeit, Video-feedback-training	standardisierte Elterngruppe: störungsspezifische Psychoedukation, Unterstützung bei Alltagsproblemen, Stabilisierungstechniken	standardisierte Elterngruppe: störungsspezifische Psychoedukation, Unterstützung bei Alltagsproblemen, Stabilisierungstechniken	standardisierte Elterngruppe: störungsspezifische Psychoedukation, Unterstützung bei Alltagsproblemen, Stabilisierungstechniken	standardisierte Elterngruppe: störungsspezifische Psychoedukation, Unterstützung bei Alltagsproblemen, Stabilisierungstechniken

Trauma first: Indikationsspezifisches Elterntraining:

- Mit den Eltern wird (wenn indiziert) ein indikations- und störungsspezifisches Elterntraining durchgeführt. Es sollen folgende Trainingsgruppen angeboten werden: ein Gruppenangebot für Eltern von Kindern, die durch Fremdtäter oder externe Faktoren traumatisiert wurden, eine Elterngruppe intrafamiliäre Gewalt, ein Angebot für Risikoeltern.
- Bei den indikationsspezifischen Elternsitzungen handelt es sich stets um eine ausgewogene Mischung zwischen Psychoedukation, praktischen Übungen, Rollenspielen und Auswertung von Alltagssituationen der Familie.
- Die Sitzungsthemen sind auf die Gruppenindikation abgestimmt (extern traumatisierte Kinder, intrafamiliäre Traumatisierung, Risikoeltern).
- Inhaltliche Themen sind beispielsweise „Normale Reaktionen auf unnormale Ereignisse“, „Umgang mit den Ängsten der Kinder“, „Wie verhalte ich mich bei Alpträumen“, „Wohin mit meiner Wut“, „Was kann ich bei Überforderung tun“, „Förderung der Autonomie des Kindes“, „positive Familienaktivitäten“ und aktuelle Herausforderungen des Familienalltages.

Trauma first: Indikationsspezifisches Elterntraining:

- Die Eltern werden engmaschig begleitet, um die Familie beim Abbau ungünstigen Erziehungsverhaltens (wie Überbehütung oder aggressives Verhalten) und dem Aufbau von unterstützendem Erziehungsverhalten und einem günstigen Umgang mit den Symptomen des Kindes und den übrigen Problembereichen zu unterstützen.
- Weiterhin werden die Eltern auch zur Selbstfürsorge angeregt, um als stabile Eltern die Kinder stützen zu können. Die Gruppe für Risikomütter wird hier ein spezielles Angebot darstellen.

Trauma first: Indikationsspezifische Kinder-/Jugendgruppe

- Mit den Kindern/Jugendlichen wird (wenn indiziert) ein indikations- und störungsspezifisches Gruppentraining durchgeführt.
- Es sollen folgende Trainingsgruppen angeboten werden: ein Gruppenangebot für Kinder, die durch Fremdtäter oder externe Faktoren traumatisiert wurden, eine Gruppe für Kinder intrafamiliäre Gewalt (häusliche Gewalt, sexueller Missbrauch, Vernachlässigung), eine Gruppe für Jugendliche, eine Gruppe für junge Erwachsene.
- Bei den indikationsspezifischen Gruppensitzungen handelt es sich stets um eine ausgewogene Mischung zwischen Vermittlung von Handlungswissen, praktischen Übungen, Rollenspielen und Entspannungsübungen und Auswertung von Alltagssituationen der Familie.
- Die Sitzungsthemen sind auf die Gruppenindikation abgestimmt (extern traumatisierte Kinder, intrafamiliäre Traumatisierung). Inhaltliche Themen sind beispielsweise „Angst“, „Alpträume“, „Wohin mit meiner Wut“, „Was mir hilft“, „Was mir Kraft gibt“, „Normale Reaktionen auf unnormale Ereignisse“ und aktuelle Herausforderungen des Familienalltages.
- Die Kinder werden engmaschig begleitet, um den Aufbau von Selbstwert und Selbstwirksamkeitserwartungen unterstützen zu können, weiterhin wird der Abbau von ungünstigen Verhaltensmustern angestrebt (Vermeidungsverhalten, Rückzug und Aggression).

Trauma first: Stabilisierungsphase

3 Stabilisierungsphase

In der Stabilisierungsphase sollen in regelmäßigen, sukzessiven sich verlängernden Abständen Familien- und Einzelgespräche stattfinden. In dieser Phase soll die Familie zunehmend autonomer werden, eigenständig Hilfestrategien entwickeln. Zum Ende der Behandlung soll die resümierende Zusammenfassung des Erreichten und antizipatorische Bearbeitung von Rückfällen erfolgen, anschließend soll die perspektivische Planung besprochen werden. Bei akuten Krisen (Rückfälle, Gefährdung des Kindeswohls, Gewalt gegen andere...) soll eine Krisenintervention angesetzt werden können, um notwendige Verhaltensänderungen oder einzuleitende Maßnahmen zeitnah besprechen und einleiten zu können.



Trauma first: Ausgangsphase

4 Ausgangsphase

4.1 Post-Diagnostik

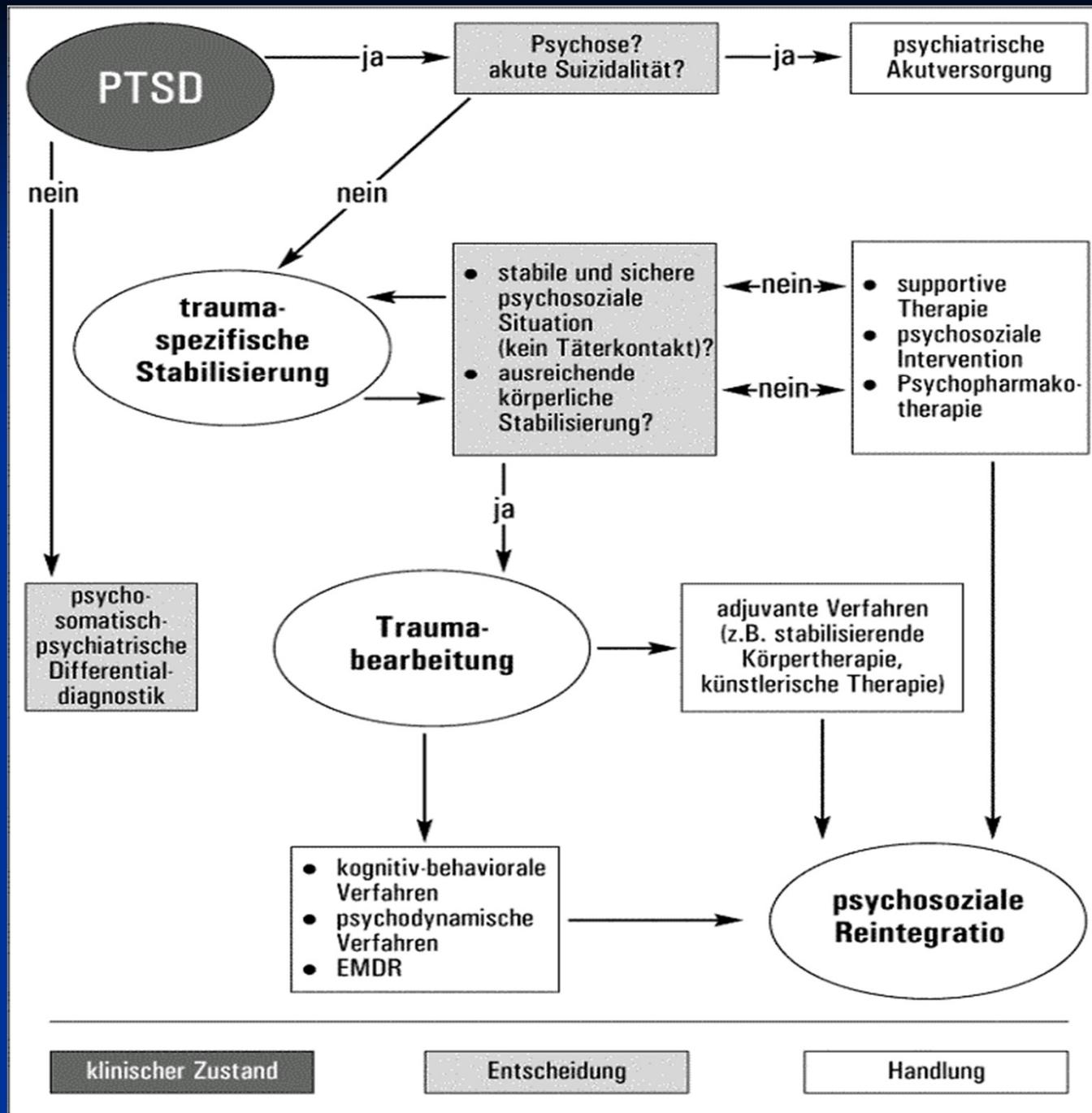
Inhalt dieser Phase sind traumaspezifische Diagnostik mit dem Kind/ der/dem Jugendlichen, traumaspezifische Diagnostik mit den Eltern, ein strukturiertes klinisches Interview zur Erfassung der ICD-10 Diagnosen mit den Eltern (z.B. DIPS), ein klinisches Interview mit dem Kind, der/dem Jugendlichen und die Zielerreichungseinschätzung.

4.2 Konsil Kinderarzt/-ärztin oder Hausärztin/-arzt

Jedes Kind, jede/r Jugendliche erhält eine pädiatrische Abschlussuntersuchung beim behandelnden Kinder- oder Hausarzt. Hier werden anhand eines speziellen Leitfadens die somatische und psychosomatische Entwicklung im Rahmen des Vertrages erfasst und dokumentiert.

4.3 Auswertung, Fallbesprechung

In dieser Sequenz erfolgt die Auswertung und Interpretation der Testbefunde und der klinischen Interviews unter Hinzuziehung der pädiatrischen Konsiliarbefunde. Die Ergebnisse werden telefonisch oder direkt mit den MitbehandlerInnen erörtert. Im Rahmen interner und/oder externer Fallbesprechungen erfolgt die Beurteilung der Entwicklung unter Traumaphasen-spezifischen Gesichtspunkten. Sind die Symptome remittiert, kann die Behandlung abgeschlossen werden und Follow-up Termine sollen vereinbart werden. Besteht die Notwendigkeit weiterführender Maßnahmen, wird darüber entschieden, welche weiterführenden ambulanten oder stationären Maßnahmen der Familie angeraten werden sollen.



Niemals:



1. Anwendung nicht traumaadaptierter psychodynamischer oder behavioraler Techniken (z.B. unmodifiziertes psychoanalytisches Verfahren, unkontrollierbare Reizüberflutung, unkontrollierte regressionsfördernde Therapien)
2. Alleinige Pharmakotherapie
3. Alleinige, unvorbereitete Traumakonfrontation ohne Einbettung in einen Gesamtbehandlungsplan