

Besonderheiten nach traumatischen Erfahrungen im Kindes- und Jugendalter

Notfallseelsorge und Krisenintervention - Wissenschaftliche Fortbildung für Notfallseelsorgende, Fachberatende der Feuerwehr und PSNV Einsatzkräfte.



Dr. Karen Krause, Dipl.-Psych.

Psychologische Psychotherapeutin (Kinder, Jugendliche und Erwachsene)

Supervisorin; Geschäftsführung der Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche am

**Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit
der Ruhr-Universität Bochum**



Forschungs- und
Behandlungszentrum für
psychische Gesundheit



Das Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit (FBZ) der Ruhr-Universität Bochum



Das Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit (FBZ)

- **Forschungs- und Lehrinstitut:** Lehrstühle für Klinische Psychologie und Psychotherapie sowie Klinische Kinder- und Jugendpsychologie
- **Ambulante Behandlungseinrichtung** für Psychotherapie für Kinder- und Jugendliche sowie Erwachsene
- **Ausbildungsambulanzen** der Postgradualen Studiengänge (KiJu-) Psychotherapie zum Kinder- und Jugend- oder zum Psychologischen Psychotherapeuten

Besonderheiten der Behandlungen am FBZ



Psychotherapie-Ambulanz für Erwachsene

- Psychotherapie
 - Alle Indikationen
 - Einzel, Paare, Gruppen, Familien
- Spezialangebote u.a.
 - Intensivtherapie Angst
 - Psychosen-Avatar-Therapie

- Krisenintervention
- Angstsprechstunde
- Sexuelsprechstunde
- Offene Sprechstunde

Psychotherapie-Ambulanz für Kinder und Jugendliche

- Psychotherapie
 - Alle Indikationen
 - Einzel, Gruppe, Familie
- Spezialangebote u.a.
 - Intensivtherapie Angst
 - Prävention: TripleP-online

- Angstsprechstunde
- Krisenintervention
- Baby- und Kleinkindsprechstunde
- Offene Sprechstunde



Definition: Trauma

- kurz- oder langanhaltendes Ereignis oder Geschehen von **außergewöhnlicher Bedrohung** oder mit katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde
- Erfahrungen, die **außergewöhnlich belasten** und den Menschen in seiner **psychischen wie körperlichen Existenz und Integrität bedrohen** und erschüttern

(Landolt, M. (2012) Psychotraumatologie des Kindesalters)

Traumabegriff – Inflation ?



Traumaeinteilung (Terr, 1991)

Typ I	akute, unvorhersehbare, einmalige Ereignisse	Verkehrsunfall, Überfall, Geiselnahme, Vergewaltigung, Naturkatastrophe
Typ II	wiederholt , teilweise vorhersehbar oder miteinander verknüpft	Chronische sexuelle o. Körperliche Misshandlung, häusliche Gewalt, Kriegserfahrungen, Vernachlässigung in der Kindheit

Traumatische Ereignisse können auch nach ihrer Ursache unterschieden werden: Interpersonelle vs. Akzidentelle Ereignisse



Traumatische Erlebnisse in der Kindheit

- haben einen erheblichen Einfluss auf die körperliche, psychische und soziale Entwicklung
- hinterlassen neurobiologische Spuren
- können dazu führen, dass ein Mensch sein Leben lang anfälliger für psychische und körperliche Erkrankungen ist
- erhöhen das Risiko für Psychopathologie im Erwachsenenalter

De Bellis, 2001; Felitti, 2002; Buckingham & Daniolos, 2013

➤ Hilfe nach Trauma ist immer auch Prävention!

Traumatische Erlebnisse in der Kindheit: Häufigkeit

- USA:
 - Rund 70 % der Jugendlichen berichteten zumindest ein traumatisches Erlebnis
 - Fast 15 % sogar drei oder mehr
 - Etwa ¼ der Befragten hatte ein traumatisches Ereignis beobachtet.
 - Gut 20 % hatte eine lebensbedrohliche Krankheit oder Verletzung erlitten oder davon bei einer nahestehenden Person erfahren (Copeland et al., 2018)

- Deutschland:
 - $\geq 50\%$ Jugendliche vor Erreichen des Erwachsenenalters Opfer ≥ 1 potenziell traumatisierendes Ereignis (Landolt, 2013)
 - Klinische Inanspruchnahmepopulation: 46 % (Münzer et al., 2015)
 - Multiple Misshandlung eher Regel als Ausnahme (Herrenkohl & Herrenkohl, 2009)

Neben individuellen auch hohe gesamtgesellschaftliche Belastungen durch Folgekosten (Habetha, Bleich, Weidenhammer & Fegert, 2012)

Prävalenz

Witt et al., 2017

- Bevölkerungsrepräsentative Stichprobe
- Retrospektive Befragung
- N=2510 Teilnehmende
- Alter: 14-94 Jahre
- Geschlecht: 53.3% weiblich, 46.7% männlich



The screenshot shows the online version of a research article. The journal title 'Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health' is at the top. Below it are navigation links: Home, About, Articles, and Submission Guidelines. The article title is 'Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population'. The authors listed are Andreas Witt, Rebecca C. Brown, Paul L. Plener, Elmar Brähler, and Jörg M. Fegert. A note indicates that Witt and Brown contributed equally. The journal issue information is 'Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2017 11:47'. The DOI link is 'https://doi.org/10.1186/s13034-017-0185-0'. The publication dates are: Received: 20 June 2017, Accepted: 29 August 2017, Published: 29 September 2017.

Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health

Home About Articles Submission Guidelines

Abstract Background Methods Results Discussion Limitations Conclusions Declarations References

Research Article | [Open Access](#)

Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population

Andreas Witt[†], Rebecca C. Brown[†], Paul L. Plener, Elmar Brähler and Jörg M. Fegert

[†]Contributed equally

Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2017 11:47
<https://doi.org/10.1186/s13034-017-0185-0> | © The Author(s) 2017
Received: 20 June 2017 | Accepted: 29 August 2017 | Published: 29 September 2017



Witt et al., 2017

- 31% berichten mindestens eine Form von Misshandlung
- 14% der Befragten berichten mehr als eine Form
- **Frauen berichteten häufiger von sexueller Gewalt und emotionaler Misshandlung**
- Teilnehmende mit Misshandlungserfahrungen waren häufiger arbeitslos und hatten eine schlechtere Schulbildung

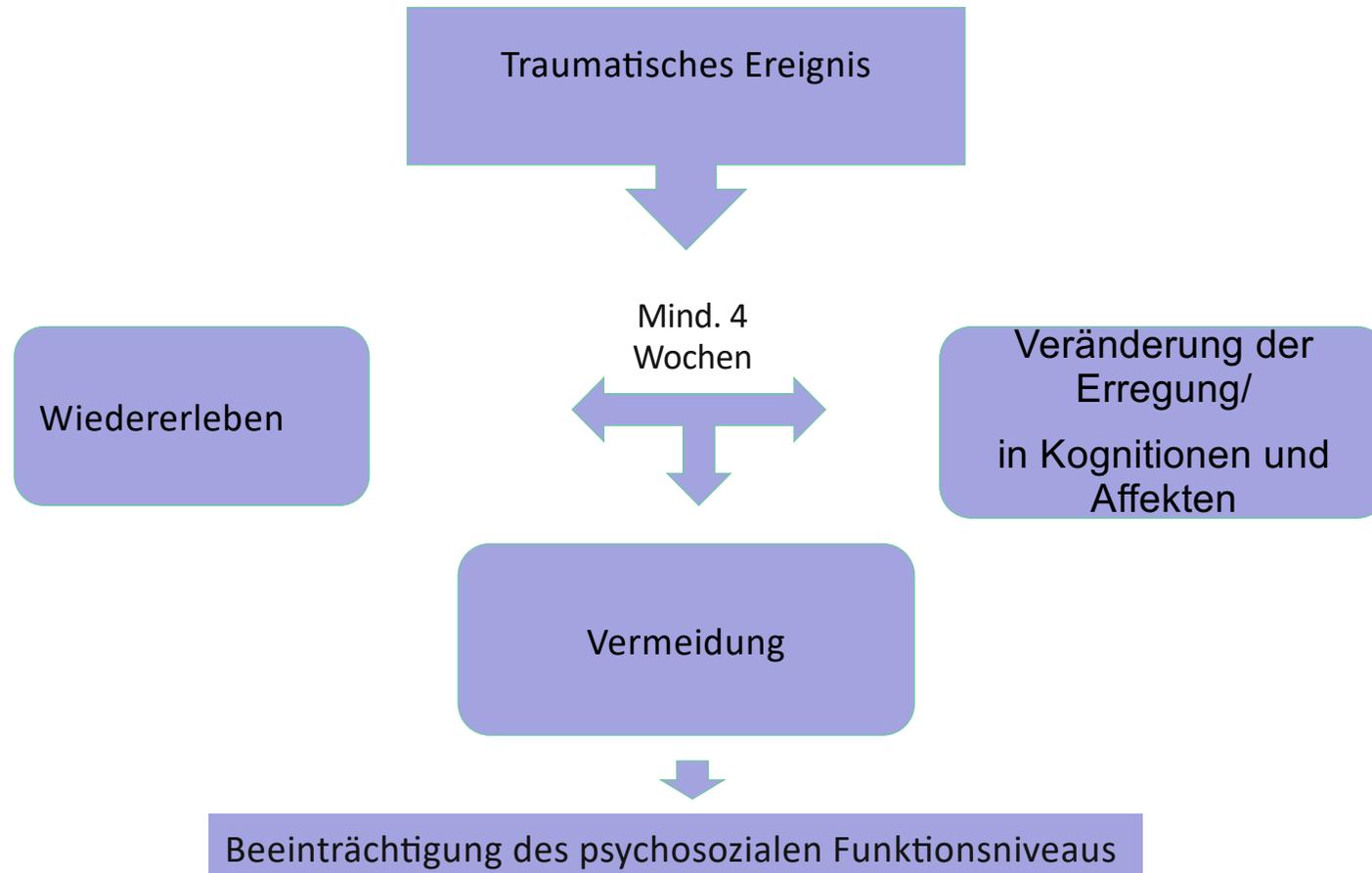
Intimate Partner Violence Hahlweg et al., 2012:

- 33 % Frauen in der BRD, die seit dem 15.Lj. u. in den letzten 12 Monaten vor Befragung körperliche und/oder sex. Gewalt erfuhr
- 25 % vor mehr mehr als 12 Monaten
- 8 % innerhalb der letzten 12 Monate (Ingesamt: N=42002)

#ichbinjededritteFrau



PTBS – Posttraumatische Belastungsstörung (DSM 5)





PTBS – Diagnosekriterien

Wiedererleben (1 von 5)

- Anhaltende aufdringliche Nachhallerinnerungen (flashbacks)
- lebendige Erinnerungen („Hier und Jetzt-Qualität“)
- Träume
- innere Bedrängnis oder körperliche Reaktion bei Konfrontation
- Bei Kindern:
 - auch traumabezogene Spielthemen
 - Alpträume auch ohne Traumabezug
 - Reinszenierungen



PTBS – Diagnosekriterien

Vermeidung (1 von 2)

- Dem Trauma ähnliche oder in Zusammenhang stehende Umstände werden tatsächlich oder möglichst (gedanklich) vermieden
- nicht vor Trauma
- Interne Trigger (Erinnerungen, Gedanken, Gefühle) werden vermieden
- Externe Trigger (Personen, Orte, Gespräche) werden vermieden



PTBS – Diagnosekriterien

Negative Veränderung in Gedanken und Stimmung (2 von 7)

- Amnesie
- Negative Überzeugungen
- Verzerrte Kognitionen
- Andauernder negativer emotionaler Zustand
- Vermindertes Interesse an Aktivitäten
- Gefühl der Abgetrenntheit
- Unfähigkeit Positives zu fühlen



PTBS – Diagnosekriterien

Veränderung des Erregungsniveaus (2 von 6)

- Reizbarkeit, Wutausbrüche
- Hypervigilanz („Hyper-Arousal“)
- Riskantes, selbstzerstörerisches Verhalten
- Erhöhte Schreckreaktion
- Ein- und Durchschlafstörungen
- Konzentrationsschwierigkeiten



Trauma - Traumatisierung - Therapie

Jedes Symptom kann Reaktion auf ein traumatisches Ereignis sein.

Jede Störung kann Traumafolgestörung sein.

Nicht jedes traumatische Ereignis führt zu einer Traumafolgestörung.

Nicht jedes Kind, welches ein traumatisches Erlebnis erfahren hat, muss (darf) behandelt werden: (Lai et al., 2021)

60-70 % Resilienz

20 % Erholung

10 % Chronifizierung; 0-5% Late Onset



Stress-, Belastungs- und Traumabezogene Störungen

Akute Stressreaktion, Akute Belastungsstörung (wenige Stunden bis Tage):

Ängste, Betäubung, Trance begleitete Intrusionen

Anpassungsstörungen (nach wenigen Wochen, nicht länger als 6 Monate):

gedankliche Fixierung auf das traumatische Ereignis, verbunden mit einem psychosozialen Leistungsabfall

Posttraumatische Belastungsstörung (bis 6 Monate nach Ereignis):

intrusive, lebhafte Flashbacks, Alpträume

Anhaltende Trauerstörung:

anhaltendes, gedankliches Verhaftetsein nach Verlust einer nahestehenden Person (Präokupation), schmerzliche Sehnsucht;



Fallvignette: Stefan

Stefan, 16-jährig, hat in der Kindheit häusliche Gewalt erlebt und ist auch selbst geschlagen worden. Einmal hat er gesehen, wie sein Vater seine Mutter fest gegen eine Wand gestoßen und wiederholt geschlagen hat. Er musste wiederholt miterleben, wie seine Eltern sich heftig stritten, insbesondere wenn sein Vater viel Alkohol getrunken hat. Wenn Stefan versucht hat, dazwischen zu gehen, wurde er von seinem Vater angegriffen.

Dies alles hörte erst auf, als seine Eltern sich scheiden ließen, als Stefan 10 war. Er lebte danach bei seiner Mutter und hat seitdem seinen Vater nur sporadisch gesehen.

Seine Mutter ist keine Beziehung mehr eingegangen und Stefan ist der „Mann im Haus“ ...



Trauma – Spezifische Reaktionen bei Kindern

Hilflosigkeit, Passivität

Kognitive Konfusion

Regressive Symptome

Aggressives Verhalten, extreme Trotzanfalle, Ausagieren

Schlafstörungen, Angsttraume

Ängste

Verflachung der allgemeinen Reagibilität

Vertrauensverlust, Misstrauen, negative Grundhaltung und Erwartung



Trauma – Spezifische Reaktionen bei Kindern (2)

Einengung des Spielverhaltens

Einengung des Affekts

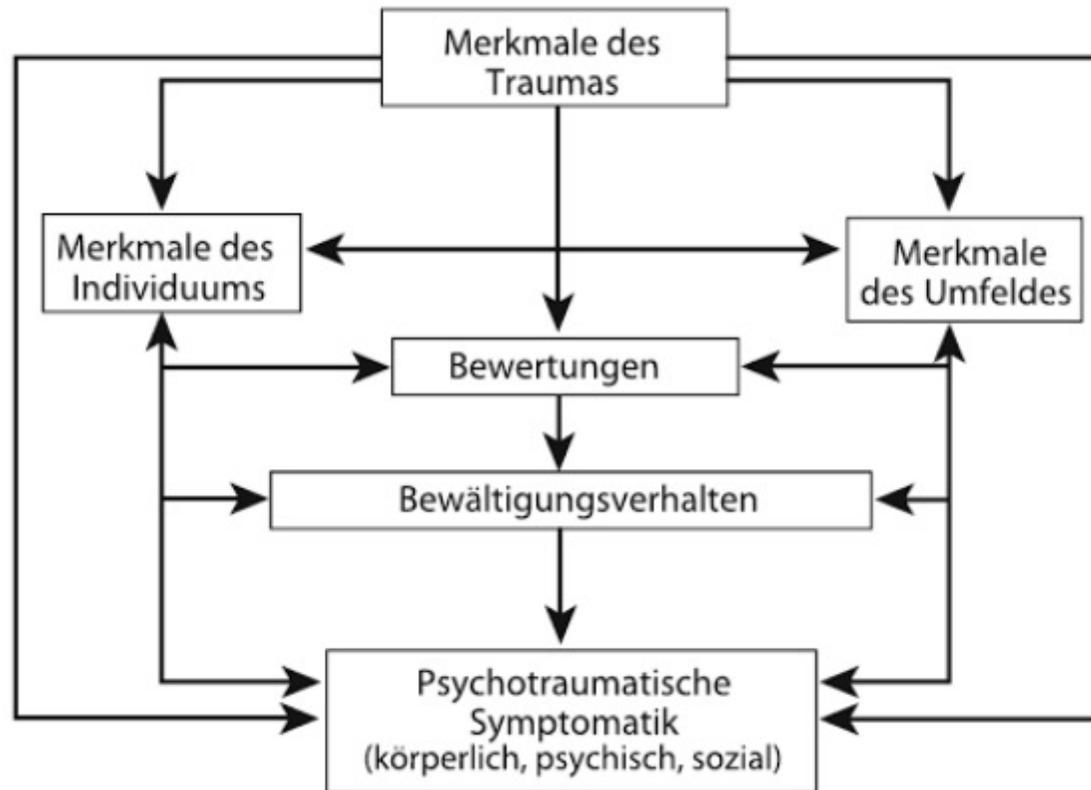
sozialer Rückzug

Hyperreagibilität; Schreckreaktion

Intensive psychische Belastung oder körperliche Reaktion bei Konfrontation mit traumaassoziierten Reizen

Konzentrationsschwierigkeiten

Transaktionales Traumabewältigungsmodell Landolt (2003)





Protektive Faktoren

stabile und unterstützende Umwelt

verlässliche Bezugspersonen

gute soziale Einbindung

hoher sozio-ökonomischer Status

gute kognitive, sprachliche Fähigkeiten



Risikofaktoren

- Weibliches Geschlecht
- Junges Lebensalter
- Wdh. Traumatisierung bzw. längere / stärkere Traumaexposition
- Bereits vorhandene Psychopathologie
- Mangel an sozialer Unterstützung, geringe soziale Ressourcen
- Psychisch kranke Eltern
- Belastetes Familienklima
- Erhöhte Rate sekundärer negativer Folgen des traumatischen Ereignisses
- Erhöhte Rate nicht effektiver Bewältigungsstrategien
- Erhöhte Rate zusätzlicher Lebensbelastungen



Risikofaktoren für Entwicklung einer Traumafolgestörung

Prätraumatische Faktoren:

vorangegangene traumatische Erlebnisse, psychische Störungen, Funktionsniveau des Individuums und der Familie...

Peritraumatische Faktoren:

wahrgenommenen Kontrollverlust, Dissoziation, individuelles Stresserleben (emotional/physiologisch), interpersonelles Trauma

Posttraumatische Faktoren:

fehlende soziale Unterstützung, dysfunktionale Kognitionen, sozialer Rückzug, Vermeidung



Neuroendokrine Reaktion nach Traumata

Dysregulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) [Kirsch et al., 2011](#)

Inkonsistente Befunde zum Cortisolspiegel [Kirsch et al., 2011](#)

Stresshormonachse bei in utero Traumatisierungen (Trauma der Mutter) bereits langfristig beeinträchtigt, Stressvulnerabilität erhöht

[Davis et al., 2011](#)



Psychophysiologische Veränderungen nach Traumata

Aktivierung des sympathischen Nervensystems

Erhöhung u.a. von Blutdruck und Herzrate nach traumaspezifischen Stimuli

Keine Gewöhnung bei wiederholter Präsentation des Schreckreizes bei PTBS-Patienten ggb. Gesunden

Qualitative und quantitative Veränderungen im Schlaf: Mehr Wachzeiten im Schlaf von Kindern mit PTBS ggb. gesunden Kindern, reduzierte Schlafzeit, erhöhte motorische Reaktion im Schlaf

Neuroanatomische Veränderungen nach Traumata

Allgemeine Hirnatrophie bei KiJu mit PTBS [Jackowski et al., 2009](#)

Hippocampus: hippocampale Atrophie bei Erwachsenen

zuständig für komplexe Lern- und Gedächtnisleistungen,
traumaspezifische Gedächtnisinhalte werden nicht im expliziten,
semantischen Gedächtnis abgespeichert

Amygdala: Hyperreagibilität

zuständig für emotionale Bewertung und Wiedererkennung;
Vorbereitung der Angstreaktion

traumaspezifische Gedächtnisinhalte werden fragmentiert, als
Sinneseindrücke im impliziten Gedächtnis abgespeichert

Präfrontalkortex: Kontroll- und Steuerzentrum

eingeschränkte Funktionsweise in Abhängigkeit zur Schwere der PTBS



Was brauchen Kinder in der Akutsituation?

- Schutzschild und „Sicherheitsraum“
- Bezugspersonen
- Emotionale Zuwendung: Kontakt- und Beziehungsaufbau
- Hilfe beim Verbalisieren des Erlebten
- Altersentsprechende, überschaubare Information
- Ehrliche Antworten auf relevante Fragen
- Vermittlung von Hoffnung
- Ablenkung
- Vorsicht mit Körperkontakt



Wichtige Details

- Langsam und ruhig sprechen
- Einfache, altersangepasste Sprache
- Auf Augenhöhe gehen und bleiben
- Passung zwischen verbalem und non-verbalem Verhalten beachten
- Persönliche Vorstellung: Namen, Funktion
- Individuelle (Grund-) Bedürfnisse erfragen
- Normalisierung der Krisenreaktion
- Offene Fragen zum Beziehungsaufbau
- Konkret, aber nicht detailreich informieren
- Beschreiben, statt zu Bewerten



Noch mehr Details

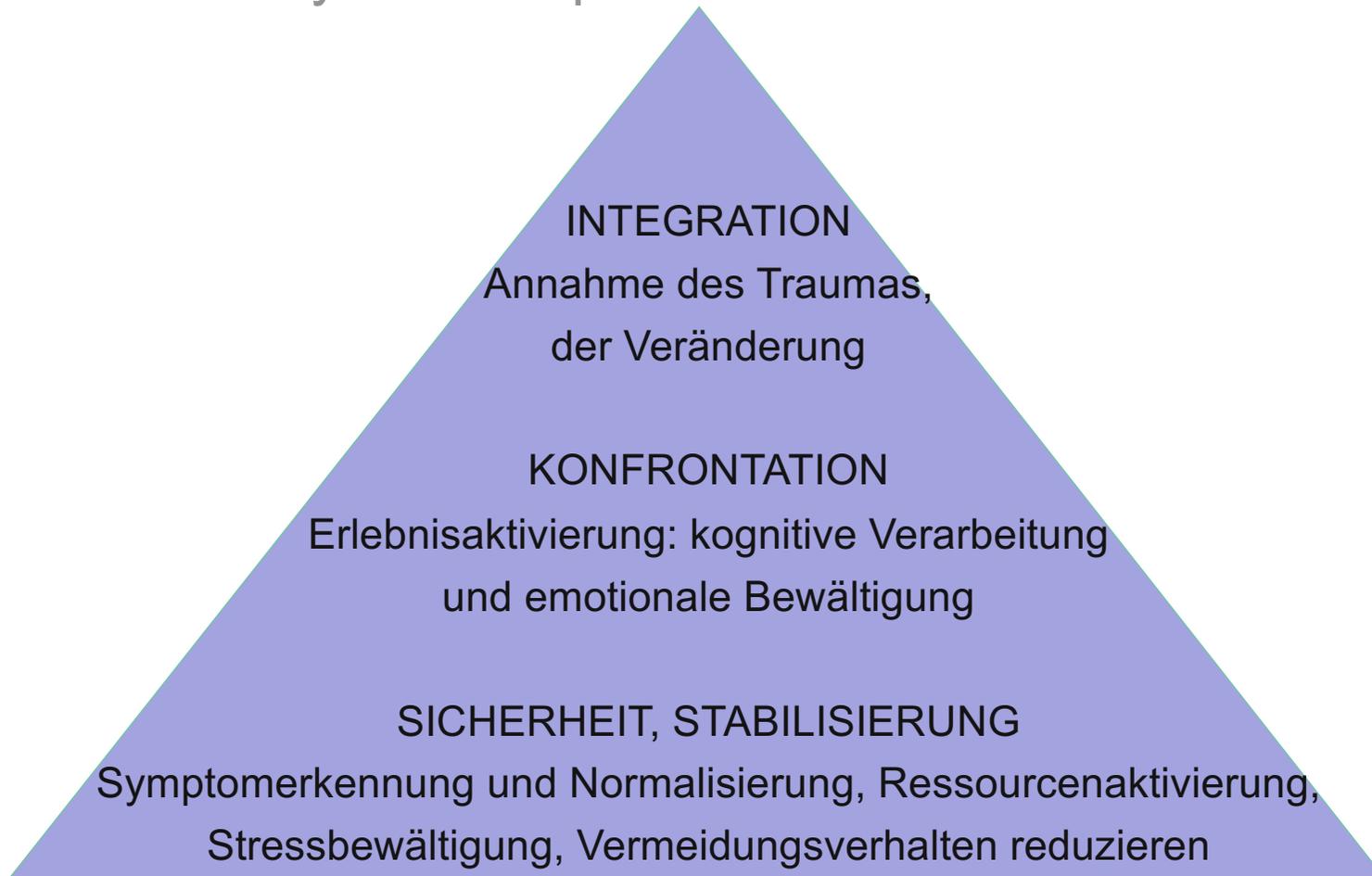
- Bewegung anbieten
- Schutz vor allem, was belastet
- Präsenz signalisieren und in Kontakt bleiben, ggf. für Vertretung sorgen
- Ruhe und Zeit vermitteln
- Transparenz wahren
- Realistische Prognosen
- Zeitliche Orientierung sichern



Was brauchen Kinder im Verlauf?

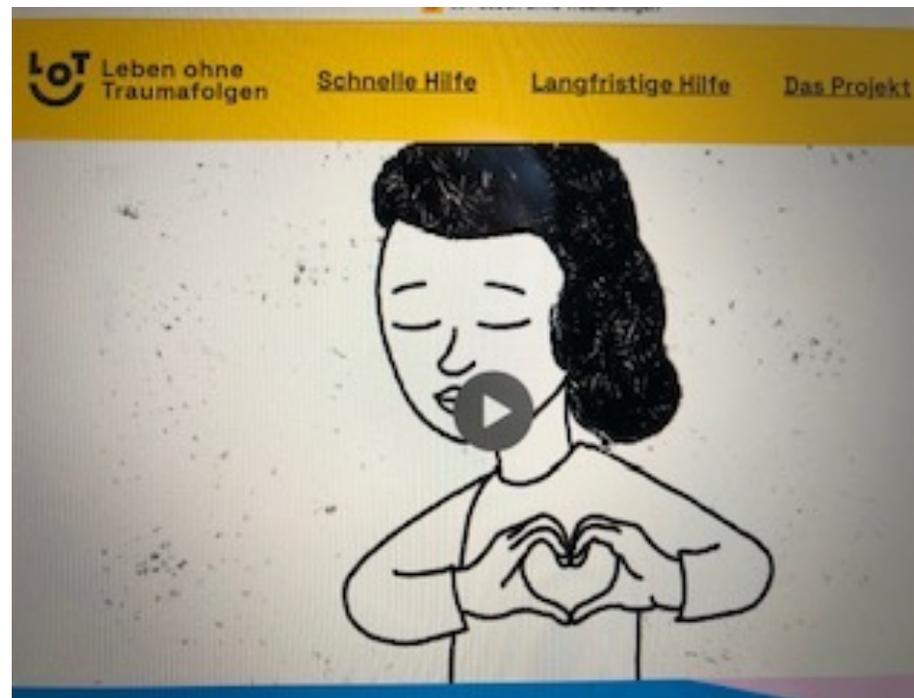
- Sicherheit und Stabilität
- Aufrechthalten der Routinen und des Alltags
- Unterstützen der Bezugspersonen und des nahen Umfeldes
- Informieren über Vielfalt möglicher Reaktionen (Verhalten, Gedanken, Körper und auf der Gefühlsebene)
- Ressourcen im Fokus: Aufrechthalten und Ausweiten
- Balance zwischen Aktivität und Ruhepausen
- Informieren über weitere Hilfen und Ansprechpartner, Selbstwirksamkeitsfokus
- Realistische Erwartungen, Hoffnung auf Heilung
- Förderung der Verbundenheit mit Angehörigen und Freunden
- Traumafokussierte Psychotherapie (Symptompersistenz > 4 Woche)

Grundsätze der Psychotherapie traumatisierter Patienten Butollo 1998



Film: Sarahs Geschichte zur LoT-Therapie (Leben ohne Traumafolgen)

<http://www.du-auch.de/>





Schnelle Hilfe Langfristige Hilfe Das Projekt

Du hast sexuelle, psychische oder körperliche Gewalt erfahren? Zögere nicht, dir Hilfe zu holen:

Es gibt einige kostenlose Angebote für Kinder und Jugendliche, bei denen du professionelle Hilfe bekommst. Dort hört man dir zu und kann dich beraten, wie du mit einer Notsituation am besten umgehen kannst. Auch wenn du Hilfe für einen Freund oder eine Freundin suchst. Du kannst entscheiden, wie du den Kontakt herstellen möchtest, ob per Anruf, Chat oder Mail.

**Nummer gegen Kummer
116 111**

Die Nummer gegen Kummer ist eine Telefonberatung für Kinder und Jugendliche bei Sorgen, Fragen und Problemen. Die Nummer ist jeden Tag zwischen 14.00 und 20.00 Uhr erreichbar, kostenlos und anonym.

**Hilfetelefon
Sexueller Missbrauch
0800 22 55 530**

Telefonische Anlaufstelle des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Missbrauchs. Kostenlos und anonym.

Über uns

Die LoT-Therapie ist eine gut wirksame Psychotherapie (Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie – TF-KVT) für Kinder und Jugendliche zwischen 5 und 21 Jahren.

Diese wissenschaftlich gestützte Psychotherapie erhalten in Deutschland bisher jedoch nur wenige Betroffene. Wir möchten sie mehr Kindern und Jugendlichen zugänglich zu machen. Wir sind ein Verbund von Wissenschaftler*innen der Universitäten Frankfurt, Eichstätt, Marburg und Erlangen. Das Projekt ist Teil einer wissenschaftlichen Studie (Bestforcan) und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert.



Schnelle Hilfe Langfristige Hilfe Das Projekt

Egal was passiert ist: Du bist nicht dafür verantwortlich.



Es ist nicht deine Schuld. Und du bist nicht allein! Jede*r siebte Jugendliche hat Gewalt erlebt. Es geht also vielen Kindern und Jugendlichen wie dir.



PTBS - Helfen Medikamente? (Evidenzbasis)

Grundsätzlich sollten **keine** Medikamente (Psychopharmaka) gegeben werden

Beruhigungsmittel (**Tranquilizer**) können in der akuten Schocksituation hilfreich sein.

Bei körperlichen Verletzungen beugt eine ausreichende **Schmerzmedikation** einer späteren PTBS vor

Bestimmte Medikamente (**Antidepressiva, SSRI**) können im Einzelfall hilfreich sein (z.B. bei begleitenden Depressionen oder Ängsten)

Medikamente können jedoch eine psychologische Traumatherapie nicht ersetzen!



Kontraindikationen für ambulante tf-KVT

- **akute Suizidalität**
- **andauernde Traumatisierung**
- **akute Psychose**
- eingeschränkte körperliche Belastbarkeit
- Substanzmittelabusus
- schwere Dissoziationsneigung
- unkontrolliert autoaggressives Verhalten
- instabile psychosoziale Situation



Stabilität

Umfeld muss stabil sein

Patient muss ausreichend stabil sein

Keine akute Suizidalität

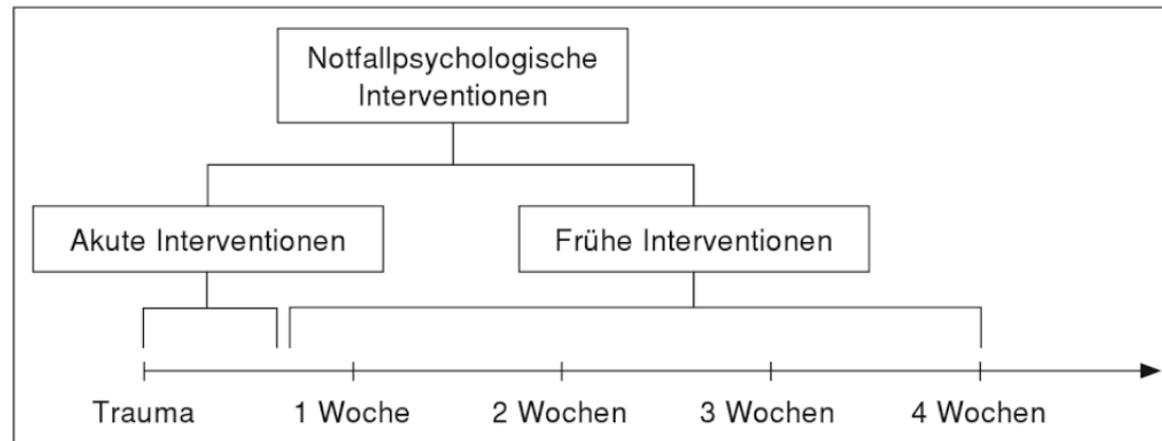
Kein ausgeprägter Substanzkonsum

Stabilität und Sicherheit vor traumafokussierter Psychotherapie !!!



Zeitlicher Kontext Notfallpsychologischer Interventionen

Zehnder et al., 2006



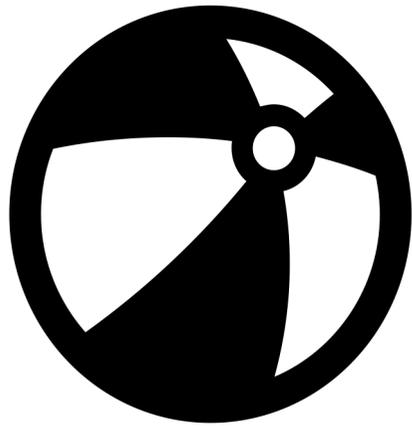


TF-KVT (Cohen & Mannarino): Komponenten

- Psychoedukation & Elternfertigkeiten
- Entspannung
- Ausdruck und Modulation von Affekten
- Kognitive Verarbeitung und Bewältigung
- Traumanarrativ
- Kognitive Verarbeitung und Bewältigung II
- In vivo Bewältigung von traumatischen Erinnerungen
- Gemeinsame Eltern-Kind Sitzungen
- Förderung künftiger Sicherheit und Entwicklung



Warum Therapie? Hilfreiche Metaphern



hey ...

das wird schon wieder!!!