

Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen

Zwischen Leitlinien und
Bedürfnisorientierung

Dr. Nicole Szesny-Mahlau
szesny@pp-bogenhausen.de



Was assoziiert ihr spontan
mit den Begriffen „Trauma
und Traumatherapie“?

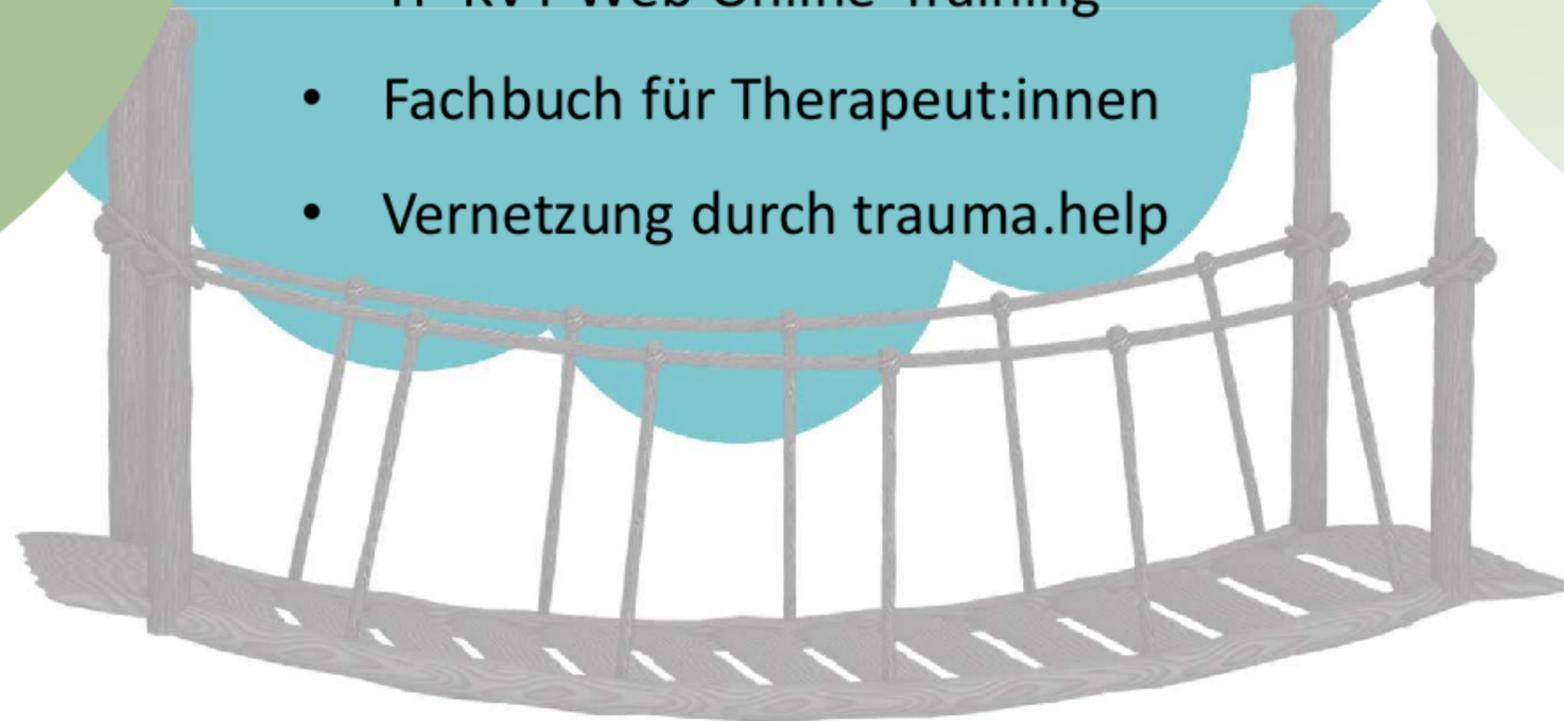


Wir stellen Brücken her

wissenschaftlich
gut untersuchte
Therapie-
verfahren

- Psychotherapeutische Praxis
- Weiterbildung & Ausbildung
- Supervision
- Begleitung von Kliniken
- Disseminationsstudien
- TF-KVT Web Online-Training
- Fachbuch für Therapeut:innen
- Vernetzung durch trauma.help

hoher Bedarf an
spezialisierten
Therapie- und
Beratungsange-
boten in der
Versorgung



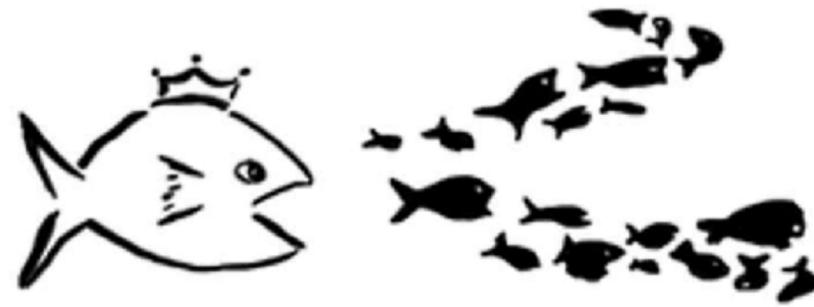
Inhalt

Trauma und Traumafolgen

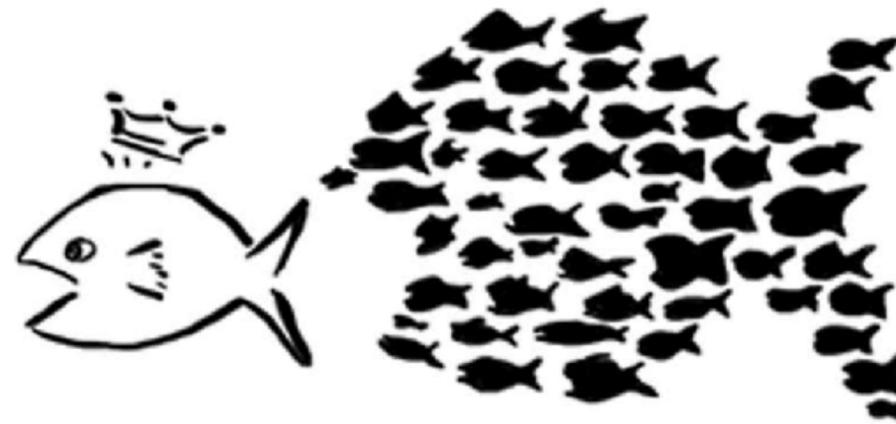
Trauma-Diagnostik mit Kindern und Jugendlichen

Traumafokussierte Therapie mit Kindern und Jugendlichen

Vertiefung, Weiterbildung, Vernetzung



DON'T PANIC!



ORGANIZE.

Trauma und Traumafolgen



„Carlotta“ (14 Jahre)
Cooles Mädchen oder Problemkind?



„Carlotta“ (14 Jahre)

Cooler Mädchen oder Problemkind?



Was ist ein Trauma?

- 1. Normatives Ereignis: relativ voraussehbare Übergänge von einer Lebensphase in die nächste, wie z.B. Geburt, Einschulung eines Kindes, Pensionierung de Vaters ...**
- 2. Nicht-normatives Ereignis: relativ unvorhersehbare Ereignisse wie z.B. Unfälle, Ehe-/ Partner-Innenkrise und deren Folge, große finanzielle Probleme etc.**
- 3. Traumatisches Ereignis: Exposition mit tatsächlichem oder drohendem Tod, einer ernsthaften Verletzung, oder sexueller Gewalt durch direktes Erleben, Zeugenschaft oder erfahren, dass es Angehörigen oder Freunden passiert ist**

















Trauma



Definition „traumatisches Ereignis“

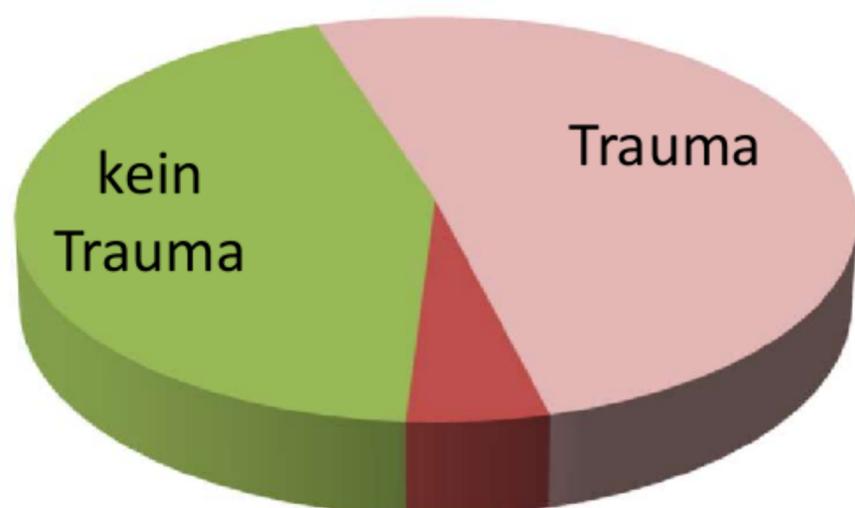
DSM-5

- Ereignisse, die **tatsächlichen oder drohenden Tod, ernsthafte Verletzung oder sexuelle Gewalt** beinhalten
 - direktes Erleben
 - persönliches Erleben bei anderen Personen
 - erfahren, dass es einem nahen Familienmitglied oder einem engen Freund zugestoßen ist

Streeck-Fischer (2014)

„... ein Ereignis, das sowohl die psychischen als auch die biologischen **Bewältigungsmechanismen einer Person überfordert** und das nicht durch die Unterstützung einer anderen Person, die die Unfähigkeit dieses Menschen bzw. Organismus ausgleichen könnte, kompensiert werden kann.“ (S. 131)

Trauma und Traumafolgestörungen sind häufig:



- Traumatische Ereignisse sind mit einer Prävalenz von **30% - 56%** relativ häufig.
- Viele Kinder überstehen diese ohne Folgen.
- Die Punktprävalenz für eine PTBS liegt zwischen 4,2% und 15,9%.
- Die Lebenszeitprävalenz bis zum Alter von 18 Jahren liegt bei **7,8%**.

Eilers et al. 2024: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-024-03860-2>

Nur ein Bruchteil der sexualisierten Gewalt wird sichtbar.

Hellfeld (polizeiliche Kriminalstatistik 2023)

- **18.497** Straftaten des sexuellen Kindesmissbrauchs (§§ 176, 176a, 176b StGB) plus **1.528** Anzeigen von sexuellem Missbrauch von Schutzbefohlenen und Jugendlichen plus **45.191** Fälle so genannter Kinder- und Jugendpornografie

Dunkelfeld

- **1:7** Erwachsenen in Deutschland hat sexuelle Gewalt in Kindheit und Jugend erlitten (Frauen = 1:5)
- etwa **ein bis zwei Schüler:innen in jeder Schulklasse** waren/sind von sexueller Gewalt in der Familie und andernorts betroffenen

Quelle:

https://www.bka.de/DE/Presse/Listenseite_Pressemitteilungen/2024/Presse2024/240708_PM_PK_SexualdelikteNvKinderuJugendlichen.html

Hinter anderen Störungen verborgen,
bleibt die PTBS oftmals unerkannt.

Beispiel Essstörungen (Brewerton et al., 2022).

- 75% der Betroffenen, die vor dem Alter von elf Jahren an einer Essstörung erkrankten, erfüllen die Verdachtsdiagnose einer PTBS
- sie berichten im Mittel 9 Ereignistypen

Beispiel delinquente Jugendliche

- 92% der Jugendlichen, die mit der Justiz in Kontakt kommen, haben mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt (Abram et al., 2004)
- 30% weisen eine PTBS auf (Ford et al., 2007)
- starker Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und späterer Störung des Sozialverhaltens (Maniglio, 2015)

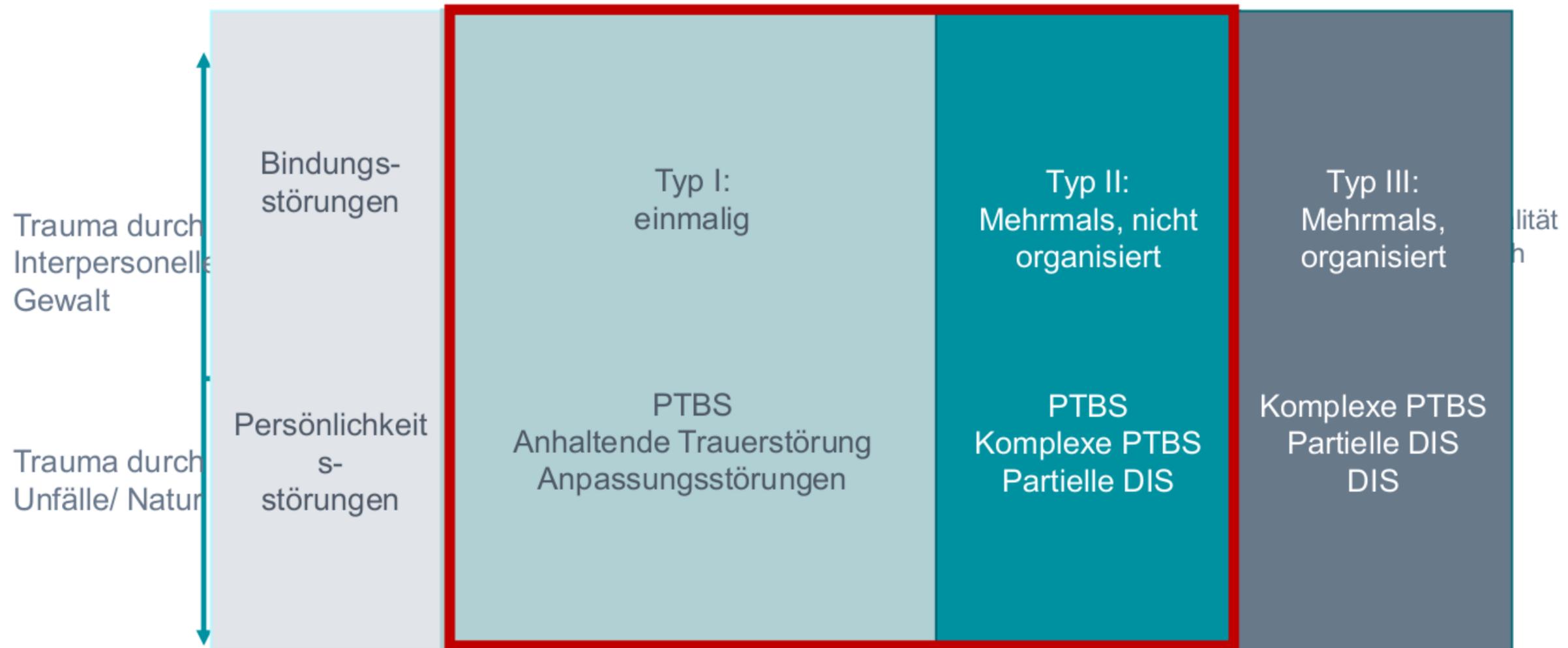
Unbehandelte Traumafolgestörungen verursachen hohe Folgekosten – in vielen Domänen, ein Leben lang.

- Frühe Traumata erhöhen das Risiko für viele **seelischen Erkrankungen** über die Lebensspanne hinweg (Schmid, Fegert & Petermann, 2013)
- Frühe Traumata erhöhen auch das Risiko für **somatische Diagnosen** wie zum Beispiel für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und wirken sich sogar nachteilig auf die **Lebenserwartung** aus (Shonkoff & Garner, 2012)
- Auf Basis aktueller Fachliteratur wurden wirtschaftliche Folgekosten in Höhe von **11 Mrd. Euro jährlich** für Deutschland hergeleitet (Deutsche Traumafolgekostenstudie, 2012)

Es ist sinnvoll, verschiedene Arten von Traumatisierung zu unterscheiden....

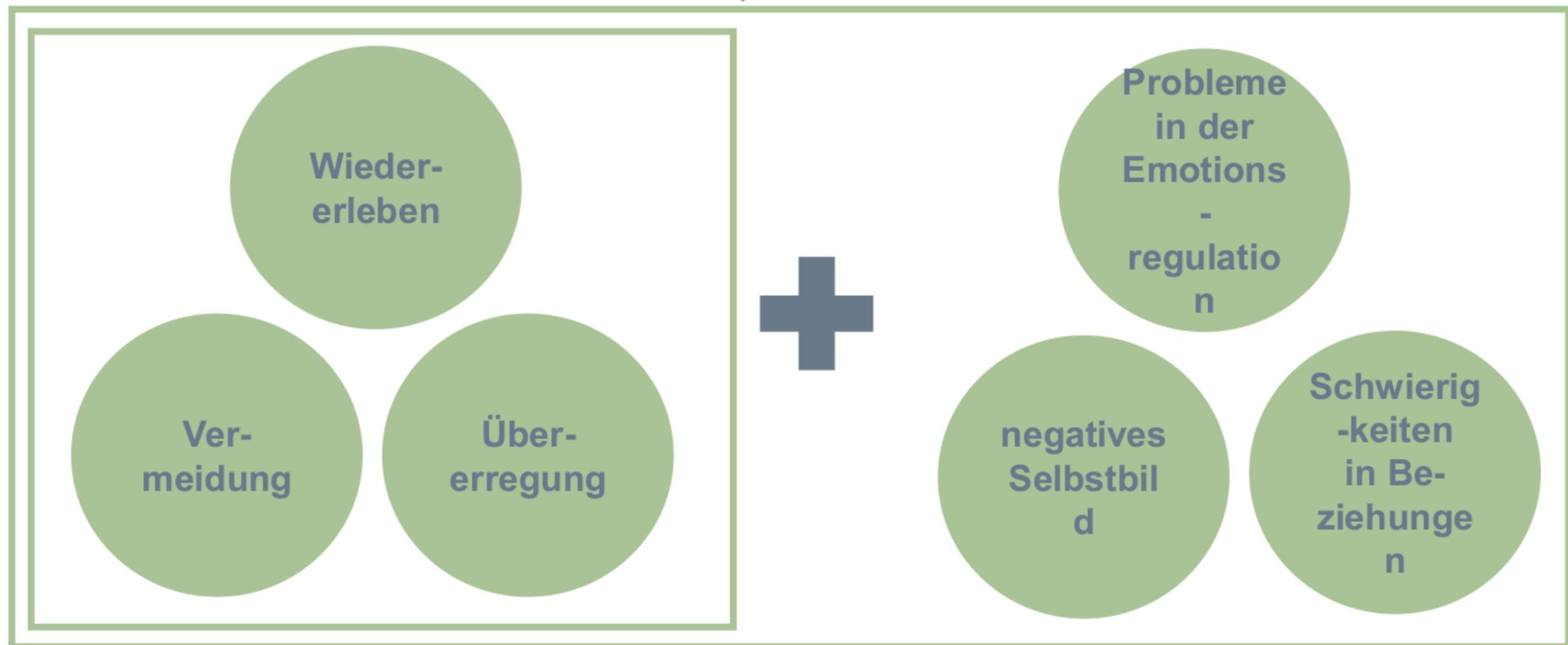


..., da die Art der Erkrankung eng mit der Art des Traumas zusammenhängt.



Diagnosekriterien (k)PTBS nach ICD-11

(besonders schwerwiegendes)
traumatisches Ereignis



„klassische“
PTBS

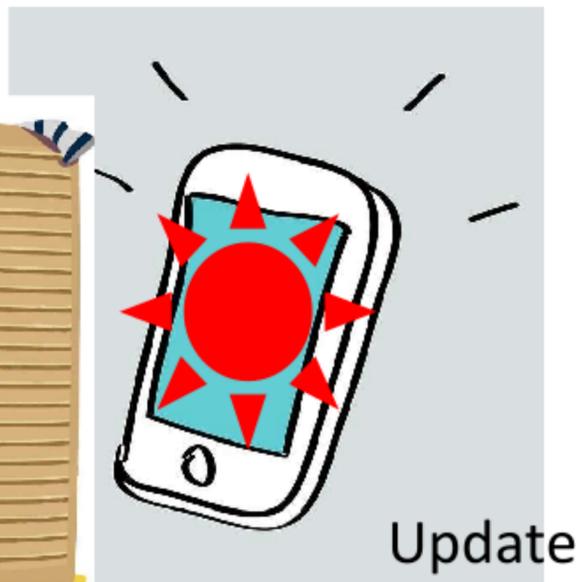
komplexe PTBS

Symptome der PTBS

Wiedererleben



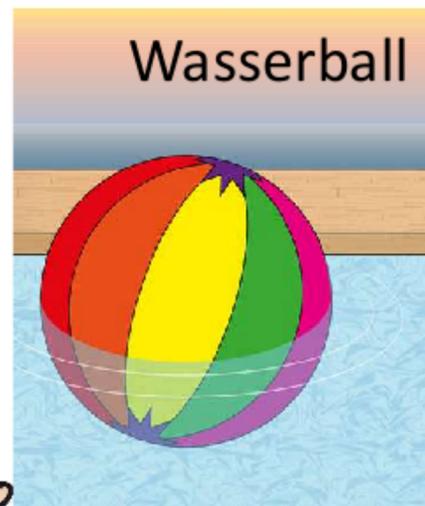
Kleiderschrank



Vermeidung



Wunde



Wasserball

Neg. Veränderung Kog + Stimmung

Traumabrille



Übererregung

Rauchmelder



Häschen+Denker

Symptome der PTBS machen Sinn

- Wiedererleben: Sinneswahrnehmungen, Gedanken, Gefühle und Körpererleben sind nicht geordnet im Gedächtnis verarbeitet.
- Vermeidung: Erinnerungen sind schmerzhaft und werden vermieden. Vermeidung hat eine Schutzfunktion.
- Negative Veränderungen in Stimmung und Kognition: Das Gehirn versucht, irgendwie mit den überfordernden Ereignissen zurechtzukommen.
- Übererregung: Aufgrund der früher erlebten Stressreaktionen befinden sich Körper und Psyche auch nach Ende der traumatischen Ereignisse in dauerhafter „Alarmbereitschaft“.

**Alle Symptome sind normale Reaktionen
auf ein unnormales Ereignis!**

Besonderheiten bei kleineren Kindern

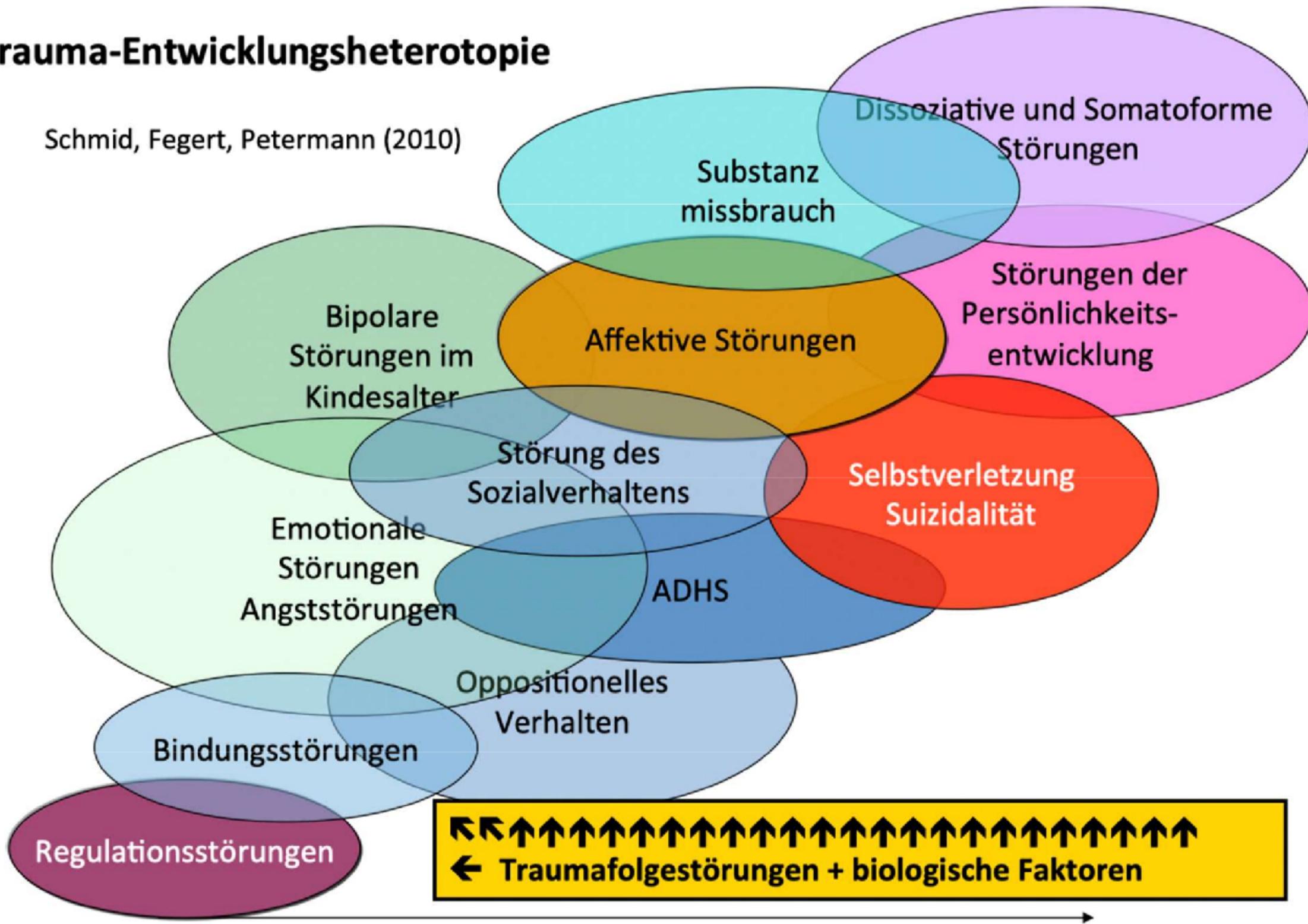
- Anzahl der Symptome
- Besonderheiten innerhalb der vier Symptomgruppen.

außerdem:

- Neue und plötzlich auftretende Trennungsängste.
- Neue und plötzlich auftretende aggressive Verhaltensweisen.
- Neue und plötzlich auftretende Ängste (ohne inhaltliche Verbindung mit dem Trauma)
- Verlernen bereits erworbener Fähigkeiten (z.B. lesen oder schreiben, Sprechen wie ein jüngeres Kind)
- Regressives Verhalten (z.B. Daumenlutschen, sekundäre Enuresis oder Enkopresis, wie ein jüngeres Kind sprechen)
- Erhöhte Anhänglichkeit, nicht alleine schlafen wollen, nicht allein sein wollen

Trauma-Entwicklungsheterotopie

Schmid, Fegert, Petermann (2010)



Geburt

Vorschulalter

Schulalter

Pubertät

Adoleszenz

Traumafolgestörungen – mehr als PTBS?!

Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung

- A1 -- Kriterium
 - Multiple/chronische interpersonelle Traumatisierung (direkt/indirekt), > 1 Jahr, frühe Kindheit/frühe Jugend

UND

- A2 – Kriterium
 - Signifikante Unterbrechung schutzgebender Versorgungssysteme, wiederholte Trennungen von der primären Bezugsperson, andauernder emotionaler Missbrauch

Traumafolgestörungen – mehr als PTBS?!

- **I. Bindung**
- Unsicherheit bzgl. Verlässlichkeit und Vorhersehbarkeit Probleme mit Grenzen
Misstrauen und Argwohn
Soziale Isolation
- Interpersonelle Schwierigkeiten:
Schwierigkeiten, sich in emotionale Zustände anderer Menschen hineinzusetzen
Schwierigkeiten, die Perspektiven anderer einzunehmen
Schwierigkeiten, sich Verbündete zu machen

Traumafolgestörungen – mehr als PTBS?!

- **II. Biologie**
- Sensomotorische Entwicklungsstörungen: Empfindlich bei Körperkontakt gleichzeitig Schmerzunempfindlichkeit
Schwierigkeiten mit Koordination, Gleichgewicht und Muskeltonus
Somatisierung
- Ein großes Spektrum medizinischer Probleme, z.B. Bauch- und Kopfschmerzen, Asthma, Hautprobleme, Autoimmunstörungen, Pseudo-Krampfanfälle

Traumafolgestörungen – mehr als PTBS?!

- **III. Affektregulation**
- Schwierigkeiten bzgl. der Affektregulation:
Schwierigkeiten beim Erkennen und Beschreiben von Gefühlen und inneren Erfahrungen Schwierigkeiten, Wünsche und Sehnsüchte zu kommunizieren

Traumafolgestörungen – mehr als PTBS?!

- **IV. Dissoziation**
- Unterscheidbar unterschiedliche Bewusstseinszustände
Amnesie
Depersonalisation und Derealisation
Zwei oder mehr unterschiedliche Bewusstseinszustände mit Gedächtnisstörung für zustandsbezogene Ereignisse

Traumafolgestörungen – mehr als PTBS?!

V. Verhaltenskontrolle

- Geringe Impulssteuerung, selbstschädigendes Verhalten, fremdaggressives Verhalten Pathologisches Selbstberuhigungsverhalten
Schlafstörungen
Essstörungen
- Substanzmissbrauch
Überanpassung
Oppositionelles Verhalten: Schwierigkeiten, Regeln zu verstehen und zu befolgen
Kommunikation der traumatischen Vergangenheit z.B. durch Reinszenierung im Alltag oder Spiel (sexualisiert, aggressiv, unterwerfen etc.)

Traumafolgestörungen – mehr als PTBS?!

- **VI. Kognition**
- Probleme der Aufmerksamkeitsregulation und ausführender Funktionen
 - Weniger lange andauernde Neugier
 - Probleme bei der Aufnahme neuer Information Probleme bei der Konzentration und Beendigung von Aufgaben
 - Gestörte Objektkonstanz: Schwierigkeiten, vorauszusehen und zu planen
 - Probleme, den eigenen Beitrag zu den äußeren Umständen zu erkennen
 - Lernschwierigkeiten
 - Sprachentwicklungsstörungen
 - Probleme bei der Zeit- und Raumorientierung
 - Akustische und visuelle Wahrnehmungsstörungen
 - Eingeschränkte Aufnahmefähigkeit für komplexe räumlich-visuelle Muster

Traumafolgestörungen – mehr als PTBS?!

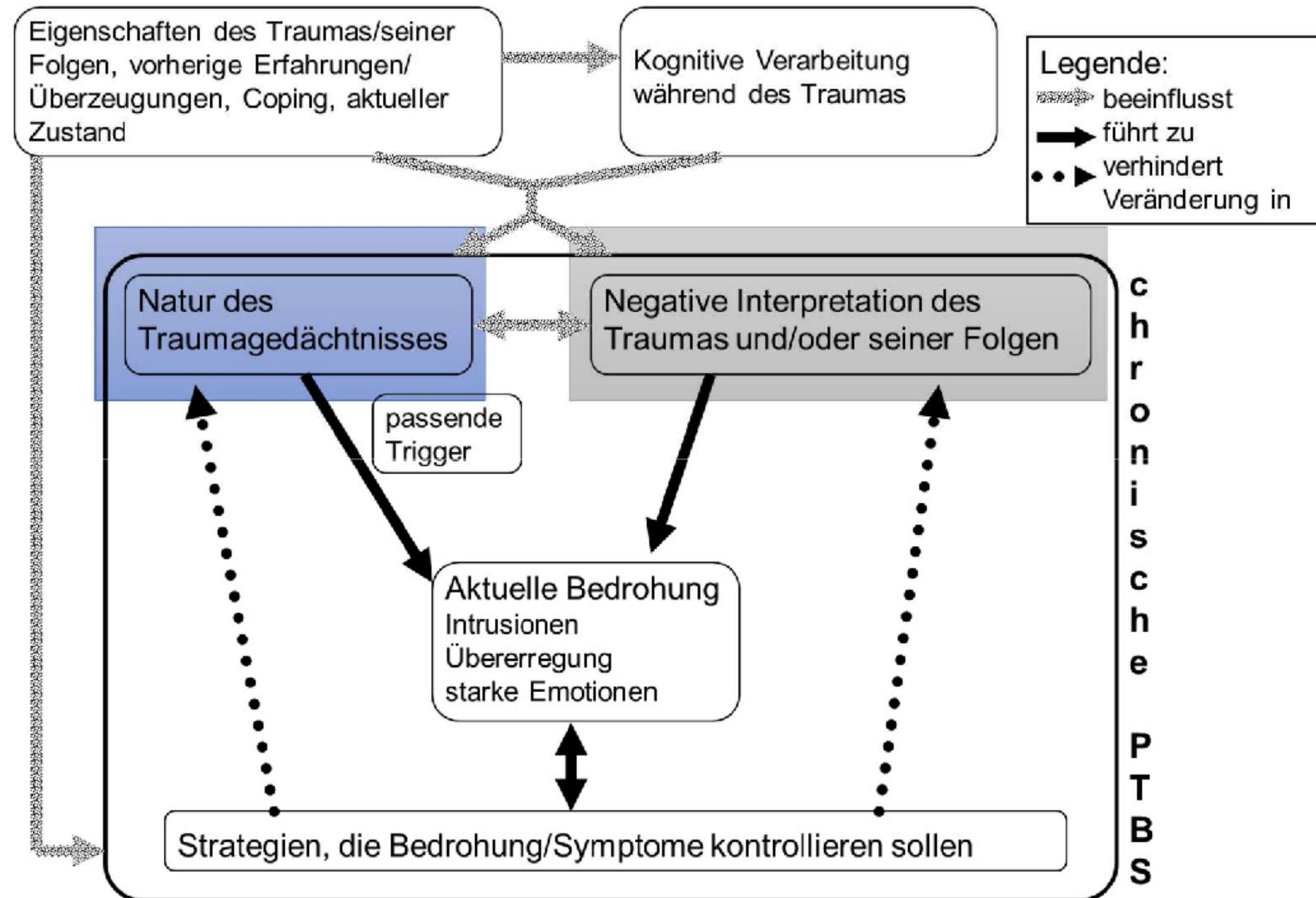
VII. Selbstkonzept

- Eingeschränkt kontinuierliches und vorhersagbares Selbstkonzept
Eingeschränktes Empfinden, eine eigene Person zu sein
Körperbildstörung
Niedriges Selbstbewusstsein Scham- und Schuldgefühl

Traumafolgestörungen – ein Erklärungsmodell



Eine Traumafolgestörung entsteht durch zwei Teufelskreise.....



nach Ehlers & Clark, 2000

Störungsmodell nach Ehlers & Clark

- **bei den meisten Menschen klingen PTBS Symptome innerhalb weniger Wochen nach dem Trauma ab!**
 - **Warum erholen sich einige Personen nicht?**
Warum erleben traumatisierte Betroffene weiterhin Angstsymptome?
 - **Angst bezieht sich hauptsächlich auf Ereignisse, die in der Zukunft eintreten können**
 - **bei PTBS ist das Gegenteil der Fall: Angst beruht auf vergangene Ereignisse (obwohl oft befürchtet wird, dass die Ereignisse sich wiederholen könnten)**
 - **Erklärung: PTBS entwickelt sich, wenn die Betroffenen das Trauma und seine Folgen so verarbeiten, dass sie eine schwere gegenwärtige Bedrohung wahrnehmen**

© Dominique Gall-Kleebach

Zwei Prozesse führen zur Wahrnehmung gegenwärtiger Bedrohung:

- 1) Individuelle Unterschiede in der Interpretation des Traumas und /oder seiner Folgen**
 - **negative Interpretation des Traumas und des peritraumatischen Erlebens und Verhaltens und der Folgen (Bsp: Reaktion anderer auf Vergewaltigung)**
 - **Bedrohung kann sowohl extern („überall lauern Gefahren!“) als auch intern**
 - **(„eigene Person als nicht akzeptabel sehen“) sein**

Zwei Prozesse führen zur Wahrnehmung gegenwärtiger Bedrohung:

2) Individuelle Unterschiede in der Art des Traumagedächtnisses und seiner

- **Verbindung zu anderen autobiographischen Erinnerungen**
- **Ungenügende Elaboration und Einbettung in die Struktur des autobiographischen Gedächtnisses**
- **Starke assoziative Gedächtnisverbindungen:**
 - **besonders starke Reiz-Reaktions-Verbindungen für Reize, die mit dem traumatischen Ereignis verbunden sind**
- **Starkes Priming:**
 - **Reizkonfigurationen, die schon einmal wahrgenommen wurden, haben eine geringere Schwelle wahrgenommen zu werden**
 - **besonders starkes Priming für Reize, die mit dem Trauma verbunden sind**

© Dominique Gall-Kleebach

Durch Escape Strategien, soll diese Reaktivierung verhindert werden:

– Gedankenunterdrückung:

- **Gedächtnisinhalte, die mit dem Trauma assoziiert sind werden mit aller Macht unterdrückt. Dies hat den gegenteiligen Effekt, so dass deren Häufigkeit erhöht wird (Shipherd & Beck, 1999)**

– Verhaltensweisen, die einige PTBS Symptome kontrollieren sollen, verschlimmern andere Symptome:

- **Versuch Alpträume zu verhindern, in dem man später zu Bett geht oder gar nicht schläft, verstärken Konzentrationsschwierigkeiten und Reizbarkeit**

Durch Escape Strategien, soll diese Reaktivierung verhindert werden:

– **Sicherheitsverhalten:**

- **Vorsichtsmaßnahmen um erwartete Katastrophen zu kontrollieren, verhindern die Überprüfung der Annahme, ob die Katastrophe eintreten wird, wenn keine Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden**

– **Kognitive Vermeidung:**

- **Vermeidung von Gedanken an das Trauma/an das emotionale Erleben verhindern eine Überprüfung negativer Konsequenzen auf die Person selbst.**

– **Vermeidung von Trauma assoziierten Reizen:**

- **Verhinderung von Elaboration des Traumagedächtnisses und Restrukturierung von negativen Annahmen**

© Dominique Gall-Kleebach

Sekundärtraumatisierung der Betroffenen durch....

**„Das war doch
nicht so schlimm“**

**„Das war ja gar
keine richtige
Vergewaltigung“**

„Du hast doch Glück gehabt!“

.... Abwertung.

Sekundärtraumatisierung der Betroffenen durch....



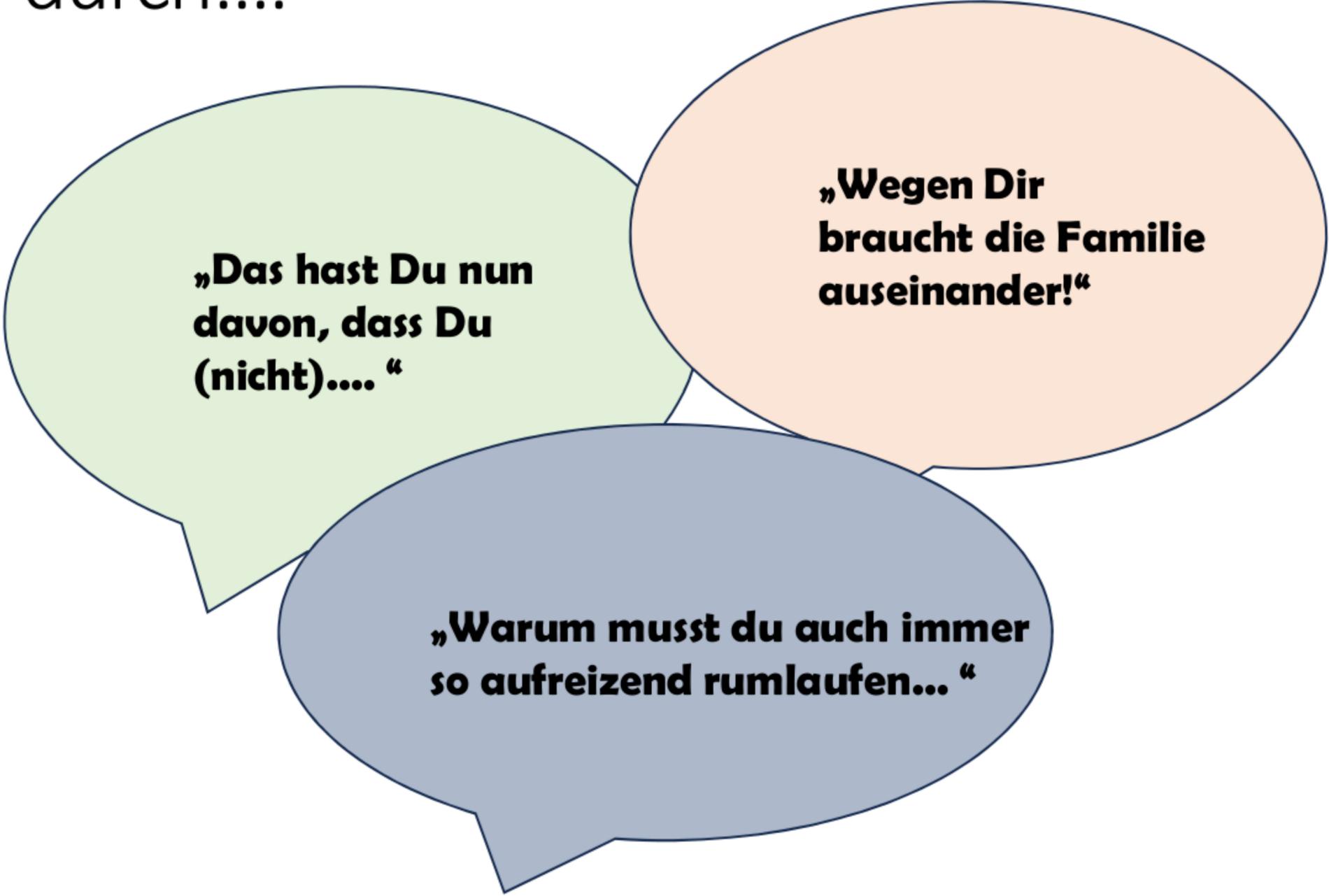
**„das glaube ich
nicht, sowas tut
eine Mutter nicht!“**

**„Du übertreibst!
Das bildest Du Dir Doch ein!
“**

**„Das kann ich mir
nicht vorstellen...“**

.... Zweifel, Unglauben, Verleugnung

Sekundärtraumatisierung der Betroffenen durch....



**„Das hast Du nun
davon, dass Du
(nicht)....“**

**„Wegen Dir
braucht die Familie
auseinander!“**

**„Warum musst du auch immer
so aufreizend rumlaufen...“**

.... beschuldigt, verantwortlich gemacht werden.

Sekundärtraumatisierung der Betroffenen durch....

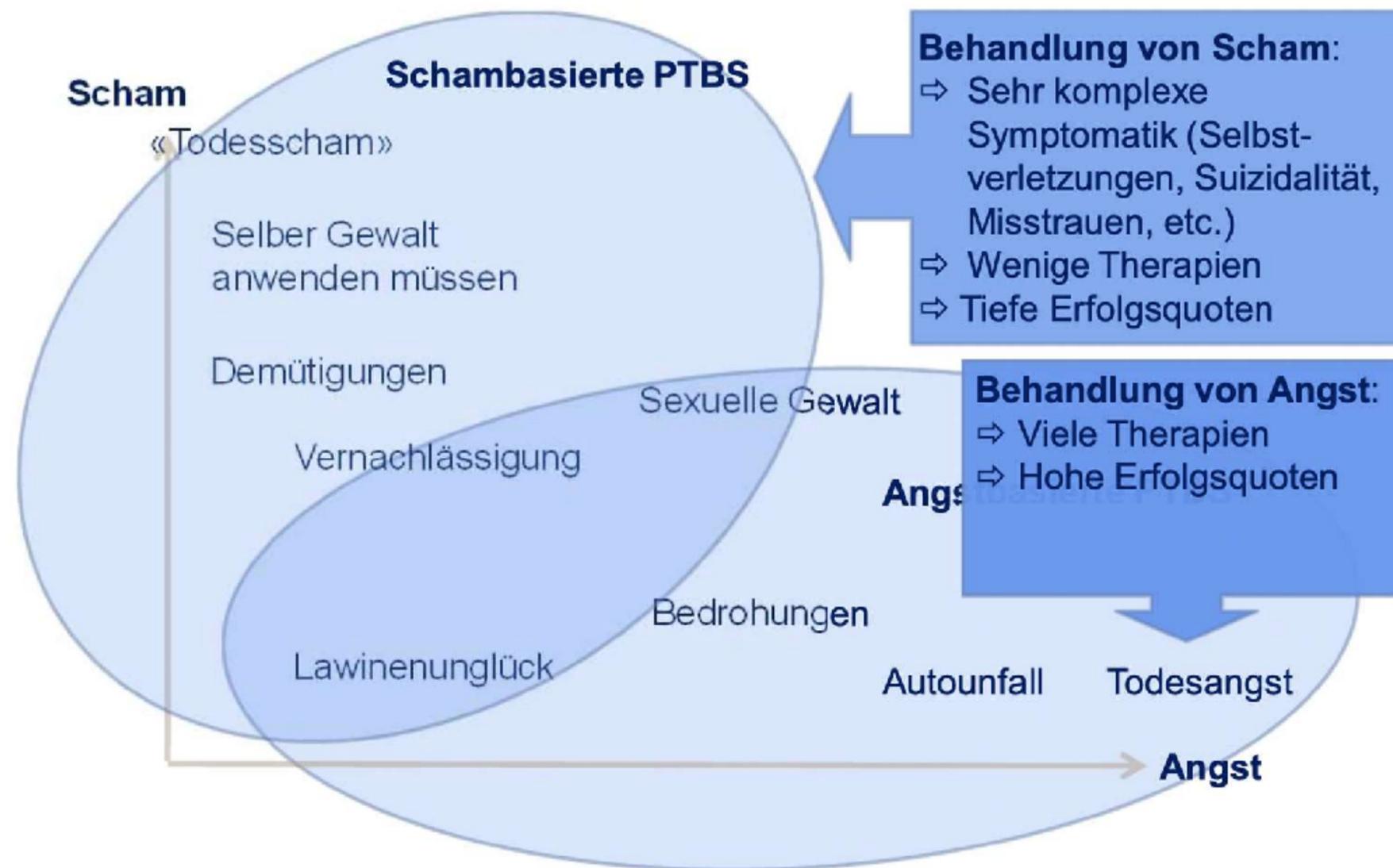
**„das kann gar nicht
alles sein, nach so
einem Ereignis
kann das gar nicht
alles auftreten, was
du da beklagst.“**

**„Die Zeit heilt alle
Wunden“**

**„Du musst dich einfach nur mehr
anstrengen“**

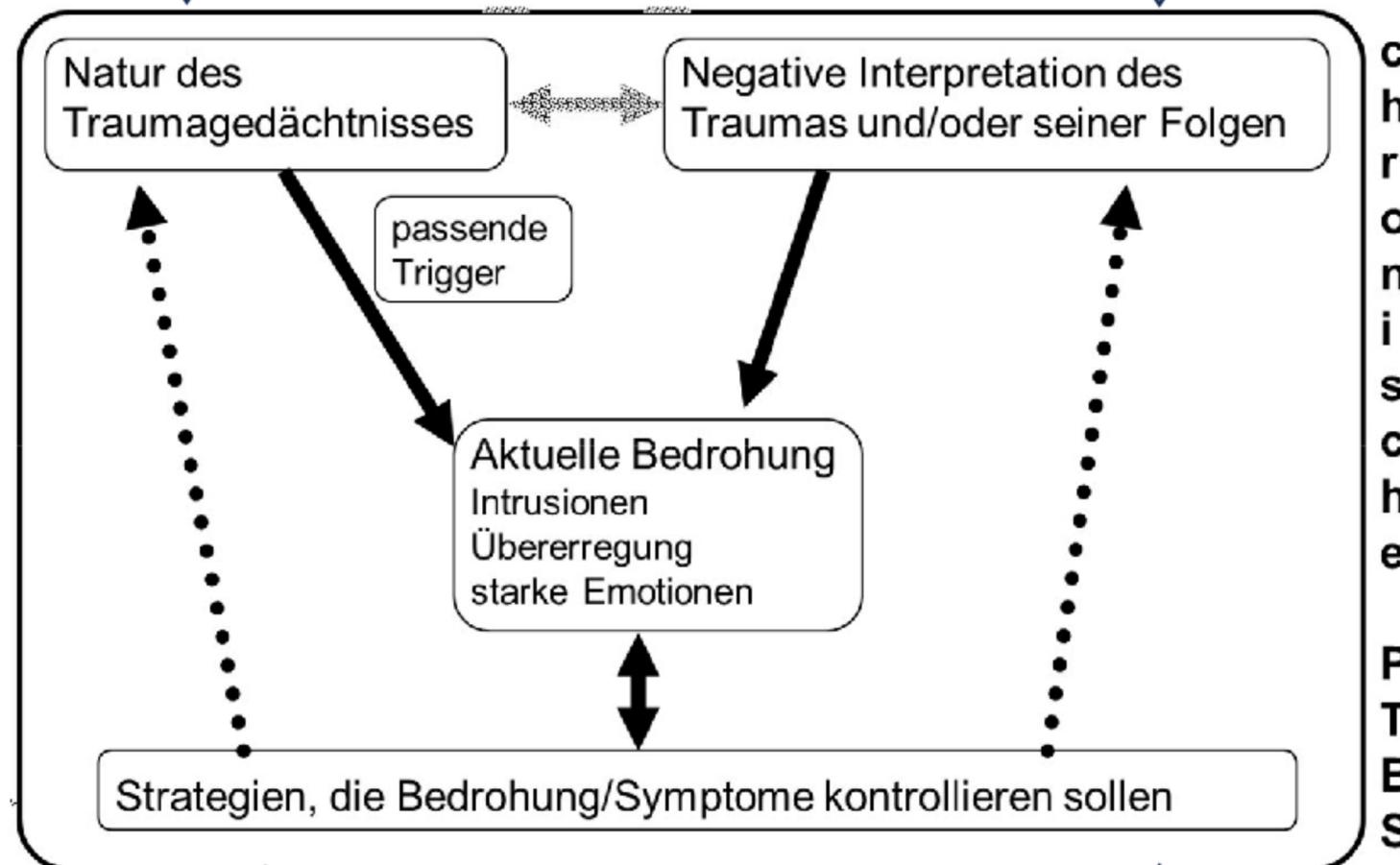
.... Unwissenheit, Unkenntnis.

PTBS und Behandlungsplanung



All diese Aspekte müssen in der Behandlung berücksichtigt werden

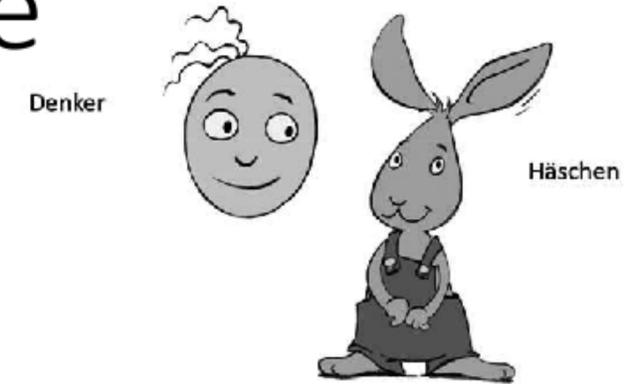
„Erster Teufelskreis“: Darüber reden lernen, sich mit den schlimmsten Momenten konfrontieren und eine neue Sichtweise entwickeln.



„Zweiter Teufelskreis“: Sicherheitsverhalten überprüfen und abbauen

Kindgerechte Erklärungsmodelle

Häschen und Denker



Häschen

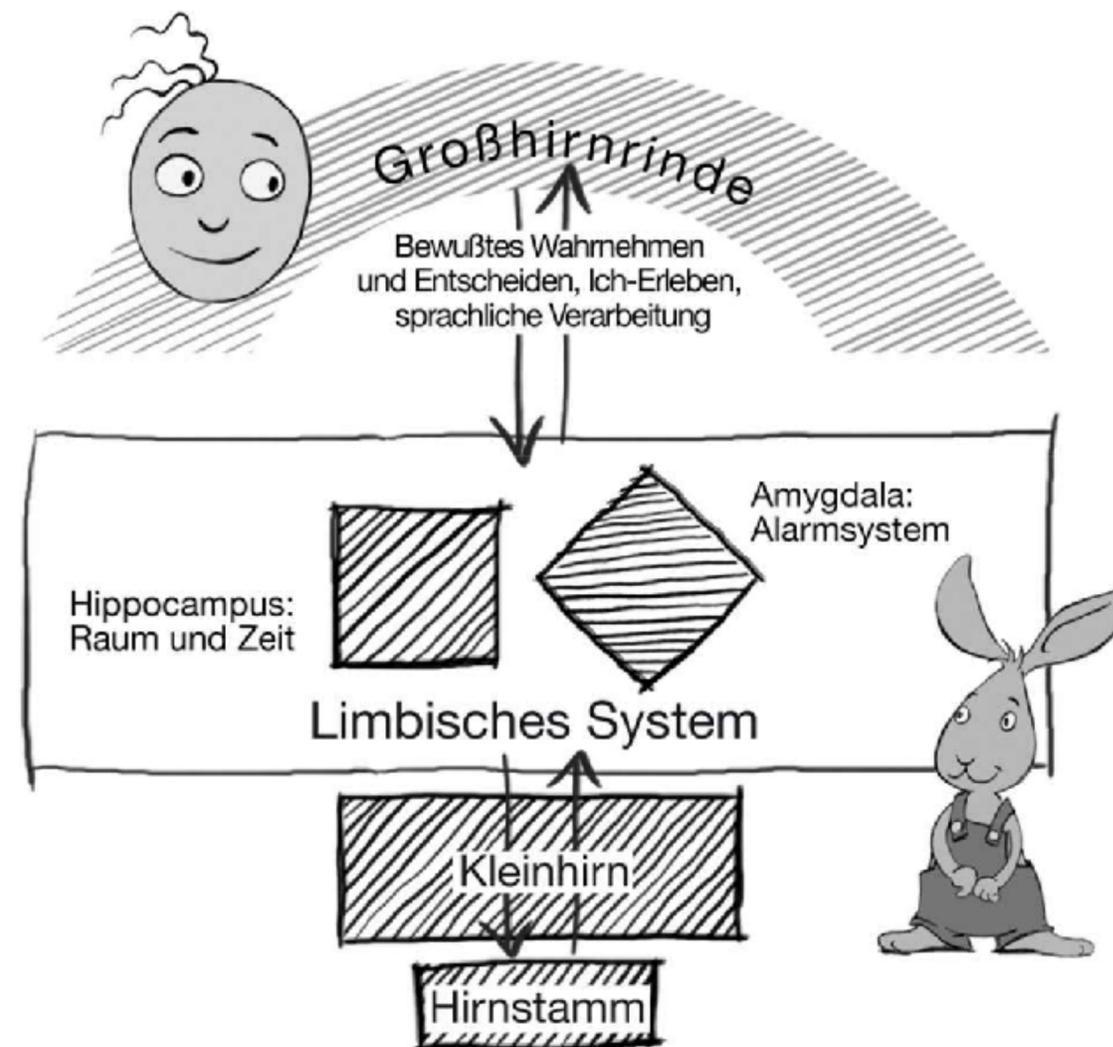
- Gemeinsam mit allen Säugetieren
- Automatismen:
 - Atmen, Herzschlag, Temperatur...
 - Laufen, Fahrradfahren, Bergsteigen....
- Sitz der spontanen Gefühle und Körperreaktionen
- Sichert unser Überleben durch Notfallprogramme
- Schnell und ungenau

Denker:in

- Spezifisch menschlich
- Bewusstes wahrnehmen, nachdenken, einordnen und entscheiden
- Reflexion und Sprache, um unsere Welt zu organisieren
- Speicher für gut verarbeitete, bewusst zugängliche Erinnerungen
- Langsam und genau

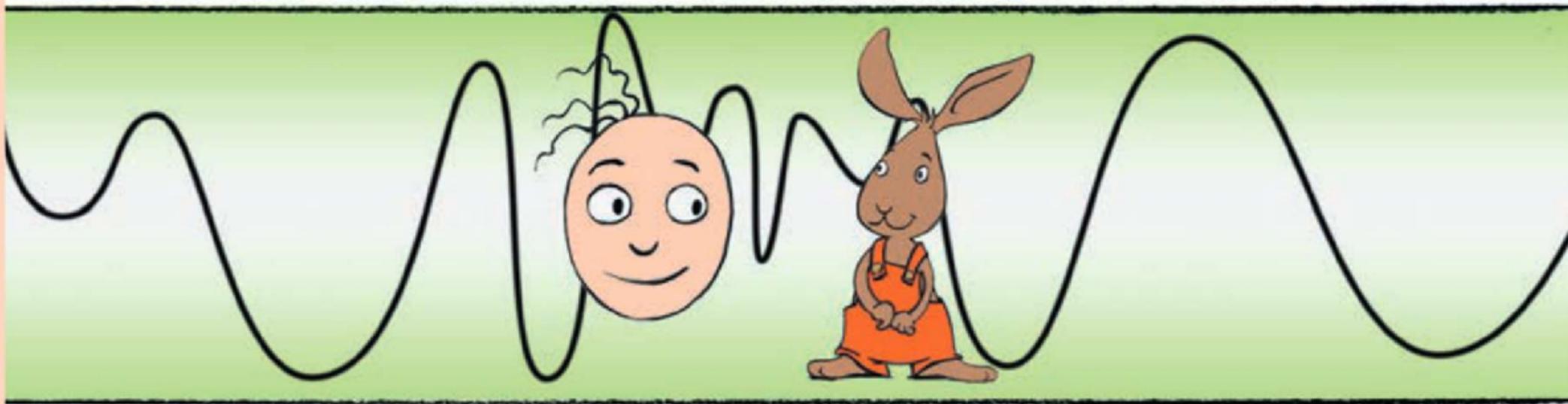
Häschen und Denker:in – ein Dreamteam?

- Wenn alles gut geht arbeiten Häschen und Denker:in gut zusammen – schnelle Anpassung und nachfolgende Einordnung funktionieren.
- Wie ist das bei Euch? Wie gut/ häufig nehmen Ihr Euern Körper wahr?



Häschen und Denker:in – ein Dreamteam?

wie man auf sich aufpassen kann.

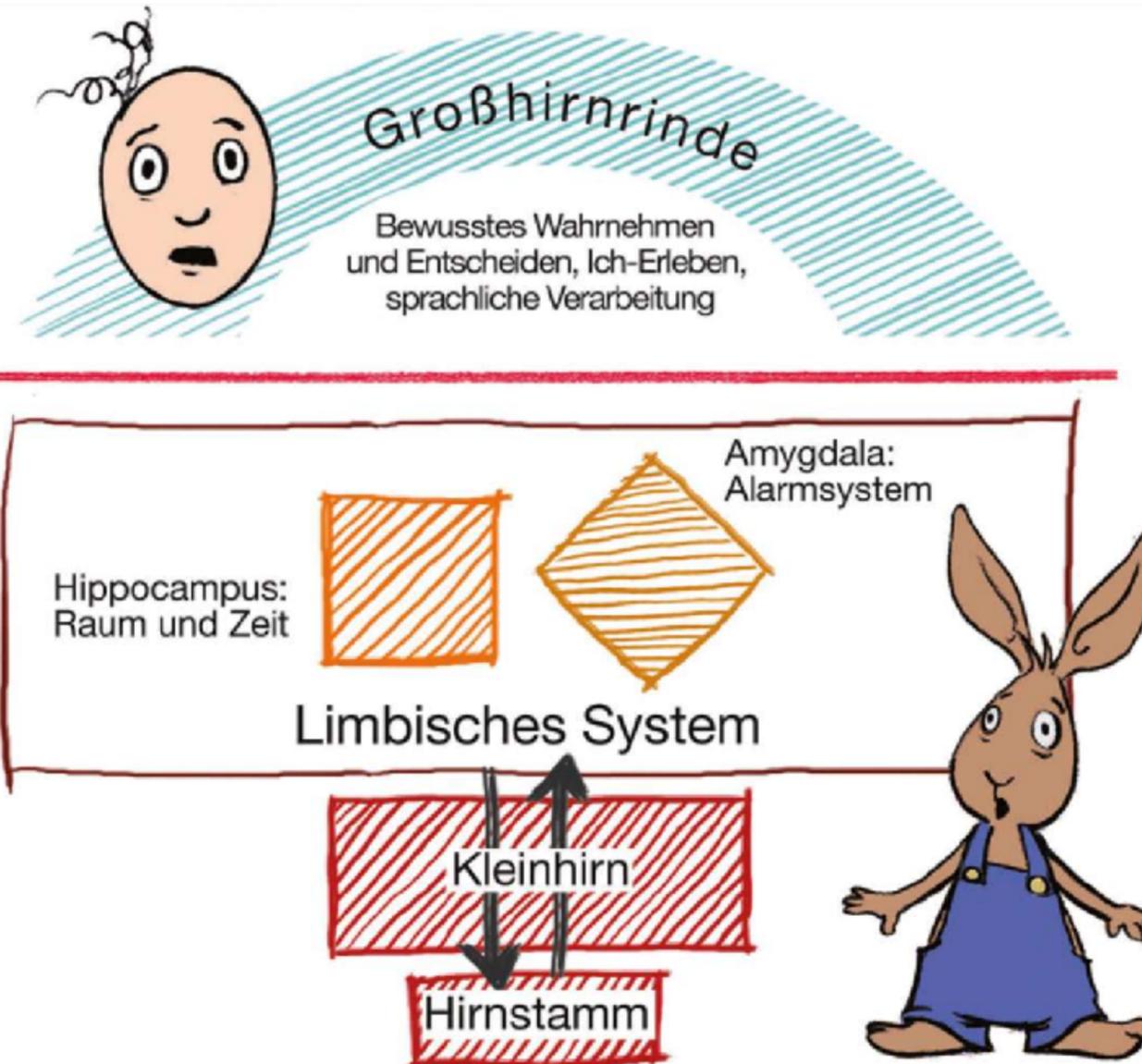


Am Beispiel der Fürsorge erlernen sie Selbstregulation und erweitern so ihren Ressourcenbereich.

© Hantke und Görge, 2023

Häschen und Denker – was passiert nach einem Trauma?

- Häschen und Denker verlieren den Kontakt zueinander.
- Immer wenn der Denker beim Häschen nachfragt, versucht es zu erzählen, was passiert ist, gerät aber wieder in Panik.



Häschen und Denker – was passiert nach einem Trauma?

„Das Kind erlebt die neue Situation durch die Brille seiner frühen Erfahrungen, die es auf die jetzige Situation überträgt und die „neuen Eltern“ mit den früheren verwechselt.“ (Nienstedt & Westermann, 2007)

- Trigger sind wahrgenommene Reize, die das emotionale Erleben der ursprünglichen traumatischen Erfahrung von Verlassenheit, Angst, Schmerz, Todesempfinden, Hass, unkontrollierbarer Wut usw. aktualisieren.
- Trigger katapultieren das Kind in die Vergangenheit. Dies kann mit einem Wechsel in einen anderen Persönlichkeitsanteil verbunden sein oder zu Dissoziation führen. Die Kinder agieren dann so, als ob sie wieder so alt sind, wie zur Zeit der Traumatisierung.
- Das Kind reagiert dann entweder nach dem Trauma-Schema oder dem traumakompensatorischen Schema.

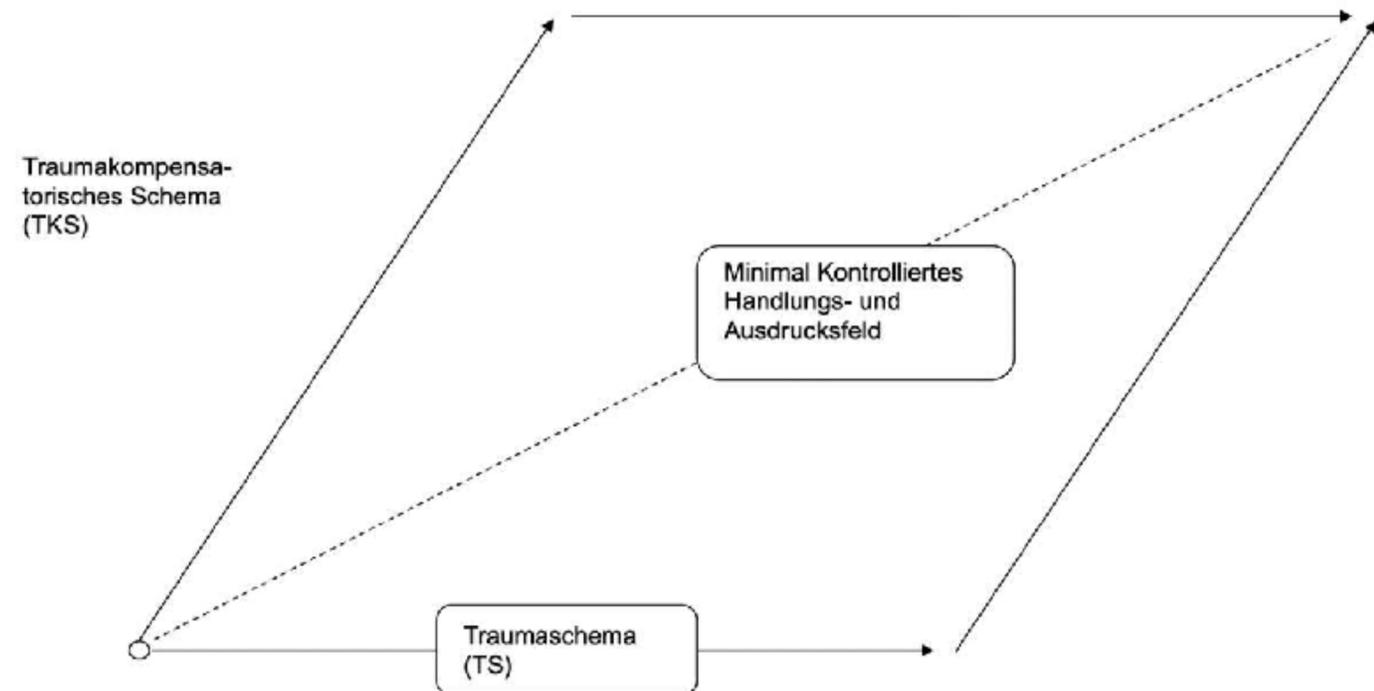
Häschen und Denker – was passiert bei einem Trauma?

Traumaschema, traumakompensatorisches Schema und Symptome

Die mit der traumatischen Situation zusammenhängenden Gedächtnisinhalte werden im Trauma-Schema abgekapselt:

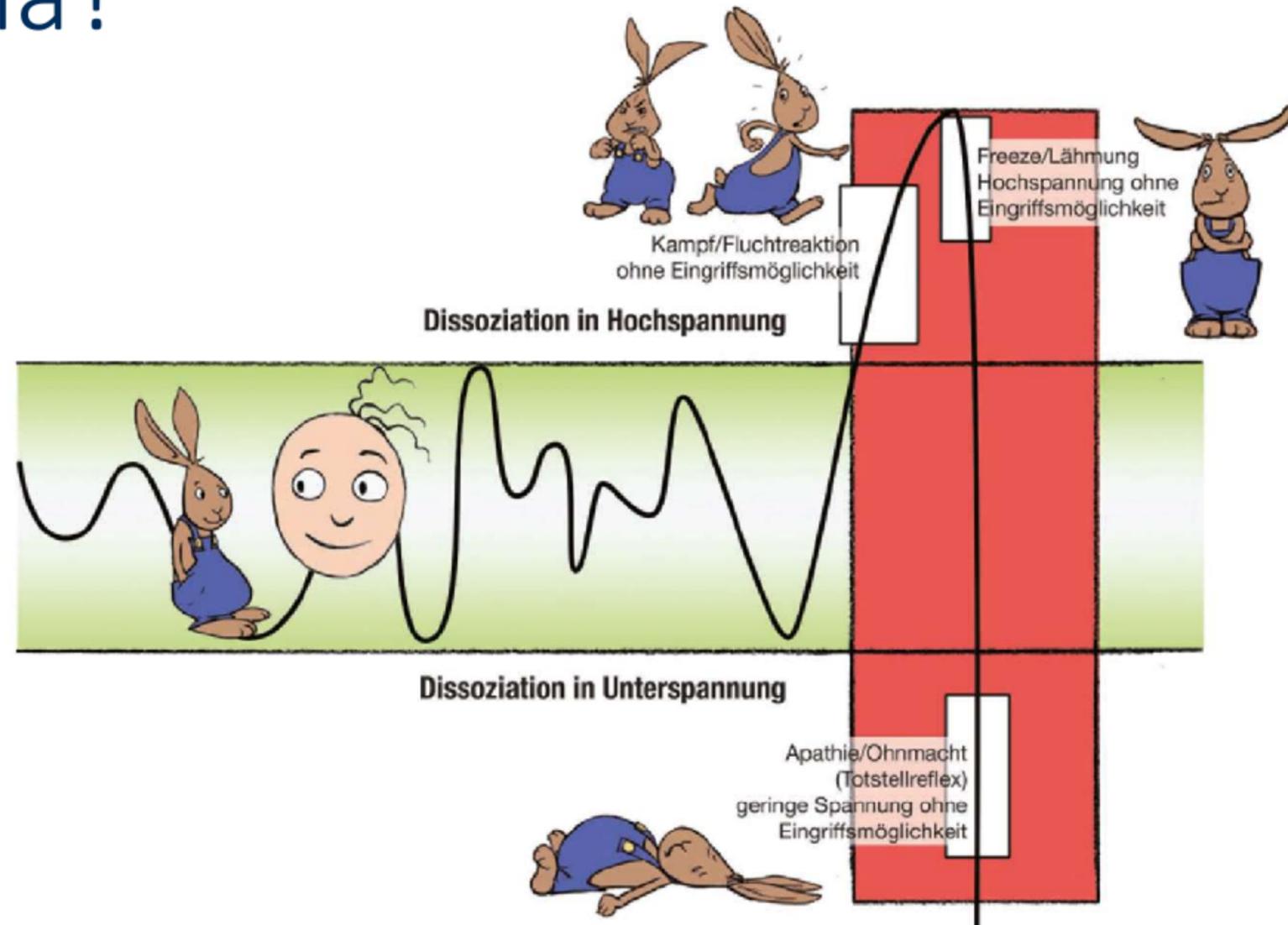
Das Kind verhält sich so, dass das Trauma-Schema möglichst selten aktiviert wird (Traumakompensatorisches Schema).

Funktioniert die Vermeidung nicht richtig, entwickelt das Kind weitere Symptome, die nur dazu dienen, die Abkapselung zu erhalten.



Häschen und Denker – was passiert bei einem Trauma?

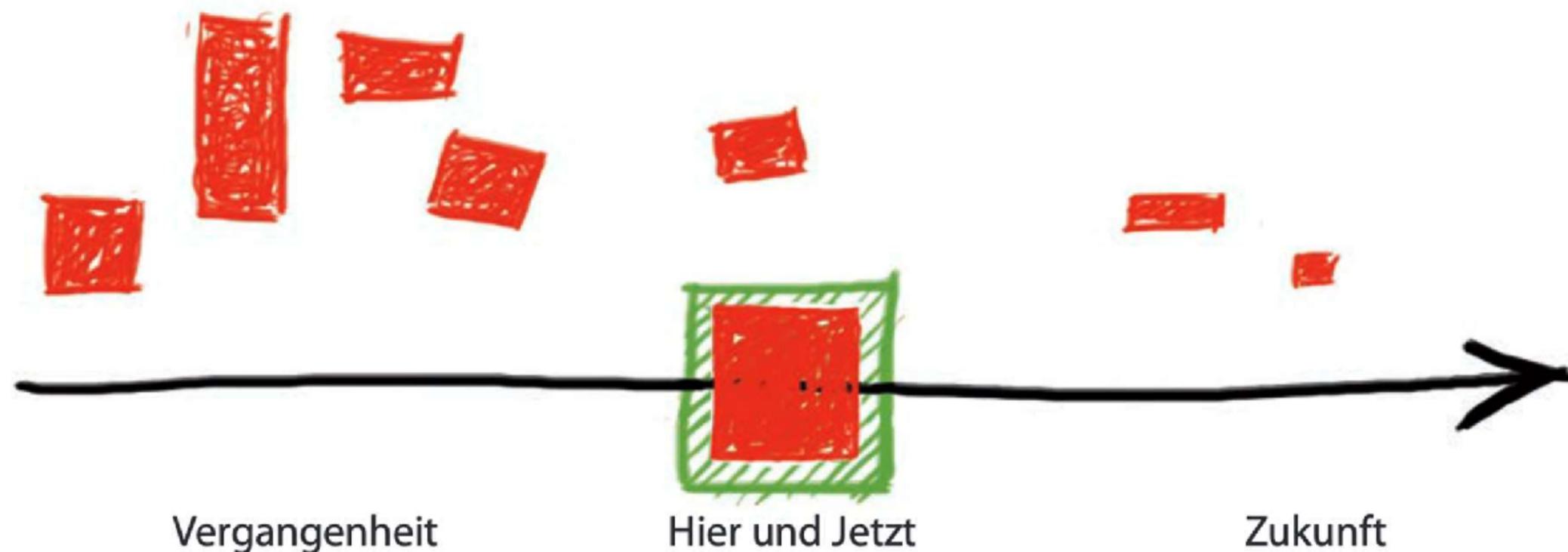
- Das Toleranzfenster ist verkleinert
- Trigger führen zu automatischem Bewältigungsverhalten



Sie erinnern sich: Symptome einer PTBS sind normale Reaktionen auf unnormale Ereignisse!

Häschen und Denker – was passiert nach einem Trauma?

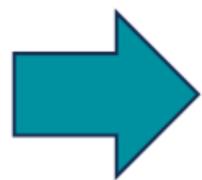
Bei einem Trauma werden Erfahrungen nicht eingeordnet
– es ist so, als würde es jetzt gerade wieder passieren



Mein Häschen fühlt wie Dein Häschen

Ansteckungseffekte

- Um optimal überleben zu können, sind unsere Gehirne miteinander vernetzt
- Wir nehmen den Zustand der Menschen in unserer Nähe wahr und reagieren oft automatisch darauf
- Vermeidung und Hochspannung sind „ansteckend“



Um Kontakte zu anderen gut gestalten zu können, müssen wir uns bewusst regulieren und Bedingungen schaffen, die für unser Gegenüber möglichst genau passend sind!

Traumafokussierte Therapie wirkt!



.... sowohl für PTBS als auch für komplexe PTBS

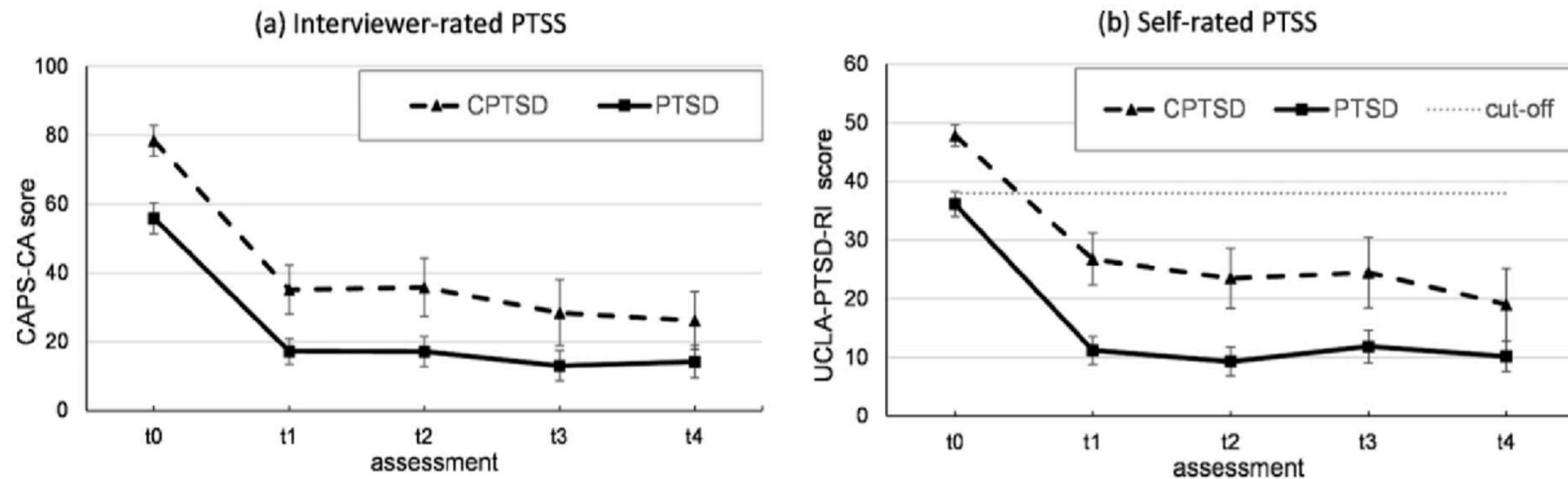
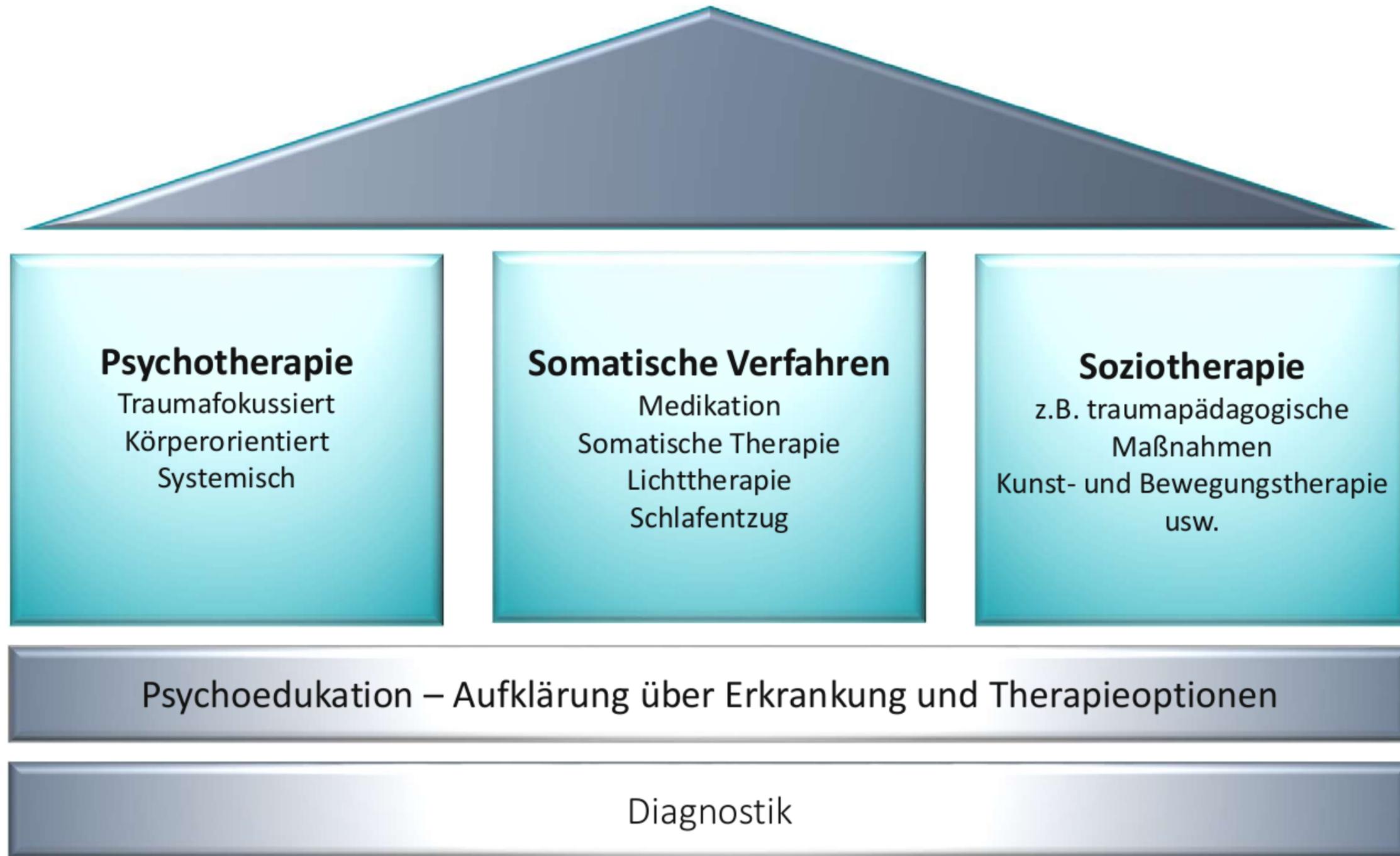


Figure 1. (a) Interviewer-rated posttraumatic stress symptoms (PTSS) measured by CAPS-CA and (b) self-rated PTSS measured by UCLA-PTSD-RI of participants at pretreatment (t0), posttreatment (t1), three months (t2), six months (t3), and 12 month (t4) after treatment for CPTSD and non-CPTSD groups. Error bars resemble standard errors. The UCLA-PTSD RI cut-off score of 38 represents clinically relevant symptom severity (Steinberg et al., 2004). *Abbreviations:* CAPS-CA: Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents; CPTSD: Complex Posttraumatic Stress Disorder; UCLA-PTSD-RI: University of California at Los Angeles PTSD Reaction Index.

Traumafokussierte Therapie beinhaltet verschiedene Bausteine



Traumafolgestörungen- Diagnostik

Trauma-Diagnostik mit Kindern und Jugendlichen

Empfehlung der AWMF-S3-Leitlinie

Die Erhebung einer differenzierten kindlichen Traumaanamnese in Form eines Selbst- und eines Fremdberichtes sollte Teil der Befunderhebung bei allen psychodiagnostischen Abklärungen im Kindes- und Jugendalter sein.

Unser Praxistipp:



Trauma-Diagnostik mit Kindern und Jugendlichen

CRIS

- Schnell-Screening in vielen verschiedenen Sprachen

<https://www.childrenandwar.org/projectsresources/asures/>

Child Impact of Events Scale - D

Unten findest du eine Liste mit Aussagen von Leuten, die etwas Belastendes erlebt haben. Bitte kreuze bei jeder Frage an, wie häufig du auf diese Weise reagiert hast *während der letzten sieben Tage*. Wenn das bei dir gar nicht vorkam, dann mache dein Kreuz bitte bei „gar nicht“.

	gar nicht	selten	manchmal	oft	In	Av
1. Denkst du daran, wenn du das eigentlich gar nicht willst?	[]	[]	[]	[]		
2. Versuchst du, die Ereignisse aus deiner Erinnerung zu streichen?	[]	[]	[]	[]		
3. Hast du deswegen plötzlich auftretende starke Gefühle?	[]	[]	[]	[]		
4. Fühlst du dich fern von Dingen, die	[]	[]	[]	[]		

Trauma-Diagnostik mit Kindern und Jugendlichen

Ereignis-Checkliste

CHILD AND ADOLESCENT TRAUMA SCREEN 2 (CATS-2)

SELBSTURTEIL (7-17 YEARS)

NAME: _____ DATUM: _____

Viele Menschen erleben belastende oder erschreckende Ereignisse. Hier ist eine Liste belastender und erschreckender Ereignisse, wie sie manchmal passieren. Kreuze JA an, wenn es Dir passiert ist. Kreuze NEIN an, wenn es Dir nicht passiert ist.

	JA	NEIN
1. Ernste Naturkatastrophe, wie z.B. Überschwemmung, Wirbelsturm, Orkan, Erdbeben oder Feuer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ernster Unfall oder Verletzung, wie z.B. Autounfall, Sportverletzung, Fahrradunfall oder Hundebiss.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Bedroht, geschlagen oder schwer verletzt innerhalb der Familie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Bedroht, geschlagen oder schwer verletzt in der Schule oder woanders.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Angegriffen, mit Messer oder Schusswaffe verletzt oder unter Bedrohung beraubt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Gesehen, wie jemand in der Familie bedroht, geschlagen oder schwer verletzt wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Gesehen, wie jemand in der Schule oder woanders bedroht, geschlagen oder schwer verletzt wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Jemand hat sexuelle Sachen mit mir gemacht oder jemand wollte, dass ich sexuelle Sachen mit ihm/ihr mache. Ich konnte nicht nein sagen. Oder ich wurde dazu gezwungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Trauma-Diagnostik mit Kindern und Jugendlichen

Symptom-Screening

Kreuze 0, 1, 2 oder 3 an um zu beantworten, wie häufig Du die folgenden Gedanken, Gefühle oder Probleme in den letzten 4 Wochen hattest: 0 = Nie / 1 = Manchmal / 2 = Oft / 3 = Fast immer

1. Beunruhigende Gedanken von dem Ereignis kommen in meinen Kopf.	0	1	2	3
2. Schlechte Träume erinnern mich daran, was passiert ist.	0	1	2	3
3. Bilder von dem Ereignis kommen in meinen Kopf. Ich habe das Gefühl, als würde es wieder passieren.	0	1	2	3
4. Ich bin sehr beunruhigt, wenn ich daran erinnert werde.	0	1	2	3
5. Ich habe starke körperliche Gefühle (Schwitzen, Herzklopfen, Übelkeit), wenn mich etwas daran erinnert.	0	1	2	3
6. Ich versuche, nicht daran zu denken, was passiert ist, oder keine Gefühle dabei zu haben.	0	1	2	3
7. Ich bleibe weg von allem, was mich daran erinnert, was passiert ist (Leute, Orte, Dinge, Situationen oder Gespräche).	0	1	2	3
8. Ich kann mich an Teile von dem Ereignis nicht erinnern.	0	1	2	3
9. Ich habe negative Gedanken wie:				
a. Ich werde kein gutes Leben haben.	0	1	2	3
b. Ich kann anderen Menschen nicht vertrauen.	0	1	2	3
c. Die Welt ist ein unsicherer Ort.	0	1	2	3
d. Ich bin nicht gut genug.	0	1	2	3
10. Schuld hinsichtlich des Ereignisses				
a. Ich gebe mir selbst die Schuld daran, was passiert ist.	0	1	2	3
b. Ich beschuldige jemanden, der nichts dafür kann.	0	1	2	3

Trauma-Diagnostik mit Kindern und Jugendlichen

CATS-1 Traumascreening

- Fremd- und Selbstbeurteilungsversion in vielen Sprachen
- Version für 3-7 Jahre und 7-17 Jahre

<https://ulmer-onlineklinik.de/course/view.php?id=1701>

CATS-2 Traumascreening

- aktuellste verfügbare Ereignisliste
- berücksichtigt Diagnosekriterien für ICD-10, ICD-11 und DSM-5

<https://www.trauma.help> (kostenlose Registrierung notwendig)

Trauma-Diagnostik mit Kindern und Jugendlichen

DIMENSIONALE AUSWERTUNG

Name Kind: _____ Datum: _____ Indextrauma - Ereignis(e): _____

Auswertung für PTBS Symptomschwere (DSM-5)

Summe der Items #1 bis #20. Verwenden Sie bei den Fragen #9, #10 und #15 nur den höchsten Wert.

DSM-5 PTBS Summe = _____

CATS 7-17 Years Score <15 Normal. Nicht klinisch auffällig.	CATS 7-17 Years Score 15-20 Moderate traumabezogene Stresssymptomatik.	CATS 7-17 Years Score ≥ 21* Erhöhte Stresssymptomatik. Positives Screening. *	CATS 7-17 Years Score ≥ 25* Hohe traumabezogene Stresssymptomatik. Wahrscheinliche PTBS. *
--	--	--	---

*Validierungsstudie: Sachser et al., 2022

Trauma-Diagnostik mit Kindern und Jugendlichen

Klinische Interviews

- **Kinder-DIPS:** <https://omp.ub.rub.de/index.php/RUB/catalog/book/101>
- **CAPS-CA:** <https://ulmer-onlineklinik.de/course/view.php?id=2528>



Hilfe und Information in der
Ulmer Onlineklinik

CAPS-CA-5 (German) Interview - kostenlos

Beschreibung.
Das CAPS-CA-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5) ist ein klinisches Interview zur Diagnosestellung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) für Kinder und Jugendliche ab einem Alter von 7 Jahren und besteht aus 30 Items, welche die Diagnosekriterien einer PTBS nach dem DSM-5 erfassen. Die Skala ist eine modifizierte Version des CAPS-5 für Erwachsene, die altersgerechte Items und Bildantwortoptionen beinhaltet. Empfohlene Messinstrumente zur Trauma-Anamnese werden unterstützend eingesetzt, um ein traumatisches Index-Ereignis zu identifizieren.

Ähnlich wie das CAPS-5, untersucht das CAPS-CA-5 die 20 DSM-5 PTBS-Symptome. Für jedes Symptom sind standardisierte Fragen vorgesehen. Zusätzlich zielen die Fragen auf den Beginn und die Dauer der einzelnen Symptome ab, sowie auf den subjektiven Leidensdruck, Auswirkungen der Symptome auf das soziale Funktionsniveau, Entwicklungsbeeinträchtigungen, allgemeine Antwortvalidität, den generellen PTBS-Schweregrad, Verbesserung der Symptome seit dem letzten CAPS-Interview und Angaben zum dissoziativen Subtyp (Depersonalisation und ...)

Startseite
Startpage (Englisch)
CAPS-CA-5 (German) Interview
Webbasiertes Elternprogramm bei seltener chronischer Erkrankung eines Kindes (WEP-CARE)
Beratung für Eltern eines chronisch kranken Kindes im Internet (BECKI)
Lebensqualitäts-Monitoring Online
Traumascreening für Kinder und Jugendliche (CATS)

Traumafokussierte Therapie

«Wir behandeln unsere Klienten nicht, um sie von etwas zu heilen, das ihnen in der Vergangenheit angetan worden ist; vielmehr versuchen wir, sie von dem zu heilen, was sie immer noch sich selbst und anderen antun, um mit dem, was ihnen in der Vergangenheit angetan wurde, fertig zu werden.»

*Philip M. Bromberg (1998),
US-Psychologe und Psychoanalytiker*

Traumafokussierte Therapie mit Kindern und Jugendlichen

Grundvoraussetzung

Traumatisierendes Umfeld

- Unberechenbarkeit
- Einsamkeit
- Nicht gesehen/ gehört werden
- Geringschätzung
- Bedürfnisse missachtet
- Ausgeliefert sein – andere bestimmen absolut über mich
- Leid

Traumasesensible Umgebung

- Transparenz/ Berechenbarkeit
- Beziehungsangebote
- Beachtet werden/ wichtig sein
- Wertschätzung (Besonderheit)
- Bedürfnisorientierung
- Mitbestimmen können - Partizipation
- Freude

Quelle: Marc Schmid

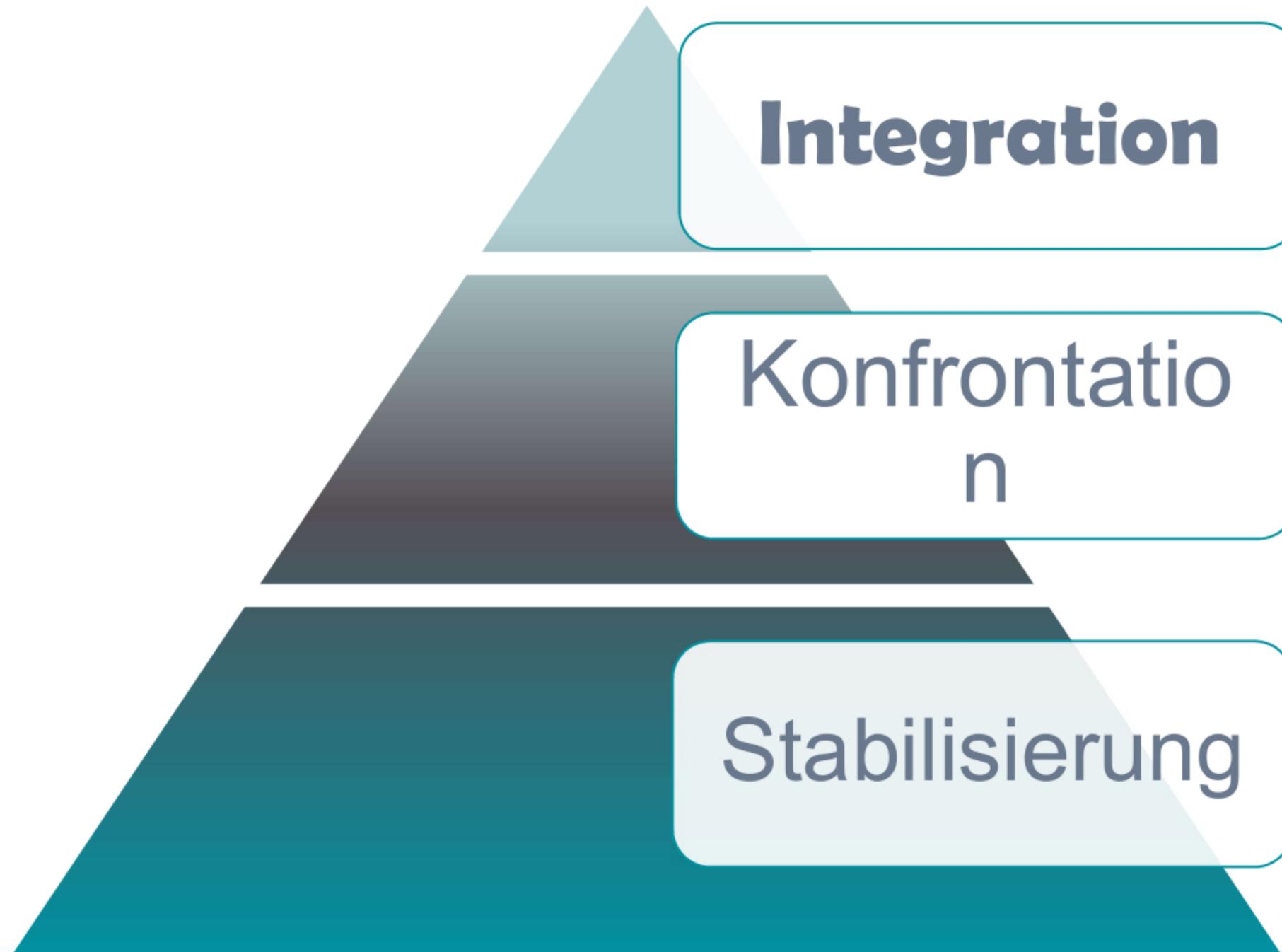
Traumafokussierte Therapie mit Kindern und Jugendlichen

Empfehlung der AWMF-S3-Leitlinie

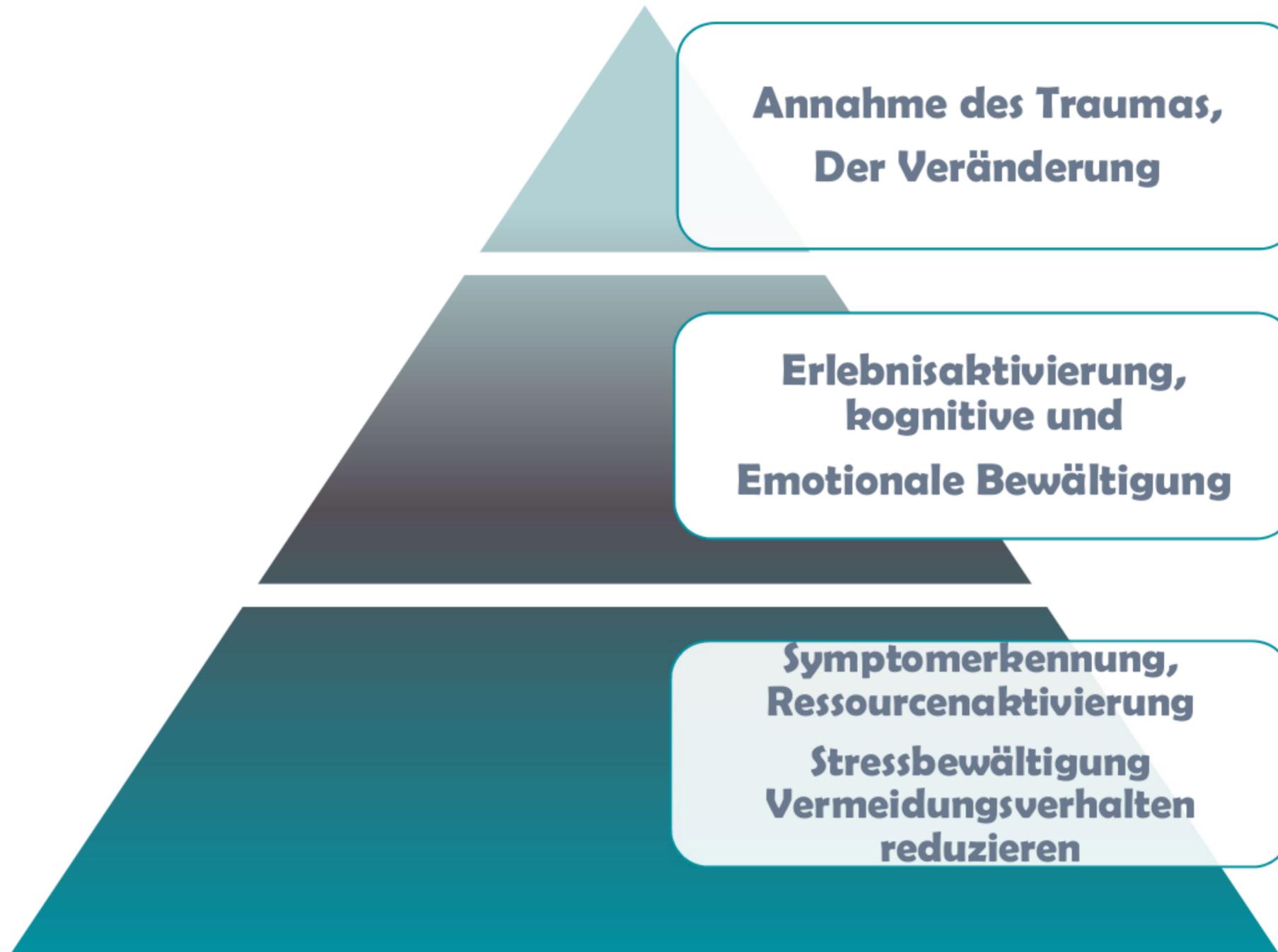
*„Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung ist Behandlung erster Wahl die traumafokussierte Psychotherapie, bei der **der Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung** liegt.“*

„Eine traumafokussierte Psychotherapie soll jedem Kind/Jugendlichem mit PTBS angeboten werden.“

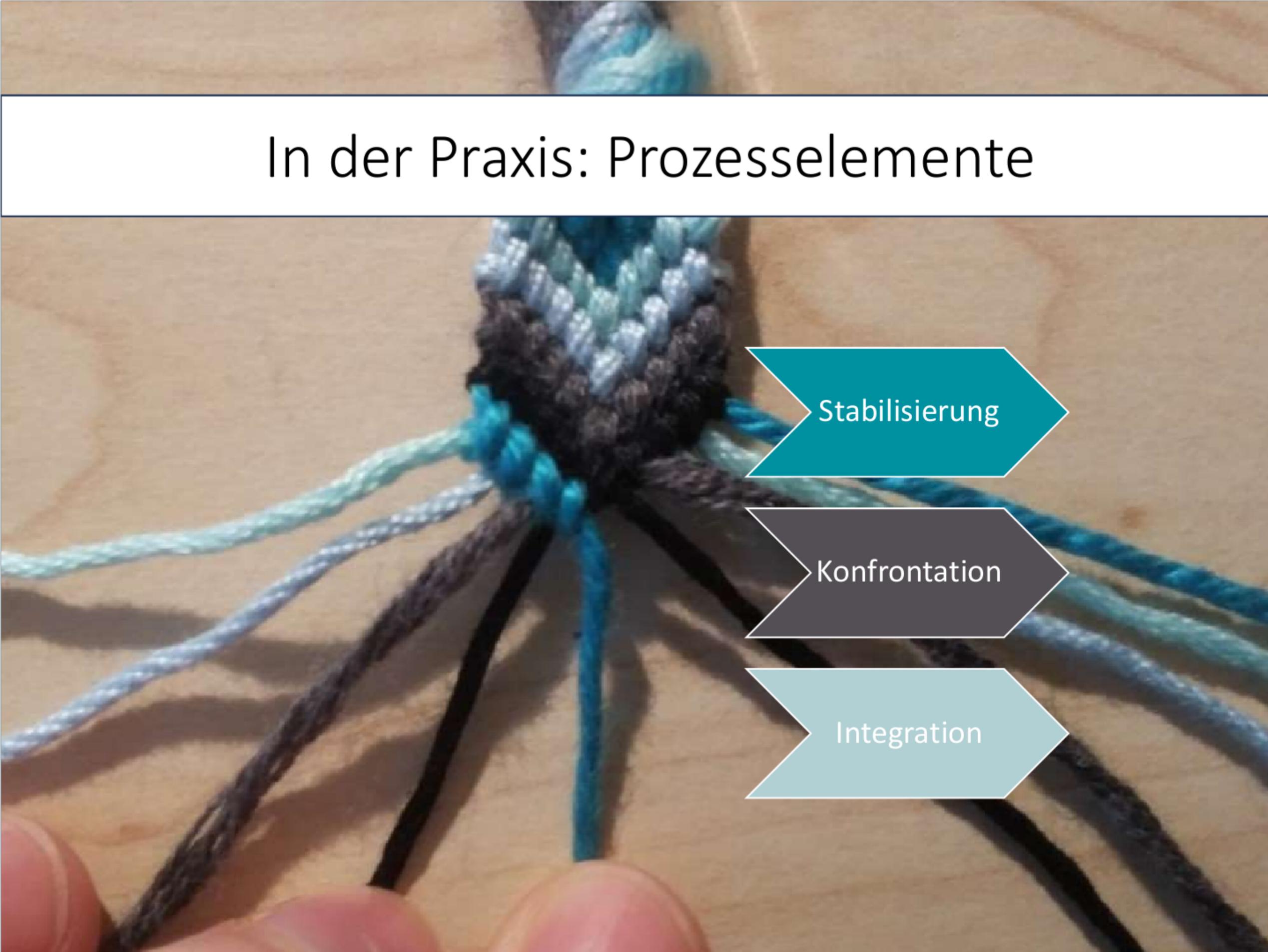
In der Theorie: Therapiephasen



In der Theorie: Therapiephasen



In der Praxis: Prozesselemente



Stabilisierung

Konfrontation

Integration

Ist eine traumafokussierte Behandlung unbedingt notwendig / immer sinnvoll?

→ **weitestgehend ja! (sofern eine PTBS vorliegt)**

- Indikation lässt sich aus dem (umfassend geprüften) Modell von Ehlers & Clark ableiten:
 - Integration der Erinnerung / Traumagedächtnis
 - Verarbeitung dysfunktionaler Kognitionen
- ermöglicht den Patient:innen Bewältigungserfahrung (Selbstwirksamkeit vs. Ohnmacht/Hilflosigkeit)
- setzt die Weichen für eine offene, gesunde Kommunikation über problematische Kindheitserfahrungen
- Patient:innen erlernen den Umgang mit Erinnerungen an Traumata und Verluste
- Patienten:innen bleiben nicht alleine mit ihren Erlebnissen

Ist eine traumafokussierte Behandlung unbedingt notwendig / immer sinnvoll?

→ **aus Sicht des heutigen Forschungsstands: ja!**

- aus Leitlinienempfehlungen und Metaanalysen geht klar hervor, dass alle wirksame Verfahren einen traumafokussierten Anteil beinhalten
- alleinige stabilisierende/supportive Interventionen schneiden viel schlechter ab und können nicht empfohlen werden
- vgl. bei Erwachsenen (mehr Studien):
 - keine überzeugende Evidenz, dass Stabilisierung nötig oder überlegen ist
 - leichte Überlegenheit von Exposition und Exposition + kognitive Bearbeitung gegenüber der reinen kognitiven Bearbeitung
 - keine negative Effektstärken bei KVT

Therapieoptionen

**Stabilisierung durch Konfrontation –
Konfrontation durch Stabilisierung**



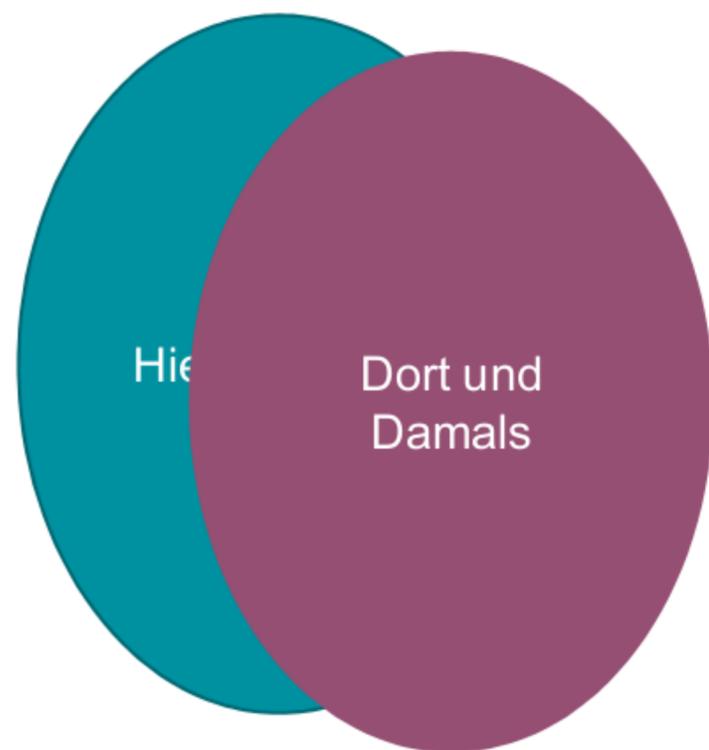
Therapieoptionen

**Stabilisierung durch Konfrontation –
Konfrontation durch Stabilisierung**



Therapieoptionen

**Stabilisierung durch Konfrontation –
Konfrontation durch Stabilisierung**



Therapieoptionen

Stabilisierung durch Konfrontation – Konfrontation durch Stabilisierung



Traumafokussierte Therapie mit Kindern und Jugendlichen

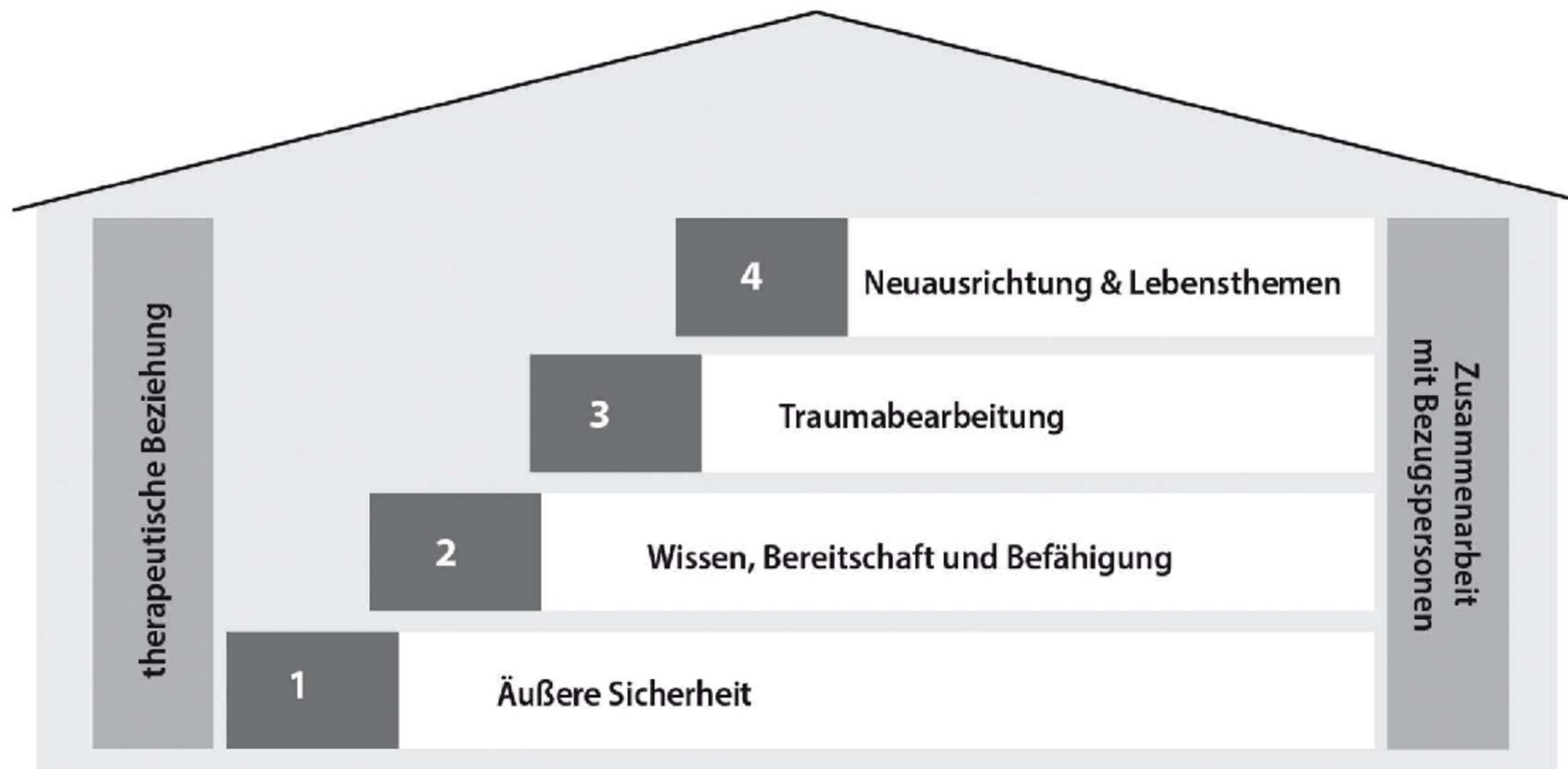
Empfehlung der AWMF-S3-Leitlinie

„Bei der PTBS im Kindes- und Jugendalter ist die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie die Behandlung erster Wahl.“

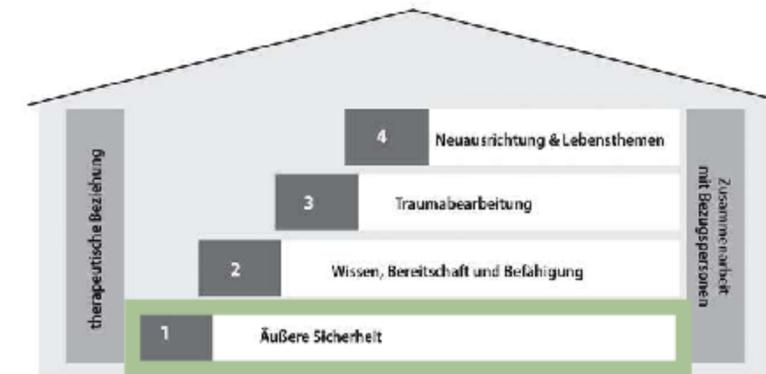


Traumafokussierte Therapie mit Kindern und Jugendlichen

Behandlung nach dem Stufenmodell



Stufe 1: Äußere Sicherheit

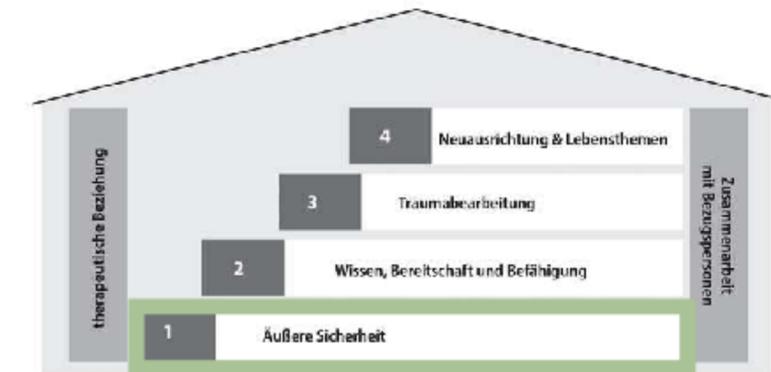


- Zeitliche Orientierung ist die **Gegenwart**
- Typische Themen:
 - Kinderschutz – sind weitere Übergriffe oder Bedrohungen zu befürchten?
 - Umgang mit Suizidalität und Krisen
 - Körperliche Gesundheit
 - Kindgerechte Wohnsituation, Tagesstruktur, ausreichend erreichbare und verlässliche Bezugspersonen
- Enge Zusammenarbeit mit Bezugspersonen, Jugendamt, Polizei, Anwält:innen, Richter:innen, Lehrer:innen und Erzieher:innen

Stufe 1: Äußere Sicherheit

Fallbeispiel Carlotta:

- Als ich beginne, mit Carlotta zu arbeiten, ist der übergriffige Nachbar bereits in Haft und es gibt keinen weiteren Kontakt.
- Allerdings ist es zu Beginn der Therapie nötig, mit Carlotta einen konkreten Krisenplan zu erstellen und einen Lebensvertrag zu schließen, in dem sie zusicherte, während der Therapie keine weiteren Suizidversuche zu unternehmen.



Lebensvertrag
Zwischen
Carlotta
(Patient:in)
und
Dr. Szesny-Mahlau
(Therapeut:in)

Ich, Carlotta, werde bis zum Ende der Psychotherapie am Leben bleiben und mein Leben auch nicht unabsichtlich in Gefahr bringen, egal, was passiert, und egal, wie ich mich fühle. Ich werde bis dahin alle Möglichkeiten nutzen, die mir dabei helfen, dieses Versprechen zu halten.

Im Falle einer akuten Verschlechterung werde ich mich an den Notfallplan halten:

1. Etwas tun, was mich beruhigt: Tiefe Bauchatmung, Schlagzeug spielen
2. Eine (erwachsene) Vertrauensperson kontaktieren: Mama oder Frau Heinrich
3. Den Krisendienst kontaktieren / meine Notfallnummer wählen: Krisenchat oder 0800 655 3000
4. An einer stationären Einweisung zur Krisenintervention mitwirken. Meine zuständige Psychiatrie ist: Heckscher Klinik München

22.04.2018

Datum

Carlotta

Unterschrift Patient:in

Szesny-Mahlau

Unterschrift Therapeut:in

Stufe 2: Wissen, Bereitschaft, Befähigung



- Zeitliche Orientierung ist die **Gegenwart**
- **Typische Themen:**
 - Aufbau eines haltgebenden Rahmens in der therapeutischen Beziehung

Stufe 2: Wissen, Bereitschaft, Befähigung

Fallbeispiel Carlotta



„Ich fühle mich einfach so ekelig. Ich kann mir nicht vorstellen, dass es irgendjemand in meiner Nähe aushalten kann. Oft denke ich, dass man mir ansieht, was passiert ist, und dass andere mich ebenfalls ekelig finden. Alles fühlt sich klebrig an, so als wäre ich irgendwie dreckig oder würde komisch riechen. Außerdem muss ich mich oft übergeben, wenn ich Sport mache oder manchmal auch einfach so – das ekelt die anderen sicher auch, wenn sie das sehen. Ich verstehe gar nicht, warum das so ist, aber so will ich eigentlich nur noch alleine sein.“

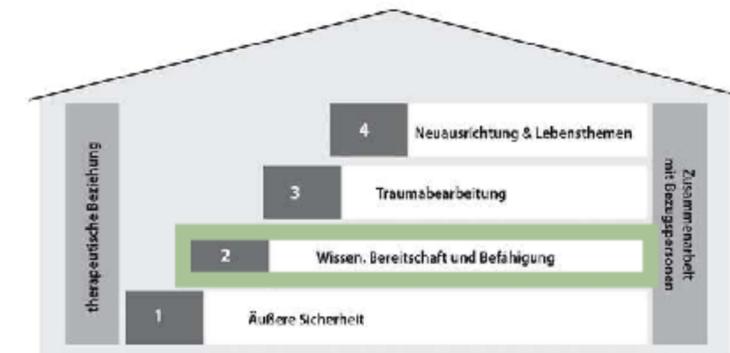
Ich schäme mich so, dass ich ihm geglaubt habe, und auch dafür, dass ich ihn irgendwie vermisse. Das zeigt doch, dass etwas mit mir nicht stimmt.“

Stufe 2: Wissen, Bereitschaft, Befähigung



- Zeitliche Orientierung ist die **Gegenwart**
- **Typische Themen:**
 - Aufbau eines haltgebenden Rahmens in der therapeutischen Beziehung
 - Verständnis für Zusammenhänge zwischen Trauma und aktuellem Erleben und Verhalten
 - Aufbau von Motivation und Zuversicht
 - Vermittlung von Strategien im Umgang mit starker Anspannung, überwältigenden Gefühlen und störenden Symptomen
 - **Vorbereitung auf die traumafokussierte Arbeit**

Stufe 2: Wissen, Bereitschaft, Befähigung



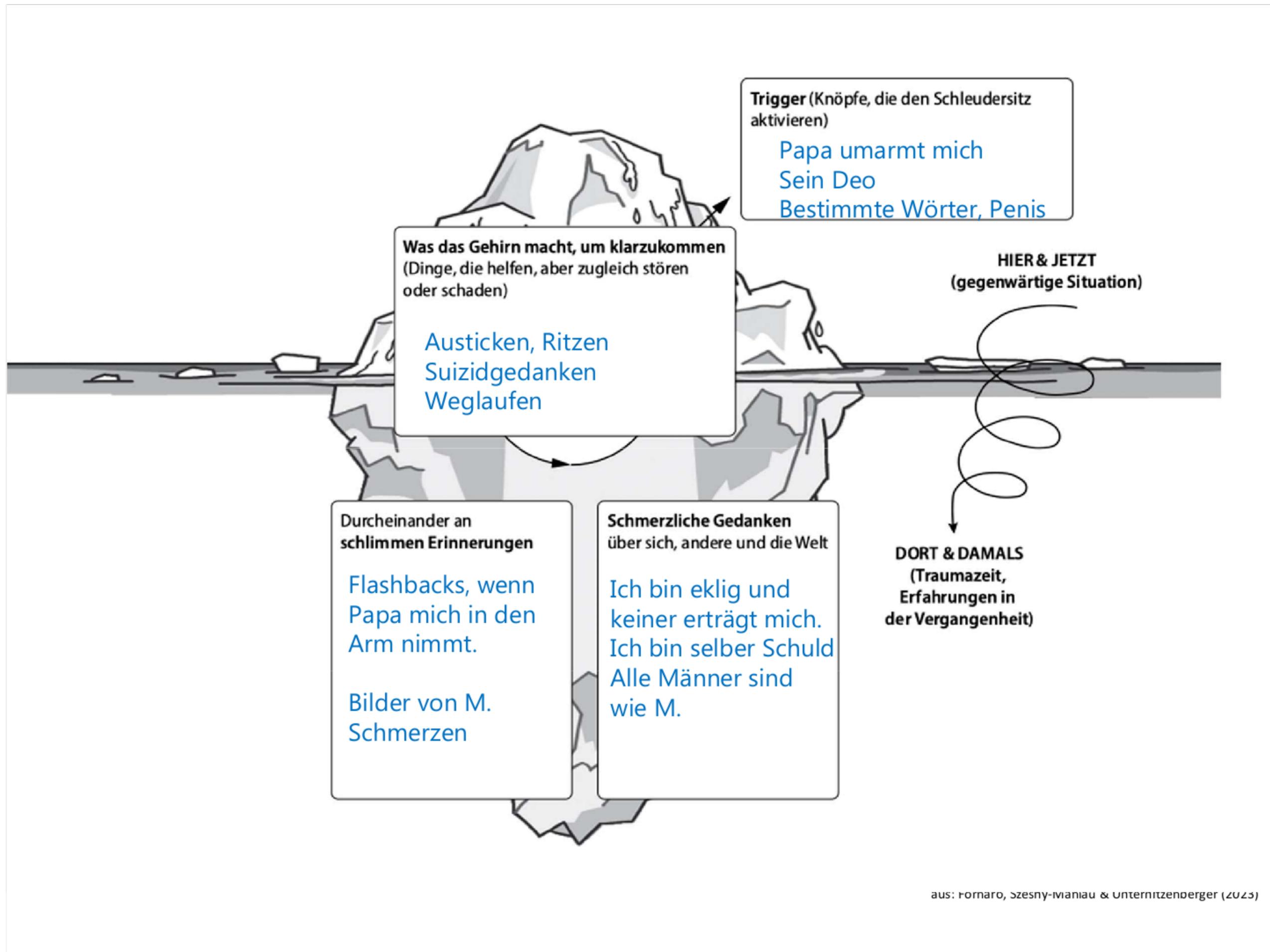
Exkurs:

Mit der **traumafokussierten Psychoedukation** verfolgen wir mindestens drei gleichrangige Ziele:

1. Konkrete Informationen zu den erlebten Traumata bieten Wissen und Entlastung.
2. Durch die Erklärbarkeit und Normalisierung der Symptome erfahren Kinder und Jugendliche, aber auch ihre Bezugspersonen Verständnis, Halt und eine erste Stabilisierung.
3. Die gemeinsame Erarbeitung eines Störungsmodells und daraus logisch ableitbare Veränderungsschritte lassen Motivation und einen klaren Fahrplan für die weitere Therapie entstehen.

Die ganze Zeit über achten wir darauf, explizit durch die Inhalte und implizit durch unsere therapeutische Haltung vier entlastende Kernbotschaften zu transportieren:

1. **PTBS-Symptome sind eine normale Reaktion auf ein unnormales Ereignis!**
2. **Du bist nicht der / die Einzige!**
3. **Du bist nicht schuld!**
4. **Es gibt Hoffnung auf Besserung!**



4. Wenn der Bauch des Eisbergs kleiner wird, können Häschen und Denker besser zusammenarbeiten und zwischen HEUTE und DAMALS unterscheiden. Dann löst es nicht mehr so viele nervige Reaktionen aus und man muss sich nicht mehr so anstrengen, um sich sicher und glücklich zu fühlen.

3. Wir lösen die Verbindung zwischen Triggern und dem Schleudersitz auf.

Trigger (Knöpfe, die aktivieren)

Papa umarmt mich
Sein Deo
Bestimmte Wörter, Penis

Was das Gehirn macht, um klarzukommen (Dinge, die helfen, aber zugleich stören oder schaden)

Austicken, Ritzen
Suizidgedanken
Weglaufen

HIER & JETZT
(gegenwärtige Situation)

DORT & DAMALS
(Traumazeit,
Erfahrungen in
der Vergangenheit)

2. Wir überlegen, ob wir Gedanken finden, die helfen, sich besser zu fühlen.

1. Wir räumen die Erinnerungen auf, damit sie einen guten Platz im Gedächtnis bekommen und nicht mehr so stören und belasten.

Durcheinander an
schlimmen Erinnerungen

Flashbacks, wenn
Papa mich in den
Arm nimmt.

Bilder von M.
Schmerzen

Schmerzliche Gedanken
über sich, andere und die Welt

Ich bin ekelig und
keiner erträgt mich.
Ich bin selber Schuld
Alle Männer sind
wie M.

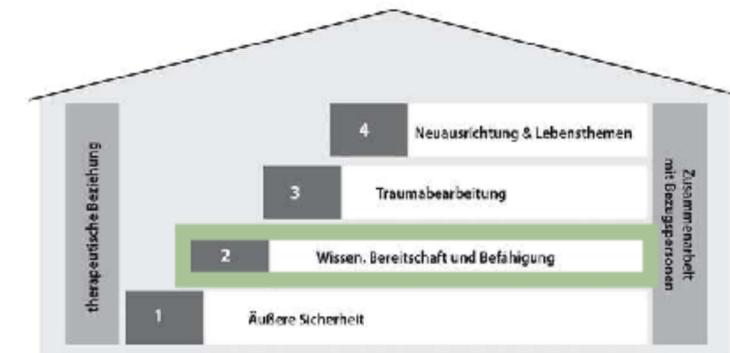
aus: Fornaro, Szesny-Mahlau & Unterhitzenberger (2023)

Übung:

- 3- 4 Personen im Breakoutroom
- Ein Patient / eine Bezugsperson und ein Therapeut
- Erklärt das Eisbergmodell nochmal in eigenen Worten
- Achtet darauf:
 - Alle Reaktionen als NORMALE REAKTIONEN auf UNNORMALE EREIGNISSE zu beschreiben
 - Zu erklären, dass es VIELEN KINDERN / JUGENDLICHEN so geht
 - Zu sagen, dass Kinder oder Jugendliche NIEMALS SCHULD sind, wenn ein Trauma passiert
 - Dass es HOFFNUNG auf BESSERUNG gibt

Stufe 2: Wissen, Bereitschaft, Befähigung

Fallbeispiel Carlotta



- Carlotta versteht durch traumafokussierte Psychoedukation, wie ihre Impulsdurchbrüche, die Schlafstörungen und ihre Anspannung mit der sexualisierten Gewalt, die sie erlebt hat zusammenhängen.
- Durch die Diagnostik und die Psychoedukation baut sie rasch Vertrauen zu ihrer Therapeutin auf und möchte die Behandlung unbedingt ambulant mit ihr fortsetzen.
- Sie lernt Methoden um starke Gefühle zu regulieren, Impulsdurchbrüche zu verringern und ist bereit alles zu tun, um sich an die Absprachen zu halten.

Stufe 2: Wissen, Bereitschaft, Befähigung

Exkurs Umgang mit Gefühlen



Ein Skill ist alles was hilft und nicht schadet.

Skillsketten ausprobieren / Skillskoffer packen

Der Koffer sollte für mögliche Krisensituationen immer dabei sein. Daher sollte er möglichst klein und handlich sein.

Der Notfallkoffer enthält 3-4 Skills,...

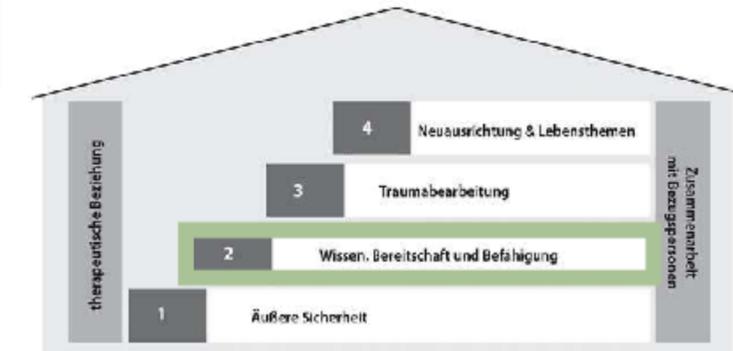
- die besonders hilfreich sind.
- die schnell verfügbar sind.
- die fast immer anwendbar sind.



aus: Fornaro, Szesny-Mahlau & Unterhitzberger (2023)

Stufe 2: Wissen, Bereitschaft, Befähigung

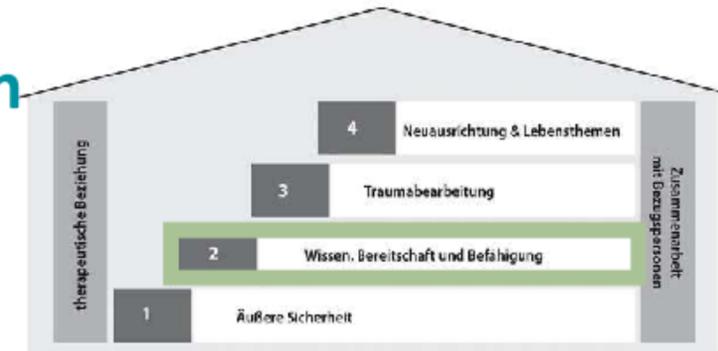
Fallbeispiel Carlotta



- Carlotta versteht durch traumafokussierte Psychoedukation, wie ihre Impulsdurchbrüche, die Schlafstörungen und ihre Anspannung mit der sexualisierten Gewalt, die sie erlebt hat zusammenhängen.
- Durch die Diagnostik und die Psychoedukation baut sie rasch Vertrauen zu ihrer Therapeutin auf und möchte die Behandlung unbedingt ambulant mit ihr fortsetzen.
- Sie lernt Methoden um starke Gefühle zu regulieren, Impulsdurchbrüche zu verringern und ist bereit alles zu tun, um sich an die Absprachen zu halten.
- Besonders gut helfen ihr die tiefe Bauchatmung, Ammoniak-Lavendel-Ampullen und ihr Akupunkturing.
- Die Therapeutin informiert Schule und Hort und stellt sicher, dass sie hier und von ihrer Mutter dabei unterstützt wird, die in der Therapie erlernten Fertigkeiten einzusetzen.
- Carlotta kann sich so aktiv entscheiden, die traumakonfrontative Behandlung zu beginnen.

Stufe 2: Wissen, Bereitschaft, Befähigung

Exkurs: Achtsamkeits- und Entspannungsübungen traumasensitiv gestalten



Wenn wir Übungen aus den Bereichen Entspannung und Achtsamkeit einsetzen, ist es wichtig, dass wir die besonderen Bedürfnisse von traumatisierten Patient:innen im Blick behalten:

1. Ein Hauptmerkmal traumatischer Situationen ist es, keine Wahl zu haben. Bei Übungen sollten wir also immer eine **Wahlmöglichkeit** anbieten.
2. Wir achten auf Körpersignale, die darauf hinweisen, dass das Kind sich nicht innerhalb des Toleranzfensters befindet. Färbung der Haut, Körperspannung, Stimmlage, Körperhaltung und Blickrichtung geben wichtige Hinweise.
3. Ebenfalls wichtig ist, darauf zu achten, den **Bezug zum Hier und Jetzt** nicht gänzlich zu verlieren.
 - eher aktive Entspannungsverfahren wie z.B. progressive Muskelentspannung
 - dazu aufzufordern, ein wenig Spannung zumindest noch in einem Körperteil zu halten
 - im Stehen oder im Gehen üben oder im Liegen einen Arm nach oben strecken, der im Fall einer Dissoziation herunterfällt
 - Bewegungsübungen, die der Entspannung dienen, wie etwa traumasensibles Yoga

Vor allem dann, wenn man die Kinder oder Jugendlichen noch nicht lange kennt, ist es wichtig, Reaktionen genau zu beobachten und **rasch Reorientierungs- oder antidissoziative Skills** anzubieten.

Stufe 3: Traumabearbeitung

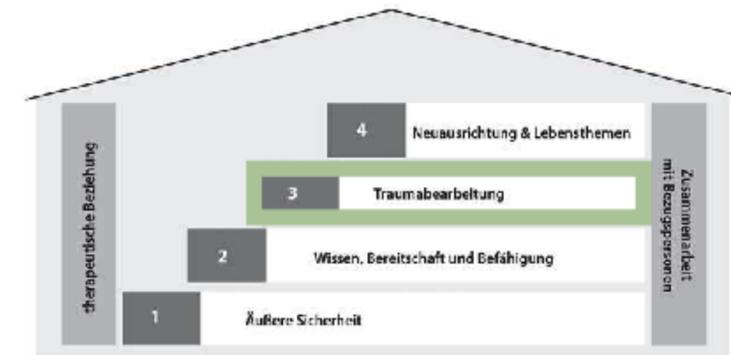
Verschiedene traumafokussierte Verfahren sind wirksam!

Gemeinsamkeiten:

- Zeitliche Orientierung ist die **Vergangenheit**
- **Alle evidenzbasierte Verfahren enthalten konfrontative Elemente**

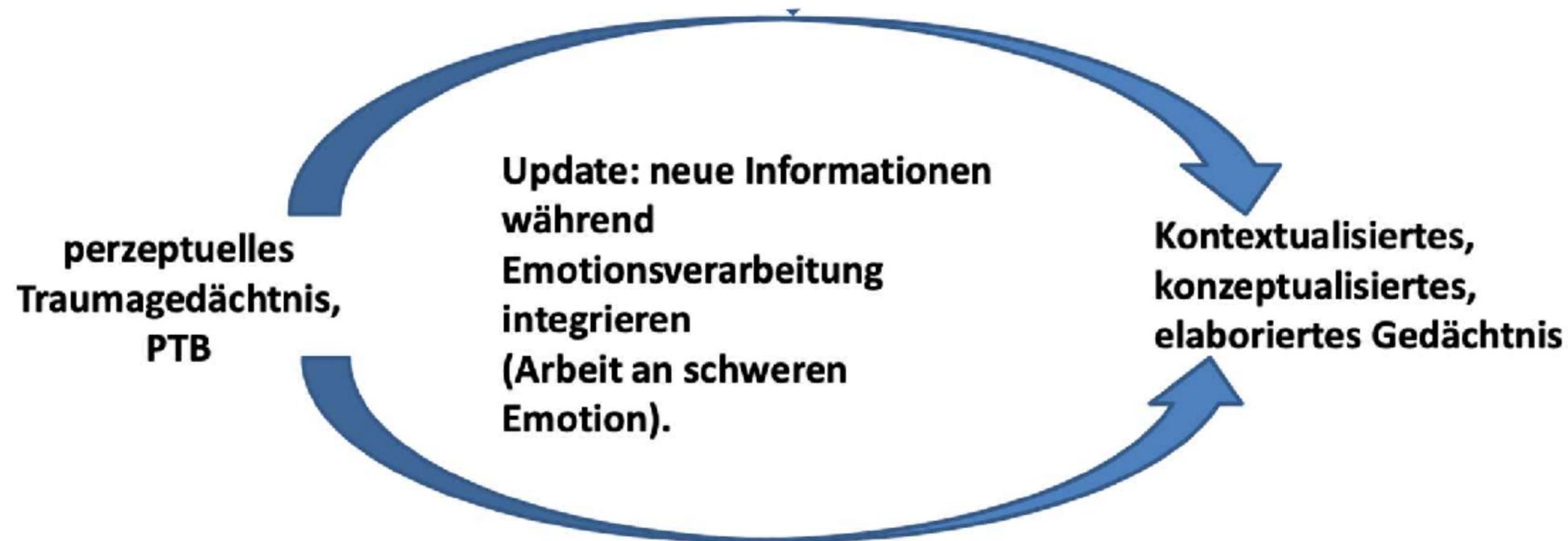
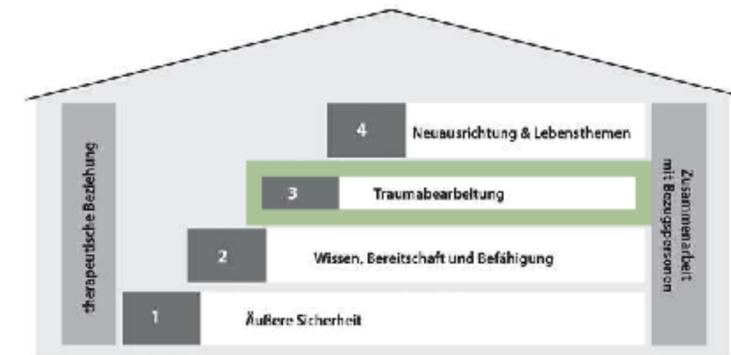
Definition Retraumatisierung:

„...untherapeutisches ‚Aufwühlen‘ der traumatischen Erinnerungen ohne Möglichkeit der psychischen Verarbeitung.....“

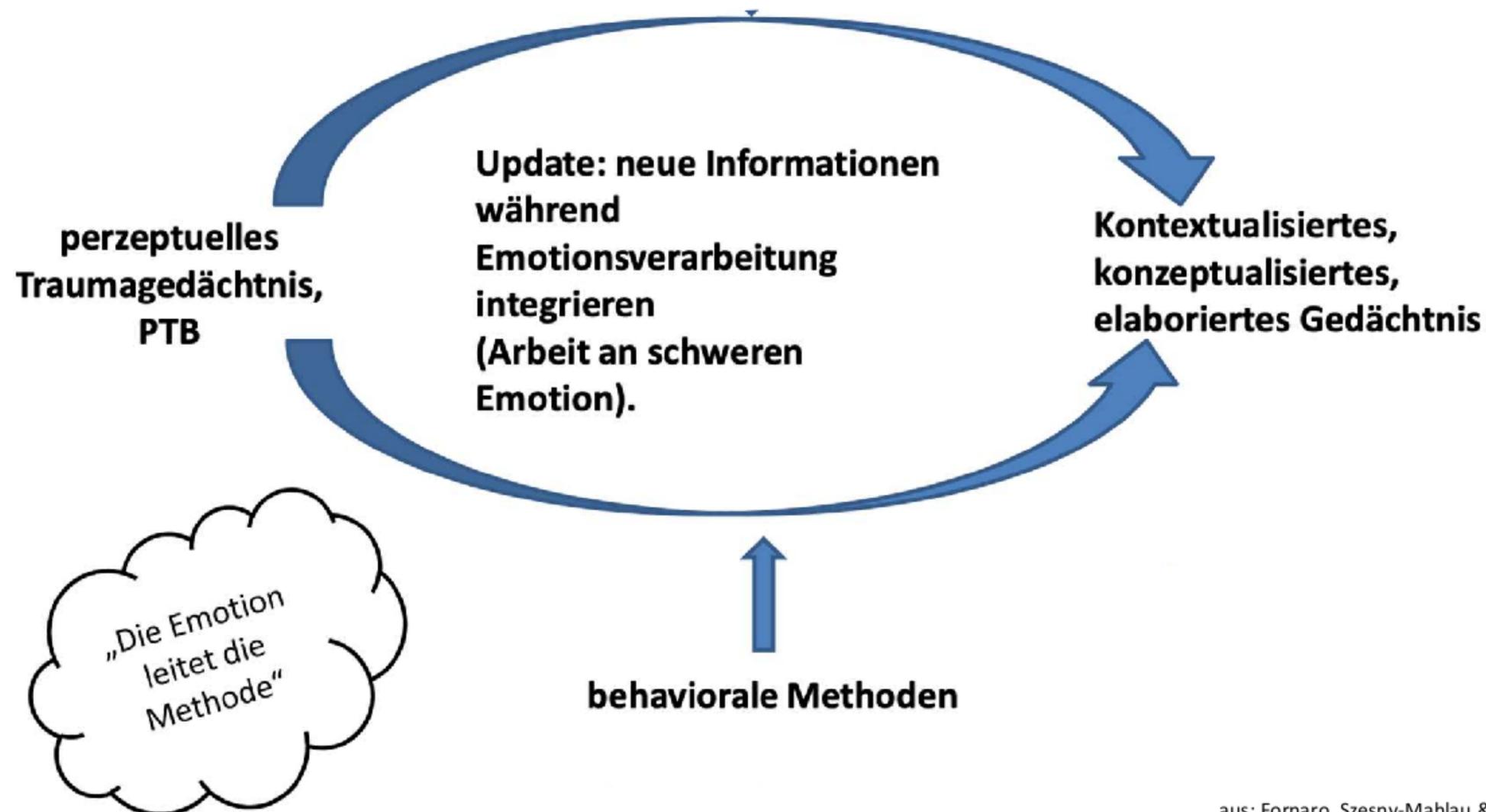


(Maercker, 2005, S. 999)

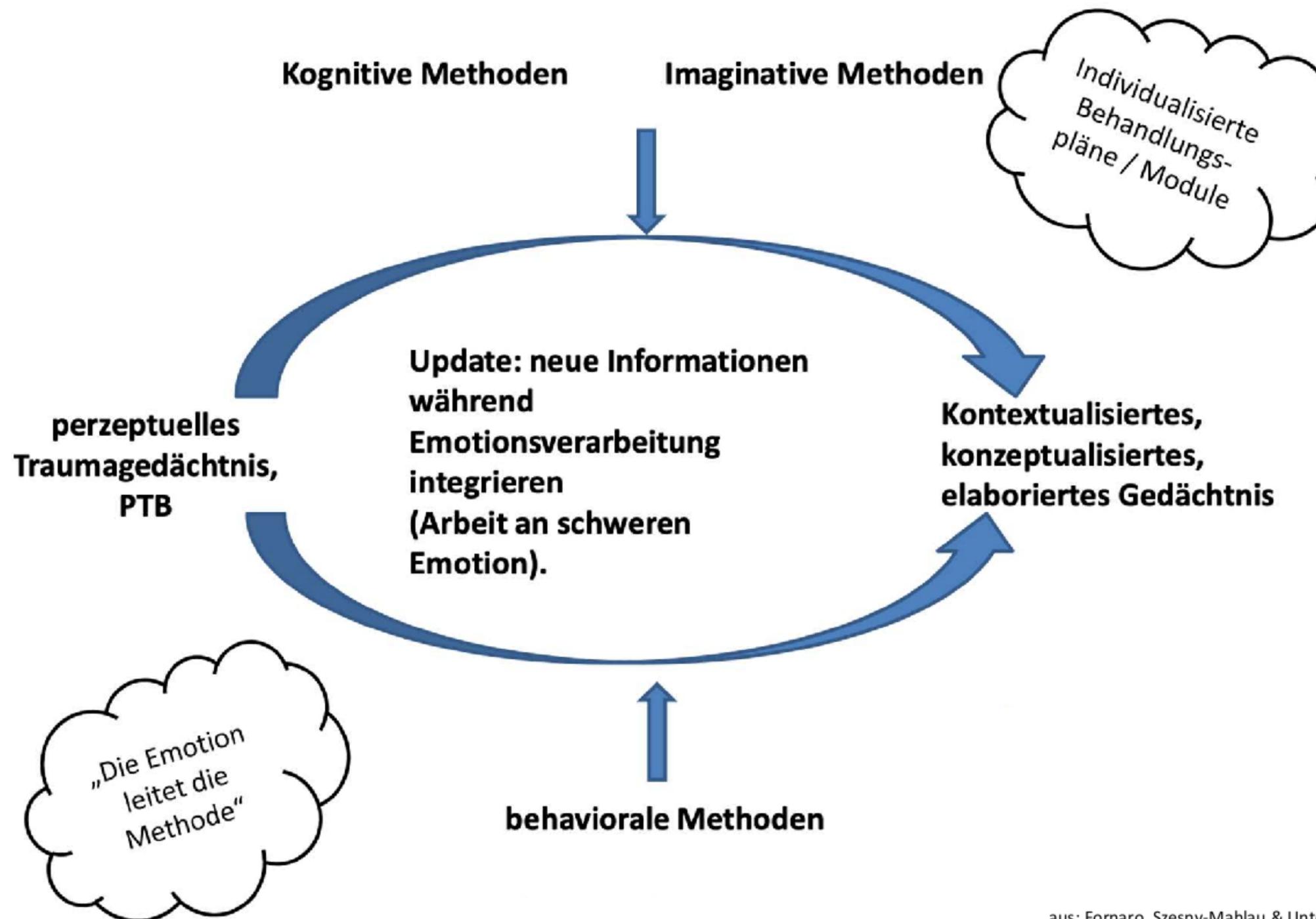
Stufe 3: Traumabearbeitung



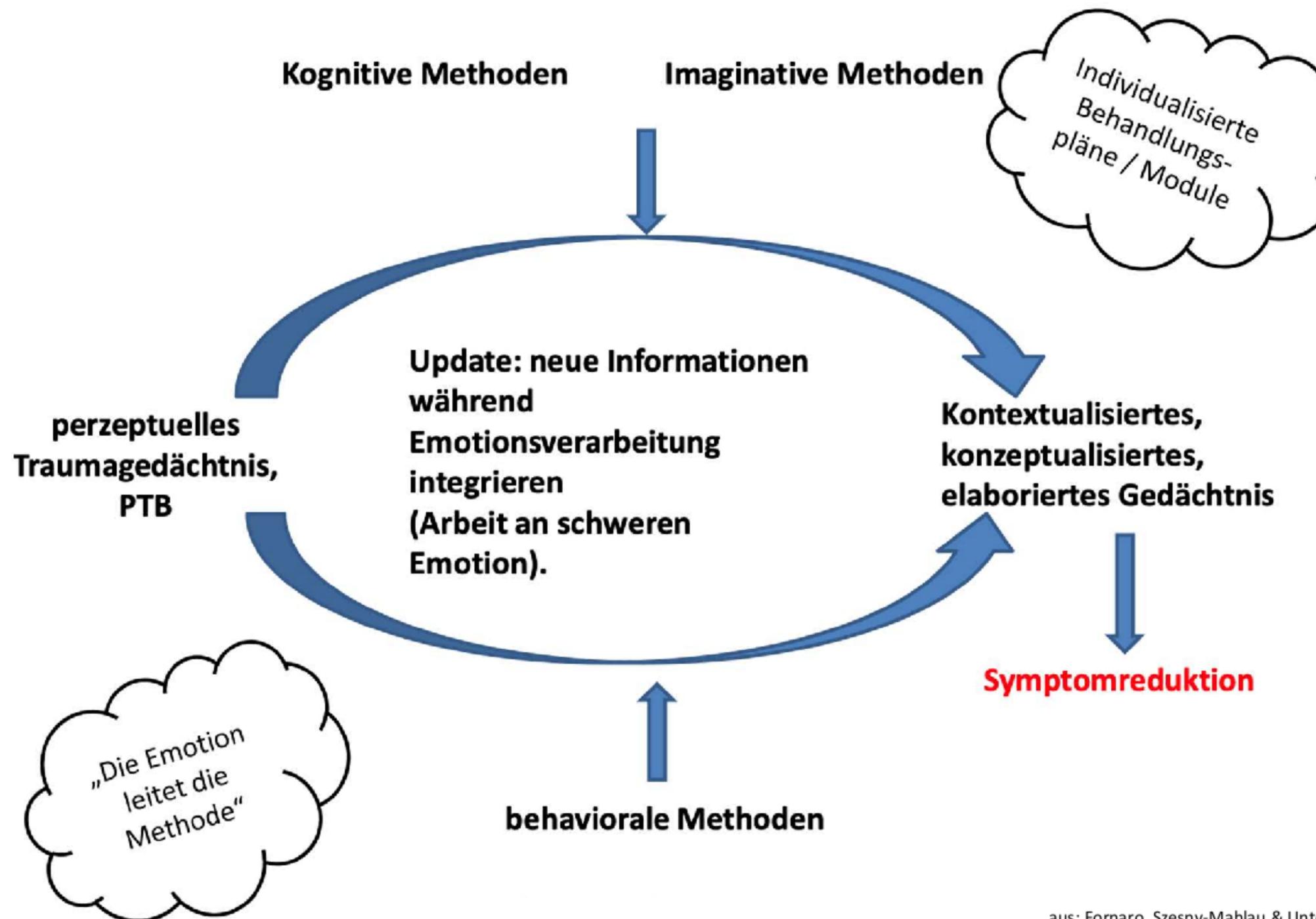
Stufe 3: Traumabearbeitung



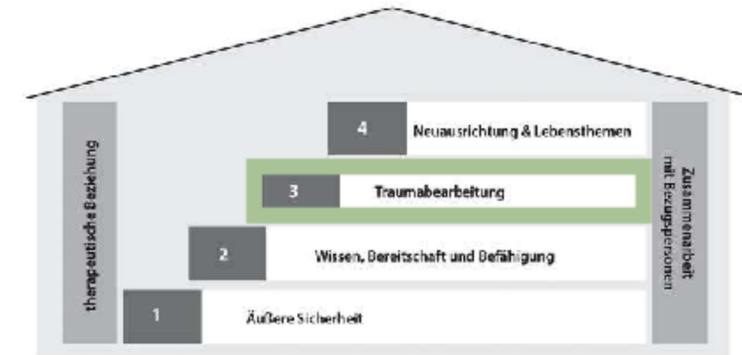
Stufe 3: Traumabearbeitung



Stufe 3: Traumabearbeitung



Stufe 3: Traumabearbeitung



Arbeit mit Traumanarrativen

Ziele:

- den traumatischen Erfahrungen ihre Macht nehmen
- die Erinnerungen sortieren
- schmerzliche Gedanken und Gefühle überwinden
- Zeugenschaft erfahren

Methoden:

- aktive Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen
- altersgerechtes Format (malen, spielen, schreiben)
- im Vordergrund steht der emotionale Prozess – nicht der Inhalt

Stufe 3: Traumabearbeitung

Fallbeispiel Carlotta Ausschnitt aus Narrativ

Das bin ich....

Ich bin Carlotta und möchte euch was erzählen. Eigentlich bin ich ein fröhlicher Mensch. Ich lache viel und bin gern draußen. Ich spiele sehr gerne Schlagzeug. In der Band verstehe ich mich mit den Mädels ganz gut. Wir haben viel Spaß zusammen. Noch mehr Spaß habe ich mit Mella und Tina, zwei super Freundinnen. Mit denen kann ich alles machen und über alles reden. Sehr wohl fühle ich mich draußen. Mein Lieblingsplatz ist der ...berg. Das liegt bei Da fühle ich mich geborgen. Dort kann ich über alles in Ruhe nachdenken. Und nachdenken tu ich viel.

Stufe 3: Traumabearbeitung

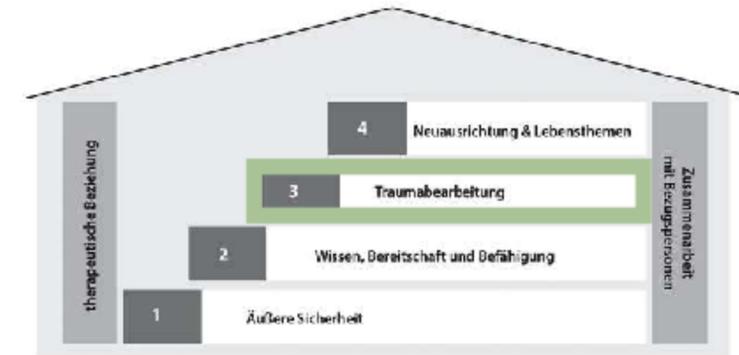
Fallbeispiel Carlotta Ausschnitt aus Narrativ

Weihnachten

Ein zweites Erlebnis macht mir noch sehr zu schaffen. Es war kurz vor Weihnachten. Draußen war es dunkel. Ich war bei ... im Zimmer. Er hat mich wieder überrumpelt. Ich sehe immer wieder das Bild vor mir, wie er ohne Hose auf mir liegt. Auch ich habe keine Hose mehr an. Es war so ekelig. Ich habe versucht, ihm kurz ins Gesicht zu schauen. Er machte einen sehr zufriedenen Gesichtsausdruck. Das konnte ich nicht ertragen und schaute zur Seite. Ich dachte: „Warum? Hör doch bitte auf!“ Das passte für mich nicht zusammen. Die Stimmung weihnachtlich, der zufriedene Gesichtsausdruck und er tut mir einfach nur so schrecklich weh. Die Frage stellt sich immer wieder: „Warum?“ Eigentlich will ich die Antwort gar nicht wissen. Ich will einfach nur Ruhe vor

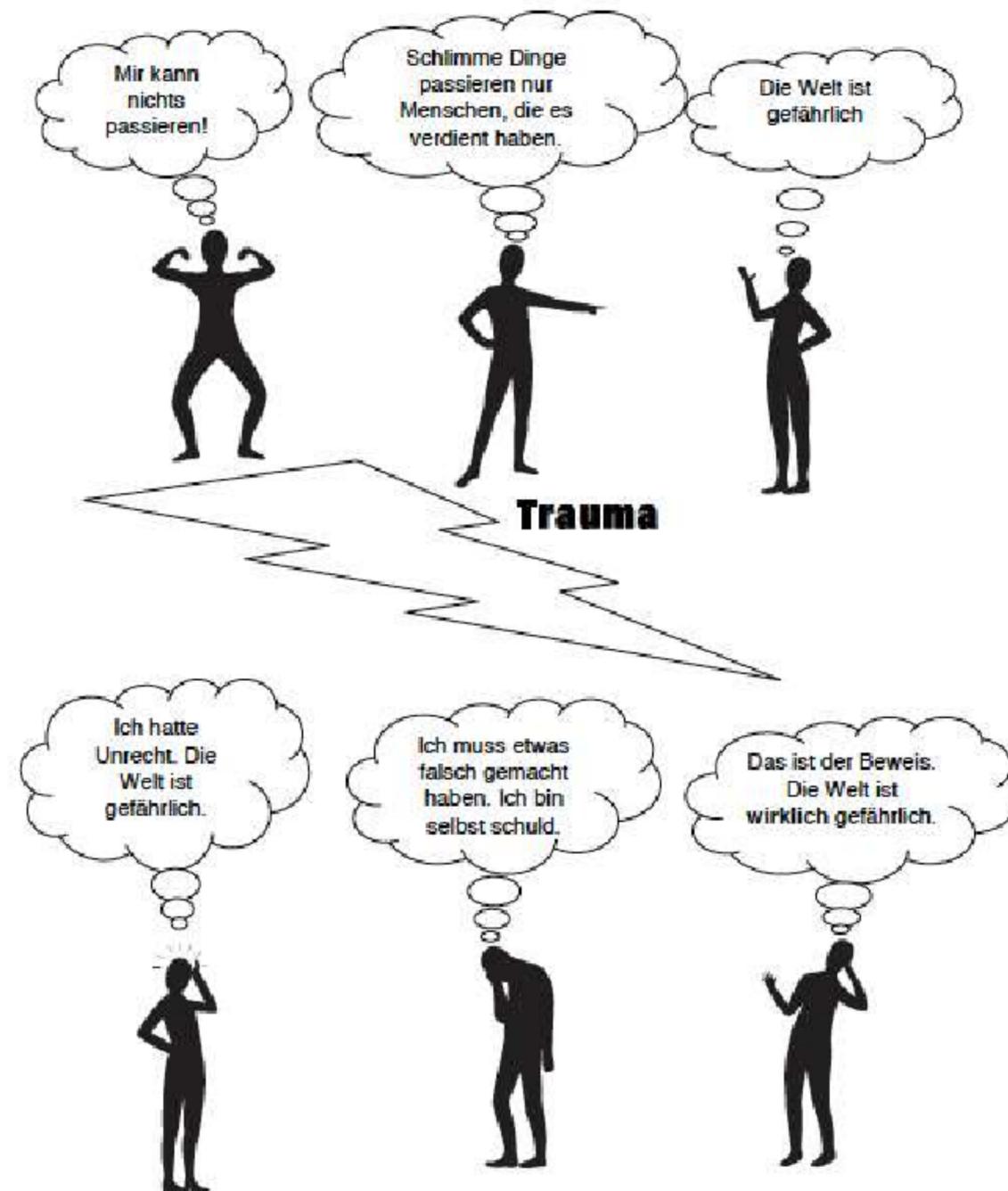
Als er fertig ist, sagt er: „Ich hab dich so lieb, das war doch auch schön für dich? Du bist jetzt eine richtige Frau, das verstehen die anderen nur nicht! Aber ich bin immer für dich da.“ Ich schäme mich und murmle nur „Ja, Ja...“. Ich will einfach nur nach Hause.

Stufe 3: Traumabearbeitung



Arbeit mit Traumanarrativen

- Aus dem Narrativ werden Gedanken herausgearbeitet, die die Bewältigung bislang verhindert haben
- Diese werden dann nach und nach verändert, sodass sich wieder ein realistischer Blick auf die Welt und auf die Person ergibt



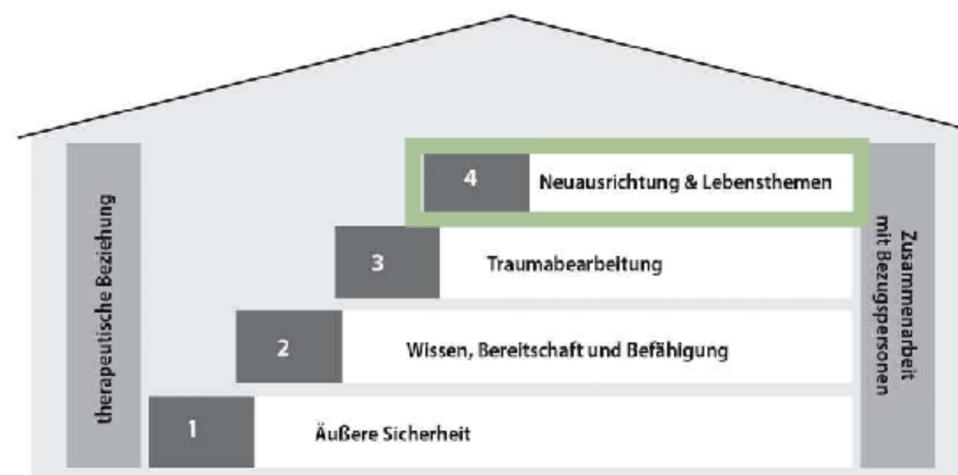
Stufe 3: Traumabearbeitung

Fallbeispiel Carlotta Ausschnitt aus Narrativ

Heute

- Heute, ungefähr ein Jahr danach, ist viel passiert. Zunächst konnte ich mit niemandem über den sexuellen Missbrauch sprechen. Mittlerweile habe ich es geschafft, mich mehreren Menschen anzuvertrauen. Das war ein wichtiger und richtiger Schritt für mich. Es hat mich erleichtert und hat mich aus einer unerträglichen Lage befreit. Außerdem können andere es besser verstehen, wenn es mir nicht so gut geht.
- Ich bekomme von vielen die Rückmeldung, dass ich ein starker Mensch bin. Ich denke sie bewundern, dass ich trotz allem was passiert ist, immer weitermache. Ich denke, sie haben Recht.
- Es gibt zwar immer noch Momente, in denen es mir richtig beschissen geht. Aber auch dann versuche ich immer nach vorne zu blicken. Ich denke dann an die Sachen, für die es sich zu Leben lohnt.

Stufe 4: Neuausrichtung, Lebensthemen



- Zeitliche Orientierung ist die **Zukunft**
 - Erneute Diagnostikphase
 - Bei Bedarf Behandlung weiterer komorbider Störungen
 - Insbesondere nach sexueller Traumatisierung:
 - Umgang mit Sexualität in der Zukunft ansprechen
 - Sicherheitstraining
 - Red-Flags in Beziehungen
- ... und alle Themen, die sonst noch wichtig sind...

Stufe 4: Neuausrichtung, Lebensthemen

Fallbeispiel Carlotta

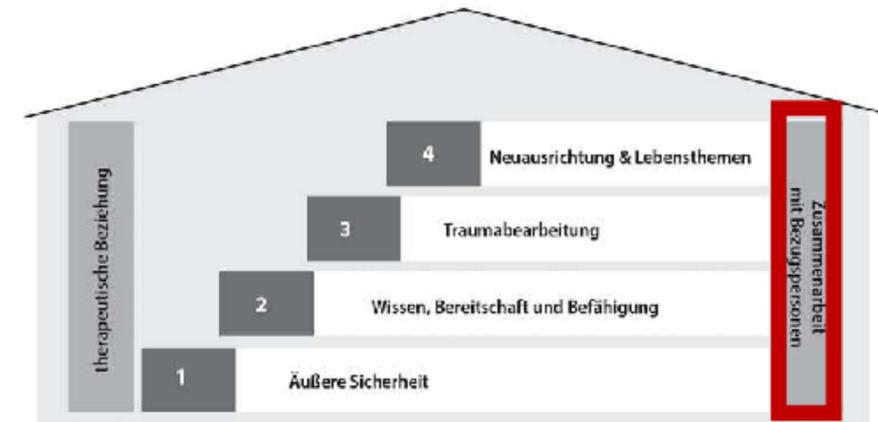
- Nach Abschluss der Traumaverarbeitung bricht die Vordiagnose einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens in sich zusammen.
- Durch die Bearbeitung des Traumas ist klarer zu erkennen, dass alle anfänglichen Symptome auf die PTBS zurückzuführen waren.
- Carlotta kann bei ihrer Mutter wohnen bleiben, anstatt in eine therapeutische Wohngruppe zu ziehen, wie zwischenzeitlich erwogen wurde.
- Sie kann weiterhin die Regelschule und den Hort besuchen.

Stufe 4: Neuausrichtung, Lebensthemen

Fallbeispiel Carlotta

- Carlottas Mutter begibt sich selbst in psychotherapeutische Behandlung, um ihre Schuldgefühle weiter aufzuarbeiten und an einer positiven Mutter-Kind-Beziehung zu arbeiten, was zuletzt aufgrund des immensen Drucks von außen kaum mehr möglich war.
- In Carlottas Therapie geht es noch für einige Stunden darum die Beziehung zu ihrem Körper weiter zu verbessern und sie beim erforschen eigener sexueller Bedürfnisse zu unterstützen sowie Kompetenzen in der Beziehungsgestaltung zu potentiellen Partner:innen aufzubauen.

Und mit den Bezugspersonen?



- „Die Denkwelt der Eltern bestimmt die Denkwelt der Kinder“
- Der Einbezug wichtiger Bezugspersonen sollte immer geprüft werden und auch unter schwierigen Bedingungen umgesetzt werden!
 - Trauma des Kindes = potentiell traumatisierendes Ereignis für Eltern
 - Umgang mit eigenen Schuldgefühlen und dysfunktionalen Gedanken
 - **ACHTUNG:** Unterschätzte Rolle des Elternteils, das nicht als Täter:in identifiziert wird
- Insgesamt gleicher Ablauf wie bei Kindern, entlang der Kindertherapie
- Bezugspersonen als Co-Therapeuten im Alltag.

Und mit den Bezugspersonen?

Stufe 1: Fallbeispiel Carlottas Mutter

*„... und dann hat Carlotta die Tür ihres Zimmers zugeknallt und gebrüllt: „Ich hasse dich!“
Ich wollte sie eigentlich nur darum bitten, dass sie sich etwas Wärmeres anzieht, sie hatte einen Minirock an. Ich war so wütend auf sie, ich merkte, wie stark mein Herz klopfte.
Kein Wunder, dass sie immer wieder in brenzlige Situationen gerät, dachte ich mir, so, wie die sich aufführt. Und dann fühlte ich mich fast wie ohnmächtig. Wie konnte die Situation wieder so eskalieren? Was kann ich tun, um meiner Tochter zu helfen, um uns zu helfen?
Ich bin die schlechteste Mutter der Welt, ich schaffe es nicht mal in Alltagssituationen, auf sie einzugehen, sie hat doch schon genug durchgemacht.“*

Und mit den Bezugspersonen?



Doppelter Fokus bei der Traumabearbeitung mit den Eltern:

1. Dysfunktionale Gedanken der Eltern bzgl. des Traumas des Kindes

- „Ich bin Schuld, dass es passiert ist.“
- “Mein Kind wird niemals ein glückliches Leben, eine Partnerschaft usw. haben können.“

2. Konfrontation mit dem Erleben des Kindes

- Teilen des Narrativs zuerst in Einzelsitzungen
- Teilen des Narrativs in gemeinsamer Sitzung mit dem Kind

Und mit den Bezugspersonen?

Positive Erfahrungen durch das Teilen des Traumaberichts



Die Kinder können erleben, ...

- dass die Erlebnisse gefahrlos mit einem vertrauten Erwachsenen geteilt werden können.
- dass die Bezugsperson es aushalten kann, den Traumabericht zu hören.
- dass sie selbst gut damit zurechtkommen, wenn die Bezugsperson es hört.
- dass erwartete Katastrophen wie Gefühlsüberflutung oder Ablehnung nicht eintreten.
- dass auch die Bezugspersonen der Meinung sind, dass die Kinder nicht schuld sind und dass sie nichts falsch gemacht haben.

Und mit den Bezugspersonen?

Positive Erfahrungen durch das Teilen des Traumberichts



Die Kinder können erleben, ...

- dass die Erwachsenen bereit sind, Verantwortung für eigene Versäumnisse zu übernehmen und sich zu entschuldigen.
- dass die Bezugspersonen ihren Schmerz bedauern und ihre Bewältigung wertschätzen.
- dass die Bezugspersonen Bescheid wissen, ansprechbar sind und ihnen in Zukunft Unterstützung bieten möchten.

Und mit den Bezugspersonen?

Positive Erfahrungen durch das Teilen des Traumaberichts

Die Bezugspersonen ...

- erleben, dass sie ihre eigenen belastenden Gefühle gut aushalten können.
- erleben sich als selbstwirksam und gestärkt in ihrer Rolle als Eltern.
- erleben, dass das Kind den Traumabericht bereits gut aushalten kann.
- haben Gelegenheit, den Prozess des Kindes zu würdigen und zentrale Punkte in der Therapie zu wiederholen.
- entwickeln konkrete Ideen, wie sie auch nach Abschluss der Therapie für Sicherheit und eine gute Entwicklungsperspektive für das Kind sorgen können.



Und mit den Bezugspersonen?

Fallbeispiel Carlottas Mutter

Liebe Carlotta,

ich schreibe dir diesen Brief, weil ich mich bei dir entschuldigen möchte und dir gerne deine Fragen beantworten will. Wir sind ja hier in der Therapie, weil unser Nachbar M. dich über mehrere Jahre immer wieder sexuell missbraucht hat und ich dich nicht davor geschützt habe.

Ich war damals sehr depressiv und überfordert – aber es war meine Aufgabe, dich zu schützen, und das habe ich versäumt. Das tut mir sehr leid.

Ich bin so stolz auf dich – eigentlich auf uns –, wie wir das hier in der Therapie geschafft haben und jetzt offen miteinander sprechen können. Ich weiß heute viel mehr über sexuellen Missbrauch und die Folgen, die es für dich hatte, und ich bin dir sehr dankbar, dass du deine Gedanken und Erlebnisse mit mir geteilt hast. Dadurch habe ich auch besser verstanden, warum du so oft nicht nach Hause gekommen bist und warum du manchmal so wütend geworden bist. Es tut mir leid, dass ich dich in diesen Situationen angeschrien und dich nicht nach dem Grund gefragt habe.

Und ich bin sehr froh, dass du trotzdem so mutig warst und Frau R. von dem Missbrauch erzählt hast. Du hast das Richtige getan und dir Hilfe geholt. Es war falsch von mir, nicht hinzuschauen und nicht aktiv einzuschreiten. Ich wünsche mir, dass du genauso mutig bleibst und auch in Zukunft, wenn etwas passiert, mich oder andere Menschen ansprichst und dir Hilfe suchst. Ich möchte dir versprechen, dass ich in der Zukunft genauer hinschaue, und habe mit der Therapeutin viel daran gearbeitet, zu verstehen, was es mir damals schwer gemacht und wie ich es in der Zukunft besser machen kann.

Und mit den Bezugspersonen?

Wichtige Hinweise für professionelle Bezugspersonen und Pflegeeltern

- Für eine gute Unterstützung des Kindes ist es nicht ausschlaggebend, alle Details der erlebten Traumata zu kennen. Dementsprechend ist es nicht notwendig, dass nach Inobhutnahme, Flucht oder zu Beginn einer stationären Behandlung alle biografischen Informationen vollständig zur Verfügung stehen oder ganze Teams über alle Details in Kenntnis sind.
- Wichtiger ist eine genaue Beobachtung und richtige Einordnung der Traumafolgen im Alltag. Der Fokus liegt demnach weniger auf der Frage: „Was ist diesem Kind genau passiert?“, als auf der Frage: „Welche Symptome erlebt dieses Kind im Hier und Jetzt und wozu sind diese nötig bzw. hilfreich?“
- Das Eisbergmodell kann dabei helfen, Symptome und problematisches Verhalten als automatische Bewältigungsversuche zu begreifen.
- Scham- und Schuldgefühle führen oft dazu, dass Hilfsangebote von den Kindern und Jugendlichen abgewiesen werden.

Und mit den Bezugspersonen?

Wichtige Hinweise für professionelle Bezugspersonen und Pflegeeltern

- Wenn nach einer ersten Zeit des positiven Miteinanders plötzlich massive Bewältigungsreaktionen auftauchen, kann es daran liegen, dass es in der Vergangenheit nach guten Zeiten immer wieder zu neuer Gewalt kam.
- Ein anderer Grund kann sein, dass durch zu viel Wohlbefinden die Diskrepanz zur Ursprungsfamilie zu groß wird und sich Kinder gute Gefühle aus Loyalitätsgründen nicht erlauben.
- Zu viel positive Zuwendung kann zu einer Überflutung mit schmerzlichen Gefühlen führen.
- Obwohl für alles gesorgt ist und immer genügend vorhanden ist, werden Gegenstände oder Essen versteckt. Das ist heute zwar nicht mehr zeitgemäß, ist aber vor dem Hintergrund früherer Deprivationserfahrungen als gelerntes Schutzverhalten gut nachvollziehbar.

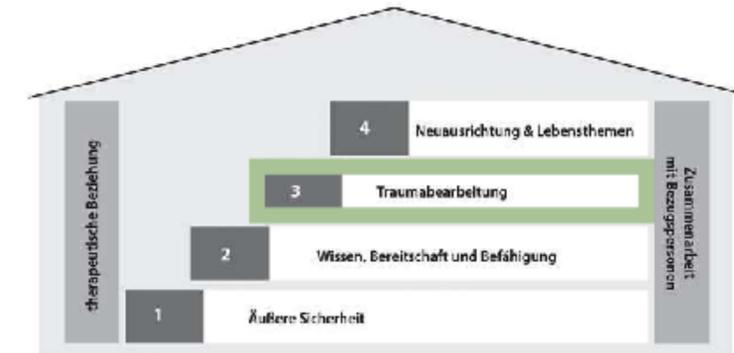


Andere evidanzbasierte Verfahren zur
Traumaverarbeitung

Stufe 3: Traumabearbeitung

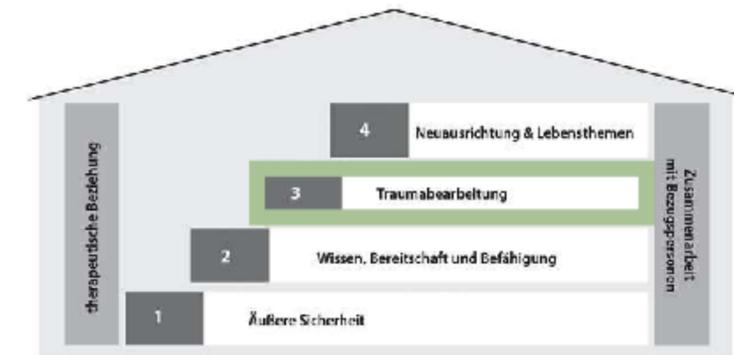
Verschiedene traumafokussierte Verfahren sind wirksam!

- Zeitliche Orientierung ist die **Vergangenheit**
- **Alle etablierten Verfahren enthalten konfrontative Elemente**
 - **Traumafokussierte KVT (TF-KVT)**
 - Ermittlung von Veränderungen in der Bewertung und Wahrnehmung der Person und der Umwelt
 - Kognitive Umstrukturierung insbesondere von schuld- und schambezogenen Gedanken soll das Erleben von natürlichen, aber blockierten Gefühlen fördern
 - **Narrative Expositions Therapie (NET)**
 - Lebensgeschichte des Patienten in chronologischer Abfolge
 - Veränderung durch Empathie, bedingungslose Wertschätzung, aktives Zuhören und Kongruenz



Stufe 3: Traumabearbeitung

Verschiedene traumafokussierte Verfahren sind wirksam!



- Zeitliche Orientierung ist die **Vergangenheit**
- **Alle etablierten Verfahren enthalten konfrontative Elemente**
 - **Eye-Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR)**
 - Patient konzentriert sich auf ein Vorstellungsbild des Geschehens und die derzeitigen negativen Überzeugungen
 - In mehreren Sets Exposition unter Augenbewegungen, während derer der Pat. aufgefordert wird, „alles geschehen zu lassen, was geschieht“
 - **Imaginary Rescripting**
 - Imaginatives Nacherleben mit durch den Therapeuten angeleiteter Veränderung der Erinnerungen
- Aktuell viele Entwicklungen in Bezug auf körperorientierte Verfahren, die jedoch noch nicht abschließend bewertet sind....



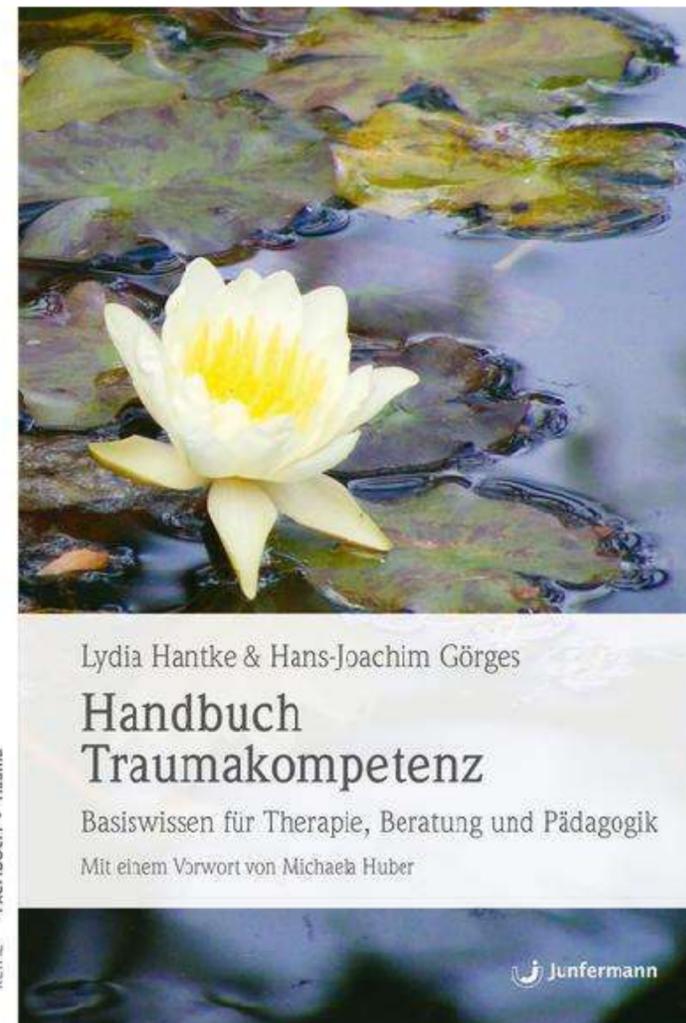
*„Erst habe ich gedacht,
das kann ich nie erzählen.
Aber jetzt bin ich froh.
Irgendwann habe ich
immer ausprobiert was
Sie gesagt haben und es
hat geholfen!“*

(„Bahiri“, 17 Jahre)

Vertiefung,
Weiterbildung,
Vernetzung

Vertiefung, Weiterbildung, Vernetzung

für alle Berufsgruppen

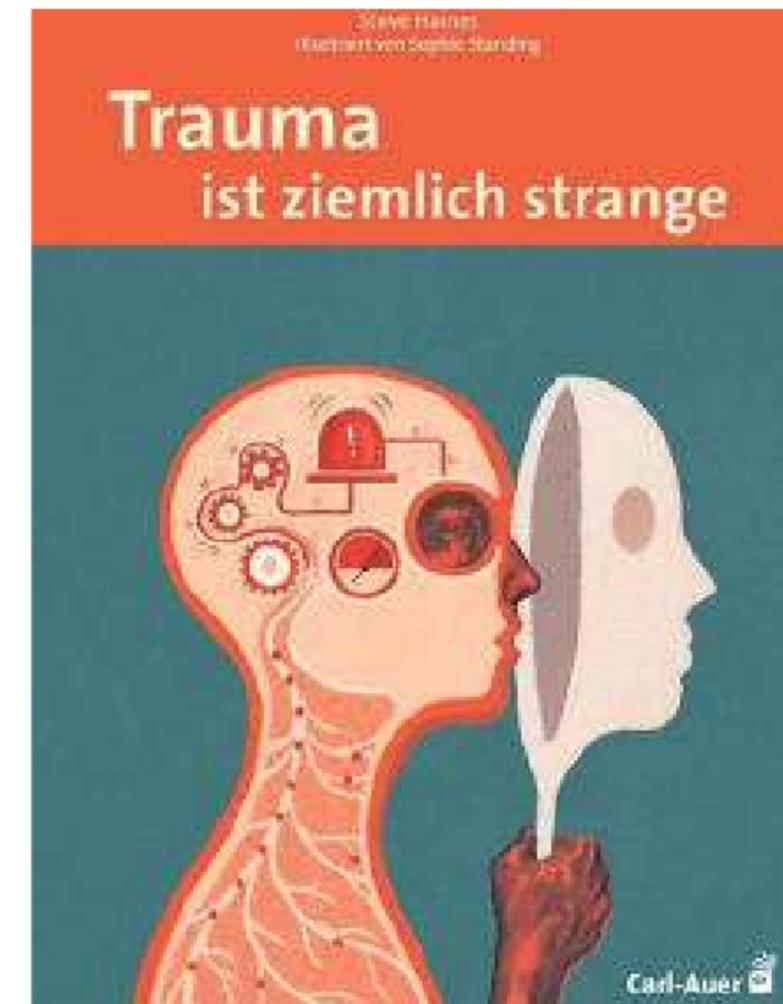
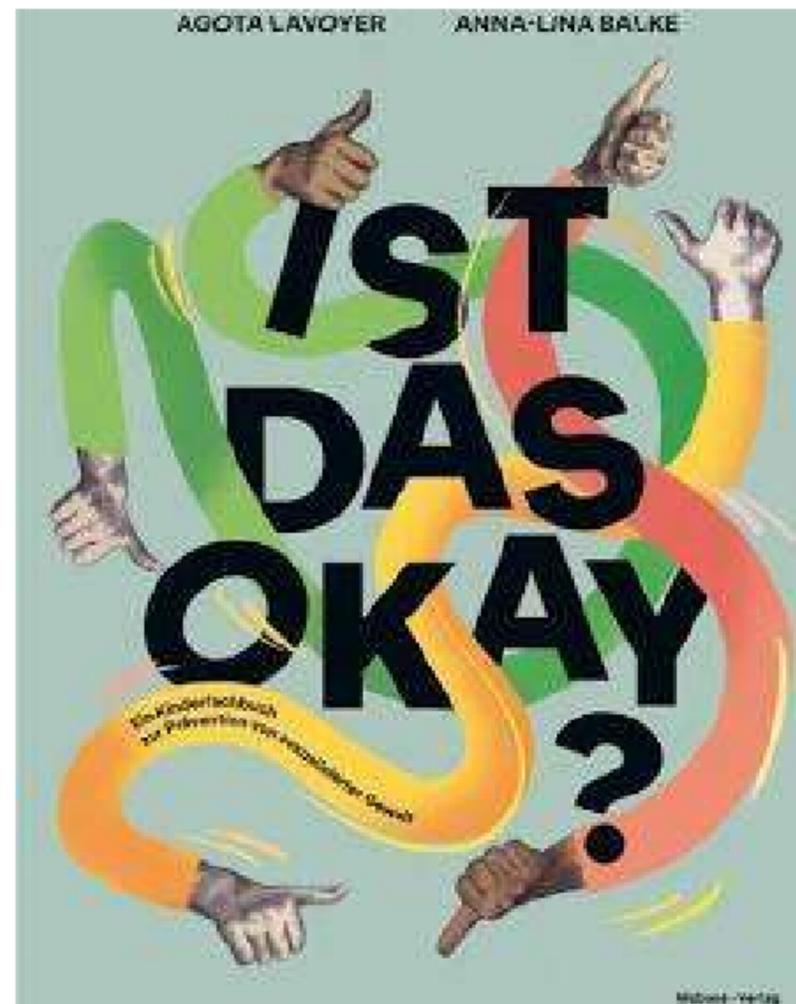


speziell für Therapeut:innen



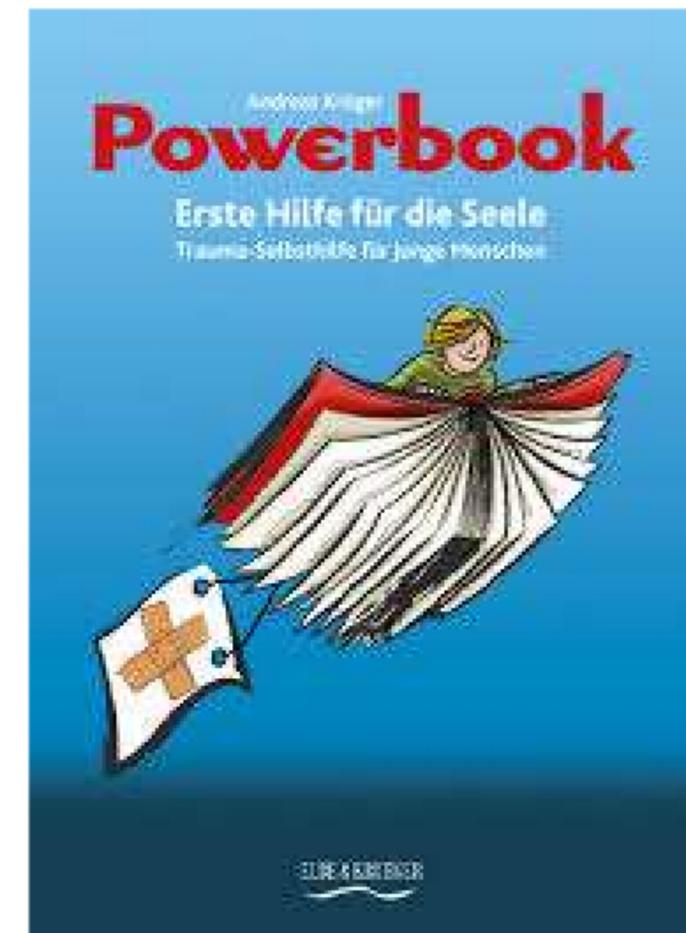
Vertiefung, Weiterbildung, Vernetzung

für alle Berufsgruppen



Vertiefung, Weiterbildung, Vernetzung

für alle Berufsgruppen



und viele mehr....

Vertiefung, Weiterbildung, Vernetzung

Programm Einführung Login Newsletter & Kontakt

 KATHOLISCHE UNIVERSITÄT
EICHSTÄTT-INGOLSTADT

Online-Training für Therapeuten in der
traumafokussierten kognitiven
Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche

 **TF-KVT**
ONLINE-TRAINING
FÜR THERAPEUTEN

- 12 anschauliche Kapitel zum Online-Lernen
- Testen Sie Ihr Wissen im Vorab- und Abschluss-Test
- Speichern Sie jederzeit Ihren Lernfortschritt ab
- Laden Sie sich wertvolle Infomaterialien herunter
- Erhalten Sie ein Teilnahmezertifikat nach erfolgreichem Abschluss
- Fortbildungspunkte bei der Psychotherapeutenkammer Bayern werden beantragt

Jetzt teilnehmen [Einführung und Hinweise zur Anmeldung](#)



für Therapeut:innen
<https://tfkvt.ku.de>

für alle Berufsgruppen
<https://elearning-kinderschutz.de/>

 E-Learning Kinderschutz START KONTAKT

E-Learning Kinderschutz

Online-Kurse zu Themen des Kinderschutzes, der Unterstützung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und belasteter Familien.

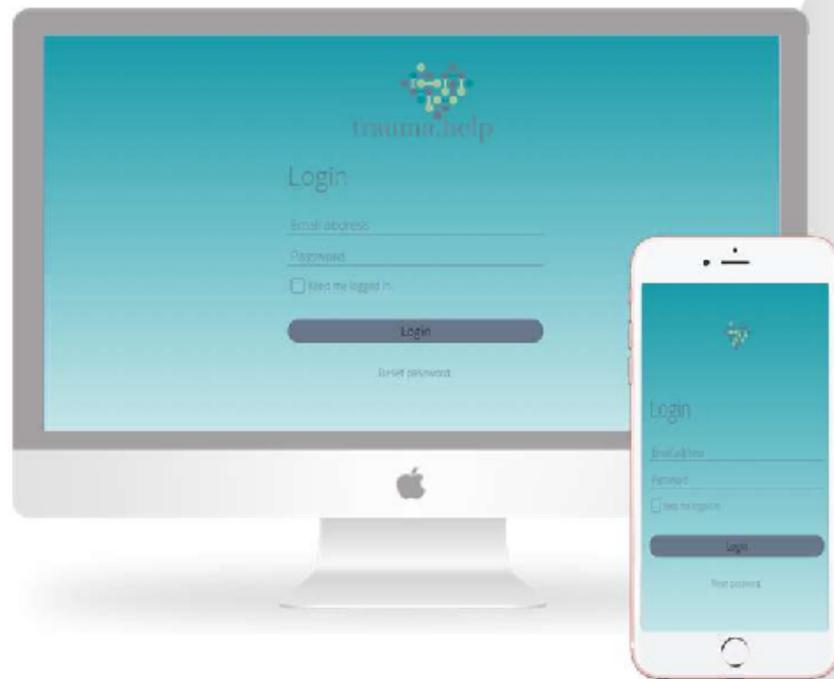


[KURSE ANSEHEN](#)



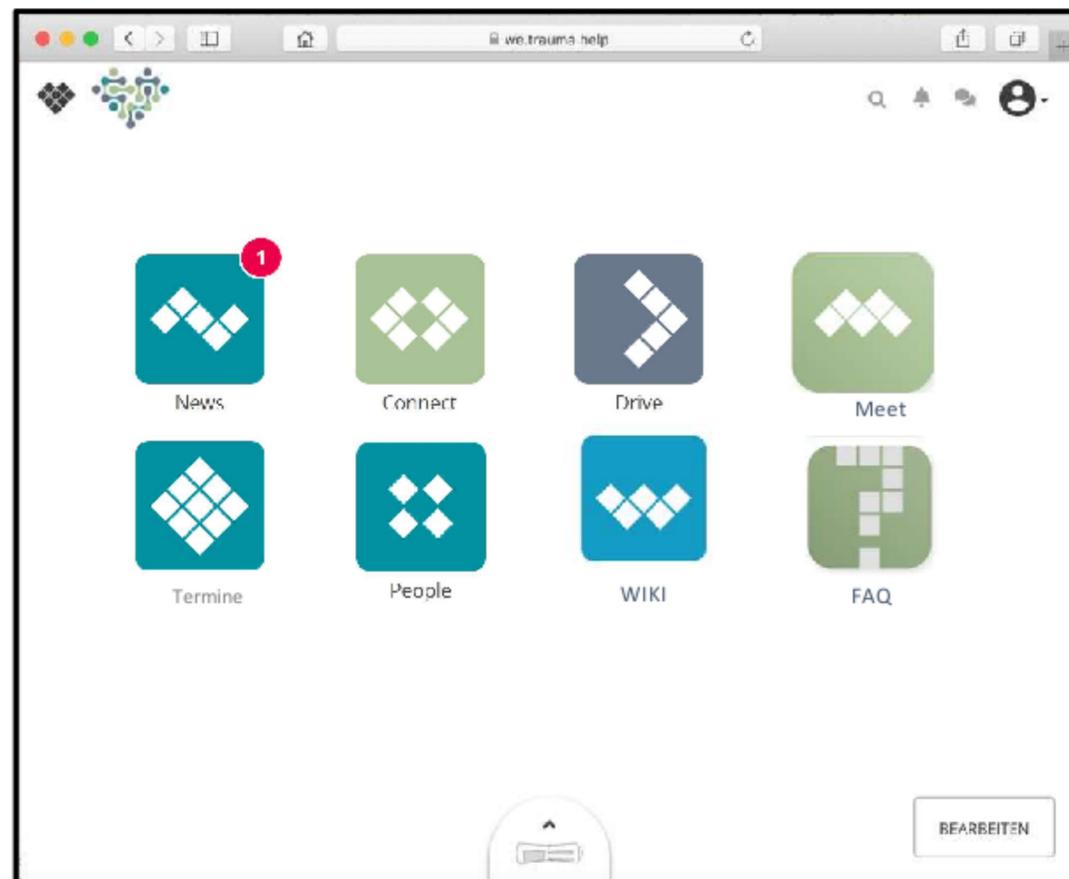
*Gemeinsam sorgen wir dafür,
dass jedes traumatisierte Kind
die Chance bekommt ein
glückliches Leben zu führen!*

Mit trauma.help haben wir einen Ort für Unterstützung, Austausch und Wissenstransfer geschaffen – von Profis für Profis



- Wir schaffen einen digitalen Raum für kollegialen Austausch, Hilfs- und Unterstützungsangebote und Möglichkeiten zur Weiterbildung
- trauma.help ist eine geschlossene und geschützte Online-Plattform für approbierte Therapeuten und auch als iOS & Android App verfügbar
- Die Plattform ist DSGVO-konform, läuft auf Servern in Deutschland und wird durch einen erfahrenen, ISO zertifizierten, externen Dienstleister betrieben
- Alle Inhalte in der interaktiven und intuitiv bedienbaren Plattform können durchsucht, kommentiert, ge-liked & gemerkt werden und sind leicht zu bedienen – und bietet auch Kollegen in versorgungsschwachen Gebieten jederzeit verfügbare, fachliche Unterstützung

Unsere zentrale Botschaft an Therapeuten ist: „Du bist nicht alleine“.
Und so setzen wir das um:



- 

Das Herzstück von trauma.help. Hier finden Therapeuten News, Videos, Interviews, Informationen und Artikel in unterschiedlichen Formaten. Dazu mehr auf der nächsten Seite.
- 

Sichere Chatfunktion für Behandlungstipps, informellen Austausch und gegenseitige Unterstützung - das „virtuelle Team“, die „digitale Teeküche“ für alle, die ohne Unterstützung in der Praxis sitzen.
- 

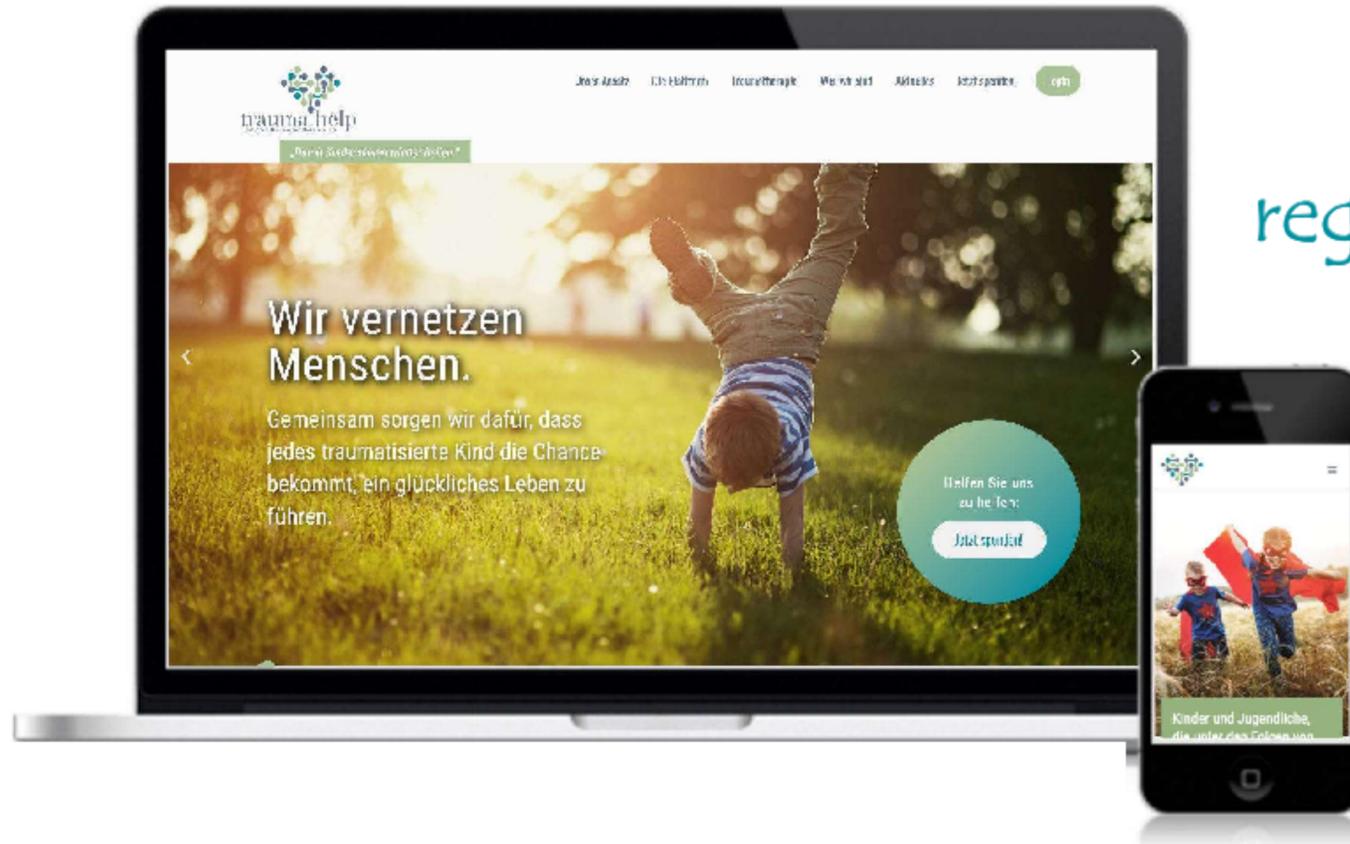
Herunterladbare Materialien, die direkt für die Therapie nutzbar sind, das Antragsverfahren erleichtern und über Anlaufstellen informieren
- 

DSGVO konformes Videotool zum live Austausch und für Supervision
- 

Übersicht für Termine zu live Fallbesprechungen zu unterschiedlichen Themen z.B. dissoziative Störungen, Säuglinge und Kleinkinder und Verfahren z.B. EMDR, TF-KVT, MBT..., Selbstfürsorge, Meet&Greet

www.trauma.help

Unsere „digitale Ambulanz“: Wissen & Vernetzung



registrieren



Was nehme ich mit....