



# Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen

Erscheinungsformen und Behandlungsmöglichkeiten

Dr. Ahrens-Eipper  
Halle, Saale

**"Traumatisierte Mädchen und Jungen - Geschlechtergerechter  
Blick in die Beratungslandschaft in Sachsen-Anhalt"**

# Gliederung



1. Was ist ein Trauma? Arten von Traumatisierung
2. Traumafolgestörungen
3. Bindungsstil und Bindungsstörungen
4. Risikofaktoren und Modelle
5. Therapieeffektivität
6. Therapie





# 1. Arten von Traumata



# Was ist ein Trauma?



**Für die Definition des Begriffes „Trauma“ können zwei Faktoren herangezogen werden:**

- die situativen Umstände des Ereignisses und
- die Reaktion der Person in der Situation.

## **DSM-IV-TR (APA, 2003)**

Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes und agitiertes Verhalten äußern.

## **ICD-10 (WHO, 2010)**

Die Betroffenen sind einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.



# Was ist ein Trauma?



## Traumatypen nach Terr (1991):

**Traumatyp I:** Ein meist einmaliges, plötzliches, unkontrollierbares, oft mit Todesangst erlebtes Ereignis. Es handelt sich um ein zeitlich begrenztes und unerwartetes Ereignis, wie ein Zugunglück, eine Explosion, eine Vergewaltigung, ein Überfall, ein Unfall, ein Unglück, eine Naturkatastrophe. Die Ereignisse prägen sich in der Regel klar in das Gedächtnis einer Person ein und führen eher zu einer klassischen PTB-Symptomatik.

**Traumatyp II:** Wiederholte, verschiedene Einzelereignisse, deren Verlauf nicht vorhersehbar ist und über längere Dauer anhält. Klassische Beispiele sind sexualisierte und körperliche Misshandlung, Krieg, Flucht, Gefangenschaft, Kinderprostitution, Verluste, Verletzung und Folter. Es handelt sich in der Regel um Grausamkeiten, die Menschen durch andere Menschen erleiden (man-made disaster). Als Anpassungsstrategien können Dissoziation, emotionales Abstumpfen oder Abspaltung der Erfahrung auftreten, so dass die komplexe posttraumatische Belastungsstörung als Folgesymptomatik entstehen kann.



# Arten von Traumatischen Ereignissen



## **Intrafamiliale 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..

## **Extrafamiliale Formen von Gewalt gegen Kinder:**

Kriegsteilnahme, Kinderhandel einschließlich illegaler Adoption, Prostitution, Pornographie, Ausnützung durch Pädophilie, Sexuelle Belästigung durch Nicht-Familienmitglieder, Exhibitionismus, Vergewaltigung, Kindesentführung, Gewalt gegen Kinder in Institutionen, Übergriffe durch MitschülerInnen etc..

## **Non-man-made disaster**

Verkehrsunfälle, Zugunglücke, Überschwemmungen, Tod eines Geschwisterkindes, Tod eines Elternteiles, schwerer Krankheit etc..



# Formen der Misshandlung



- **Körperliche Misshandlung** wie Schläge, Stöße, Schütteln, Verbrennungen, Stiche usw.
- **Psychische/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. Z. B. emotionale Unerreichbarkeit der Bindungsperson, keine Reaktion auf Signale, Wünsche, Bedürfnisse des Kindes, kein Trösten, Ablehnung des Kindes, depressives Verhalten, extreme Drohungen.
- **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. Ignorieren des körperlichen Wohls des Kindes, Ignorieren der psychischen Bedürfnisse des Kindes, wenig/keine Stimulierung des Kindes.
- **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.



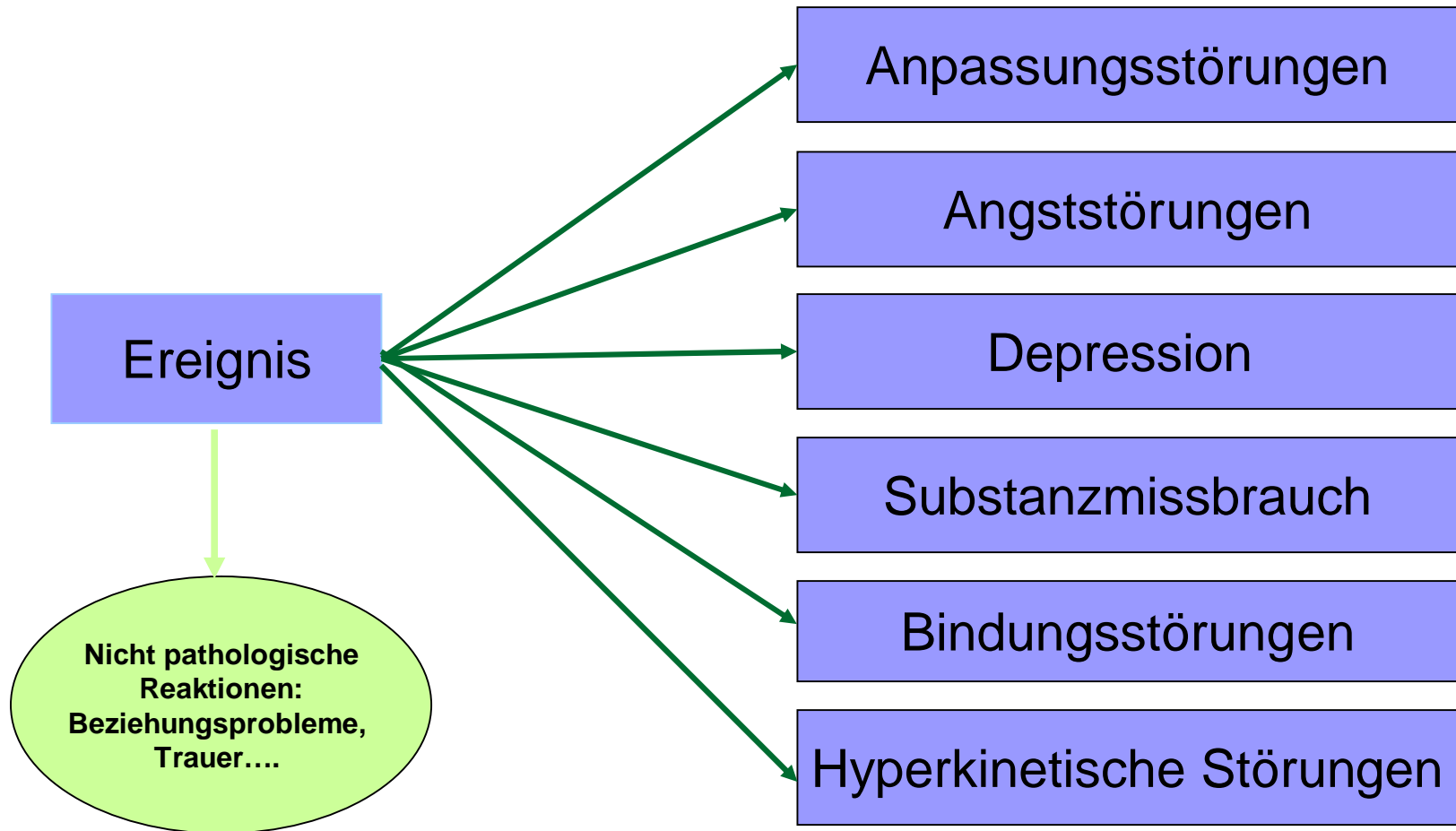


## 2. Störungsbilder





# Häufigste psychopathologische Folgen traumatischer Ereignisse



Quelle: Steil, 2008, Rosner, 2009



# Traumafolgestörungen



- Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch können zu einer großen Spannbreite von Störungsbildern führen. Insgesamt ist das Risiko für die betroffenen Kinder deutlich erhöht, **irgendeine Verhaltensauffälligkeit** oder psychische Störung zu entwickeln.
- Bei früh massiv deprivierten Kindern wird häufig im Kindes- und Jugendalter die Diagnose einer **Bindungsstörung** gestellt
- Schwere Misshandlungs- und Missbrauchstraumata gehen häufig mit **posttraumatischen Belastungsstörungen** einher.
- Unter misshandelten und sexuell missbrauchten Jugendlichen findet man gehäuft **Alkoholismus** und andere Formen des Substanzmissbrauchs sowie **Angststörungen, Depressionen, Suizidalität und selbstbeschädigendes Verhalten**.
- Prospektive Langzeituntersuchungen belegen ein erhöhtes Risiko für **Depressionen**.
- **Externalisierende Verhaltensstörungen** treten gehäuft vor allem bei früh und chronisch misshandelten Kindern und Jugendlichen auf.

Quelle: Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF)





# Bindungskategorien



## Organisierte Bindungsformen

- sichere Bindung
- unsicher-vermeidende Bindung
- unsicher-ambivalente Bindung

## Desorganisierte Bindungsformen

- desorganisierte Bindung



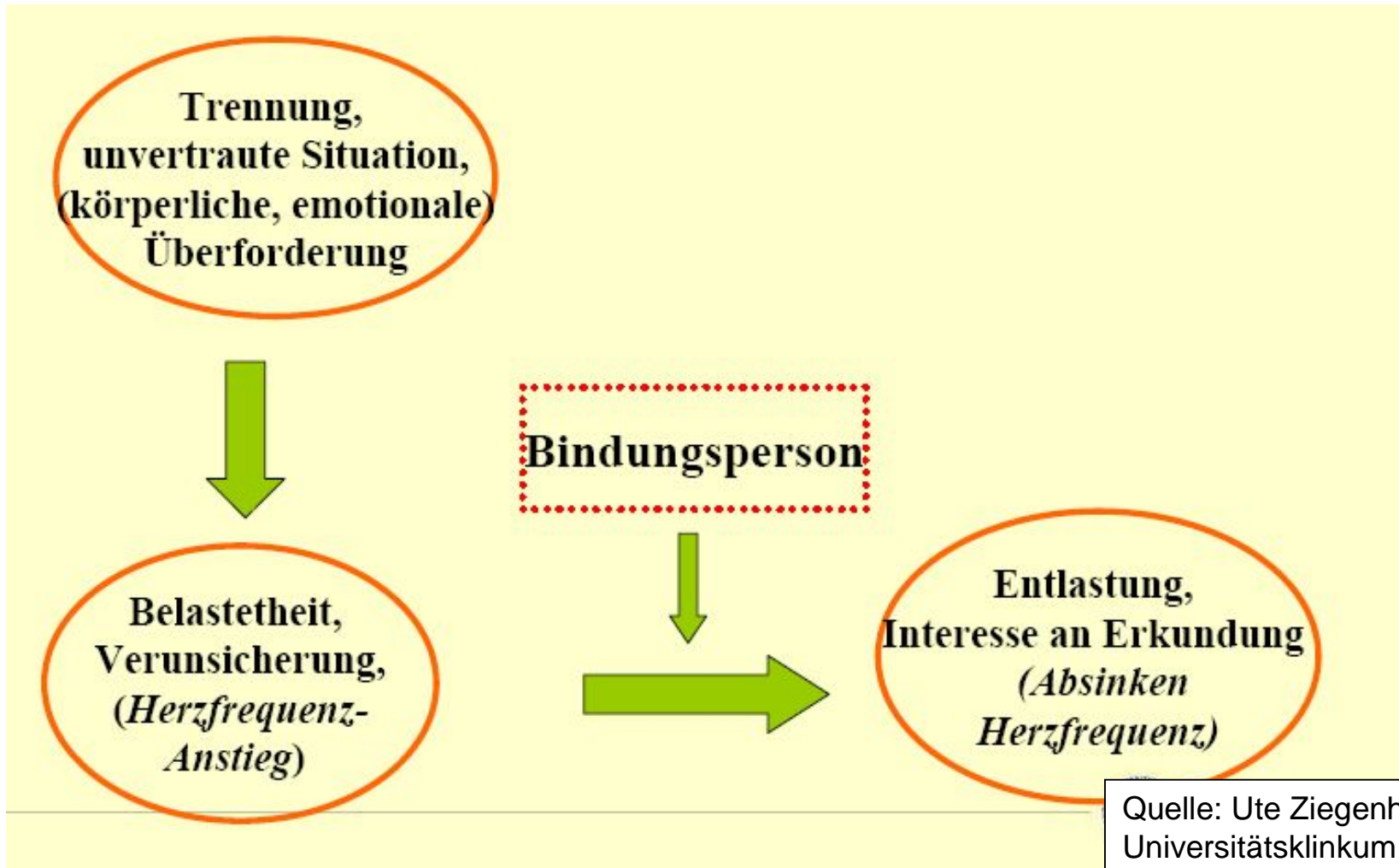
# Bindungskategorien



Episode	Dauer	Personen	Ablauf
1	ca. 30 Sek.	Kind, Bindungsperson, VL	Bindungsperson, Kind werden hereingeführt
2	3 Minuten	Kind, Bindungsperson	Kind spielt bzw. Bindungsperson aktiviert das Kind zum Spielen
3	3 Minuten	Kind, Bindungsperson, Fremde Person	Fremde Person kommt herein, schweigt (1. Minute) unterhält sich mit der Bindungsperson (2. Minute) versucht Kontakt mit Kind aufzunehmen (3. Minute)
4	3 Minuten (oder kürzer)	Kind, Fremde Person	Bindungsperson verlässt den Raum (ohne sich zu verabschieden)
5	3 Minuten	Kind, Bindungsperson	<b><u>1. Wiedervereinigungsepisode.</u></b> Bindungsperson kommt zurück, geht zum Kind beruhigt es ggf.; Fremde Person verlässt den Raum
6	3 Minuten (oder kürzer)	Kind	Bindungsperson verlässt den Raum (verabschiedet sich)
7	3 Minuten (oder kürzer)	Kind, Fremde Person	Fremde Person kommt zurück; beruhigt das Kind ggf.
8	3 Minuten (oder kürzer)	Kind, Bindungsperson	<b><u>2. Wiedervereinigungsepisode.</u></b> Bindungsperson kommt zurück; Fremde Person verlässt den Raum...

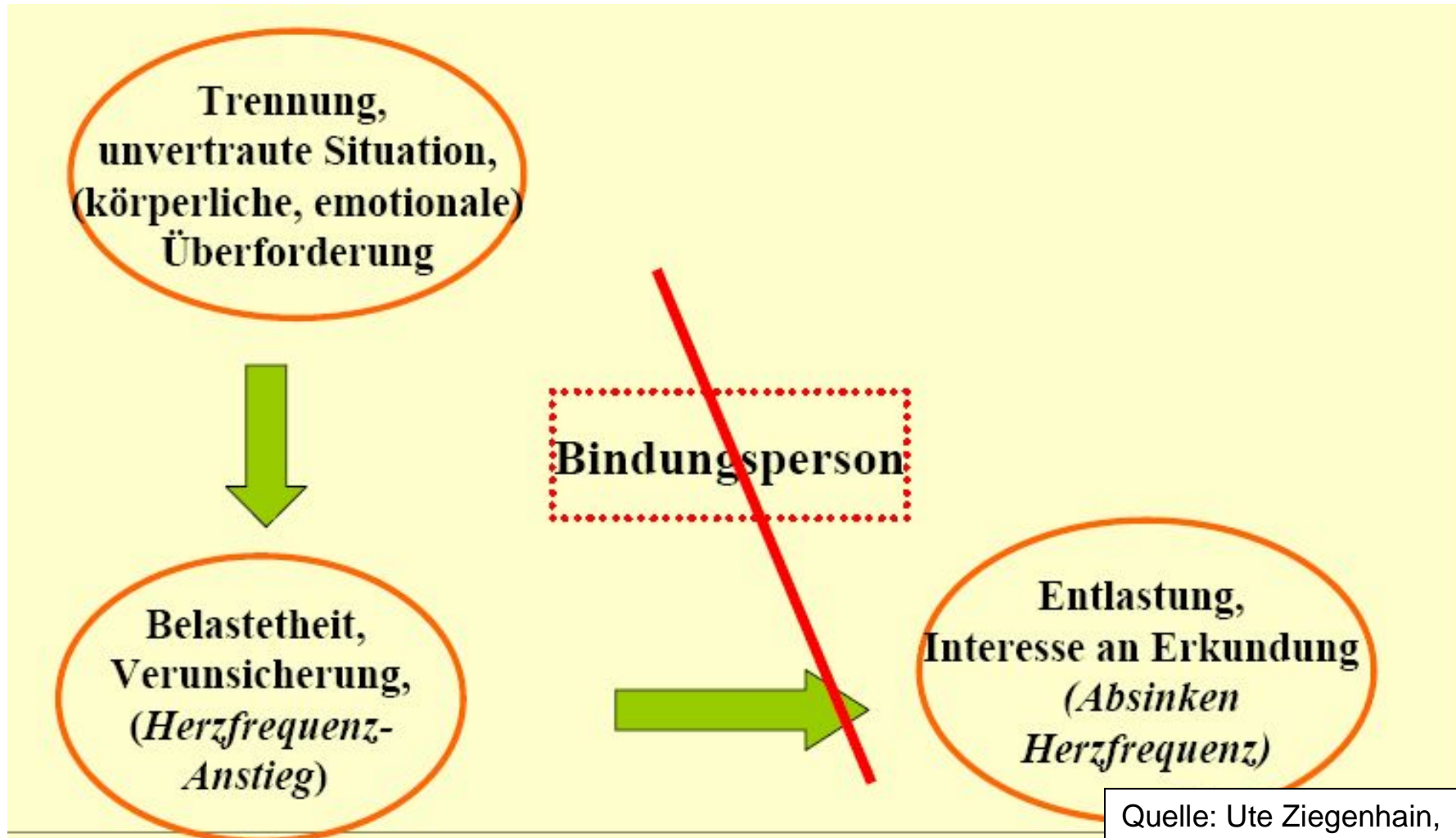


# Bindungskategorien



Quelle: Ute Ziegenhain,  
Universitätsklinikum Ulm

# Bindungskategorien



# Entstehung desorganisierter Bindung

## Erklärungsansatz



- Bowlby (1958): „Die meisten Leute denken bei Angst an das Weglaufen vor irgend etwas. Aber das Ganze hat auch eine zweite Seite. Wir laufen zu jemandem, meist zu einer Person.“
- Die Bindungsfiguren stellen für das Kind seinen primären sicheren Zufluchtsort dar.
- Was passiert, wenn die Bindungsfigur selbst zu einer direkten Gefahrenquelle wird?



# Schutzsuche bei den Eltern...



Bestimmte Formen von beängstigendem Elternverhalten rufen einander widersprechende biologisch kanalisierte Neigungen zur Annäherungen an die Bindungsperson und zur Flucht von ihr weg hervor.



Quelle: Ärztezeitung 2008, „Misshandelte Kinder sollen bei "Trauma first" Hilfe finden“





# Psychosoziale Ursachen von Bindungsstörungen



- Wechsel der Betreuungssysteme, Trennung der Eltern
- psychisch kranke Eltern
- Überforderung der Eltern
- chronische extreme soziale Belastungen
- Probleme der Mutter während der Schwangerschaft, extreme Frühgeburten
- Misshandlung**



# Bindungsstörungen



## Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (F94.1)

Hemmung von Bindungsverhalten: keine Nähe- und Kontaktsuche bei einer Bezugsperson unter Belastung. Störung der sicheren Basis/destruktive Entgleisung.

### ■ **Störungen der sozialen Funktionen**

- Abnormes Beziehungsmuster zu Betreuungspersonen mit einer Mischung aus Annäherung und Vermeidung und Widerstand gegen Zuspruch
- Eingeschränkte Interaktion mit Gleichaltrigen
- Beeinträchtigung des sozialen Spielens
- Gegen sich selbst und andere gerichtete Aggressionen

### ■ **Emotionale Auffälligkeiten**

- Furchtsamkeit
  - Übervorsichtigkeit
  - Unglücklichsein
  - Mangel an emotionaler Ansprechbarkeit
  - Verlust/Mangel an emotionalen Reaktionen
  - Apathie
  - "frozen watchfulness"
- Störungen der sozialen und emotionalen Reaktionen sollten nicht nur auf eine Person beschränkt sein, sondern in verschiedenen sozialen Situationen zu beobachten sein.

# Bindungsstörungen



## **Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung (F94.2)**

- Unvermögen differenziertes Bindungsverhalten gegenüber einer Bezugsperson zu zeigen,
- keine exklusive Bezugsperson,
- relative Überaktivität des Bindungssystems

## ***Störungen der sozialen Funktionen***

- Inadäquate Reaktionen auf Beziehungsangebote von fremden Bezugspersonen
- Nicht selektives Bindungsverhalten mit wahlloser Freundlichkeit und Distanzlosigkeit
- Gleichförmige Interaktionsmuster gegenüber Fremden
- Eingeschränkte Interaktion mit Gleichaltrigen
- Beeinträchtigung des sozialen Spielens
- Gegen sich selbst und andere gerichtete Aggressionen

Emotionale Auffälligkeiten stehen nicht im Vordergrund, kommen aber vor.



# Prävalenz Bindungsstörungen



- keine eindeutigen Angaben
- ausgegangen wird von einer Prävalenz von weniger als 1 % (0,9 % der 1 ½ -jährigen Kinder nach ICD-10 (Skovgaard et al., 2007))

## Prävalenz in Risikogruppen deutlich erhöht

- mehr als 25 % aller Kinder aus Pflegefamilien und über 10 % der im Durchschnitt älteren Heimkinder (Fegert, 1998)
- ca. 1/3 der wegen Misshandlung/Vernachlässigung vorgestellten Kinder einer Inanspruchnahmepopulation aus einer kinder- und jugendpsychiatrischen Spezialambulanz (Boris, Zeanah, Larrieu, Scheeringa & Heller, 1998)
- 40% misshandelter Kleinkinder (Zeanah, Scheeringa, Boris, Heller, Smyke & Trapani, 2004)



# Bindungsmuster / Bindungsstörungen



Tendenz zu komplementärem Verhalten

- Kindergärtnerinnen beurteilen unsicher gebundene Kinder als signifikant unsympathischer als die sicher gebundenen Kinder (Suess 1987)
- Kinder, die von ihren Eltern misshandelt wurden, erwarteten dies auch von ihren Lehrern. Kam es nicht dazu, provozierte ein Großteil der Kinder die Lehrer ausdauernd, um zu prüfen, ob sie wirklich nicht misshandeln. Die Lehrer reagierten mit Zurückweisung, Maßregelung oder anschreien, so dass sich das Bindungsmuster wieder stabilisierte (Julius 2001)
- Es besteht eine stark erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass sich Beziehungsmuster zwischen Eltern und Kindern in der Beziehungen der Kinder zu Kindergärtnerinnen, Heimerziehern und Lehrern reetablieren!!!



# Bindungsmuster



- Bindungsmuster sind veränderbar. Ein sicher gebundenes Kind kann nach einem traumatischen Ereignis einen unsicheren Bindungsstil entwickeln. Umgekehrt kann ein unsicher oder desorganisiert gebundenes Kind einen sicheren Bindungsstil entwickeln.



# Bindungsmuster / Bindungsstörungen



## Interventionsformen:

- Elternverhalten modifizieren und die Eltern feinfühlicher für die Bedürfnisse des Kindes werden lassen. Kißgen: STEEP: Steps toward effective, enjoyable parenting
- Voraussetzung: Fähigkeit zur Einsicht und Veränderungswillen der Eltern
- Achtung bei Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Heroin etc.), Psychosen und Persönlichkeitsstörungen der Eltern

## oder:

- Korrigierende Bindungserfahrung mit Erziehern, Lehrern, Pflegeeltern, Betreuern
- Voraussetzung: geschulte Fachleute



Bedeutung für die Unterbringung:

## **An welchen Orten lässt sich Bindungssicherheit herstellen?**

- Wohngruppen: Vorteil: Klare Struktur, pädagogische Ausbildung Risiko: möglicherweise Überforderung durch Symptomatik, eskalierende Gruppendynamik, Wechsel der Bezugspersonen, Fluktuation
- Heilpädagogische Kleinstwohngruppen Vorteil: Klare Struktur, pädagogische Ausbildung Risiko: Wechsel der Bezugspersonen, Fluktuation
- Kinderdörfer/ Wohngruppen mit Familienstruktur: Vorteil: kontinuierliche Bezugsperson, pädagogische Ausbildung Risiko: starke Belastung der Betreuungspersonen, Chance: kontinuierlicher Aufbau einer stabilen Bindung, Korrektur der Bindungserfahrung
- Verwandte (Oma, Tante): Vorteil: kontinuierliche Bezugsperson Risiko: möglicherweise Überforderung durch Symptomatik, Streitigkeiten unter den Familienmitgliedern, Chance: kontinuierlicher Aufbau einer stabilen Bindung, Korrektur der Bindungserfahrung
- Pflegefamilien: Vorteil: kontinuierliche Bezugsperson Risiko: möglicherweise Überforderung durch Symptomatik, Chance: kontinuierlicher Aufbau einer stabilen Bindung, Korrektur der Bindungserfahrung
- Erziehungsfachstellen: Vorteil: kontinuierliche Bezugsperson, pädagogische Ausbildung Nachteil: starke Belastung der Betreuungsperson, Chance: kontinuierlicher Aufbau einer stabilen Bindung, Korrektur der Bindungserfahrung





# Bedeutung für die Unterbringung:

## **An welchen Orten lässt sich Bindungssicherheit herstellen?**

### Ideale Konstellation

- Persönlichkeit: ruhig, ausgeglichen, reflektionsfähig, positive Erfahrungen mit Kindern, kritikfähig, ideenreich, humorvoll, belastbar, sicherer eigener Bindungsstil
- Gute Kenntnisse über das Störungsbild, entwicklungspsychologische Kenntnisse, Kriseninterventionstechniken
- Umfeld: Stabiles eigenes soziales Umfeld. Möglichkeiten für das Kind ein soziales Umfeld zu schaffen, Fußballverein, Jugendfeuerwehr etc., normale Sozialkontakte (Freund einladen, Kindergeburtstag feiern)
- Klare Struktur, sowohl bzgl Alltag als auch Regeln
- Aus den Folgen lernen lassen, mit Belohnung und Bestärken arbeiten, keine Strafen wie Hausarrest o.ä.
- Gemeinsame Spielzeit
- Möglichkeiten, kontrollierten Unsinn zu machen (Nachtwanderung, Lagerfeuer, Bäume klettern, Experimentierkästen, Kletterwald)
- Dem Kind immer wieder Chance auf Wiedergutmachung geben, Autonomie nach Fehlschlag wieder etwas einschränken, dann nächster Versuch
- Nähe geben, kuscheln, gemeinsam kichern ohne Gegenleistungen zu erwarten.
- Externe Unterstützung, verpflichtende Supervision
- Entlastende Strukturen: Urlaub, freies Wochenende





# Posttraumatische Belastungsstörung

# PTBS



## Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

A Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis und Erleben von intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen

B Wiedererleben

C Vermeidung

D Hyperarousal

E Das Störungsbild dauert länger als einen Monat

F Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen im Sozial- oder Berufsleben

Quelle: Steil, 2008, Rosner, 2009



# Symptomgruppen



## **B Symptomgruppe: Erinnerungsdruck**

(für die Diagnose ist **ein** Symptom notwendig)

- **Intrusionen (eindringliche belastende Erinnerungen z.B. in Bildern)**
- **belastende Träume bzw. Alpträume**
- **Nachhallerlebnisse**
- **Belastung durch Konfrontation mit Hinweisreizen**
- **körperliche Reaktionen bei Konfrontation mit Hinweisreizen**

Quelle: Steil, 2008, Rosner, 2009



# Symptomgruppen



## **C Symptomgruppe: Vermeidung/emotionale Taubheit**

(für die Diagnose sind **drei** Symptome notwendig)

- **Gedanken- und Gefühlsvermeidung**
- **Aktivitäts- und Situationsvermeidung**
- **(Teil)- Amnesien**
- **Interesseverminderung**
- **Entfremdungsgefühl**
- **eingeschränkter Affektspielraum**
- **eingeschränkte Zukunft**

Quelle: Steil, 2008, Rosner, 2009



# Symptomgruppen



## D Symptomgruppe: Chronische Übererregung

(für die Diagnose sind **zwei** Symptome notwendig)

- **Ein- und Durchschlafschwierigkeiten**
- **erhöhte Reizbarkeit oder Wutausbrüche**
- **Konzentrationsschwierigkeiten**
- **Hypervigilanz**
- **übermäßige Schreckreaktion**

Quelle: Steil, 2008, Rosner, 2009



# Symptomgruppen



**E Dauer der Beeinträchtigung ist länger als ein Monat**

**F Die Störung verursacht klinisch bedeutsame Belastungen oder Beeinträchtigungen im sozialen und Berufsbereich sowie anderen wichtigen Funktionsbereichen**

Quelle: Steil, 2008, Rosner, 2009



# Kinderspezifische Symptomatik



## Symptome des Wiedererlebens

- wiederholtes und lustloses Nachspielen
- Anklammerndes oder aggressives Verhalten, Angst vor Dunkelheit und Alleinsein, Bauch- und Kopfschmerzen

## Symptome der Vermeidung

- Bei Kindern schwerer erkennbar

## Symptome der emotionalen Taubheit

- Bei Kindern seltener als bei Jugendlichen und Erwachsenen, Automutilation (Selbstverletzung)
- Verkürzte Zukunft

## Hyperarousalsymptome

- Leistungsstörungen und Schulprobleme

## Andere Symptome

- Verlust bereits erworbener Fertigkeiten
- Plötzlich auftretendes aggressives Verhalten, Trennungsängste

Quelle: Steil, 2008, Rosner, 2009





# Kinderspezifische Symptomatik



## Diskutierte alternative Kriterien bei Vorschulkindern (vergleiche auch Scheeringa et al., 2003)

- Neue und plötzlich auftretende Trennungsangst
- Neue und plötzlich auftretende aggressive Verhaltensweisen
- Neue und plötzlich auftretende Ängste, die möglicherweise keine direkten inhaltlichen Verbindungen mit dem Trauma haben (z.B. altersinadäquate Dunkelangst)
- Verlust von prätraumatisch schon erworbenen Fähigkeiten (z.B. lesen oder schreiben),
- regressives Verhalten (z.B. Daumenlutschen, sekundäre Enuresis oder Enkopresis)

Quelle: Steil, 2008, Rosner, 2009



# PTB-Auftreten



## PTB nach

- Naturkatastrophen 0 - 5%
- Krieg 27 - 48%
- Gewalt 27 - 33%
- Sex. Missbrauch 0 - 90%
- Unfall 0 - 28%

nach Salmon & Bryant, 2002



# PTB bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen



- **Lebenszeitprävalenzen einer PTB bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in repräsentativen Stichproben**

<b>Studie und Land</b>	<b>Alter</b>	<b>Wahrscheinlichkeit ein traumatisches Ereignis zu erleben</b>	<b>PTB-Risiko bei Ereignis</b>	<b>Lebenszeitprävalenz PTB</b>
Giaconia et al. (1995) USA	17,9	43 % kein Geschlechtsunterschied	14,5 %	6,3 % 2,1 % männlich 10,5 % weiblich
Elklit (2002) Dänemark	13-15	87 % weiblich 78 % männlich	12,1 %	9 % 5,6 % männlich 12,3 % weiblich
Perkonigg et al. (2000) Deutschland	14-24	15,5 % weiblich 18,6 % männlich	7,8 % gesamt 14,5 % weiblich 2,2 % männlich	1,3 % gesamt 0,4 % männlich 2,2 % weiblich
Essau et al. (1999) Deutschland	12-17	18,4% weiblich 28,5% männlich	7,3 %	1,6 % gesamt 1,8 % weiblich 1,4 % männlich

# Prävalenz



Für Jugendliche berichten drei der vier Studien, dass Mädchen häufiger eine PTB in der Folge eines Ereignisses entwickeln.

Die Wahrscheinlichkeit, nach einer Traumatisierung eine PTB zu entwickeln, ist abhängig von der Art des Ereignisses.

Sexueller Missbrauch, Vergewaltigung, Kindesvernachlässigung, körperliche Misshandlung und Suizidversuche sind am stärksten mit traumatischen Belastungssymptomen verbunden.

Eine relativ geringe Wahrscheinlichkeit, Belastungssymptome zu entwickeln, zeigt sich nach Unfällen, körperlichen Angriffen, Scheidung oder Todesfällen in der Familie (Elklit, 2002).

Das Erleben sexueller Gewalt birgt generell ein gegenüber anderen Formen der Traumatisierung 6-7fach höheres PTB-Risiko: 80% bzw. 50% aller betroffenen älteren Jugendlichen oder jungen Erwachsenen erkrankten nach dem Erleben sexueller Gewalt an PTB (Breslau et al., 1991; Giaconia et al., 1995).

# Prävalenz



In einer prospektiven Studie an einer repräsentativen amerikanischen Stichprobe von 1433 Kindern im Alter zwischen 11 und 17 Jahren konnten Boney-McCoy und Finkelhor (1996) die besonders schwerwiegenden Folgen sexueller Gewalt replizieren. Besonders maligne Auswirkungen hat dabei sexuelle Gewalt durch eine vertraute Person (vgl. King et al., 2003).

Es fehlen repräsentative Studien zur Prävalenz der PTB bei Kindern unter 12 Jahren

# Komorbidität



- 23,5 % depressiven Störungen
- 29,4 % somatoforme Störungen
- 23,5 % Substanzmissbrauch  
Essau, Conradt und Petermann (1999)
- 87,5 % eine zusätzliche Diagnose
- 77,5 % zwei und mehr Diagnosen  
Perkonigg et al. (2000)
- viermal häufigeres Auftreten internalisierender Störungen
- zwölfmal häufigeres Auftreten externalisierender Störungen  
Giacona, Reinherz, Silverman et al. (1995)

# Verlauf

Noch liegen zum Verlauf bei Kindern nur wenige Langzeitstudien vor. Z.B. Yule et al., 1992, 2000: ein Jahr nach einem Schiffsunglück wiesen ca. 50 % und fünf bis sieben Jahre danach immer noch 15 % der Untersuchten eine PTB auf.

Ähnlich wie bei Erwachsenen (Kessler, Sonnega, Bromet, et al., 1995) scheint es auch bei älteren Jugendlichen in ca. 50% der Fälle zu einer Chronifizierung der PTB zu kommen (Giaconia et al., 1995).

Es handelt sich bei der PTB also im Jugend- als auch im Erwachsenenalter um eine Störung mit starkem Chronifizierungsrisiko.

Aber auch, wenn traumatische Ereignisse keine PTB in der Kindheit hervorrufen, so erhöht sich doch das Risiko für eine PTB im Erwachsenenalter und für andere häufig mit traumatischen Erfahrungen assoziierten Störungen wie Borderline Persönlichkeitsstörung, somatoforme und dissoziative Störungen (Übersicht bei Butollo & Hagl, 2003).

Quelle: Steil, 2008, Rosner, 2009



# Verlauf



Zusammenhänge mit einer Reihe anderer physischer und psychischer Probleme und Störungen wie Adipositas, Depression, Suizidversuche und Alkoholabhängigkeit sind gut belegt (z. B. Felitti, Anda, Nordenberg et al., 1998).

Im Vergleich mit anderen Störungen wie Major Depression und Zwangsstörungen konnte gezeigt werden, dass Erwachsene mit PTB deutlich eingeschränkter in ihrer Lebensqualität und in ihren sozialen Funktionen waren (Malik, Connor, Sutherland et al., 1999).





## Auswirkungen einer Traumatisierung in Kindheit und Jugend auf verschiedene Lebensbereiche (Pynoos, Steinberg & Wraith, 1995)

### Spielverhalten

- durch das Wiederinszenieren der traumatischen Situation wird die Flexibilität des Spiels zu anderen Entwicklungszwecken limitiert

### Balance zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit in der Eltern-Kind-Beziehung: das Kind / der Jugendliche

- verliert das Vertrauen in seine durch die Eltern gewährleistete Sicherheit
- kann sich schwer von den Eltern lösen; fürchtet um deren Sicherheit
- nimmt eigene Entwicklungsrückschritte wahr

### Beziehungen zu Gleichaltrigen: das Kind / der Jugendliche

- ist aufgrund reduzierter Impulskontrolle aggressiv und erfährt dadurch Ablehnung
- wird aufgrund körperlicher Entstellung, Entwicklungsrückschritten, internalisierender Symptome von Gleichaltrigen abgelehnt
- schließt sich einer kritischen Gruppierung an, weil er sich davon Schutz und Sicherheit verspricht
- erfährt aufgrund von Konzentrationsstörungen Lernschwierigkeiten in der Schule, die wiederum wirken sich negativ auf sein Selbstwertempfinden aus

### **Entwicklung persönlicher Schemata zu Gerechtigkeit, persönlicher Sicherheit und Kontrolle: das Kind / der Jugendliche**

- erfährt, dass der Mörder eines Elternteils ungestraft bleibt

### **Planung der Zukunft, Motivation**

- dem Kind erscheint die Zukunft völlig unplanbar, es entscheidet, dass es sich nicht lohnt, sich z.B. in der Schule anzustrengen.

Quelle: Steil, 2008



# Rolle der Eltern bei der Bewältigung des Traumas

- Einschätzung ist abhängig vom Ausmaß der Glaubwürdigkeit, das die Eltern den Kindern zutrauen
- Elterliche Bewältigung zentral (offen, unaufgeregt, unterstützend)
- Prädiktor: Psychopathologie der Eltern
- Grübeln und Gedankenunterdrücken (auch bei den Eltern) verstärkt Symptomatik
- Dysfunktionale Kognitionen der Eltern sagen Symptomatik der Kinder voraus

# Diagnostik

Grundlage für die spezifische Diagnostik einer PTB und anderer Traumafolgestörungen ist die allgemeine Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen, wie sie im Leitfaden zur Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter formuliert ist (vgl. Döpfner, Lehmkuhl, Petermann & Heubrock, 2000). Bei der Diagnostik der Folgen einer Traumatisierung beim Kind gilt es drei Bereiche zu berücksichtigen:

- das prätraumatische Funktionsniveau des Kindes,
- das traumatische Ereignis selbst und
- dessen Folgen für das Kind und seine Umwelt.

Empfehlenswert ist dabei die Nutzung aller verfügbaren Informationsquellen: Kind und Eltern, Lehrer, Verhaltensbeobachtung in Schule oder häuslichem Umfeld, medizinische Akten und Informationen sowie Berichte von Zeugen.



# Diagnostische Instrumente



- Kinder-Dips
- IBS-KJ (Steil und Füchsel, 2006; dt. Version des CAPS (Clinician Administered PTSD Scale))
- Kinder IES (unter [www.childrenandwar.org](http://www.childrenandwar.org).)
- UCLA-PTSD-RI (Steinberg et al., 2004, dt. Version von Ruf, 2006) ist die revidierte Version des CPTSD-RI angepasst an das DSM-IV

# Diagnostik



Bei der Darstellung der traumatischen Ereignisse sollte das Kind zunächst Gelegenheit haben, selbst zu erzählen, bevor der Therapeut detaillierte Fragen zu den Geschehnissen stellt.

Bei jüngeren Kindern können die traumatischen Erfahrungen erfasst werden, indem man das Kind bittet, ein Bild zu malen, zu dem es eine Geschichte erzählen kann oder die Geschehnisse mit Puppen nachzuspielen.

Diagramme, Pläne oder Zeichnungen können hilfreich sein (z.B. bei Traumatisierung im Klassenzimmer ein Plan, wer wo saß etc.).

Während das Kind erzählt, sollte der Therapeut verbale Prompts benutzen („Was ist als nächstes passiert? Wie fühltest du dich dabei? Was kam dann?“). Wichtig ist auch, das Kind zu fragen, welcher Teil der Geschehnisse am schlimmsten war (bisweilen mag z.B. eine schmerzhafteste medizinische Behandlung in der Klinik als belastender wahrgenommen worden sein als das eigentliche Trauma).

Schon während der Exploration des Traumas sollte der Therapeut das Kind für seinen Mut loben, darüber zu sprechen. Therapierelevant ist neben der Erfassung der Psychopathologie auch die möglicher dysfunktionaler Kognitionen und kognitiver

# Diagnostik

Probleme bereitet die Diagnostik von Traumatisierung in der frühen Kindheit.

Zwar gibt es empirische Belege für das nonverbale Erinnern bezogen auf traumatische Ereignisse vor dem Alter von zwei Jahren, aber die frühesten verbal zugänglichen autobiographischen Erinnerungen findet man im Schnitt jedoch erst für das Alter ab ca. drei Jahren und in fragmentarischer Weise (vgl. Pillemer, 1998).

Das autobiographische Gedächtnis von Kindern scheint anfällig für Verzerrungen und Suggestion zu sein (vgl. z.B. Eisen, Goodman, Qin, Davis & Crayton, 2007). Auch speziell trainierte Psychologen konnten nicht reliabel trennen zwischen Narrationen von Kindern, die auf wahren Erlebnissen und solchen, die auf vorausgehender Suggestion beruhten (Ceci, Loftus, Leichtman & Bruck, 1994).

Vorsichtige Zurückhaltung sowie verantwortungsvolle Interviewtechniken (offene Fragen, statt Informationen vorgebende Suggestivfragen) sind bei der Diagnostik von Traumatisierung im Kindesalter dringend geboten. !!!





## Klärung der Diagnose PTB bei Vorschulkindern:

- Exploration von Eltern und Kind
- Verwendung von altersangemessenen Diagnosekriterien
- Empfehlenswert: Diagnosekriterien nach Scheeringa, Wright, Hunt und Zeanah (2006), die mit einem von Graf, Irblich und Landolt (im Druck) publizierten Interview erfasst werden können.

## Klärung der Diagnose PTB bei Kindern ab 6 Jahren:

- Befragung von Eltern und Kind auf der Basis strukturierter klinischer Interviews
- Empfehlenswert zur Befragung des Kindes: Interviews zu posttraumatischen Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-KJ, Steil & Füchsel, 2006). Das Interview wird in der Regel im Beisein der Mutter bzw. der nächsten Bezugsperson durchgeführt.
- Empfehlenswert zur Befragung der Eltern: Diagnostisches Interview für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (Unnewehr, Schneider & Margraf, 1995);

Achtung:

PTB-Symptome können als Symptome anderer Störungen imponieren:

- chronische Übererregtheit oder geringe Impulskontrolle als motorische Hyperaktivität/ADHD,
- Aggression als oppositionelles Trotzverhalten (vgl. Perrin, Smith & Yule, 2000),
- starke traumabezogene Intrusionen bzw. Flashbacks oder schwere Dissoziation als psychotische Symptome,
- die durch starke Ekelgefühle verursachte Vermeidung bestimmter Nahrungsmittel oder Flüssigkeiten, die in Geruch oder Konsistenz an sexuelle Traumatisierung erinnern, als Essstörung.







# Ätiologie



# Risikofaktoren Kinder und Jugendliche

## Prätraumatische Faktoren

- Jüngerer Alter
- Weibliches Geschlecht
- Minoritätenstatus
- Niedriger sozioökonomischer Status
- Prätraumatische psychische Morbidität ↑↑
- Vortraumatisierung
- Familienstruktur
- Funktionsniveau



Quelle: Steil, 2008, Rosner, 2009



# Risikofaktoren Kinder und Jugendliche

## Peri- traumatische Aspekte

- Stressorschwere ↑↑
- wahrgenommene Lebensgefahr ↑↑
- Tod und Verletzung bekannter Personen ↑
- Ressourcenverlust (z. B. Zerstörung des Hauses)  
↑↑
- Umstände des Ereignisses
- Eigene Verletzung
- Emotionale Reaktion (Intensität) ↑
- Verhalten der Eltern in der peritraumatischen Situation

# Risikofaktoren Kinder und Jugendliche



<p>Post-traumatische Aspekte</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Akute Belastungsreaktion ↑↑</li><li>■ Psychopathologie (Ängstlichkeit und Depressivität) ↑↑</li><li>■ Dysfunktionale Bewältigungsstrategien ↑↑</li><li>■ Mangelnde soziale Unterstützung (auch der Eltern) ↑↑</li><li>■ PTB der Eltern ↑</li><li>■ Familiäre Faktoren ↑</li><li>■ Weitere belastende Lebensereignisse ↑↑</li><li>■ Wohnortwechsel</li></ul>
----------------------------------	---



Quelle: Steil, 2008, Rosner, 2009

# Ehlers und Clark – Befunde für Kinder



- Bedeutung der elterlichen Bewertung
- Die Bewertung des Kindes selbst kann begründet durch den kognitiven Entwicklungsstand des Kindes aus Erwachsenensicht deutlich „unlogischer“ sein (z. B. eine dysfunktionale „magische“ Verknüpfung).
- Aufgrund der fehlenden langzeitlichen Perspektive katastrophisieren Kinder mögliche Konsequenzen des Traumas noch stärker und missdeuten die eigene Symptomatik als dauerhafte Beschädigung
- Manche traumatisierten Kinder erwarten gar nicht mehr, erwachsen zu werden
- Zur Bewältigung des Gefühls der anhaltenden Bedrohung stehen weniger Strategien zur Verfügung als bei Erwachsenen, ebenso wie zur Modulation der damit verbundenen Erregung.
- Bei Kindern und Jugendlichen hat in der Phase der Bildung wichtiger kognitiver Schemata (über persönliche Sicherheit, interpersonelles Vertrauen etc.) eine Traumatisierung besonders schwerwiegende Folgen.



## 2. Behandlungseffektivität

# Behandlungseffektivität



- Interventionsstudien liegen fast ausschließlich für sexualisierte Gewalt vor
- Daten stützen bisher nur KVT
- Für EMDR lagen noch keine Studien vor, die den Einschlusskriterien entsprachen. Positive Einzelfallanalysen.
- Für Kinder unter 7 extrem geringe Datenbasis
- Keine Evidenz für spezifische Spiel oder Kunsttherapie
- Einzelsitzungsdebriefing nicht hilfreich
- Kein Pharma-RCT vorhanden

# Studienbeispiele



Autoren	Trauma	Stichprobe	Intervention	Ergebnis
Cohen et al., 2004, Deblinger et al., 2006	Sex. Ausbeutung und bei 90% der Kinder weitere Ereignisse Im Mittel 12 Monate nach letztem Missbrauch	N=203 Kinder und N=189 Bezugspersonen Alter: 8-14 M=10,8	KBT vs. kindzentrierte Therapie 12 Doppelstunden (je eine für Kind, eine für Bezugsperson)	KBT > kindzentrierter Therapie
Stein et al., 2003	Gewalt keine Info zu Zeitabstand	N= 126 71 Mädchen, 55 Jungen Alter 11 Jahre	KBT in Gruppe vs. Wartekontrollgruppe  10 Sitzungen schulbasiert	KBT > Wartegruppe
Smith et al., 2007	Einmalige Trauma (gemischt)	N=24 Alter 8-18	KBT vs. Wartekontrollgruppe	KBT > Wartegruppe (ES sehr groß)





# 3. Psychotherapie

# Hierarchie der Behandlungsentscheidung



- Kinderschutz ist das oberste Interventionsziel. Die Behandlungsentscheidungen müssen am Kindeswohl orientiert sein. Möglichkeiten des Schutzes sind stationäre Unterbringung, welche bei unkooperativen Sorgeberechtigten juristisch durch folgende Maßnahmen abgesichert werden kann: Inobhutnahme § 42 KJHG (SGB VIII) sowie vorläufige Einschränkung des elterlichen Aufenthaltsbestimmungsrechtes (§ § 1666 und 1666a BGB, familiengerichtliche Maßnahmen).
- Die Interessen von Strafverfolgungsbehörden nach hoher Detailaufklärung und ständiger erneuter Überprüfung von Aussagen müssen im Einzelfall zurück stehen, wenn sie dem Kind nicht zugemutet werden können

Wichtig ist die ausführliche Dokumentation aller Befunde sowie der Äußerungen

Quelle: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 2. überarbeitete Auflage 2003 - ISBN: 3-7691-0421-8

# Hierarchie der Behandlungsentscheidung



- Bei der Wahl der Unterbringung der Kinder und Jugendlichen ist die Art und Schwere der Störungen unbedingt zu berücksichtigen.
- Eine Bindungsstörung kann in einer Wohngruppe mit wechselnden Bezugspersonen nicht heilen. Dazu ist der Aufbau einer sicheren Bindung mit einer stabilen, verlässlichen Bezugsperson erforderlich.
- Heilpädagogische Kleinstwohngruppen sind einem starken Störungsgrad gewachsen. Bindungsstörungen können auch hier nur abheilen, wenn dieselbe Bindungsperson verlässlich anwesend ist.
- Pflegefamilien können mit therapeutischer Unterstützung stabile Bindungsverhalten & Fähigkeiten aufbauen. Es ist jedoch zu beachten, dass ein zu starker Störungsgrad Pflegeeltern überfordern muss und das Risiko erneuter Ablehnungserfahrungen oder Eskalationen bietet.
- Erziehungsfachstellen sind in der Lage, mit schweren Störungen umzugehen und können auch Bindungssicherheit herstellen. Hier spielt jedoch die Persönlichkeit der Fachperson eine erhebliche Rolle.
- Personen, die selbst unter psychischen Störungen, insbesondere Burn-out, Persönlichkeitsstörungen oder Bindungsstörungen leiden, sind zur Betreuung traumatisierter Kinder ungeeignet.

# Phasen



1. Stabilisierung
2. Traumabearbeitung
3. Integration



# Stabilisierung



## 1. Stabilisierung

- **Somatisch** (z.B. keine weiteren medizinischen Behandlungen)
- **Sozial** (z.B. Beziehungen, Täterkontakt...)
- **Psychisch** (Unterbrechung von Dissoziation, Selbstverletzung, Ressourcenorientierung, ...)

## 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.



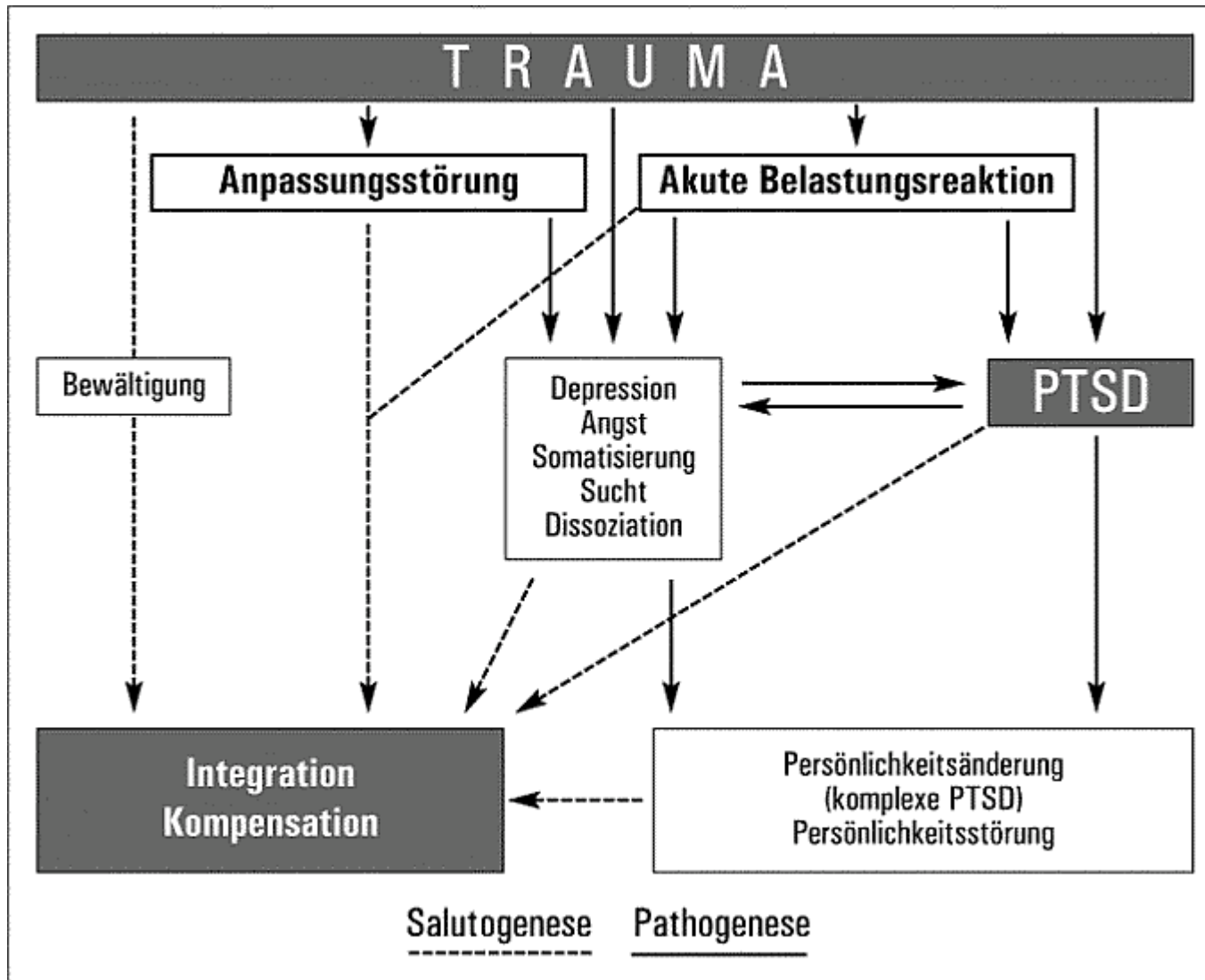
# Forschungsstand: Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter



- 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)







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



## Behandlungsziele

Ziele der Behandlung von Traumafolgestörungen sind

1. Sicherheit und Schutz,
2. der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung zu Patient und Eltern bzw. Bezugspersonen,
3. der Aufbau von Fertigkeiten zur Emotionsregulation
4. die Vermittlung von Wissen über die üblichen Folgen einer Traumatisierung und die Verbesserung der innerfamiliären Kommunikation über das Trauma und seine Folgen,
5. die angemessene Einordnung und Interpretation des Geschehenen für das Kind
6. die Veränderung dysfunktionaler Einstellungen und Interpretationen zum Trauma und seinen Folgen bei Eltern und Kind,
7. das Erarbeiten einer hilfreicherer bzw. realistischeren Einstellung und der Abbau des Vermeidungsverhaltens
8. *nicht* das Vergessen des Ereignisses, sondern Abbau der Intrusionen & Alpträume
9. die möglichen negativen Effekte des Traumas und seiner Folgen auf die weitere Entwicklung des Kindes in allen Lebensbereichen zu minimieren.





## Erste Maßnahmen

- Herstellen einer sicheren Umgebung (Schutz vor weiterer Traumaeinwirkung)
- Organisation des psycho-sozialen Helfersystems
- Frühes Hinzuziehen eines mit PTSD-Behandlung erfahrenen Psychotherapeuten
- Informationsvermittlung und Psychoedukation bzgl. traumatypischer Symptome und Verläufe

## Traumasppezifische Stabilisierung

- Krisenintervention
  - Anbindung zur engmaschigen diagnostischen und therapeutischen Betreuung
  - Ressourcenorientierte Interventionen (z.B. *Distanzierungstechniken, Imaginative Verfahren*)

### 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

## Durchführung des Elterntrainings

Beim Elterntraining gleichen viele Interventionen denen beim Kind: Ein Modell der Störung wird erarbeitet, die Rolle der Vermeidung etc. besprochen, unangemessene Kognitionen bei den Eltern werden verändert.

Zusätzlich werden die Eltern geschult in Techniken der Emotionsregulation und im Management von Kontingenzen, damit sie beim Kind erwünschtes Verhalten belohnen und unerwünschtes Verhalten in der Wahrscheinlichkeit senken können.



Zentrale Elemente des Elterntrainings sind:

1. Psychoedukation darüber, dass Eltern und Lehrer die Symptomatik des Kindes meist unterschätzen
2. Genaues Festlegen von Therapiezielen für Kind und Eltern
3. Information über die typischen Folgen der Traumatisierung
4. Reetablieren einer angemessenen Eltern-Kind-Beziehung
5. Erarbeiten des Therapierationals („Wenn Ihr Kind sehr große Angst vor dem Fahrrad fahren hat, wie würden Sie ihm helfen?“)
6. Bearbeitung eigener dysfunktionaler Gedanken und Überzeugungen des Elternteils zum Trauma und seinen Folgen (eigene Verantwortung etc.)
7. Schulung in Techniken der Verhaltenssteuerung beim Kind (Kontingenzmanagement)
8. Bei Bedarf Training in Techniken der Emotionsregulation

bei interpersoneller Gewalt:

1. Klärung der eigenen Beziehung zum Täter
2. Verhindern erneuter Viktimisierung des Kindes, Änderung des Lebensumfeldes von Kind und Eltern zur Risikominimierung



## Behandlungsstruktur

Über die unterschiedlichen Therapieformen hinweg lassen sich drei Phasen der Behandlung der PTB unterscheiden:

- 1) Beziehungsaufbau, Stabilisierung und Erlernen von Emotionsregulation,
- 2) Traumabearbeitung und
- 3) Integration.

Die dringend empfohlene Einbindung von Eltern oder Pflegepersonen in die Intervention erfordert die Organisation der Sitzungen in Intervention mit dem Kind, der Intervention mit dem Elternteil und gemeinsamen Sitzungsteilen.

Aufgaben zwischen den Sitzungen geben Kind und Eltern Gelegenheit, gezielt Dinge auszuprobieren, neue Erfahrungen zu machen, und das neu Erlernte in den Alltag zu integrieren.

Am Anfang der Interventionen steht der Beziehungsaufbau mit Kind und Elternteil im Mittelpunkt, andere Punkte werden diesem Ziel untergeordnet. Eltern und Kind werden informiert darüber, dass der Beginn der Behandlung zu einer kurzfristigen Verschlechterung der Symptomatik führen kann.

Am Ende der Interventionen werden mögliche kritische Situationen in der Zukunft besprochen bzw. deren Bewältigung geplant; die Generalisierung des neu Erlernten steht bei Kind und Eltern im Zentrum.



## Traumabearbeitung:

Alle bisher empirisch überprüften erfolgreichen Interventionsverfahren verwenden Methoden der direkten Auseinandersetzung mit dem traumatischen Ereignis und der Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen.

Wie die Auseinandersetzung erfolgt und in welchem Ausmaß, variiert allerdings beträchtlich. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen berücksichtigen insbesondere die zentrale Rolle von Bewertungsprozessen und dysfunktionalen Kognitionen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik.

Die Interventionen sind dabei eng an die entsprechenden Modelle der PTB gebunden wie etwa dem Modell von Ehlers und Clark (2000).

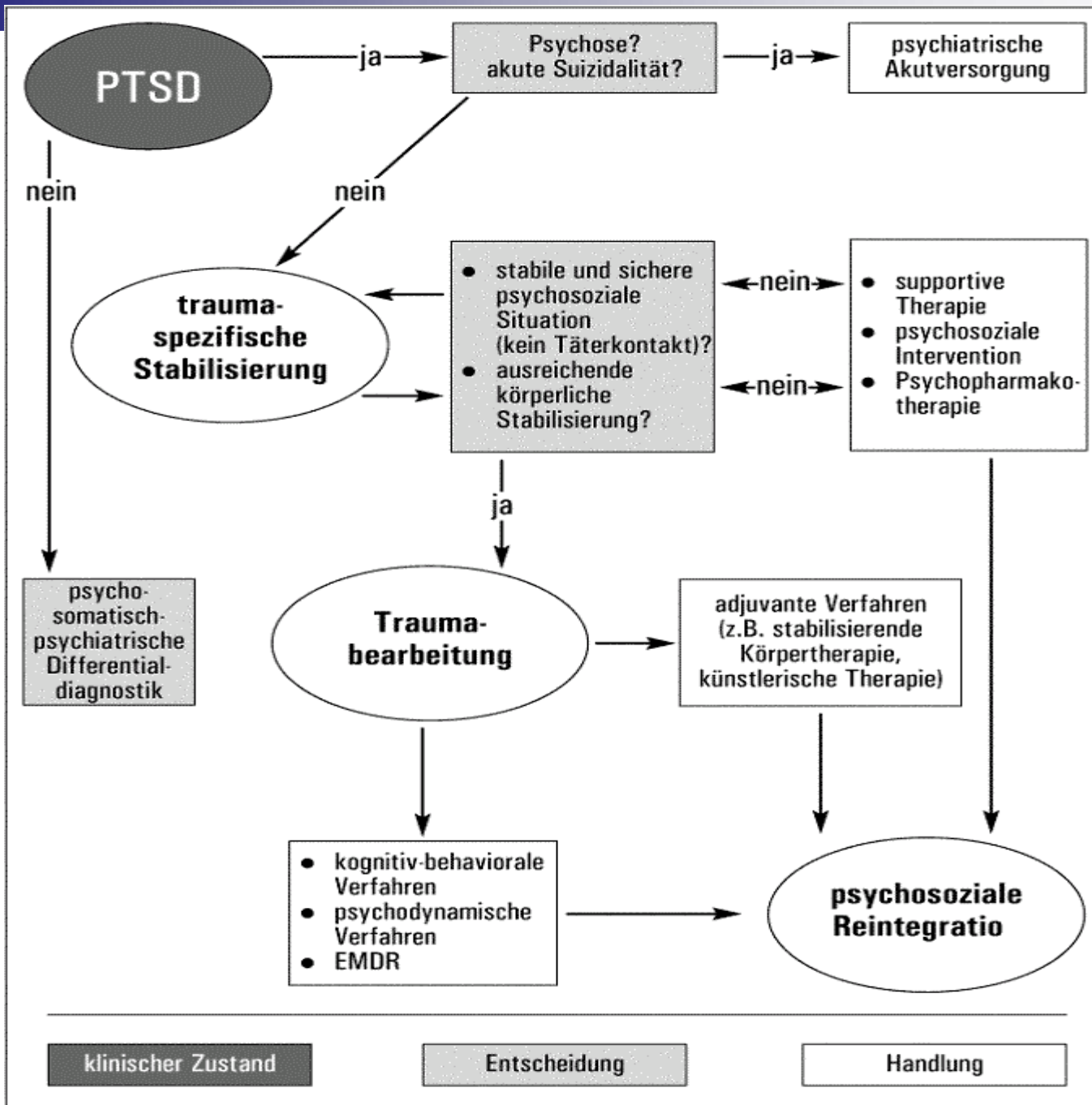


Integration und Vermeidung erneuter Traumatisierung:  
Integration steht für den Einbezug des traumatischen Ereignisses in den gesamten Lebenskontext. Gerade für Kinder und Jugendliche kann dies neben der Einordnung in die eigene Lebensgeschichte auch die Ausweitung der Perspektive, den Blick in die Zukunft bedeuten.

Die einzelnen Verfahren verwenden dabei unterschiedliche Techniken: Im Rahmen der Narrativen Expositionstherapie (NET; Schauer, Neuner & Elbert, 2005) wird etwa die „Seiltechnik“ verwendet, bei der Kinder und Jugendliche positive und negative wichtige Lebensereignisse entlang einer Schnur aufreihen, die ihr bisheriges Leben repräsentiert.

Das Interventionsmanual von Layne, Saltzman, Savjak, und Pynoos (1999) enthält ein Abschlussmodul zu den wiederaufgenommenen Lebensentwürfen. Darin werden die ursprünglichen Lebenspläne thematisiert, also wo die Kinder und Jugendlichen ohne das traumatische Ereignis stehen würden und schließlich, was die nächsten Ziele im Leben sind.

Die Wahrscheinlichkeit, dass traumatisierte Kinder und Jugendliche erneut traumatische Ereignisse erleben, ist deutlich erhöht (Arata, 2002), daher müssen auch Interventionen durchgeführt werden, die darauf Abzielen, eine erneute Traumatisierung zu verhindern





# Trauma first: Überblick



- Die Praxis stellt eine Anlaufstelle für Familien nach traumatischen Erfahrungen dar. Nach dem Erstkontakt erfolgt die störungsspezifische und standardisierte Eingangsdiagnostik, 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

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).

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



# Implikationen



- Es müssen intensive Anstrengungen unternommen werden, um zu verhindern, dass Kinder von ihren Eltern (oder anderen Personen) misshandelt, vernachlässigt oder missbraucht werden, vorrangig um das Leid dieser Kinder zu beenden, aber auch um die immensen Kosten zu vermeiden, die aufgrund der vielfältigen Störungen direkt oder indirekt verursacht werden.
- Kindern, die traumatischen Erfahrungen in jedweder Form machen, kann und muss geholfen werden. Sie brauchen so schnell wie möglich ein Sicherheit bietendes Umfeld und professionelle Unterstützung.
- Die psychopathologischen Anzeichen und Hinweise auf eine frühe Traumatisierung können und müssen bereits bei Kindern und Jugendlichen und nicht erst im Erwachsenenalter erkannt werden. Je früher eine Therapie eingeleitet werden kann, um so besser sind die Erfolgsaussichten der Behandlung.
- Um Kindern mit schweren Traumafolgestörungen eine Gesundheit zu ermöglichen, ist häufig eine intensive Zusammenarbeit zwischen Familie, Behandlern, Schule und Institutionen wie Familienhilfe, Beratungsstellen u. ä. erforderlich.

# Literatur



Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief*. New York: Guilford.

National Collaborating Centre for Mental Health (2005). *Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. National Clinical Practice Guideline Number 26. London: Gaskell and the British Psychological Society.  
<http://www.nice.org.uk/pdf/CG026fullguideline.pdf>

Steil, R. & Rosner, R. (2008). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.

## Internet

Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT): [www.degpt.de](http://www.degpt.de)

ESTSS: [www.estss.org](http://www.estss.org)

ISTSS: [www.istss.org](http://www.istss.org)

Seite mit Messinstrumenten und Interventionen: [Childrenatwar.org](http://Childrenatwar.org)