

Traumafolgestörungen – Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen

Dorothea Hüsson
Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd

Else Döring
Psychotherapeutische
Praxis, Frankfurt

Klaus Riedel
Psychotherapeutische
Praxis

In dem Artikel werden personenzentrierte Entwicklungen im Rahmen eines störungsorientierten Vorgehens und Erkenntnisse der Traumatheorie zusammengetragen und in Theorie und Anwendung für die Therapie mit Kindern und Jugendlichen dargestellt. Erlebte Psychotraumata führen häufig zu Traumafolgestörungen wie z. B. Posttraumatische Belastungsstörung oder Dissoziationen. Sie nehmen gerade bei Kindern und Jugendlichen einen speziellen Verlauf, der z. B. im Rahmen des posttraumatischen Spiels sichtbar wird. Therapeutisches Vorgehen erfordert daher ein differenziertes Wissen aus Entwicklungspsychologie und Traumatheorie. Die Diagnostik muss, neben der kindzentrierten Ausrichtung, stark am Störungsbild orientiert sein, um eine Retraumatisierung zu vermeiden. Das therapeutische Vorgehen in den einzelnen Therapiephasen sollte personenzentriert am Störungsverständnis und an den Bedürfnissen des Kindes/Jugendlichen ausgerichtet sein. Die Elternberatung ist an die spezifischen Herausforderungen, die die kindliche und oft auch familiäre Traumatisierung mit sich bringt, gebunden. Besonders in Fällen komplexer Traumatisierungen ist die personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gut geeignet, um traumatische Erfahrungen auf behutsame Weise in das Selbstkonzept der Kinder/Jugendlichen zu integrieren.

Schlüsselwörter: Diagnostik, Dissoziation, Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Leitlinie, Posttraumatische Belastungsstörung, Posttraumatisches Spiel, Psychotrauma

Outcomes of traumatic stress disorder — Therapeutic Guidelines for the Person-centered Psychotherapy with Children, Adolescents and Care Takers. In this article person-centered development in the scope of a disorder-orientated proceeding and perceptions of trauma theory are gathered and presented in their application for therapy with children and young people (in theory and experience). Experienced psycho traumata often results in traumatic outcome disorders for example dissociations and posttraumatic stress disorders. Just in the biographies of children and young people they proceed in a special way, which becomes obvious in the scope of the posttraumatic play. Therapeutic engagement presupposes a differential knowledge of process-psychology and theories of traumata. The diagnostics must be orientated (beneath the child-orientated focusing) in a very consequent way to the disorder picture in order to avoid retraumatizations. The therapeutic approach in the different therapy steps should be adjusted to the conception of disorder and to the needs of the child/adolescent. Person-centered psychotherapy with children and young people is very convenient especially in cases of complex traumata in order to integrate in a cautious way the traumatic experiences into the self-conception of the child/young person.

Keywords: dissociation, diagnostic, posttraumatic stress disorder, person-centered-play therapy, post-traumatic, post-traumatic play, therapeutic guidelines

Else Döring, geb. 1952, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, arbeitet in eigener psychotherapeutischer Praxis mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in Frankfurt/Main; Schwerpunkt der Praxistätigkeit ist Traumapsychotherapie; Ausbilderin für Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen (GwG); tätig in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, Vorsitzende der Hessischen Akademie für Personenzentrierte Beratung, Psychotherapie und Supervision. Frühere Tätigkeiten: Kinder- und Jugendhilfe, in einer Kinderklinik, in der Kita-Beratung und in einer Reha-Klinik, Publikationen: Artikel über

Personenzentrierte Traumapsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, Personenzentrierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen und über die Bedeutung von Spiel in der Spieltherapie. Kontakt: elsedoering@t-online.de

Dorothea Hüsson, geb. 1959, Dipl. Sozialpädagogin, Kinder- und Jugendlichentherapeutin (GwG), Traumatherapeutin (ZPTN), Ausbilderin am Stuttgarter Institut für Gesprächspsychotherapie und Beratung; von 2000–2010 therapeutische Tätigkeit in einer Fachberatungsstelle gegen sexuelle Gewalt, seither in einer Gemeinschaftspraxis und an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd. Arbeitsschwerpunkte: Spiel- und

Persönlichkeitsentwicklung, Kindeswohlgefährdung, Gesprächsführung.
 Publikationen: mehrere Veröffentlichungen zum Thema Traumatisierte Kinder und Jugendliche. Kontakt: dorothea.huesson@ph-gmuend.de
Klaus Riedel, Dr. phil., geb. 1963, Diplom-Pädagoge, Diplom-Sozialarbeiter, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, tätig in eigener psychotherapeutischer Praxis mit Kindern, Jugendlichen und Familien in Bielefeld. Ausbilder für Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG; akt); Dozent, Ausbilder und Supervisor an verschiedenen

Psychotherapie-Ausbildungsinstituten.
 Publikationen: Buchpublikation zur Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern sowie Fachartikel über Personenzentrierte Kindertherapie bei sexueller Misshandlung, Formen des kindlichen Spiels und Kinder psychisch kranker Eltern. Kontakt: praxis@klaus-riedel.de
Korrespondenzadresse: Dorothea Hüsson, Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd, 73525 Schwäbisch Gmünd, Oberbettringer Straße 200, E-Mail: dorothea.huesson@ph-gmuend.de

1. Erscheinungsbild der Störung

Die Phänomenologie der Traumafolgestörung im Kindes- und Jugendalter verändert sich mit dem Entwicklungsverlauf. Wir übernehmen deshalb mit kleinen Änderungen eine von Kröger (2011) übersetzte Klassifizierung des National Child Traumatic Stress Network und National Center of Post-traumatic Stress Disorder (2011), die vier Altersbereiche unterscheidet.

Kleinkindalter (0–3 Jahre)	Vorschulalter (4–6 Jahre)	Schulkinder	Jugendliche
<p>Säuglinge: Auffälligkeit im Bindungsverhalten, z. B. durch ein desorganisiertes/ desorientiertes Bindungsmuster Häufig Schreikinder</p> <p>Kleinkinder: Ein- und Durchschlafprobleme Massive Trennungsängste, Weinen und Klagen Probleme mit dem Essen Unfähigkeit, bereits angeeignete Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vollziehen Ängste vor Dingen, die vorher nicht beängstigend wirkten Innerliche Unruhe, erhöhte Ablenkbarkeit (Spiel mit Gewaltinhalten und indem das Kind die traumatischen Erlebnisse ausagiert und sich mitzuteilen versucht) Zunahme von Wutanfällen, Schrei-Attacken und Gereiztheit Emotionale Taubheit Starkes Weinen als Ausdruck innerer Traurigkeit über das Geschehene bzw. die daraus resultierenden Veränderungen</p>	<p>Gefühle von Hilflosigkeit und/oder Passivität (evtl. durch übermäßige Ruhe oder Nervosität ausgedrückt) Verstärkte generelle Ängstlichkeit (z. B. allein im Zimmer zu bleiben oder ins Bett zu gehen) Unsicherheit bzgl. der Distanz zur Gefahr bzw. Beendigung derselben Schweigen Angst vor Rückkehr der Gefahr Ein- und Durchschlafstörungen sowie Alpträume Regressive Verhaltensweisen (z. B. Daumenlutschen, Babysprache, Enuresis, Enkopresis) Unverständnis bzgl. des Todes Sich mitverantwortlich fühlen am Tod eines Familienmitgliedes/Freundes (vgl. „magische Phase“) Posttraumatisches Spiel</p>	<p>Unsicherheit über das Geschehene; auch kognitive Verwirrung darüber Schuldgefühle und Gefühle, verantwortlich für das Geschehene zu sein, bzw. es nicht verhindert zu haben Ängste vor erneutem Auftreten des traumatischen Ereignisses und den Reaktionen darauf in Erinnerungen Wiederholtes Nacherzählen oder Nachspielen des traumatischen Ereignisses (sog. posttraumatisches Spiel) Ängste, von den eigenen Gefühlen überwältigt zu werden Ein- und Durchschlafstörungen sowie Alpträume Sorge um die Sicherheit anderer Verhaltensänderungen, z. B. Verstärkungen im aggressiven, impulsiven oder hyperaktiven Bereich Körperliche Beschwerden (Kopf-, Bauch- oder Muskelschmerzen) ohne medizinische Erklärungen Hypersensibilität für Reaktionen der Bezugspersonen</p>	<p>Distanziertheit Scham- und Schuldgefühle Befangenheit und Ängste, als unnormal zu gelten Risikoreiche Verhaltensweisen (Alkohol, Drogen, sexuelle Verhaltensweisen) Ängste vor erneutem Auftreten des traumatischen Ereignisses Plötzliche Veränderungen den Bezugspersonen oder Freunden gegenüber Radikale Einstellungsveränderungen Wünsche, schnell erwachsen zu werden Übertriebene Sorge um andere Familienmitglieder, die ebenfalls von dem traumatischen Ereignis betroffen sind</p>

2. Diagnose/Differentialdiagnostik

2.1. Spezifika des Störungsbildes

Unter einem psychischen Trauma versteht man ein Ereignis, das die psychischen und biologischen Bewältigungsmechanismen eines Menschen überfordert und das durch eine andere Person, die die Unfähigkeit dieses Menschen bzw. des Organismus ausgleichen könnte, nicht kompensiert werden kann (Streeck-Fischer, 2006).

Situationen werden dann als traumatisch erlebt, wenn es zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten zu einem vitalen Diskrepanz-erleben kommt, begleitet von Gefühlen der Hilflosigkeit und Schutzlosigkeit. Das Trauma bewirkt eine Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses (Fischer & Riedesser, 2009).

Erlebnisse unterschiedlichster Art können – müssen aber nicht – zu Traumafolgen führen. Traumatische Erlebnisse können sein: der plötzliche Tod einer nahestehenden Person, eine eigene lebensbedrohliche Situation, eine ernsthafte Verletzung oder Bedrohung des eigenen Lebens oder des Lebens von Nahestehenden oder auch Zeugenschaft eines der benannten Erlebnisse (Lueg-Schuster & Pal-Handl, 2004).

Nach dem DSM-IV beinhaltet die aktuelle Definition eines Traumas zwei Aspekte, die gleichermaßen vorliegen müssen:

1. Das betroffene Individuum erlebt selbst oder beobachtet als Zeuge ein Ereignis, welches mit einer ernsthaften Bedrohung der körperlichen oder psychischen Integrität der eigenen Person oder anderer Personen einhergeht.
2. Die Reaktion des betroffenen Individuums beinhaltet intensive Furcht, Hilflosigkeit, Grauen, aufgelöstes oder agitiertes Verhalten (Landolt & Hensel, 2008).

Weitere Differenzierungen traumatischer Erlebnisse betreffen die Ursache und die Art bzw. das Ausmaß des Traumas. Sind Menschen Ursache der Gewalteinwirkung (z. B. Überfall, sexueller Missbrauch, Krieg), sind die Auswirkungen i. d. R. wesentlich gravierender als bei nicht durch Menschen verursachten Gewalteinwirkungen, z. B. Erdbeben, Orkane (Eckart, 2005). Bei Art und Ausmaß wird zwischen einmaligen Traumata (Trauma Typ I) bei Ereignissen wie z. B. Unfall, Überfall, Feuer und chronischen Traumata (Trauma Typ II) bei wiederholt auftretenden Gewaltsituationen, z. B. sexueller Missbrauch, Krieg, Kidnapping unterschieden (Terr, 1995).

Krüger und Reddemann (2007) fordern, dass zur Diagnose und Behandlung von Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen neben entsprechenden traumaspezifischen Kenntnissen auch ein umfassendes Wissen über körperliche,

kognitive, emotionale und psychosoziale Entwicklungsbedingungen des Kindes vorhanden sein müssen.

Kinder und Jugendliche entwickeln ähnliche Reaktionen auf traumatische Ereignisse wie Erwachsene. Sie erleben die ganze Bandbreite posttraumatischer Belastungssymptome (Pynoos, Steinberg & Goejian, 1996).

Traumatische Erfahrungen führen bei Kindern zu einer verzerrten Integration von Erfahrungen in das Selbstkonzept, zu fehlender innerer Regulation, zu Störungen von Bewusstsein und Erinnerung, zu fehlenden positiven Interaktionsvorstellungen, Störungen der Realitätswahrnehmung, Störungen in der Vertrauensbildung und Störungen in der Körperwahrnehmung. Traumatische Erfahrungen greifen tief in den Entwicklungsprozess eines Kindes ein und beeinflussen, verlangsamen und verändern diesen langfristig.

Traumatische Erfahrungen werden meist von Dissoziationen begleitet. Während der Dissoziation wird das Erleben in einzelne Bestandteile fragmentiert, um so die Situation erträglich zu gestalten. Indem die Dissoziation die Integration des Erlebten ins Bewusstsein verhindert, übt sie eine Schutzfunktion aus. Die intensiven und unangenehmen Gefühle werden durch die Fragmentierung und Dissoziation nicht symbolisiert und somit auch nicht ins Selbstkonzept integriert.

Wie stark die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern und Jugendlichen und ihre Einstellung zur Umwelt beeinträchtigt ist, hängt davon ab, wie umfassend die traumatische Erfahrung ist, in welchem Alter sie beginnt, wie lange sie andauert und ob es schützende Bindungspersonen gibt (Streeck-Fischer, 2006).

Die Bindungstheorie hat sich ausführlich mit Bindungsstörungen auseinandergesetzt und auch die traumatisierenden Auswirkungen von unangemessenem Bindungsverhalten auf Kinder und Jugendliche untersucht (Brisch, 1999, Brisch & Hellbrügge, 2003). Stehen emotional zuverlässige Bindungspersonen nicht zur Verfügung, möglicherweise weil diese selbst traumatisiert sind, ist das traumatische Erlebnis für ein Kind noch schwerer zu bewältigen.

Traumatische Erlebnisse können sich dauerhaft auf das Bindungsverhalten des Kindes auswirken, besonders dann, wenn die Bindungspersonen durch ihr Verhalten zu der Entstehung von Traumatisierungen bei Kindern direkt beitragen (Döring, 2011). Diese Traumatisierungen nehmen oft einen chronischen Verlauf und können zu verschiedenen Symptomen im Kindes- und Jugendalter bis hin zu Störungen im Erwachsenenalter führen.

Ein Trauma hat neurobiologische Folgen. Es führt zu Veränderungen im sich entwickelnden Gehirn des Kindes. Es wird davon ausgegangen, dass diese Veränderungen eine Störung der Informationsverarbeitung zur Folge haben (Landolt & Hensel, 2008).

Traumafolgestörungen können diagnostisch folgendermaßen eingeteilt werden:

Akute Belastungsreaktion ICD-10: F43.0
Hierbei handelt es sich um eine **akute Traumareaktion**, die das Trauma unmittelbar begleitet, darüber hinaus noch einige Zeit anhalten kann (Leitaffekte: Wut, Furcht, Erstarrung).

Bei der **posttraumatischen Spätreaktion** tritt eine bereits abgeklungene posttraumatische Reaktion spontan, ohne erkennbaren Anlass oder in evozierenden Situationen (z. B. Jahrestage) wieder in Erscheinung, um dann erneut abzuklingen.

Anpassungsstörung ICD-10: F43.2
Eine Anpassungsstörung wird dann diagnostiziert, wenn die akuten Symptome in länger dauernde z. B. emotionale Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens übergehen.

Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F43.1
Von einer posttraumatischen Belastungsstörung wird gesprochen, wenn spezifische Symptome wie das Wiedererleben des Traumas, Vermeiden von Reizen, die auf das Trauma hinweisen, und anhaltende Symptome erhöhten Arousals auftreten. Diese Symptome müssen länger als einen Monat anhalten.

Komplexe Traumafolgestörungen im Kindesalter sind nicht in der ICD-10 aufgeführt. Sie sind in der Folge von chronischen interpersonellen Traumatisierungen anzutreffen, die die Entwicklung beeinträchtigen, und sind gekennzeichnet von starken Gefühlen von Furcht, Scham, Wut, Angst, Hoffnungslosigkeit und mangelndem Vertrauen. Kinder mit dieser Störung entwickeln als bleibende Nachwirkungen der Traumatisierung multiple Störungsbilder und Syndrome, z. B. Depressive- und Angstsyndrome, Dissoziationen, Konversionen, Verhaltensstörungen.

Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung ICD10: F62.0
Kennzeichen der **andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung** sind u. a. Misstrauen, phobischer Rückzug, Gefühle von Leere, Hoffnungslosigkeit und Bedrohung, Spaltung, Identifikation mit dem Angreifer. Viele Patienten mit so genannten Borderlinestörungen leiden unter den Folgen von Traumatisierungen.

Eine Traumafolgestörung kann zu jeder Zeit im Leben auftreten und in jedem Alter. Die Dauer dieser Art von Erkrankung ist sehr verschieden. In den ersten Wochen nach dem traumatischen Ereignis „treten bei fast allen Betroffenen Traumareaktionen auf, bei vielen entwickeln sie sich aber auch von selbst wieder zurück (Lueg-Schuster & Pal-Handl, 2004). Unterstützend

und stabilisierend für den Heilungsprozess wirken sich die vorhandenen Schutzfaktoren (Resilienz) eines Kindes oder Jugendlichen aus (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009).

Bei etwa der Hälfte der 20–30 % Menschen, die nach einem Trauma tatsächlich eine Traumafolgestörung entwickeln, heilt diese spontan und ohne jede Behandlung aus.

Die Störung kann aber auch noch lange nach dem belastenden Ereignis weiter bestehen. Traumatische Erfahrungen in der Kindheit können zu Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter werden.

2.1.1 Epidemiologie am Beispiel PTBS

Epidemiologische Zahlen zur PTBS belegen, dass die Lebenszeitprävalenz in der Allgemeinbevölkerung zwischen 2 und 7 % liegt. Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder ist wesentlich höher. Es besteht eine hohe Neigung zur Chronifizierung.

Die Bremer Jugendstudie (Essau, Conradt & Petermann, 1999) berichtet, dass 22,5 % der befragten Jugendlichen irgendwann in ihrem bisherigen Leben ein traumatisches Ereignis erlebt haben. Am häufigsten wurden körperliche Angriffe, Verletzungen und schwerwiegende Unfälle genannt.

Eine andere epidemiologische Studie (Perkonig, Kessler, Storz & Wittchen, 2000) berichtet, dass 26 % der jungen Männer und 17,7 % der jungen Frauen im Alter von 14 bis 24 Jahren mindestens ein traumatisches Ereignis in ihrem Leben erfahren haben.

Eine signifikante Minderheit dieser Menschen entwickelt posttraumatische psychische Störungen.

Angaben zur Lebenszeitprävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung schwanken in Abhängigkeit von der untersuchten Population zwischen 1,3 und 9,2 % (Landolt, 2004). In Abhängigkeit von der Art des Ereignisses entwickeln bis zu 100 % der traumatisierten Kinder und Jugendlichen behandlungsbedürftige und klinisch relevante psychische Störungen. Posttraumatische Belastungsstörungen gehören insgesamt gesehen zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter.

Durch Menschen verursachte Traumata (man made disaster) wiegen schwerer und haben eine höhere Inzidenz als Naturkatastrophen (Terr, 1995).

Die Ausprägung der Störung ist umso gravierender,

1. je mehr das Ereignis in den Entwicklungsprozess des Kindes eingreift,
2. je häufiger die belastenden Ereignisse auftreten,
3. je früher die belastenden Ereignisse auftreten und
4. je verletzender das Ereignis subjektiv vom Kind wahrgenommen wird.

2.1.2. Abgrenzung zu anderen/ähnlichen Störungsbildern

Traumatische Phänomene wie z. B. Dissoziation, Halluzination können auch bei anderen Störungsbildern auftreten.

Als Subgruppen wird bei Dissoziation unterschieden zwischen dem

- a) Bewusstseins Typus (Dissoziative Amnesie F44.0, Dissoziative Fugue F44.1 u. a.)
- b) Körpersymptomatischen Typus (Dissoziative Bewegungsstörungen F44.4, Dissoziative Krampfanfälle F44.5 u. a.)

Flashbacks oder Halluzinationen, die im Rahmen einer Schizophrenie oder anderer psychischer, z. B. substanzinduzierter Störungen auftreten, sind von den Zuständen im Rahmen einer PTBS abzugrenzen, ebenso Depressionen und Angsterkrankungen, die nicht durch eine traumatische Erfahrung bedingt sind.

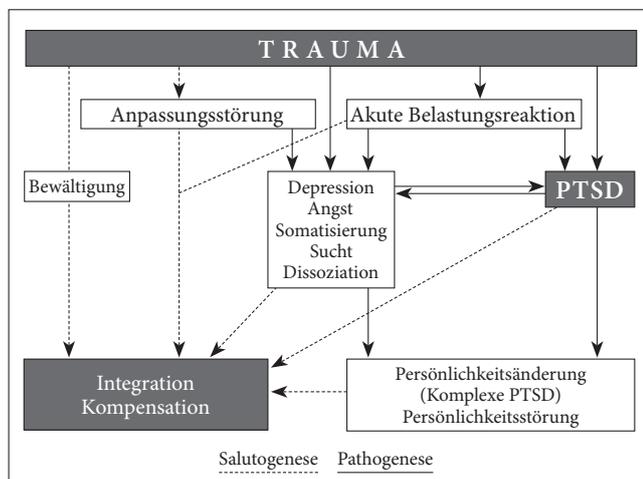


Abbildung 1. Abgrenzung zu relevanten psychischen Erkrankungen nach AMWF (2011); Flatten et al. (2011)

Eine Verknüpfung der Ängste mit der traumatischen Situation ist ein differenzialdiagnostisches Unterscheidungskriterium gegenüber entwicklungsbedingten Kinderängsten.

Es gibt eine beträchtliche **Komorbidität** mit anderen psychiatrischen Störungen, vorrangig mit Suchtmittelabhängigkeit und depressiven Störungen, häufig auch mit Angststörungen, Somatisierungsstörungen, somatoformen Schmerzstörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

Häufig sind Störungsbilder wie Depressionen, Zwangsstörungen, Somatisierungsstörungen, Essstörungen, Lern- und Leistungsstörungen, Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens auf eine nicht erkannte PTBS zurückzuführen.

2.2. Diagnostisches Vorgehen

Jede Diagnostik birgt die Gefahr, dass ein Kind oder Jugendlicher nur noch als defizitär, als Symptomträger wahrgenommen wird und nicht in seiner gesamten Persönlichkeit. In der

Personzentrierten Therapie stehen grundsätzlich das Kind und der Jugendliche als Person und nicht das Symptom im Vordergrund. Diagnostik ist nicht Selbstzweck und muss sich immer an der Einmaligkeit des jeweiligen Kindes und Jugendlichen orientieren.

Eine akzeptierende, Vertrauen schaffende Beziehung ist nach personzentriertem Verständnis schon in der Diagnostikphase unabdingbar. Gerade in dieser besteht die Herausforderung für den Therapeuten darin, das Kind oder den Jugendlichen zum Reden zu ermutigen, aber nicht zum Reden zu zwingen; Interesse zu zeigen, ihn aber nicht auszufragen.

Das Kind bzw. der Jugendliche wird als ganze Person in den Blick genommen und nicht nur störungsspezifisch betrachtet. Daher ist Ressourcenorientiertheit nicht nur mit dem Ziel der aktuellen und späteren Stabilisierung von großer Bedeutung, sondern öffnet auch den Blick auf die Stärken des Kindes.

Nur in einer als sicher und kontrollierbar erlebten Umgebung und Beziehung kann das Kind den Mut entwickeln, über Erlebtes zu reden oder sich auch entscheiden, nicht zu reden. Bei einem personzentrierten Vorgehen werden Flashbacks und Retraumatisierungen verhindert, da die Situation in keiner Weise an die traumatische Erfahrung erinnert, z. B. weil das Kind oder der Jugendliche seinen eigenen Explorationsprozess selbst steuert.

Es besteht eine hohe Gefahr der Über- bzw. Unterdiagnostizierung der Störung, so dass ein sorgfältiges und differenziertes Vorgehen nötig ist.

Zu empfehlen ist das freie, diagnostische Interview, das sich inhaltlich an den Kriterien der PTBS orientiert. (VORSICHT: Auslösen und Verstärken der Symptomatik durch unangemessene Exploration). Die Therapeutin soll bei der Exploration traumatheoretisches Wissen z. B. bezüglich Dissoziation im Hinterkopf haben, damit sie bestimmte Phänomene erkennen und verstehen kann. Es sollte eine genaue Anamnese-Erhebung mit Blick auf bisherige Traumaerlebnisse und die drei typischen Symptomkomplexe stattfinden: Übererregung, Wiedererinnern und Vermeidung. Es ist bei einer Exploration wichtig, auch das soziale Umfeld, evtl. auch mögliche Täter aufmerksam im Blick zu haben und Verstrickungen des Kindes zu erkennen. Eine Sicherheit gebende und verlässliche therapeutische Grundhaltung verdeutlicht dem Kind, dass die Therapeutin, der Therapeut psychisch stark genug ist, sich den Themen des Kindes zu stellen.

Grundsätzlich bieten sich in der allgemeinen Diagnostik die üblichen projektiven Verfahren an wie Zeichendiagnostik (z. B. Mensch-Zeichentest, Baum- und Hauszeichentest, Familie in Tieren, Verzauberte Familie), Szenotest, Satzergänzungstest sowie Projektive Bildererzähltests (CAT, Columbus Erzähltest).

Darüber hinaus ist eine ausführliche Beobachtung des freien Spiels äußerst hilfreich, da sich hier oft schon erste

Anhaltspunkte von Belastungen zeigen. Im Spiel zeigt das Kind schnell seine inneren unbewältigten Themen und nutzt symbolisch und/oder realitätsnah das Spiel, um die eigenen Schwierigkeiten darzustellen. Im freien Spiel, das diagnostisch beobachtet wird, sollte nichts beschleunigt werden, um Flashbacks und Kontrollverlust zu vermeiden. Das Thema Traumatisierung sollte aber auch nicht tabuisiert werden, um dem Kind die Möglichkeit zum freien Erzählen zu geben. Vorsicht vor Überinterpretationen von Spielszenen und Zeichnungen, Vorsicht ist auch beim Einsatz anatomischer Puppen angezeigt, da Suggestion nicht ausgeschlossen werden kann.

Neben allgemeinen Testverfahren stehen in der Diagnostik auch spezielle Verfahren zur Verfügung. Bei allen Diagnostikverfahren, die nach traumatischen Inhalten fragen, ist besondere Vorsicht geboten wegen der Gefahr der Suggestion auf der einen Seite und einer Retraumatisierung auf der anderen.

Eine sehr umfangreiche Sammlung von Screening- und Diagnostikinstrumenten findet sich bei Hensel (2007, S. 337 ff.) sowie auf der Homepage des Kindertraumainstituts (Kindertraumainstitut, 2012).

Diagnostik der Akuten und Posttraumatischen Belastungsstörung

Zur Diagnostik der Akuten und der Posttraumatischen Belastungsstörung wird besonders das IBS-KJ: Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern ab 7 Jahren und Jugendlichen empfohlen. Es handelt sich hierbei um ein strukturiertes klinisches Interview, das direkt mit dem Kind oder Jugendlichen durchgeführt wird.

Diagnostik der Traumasymptome

Eine spezifische Auswahl von 15 Fragen (der Summenwert von Frage 5, 10, 15, 32, 45, 47, 48, 78, 81, 82, 87, 90, 93, 94 u. 98) aus dem CBCL 1 1/2–5 Jahre (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) bildet bei einem Cut-off Wert von 9 mit hoher Wahrscheinlichkeit eine PTBS für diese Altersgruppe ab.

Ein bewährtes Traumascreening- und Therapieevaluations-Instrument für Kinder ab sieben Jahren stellt die von Greenwald (Greenwald & Rubin, 1999) entwickelte Skala CROPS (Child Report of Post-Traumatic Symptoms) dar. Bei der entsprechenden PROBS-Skala handelt es sich um einen Elternfragebogen (Kindertraumainstitut, 2012).

Diagnostik von Dissoziationen

Die Child Dissociative Checklist von Putnam et al. (1993) ist ein erprobtes Screening-Instrument für dissoziative Phänomene bei Kindern.

Die Adolescent Dissociative Experience Scale, A-DES II sowie A-DES 8 (Martinez-Taboas et al., 2004) dient dem

Screening von dissoziativen Phänomenen für Kinder und Jugendliche von 10–21 Jahren (Kindertraumainstitut, 2012).

3. Spezifisches Störungsverständnis, Genese

In der personenzentrierten Theorie wird ein Trauma als eine Störung des gesunden Verarbeitungsprozesses von Erfahrung angesehen. Die traumatische Situation wird vom Organismus als Bedrohung gewertet. Traumatische Erfahrungen werden daher nur im impliziten Gedächtnis abgelegt und nicht ins explizite Gedächtnis übernommen.

Traumatische Erfahrungen und Erinnerungen können durch ihren Bedrohungscharakter von Kindern oder Jugendlichen nicht bewusst, sondern nur unterschwellig wahrgenommen werden (van der Hart et al., 1995). Im personenzentrierten Sinne ausgedrückt, können die Trauma-Erlebnisse nicht symbolisiert werden. Ein Kind oder Jugendlicher kann diese nicht in Worte fassen oder erzählen, es kann sie nicht in die eigene Lebensgeschichte integrieren.

Kinder und Jugendliche können die traumatischen Erfahrungen nicht mit ihrem bis dahin entwickelten Selbst- und Weltbild vereinbaren, sie können sie nicht in ihr Selbstkonzept integrieren, weil sie eine Bedrohung für dieses darstellen (Eckert & Biermann-Ratjen, 2011b).

Erfahrungen, die nicht ins Bewusstsein gelangen, werden im personenzentrierten Konzept als Inkongruenz bezeichnet. Gleichzeitig treten Intrusionen auf, in denen sich die nicht integrierten Erfahrungen in das Bewusstsein drängen. Unruhezustände und Überaktivität, Angst, Vermeidung und körperliche Symptome sind dabei unvollständige Symbolisierungen der Bedrohung auf der körperlichen Ebene (Eckert & Biermann-Ratjen, 2011a).

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die durch die Traumatisierung entstehenden Inkongruenzen in ihrer Symptomatik auch vom Entwicklungsstand des Kindes abhängig sind.

Die Entwicklung eines Selbstkonzeptes wird als bedeutsamer Teil der Selbstaktualisierung des Kindes angesehen. Während organismische Erfahrungen der Selbsterhaltung dienen, stellt das Selbstkonzept das aus den Selbsterfahrungen entstandene Bild von sich selbst und der Welt dar.

Traumatische Erfahrungen greifen in besonderer Art und Weise in den Entwicklungsprozess eines Kindes ein und erschüttern in besonderem Maße dessen sich entwickelndes Selbstkonzept. Auf der organismischen Ebene wird das Verhaltensmuster von Kampf oder Flucht aktiviert. Aufgrund der Tatsache, dass beides nicht möglich ist, führt dies zur Erstarrung, dem Erleben von tiefer Hilflosigkeit und Übererregung. Auf der Ebene des Selbstkonzeptes wird das Vertrauen des Kindes in die Umgebung und in die zentralen Bezugspersonen

erschüttert. Die Art, wie das Kind seine Außenwelt wahrnimmt, verändert sich genauso wie dessen Selbstbild. Das kindliche Weltverständnis wird erschüttert und das Kind verliert sein Vertrauen in die Menschen.

Eine Traumatisierung kann als eine Hemmung der Selbstaktualisierung zu massiven Entwicklungsverzögerungen führen, weil das Kind nicht mehr aufnahmefähig für neue Lernerfahrungen ist.

Durch das traumatische Ereignis kann die Wahrnehmung des Kindes verändert sein. Das Kind kann an seinen Wahrnehmungen zweifeln, nicht unterscheiden, was Realität und was Einbildung ist. Sowohl die Selbstwahrnehmung als auch die Fremdwahrnehmung können verzerrt sein. Auch diese Wahrnehmungsverzerrungen können im Dienste der Abwehr von unerträglichen, den Organismus und das Selbstkonzept bedrohenden Erfahrungen stehen, was von Rogers (1977b/1985, 1980b/1987, 1959a/1989) für zahlreiche andere Prozesse hinlänglich beschrieben wurde. Wenn diese Wahrnehmungsverzerrungen anhalten, führen sie zu verzerrten Verhaltensschemata und Erwartungshaltungen gegenüber der Umwelt.

Auf symptomatischer Ebene treten häufig Schuldgefühle oder Ängste als Reaktion auf Traumatisierungen auf. Dabei ist zu bedenken, dass kleine Kinder ein egozentrisches Denken haben und die Geschehnisse um sie herum als Auswirkungen ihrer eigenen Handlungen sehen. So schreiben sie sich die Verantwortung für das Trauma zu und meinen, sie hätten Schuld an den Ereignissen. Beim Auftreten traumaspezifischer Ängste können das Verlustängste sein, Ängste vor den Erinnerungen an das traumatische Ereignis oder diffuse Ängste.

Das Erleben von Selbstwirksamkeit ist bei traumatisierten Kindern oft tiefgreifend erschüttert, da das Kind während der traumatischen Ereignisse einen massiven Kontrollverlust erlebt und sich ohnmächtig und hilflos fühlt. Dies kann zu Passivität und Rückzugsverhalten führen. Studien haben gezeigt, dass missbrauchte Kinder weniger Worte haben, um ihre Gefühle zu beschreiben (Riedel, 2002). Sie können nicht identifizieren, wie sie sich fühlen, und zeigen Probleme mit der emotionalen Steuerung und der Erregungsregulation. Sie haben Schwierigkeiten, Vertrauen zu fassen und kooperative Beziehungen zu anderen Menschen einzugehen.

Dissoziationen sind zu verstehen als abgewehrte Erfahrungen, die mit dem Selbstkonzept unvereinbar sind. Nur durch Dissoziation ist oft ein Weiterfunktionieren des Kindes möglich. Sie stellen einen Lösungsversuch in einer ausweglosen Situation dar. Indem bedrohliche Erfahrungen abgespalten werden, verändert sich die Selbst- und Außenwahrnehmung. Die damit einhergehende Trennung von überwältigenden Affekten von den dazugehörigen Vorstellungen bewirkt einen Zustand von andauernder Inkongruenz im Sinne einer Gefühlstaubheit, die subjektiv als Isolation erlebt werden kann.

4. Fallspezifische Behandlungsplanung

4.1. Vorüberlegung

Im Rahmen der Anmeldung wird je nach Einzelfall (Jürgens-Jahnert, 2002; Monden-Engelhardt, 2002; Riedel, 2002; Fröhlich-Gildhoff, 2003; Behr, 2006) eine Entscheidung darüber getroffen, in welchem Setting der Erstkontakt und die Psychodiagnostik stattfinden. Bei Säuglingen und Kleinkindern mit Traumafolgestörungen ist es unerlässlich, den Erstkontakt und die Psychodiagnostik in Anwesenheit eines Sicherheit und Halt gebenden Elternteils durchzuführen. Es sollte im Vorfeld geklärt werden, ob der anwesende Elternteil direkt oder indirekt von dem traumatisierenden Ereignis betroffen ist oder sogar selbst aktiv an der Herbeiführung des Traumas beteiligt war. Ist die eigene Betroffenheit oder aktive Beteiligung zu stark, sollte eine andere Bezugsperson als Begleitperson für das Kind hinzugezogen werden. Bei Jugendlichen hingegen kann es im Sinne der entwicklungspsychologisch relevanten Autonomieentwicklung oftmals sinnvoller sein, die Sitzungen ohne Bezugspersonen durchzuführen.

Dem Aspekt der Sicherheit kommt bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen eine besondere Bedeutung zu. Maximale Sicherheit bzw. Schutz in Bezug auf die Trauma auslösende Situation und/oder Person sind unabdingbar. Bei durch Menschen ausgelösten traumatischen Erlebnissen sind Sicherheit und Schutz vor erneuter Konfrontation mit den für das Trauma verantwortlichen Personen zu gewährleisten.

Ein weiterer Aspekt, der im Vorfeld der Psychodiagnostik und der später stattfindenden Psychotherapie zu beachten ist, gilt eventuell anstehenden juristischen Verfahren. Stabilisierende und Sicherheit vermittelnde Aspekte in der Diagnostik oder Therapie sind durchaus notwendig und auch hilfreich für das Kind oder den Jugendlichen. Bei unmittelbar mit dem traumatischen Erleben in Zusammenhang stehenden therapeutischen Schritten sollte jedoch darauf geachtet werden, dass diese möglichst nach Absprache mit den juristisch Beteiligten geschehen, um den Strafprozess nicht zu behindern.

Bei traumatisierten Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen ist bei der Erhebung anamnestischer oder diagnostischer Daten besonders zu beachten, dass dies sehr sensibel und behutsam geschieht und triggernde Interventionen in Zusammenhang mit den traumatischen Erlebnissen zu unterlassen sind.

Zu guter Letzt ist darauf hinzuweisen, dass die soziale und kulturelle Situation des Kindes oder des Jugendlichen und seiner Bezugspersonen zu berücksichtigen ist und neben der Erfassung von Risikofaktoren auch kompensierende oder Schutzfaktoren erhoben werden sollten, die zu einer konstruktiven Bewältigung der traumatischen Erlebnisse beitragen können.

4.2 Therapieziele

Therapieziele im Rahmen einer Personenzentrierten Psychotherapie bei Traumafolgestörungen hängen von verschiedenen Faktoren auf Seiten des Kindes (z. B. Alter, Entwicklungsstand, traumatische Vorerfahrungen, aktuelle Symptomatik, protektive- und Schutzfaktoren) ab. In Abhängigkeit von der traumaauslösenden Situation und den beschriebenen Faktoren entwickeln sich bei einigen Kindern Symptome, die als Ausdruck ihrer Inkongruenzen verstanden werden können. Allgemein können für diesen Prozess folgende Therapieziele formuliert werden:

4.2.1 Allgemeine, auf das Kind oder den Jugendlichen bezogene Therapieziele:

- Integration der traumatischen Erfahrungen in das Selbstkonzept
- Vertrauen in Beziehungen und darauf, diese (zurück-) zu gewinnen (insbesondere bei durch Menschen ausgelösten traumatischen Erlebnissen)
- Erfahrung von zuverlässiger, einschätzbarer, stabiler Beziehung ermöglichen
- Verbesserung der Affektregulierung
- Vertrauen in die eigenen Kräfte wiedergewinnen
- Selbstbewusstsein wiedererlangen
- Kontrolle und Sicherheit wiedergewinnen (handlungsfähig werden, die Opferrolle verlassen)

4.2.2 Allgemeine, auf die Eltern und Bezugspersonen bezogene Therapieziele:

- Verständnis für Trauma und Traumaverarbeitung ermöglichen
- Förderung des empathischen Verstehens des Kindes oder Jugendlichen
- Stärkung der Erziehungskompetenz gegenüber dem traumatisierten Kind oder Jugendlichen
- Verständnis für die Ausdrucksformen der Traumatisierung des Kindes entwickeln
- Umgang mit dem Kind in alltäglichen Situationen reflektieren
- Auseinandersetzung und Reflexion eigener Traumaerfahrungen anregen
- Erkennen sekundärer Traumatisierung und ggf. Hilfe vermitteln

4.2.3 Allgemeine, auf weitere Bezugspersonen aus dem Lebensumfeld des Kindes oder Jugendlichen bezogene Therapieziele:

- Verständnis für die Ausdrucksformen der Traumatisierung des Kindes entwickeln

- Umgang mit dem Kind in alltäglichen Situationen reflektieren
- Kooperation der unterschiedlichen Bezugspersonen initiieren sowie ein Unterstützungssystem für das Kind schaffen

4.3 Planung der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

Die Arbeit mit den Bezugspersonen orientiert sich an der Position der Eltern im gesamten Traumaprozess. Sind die Eltern selbst Täter und geht von ihnen weiterhin eine Kindeswohlgefährdung aus, ist eine Zusammenarbeit nur schwer möglich. Hier haben die Loyalität mit dem Kind und dessen Sicherheit oberste Priorität.

Grundsätzlich wird die Forderung erhoben, dass keine Therapie stattfinden soll, solange der Schutz des Kindes nicht gewährleistet ist. Nicht immer ist die Täterschaft jedoch zu Therapiebeginn schon geklärt.

Problematisch kann sich die notwendige Zustimmung beider Elternteile zur Therapie gestalten, wenn Vater oder Mutter selbst Täter sind. Diese muss notfalls bei mangelnder Kooperation gerichtlich eingeholt werden. Problematisch ist ebenso eine Therapie bei einem parallel stattfindenden Strafverfahren durch die Gefahr der Veränderung der Wahrnehmung von Erlebnissen des Kindes im Rahmen der Therapie. Eine Absprache mit den entsprechenden Behörden (Polizei, Staatsanwaltschaft, Gutachter) kann das Problem reduzieren.

Sind die Eltern selbst traumatisiert, sollte eine eigene Therapie bei einem anderen Therapeuten empfohlen werden. Um eine solche Traumatisierung zu erfassen, sind zu Beginn der Arbeit mit den Eltern deren Traumabelastungen und Traumaerfahrungen zu erfassen.

Da Kinder und Jugendliche im Alltag häufig Symptome entwickeln, die das gesamte Familiensystem destabilisieren, ist eine intensive Zusammenarbeit mit den Eltern oder Betreuungspersonen parallel zur Therapie unbedingt nötig. Oft nimmt die Frage der Schuld bzw. Mitschuld bei den Eltern einen größeren Raum in der Elternberatung ein.

5. Handlungsleitlinien in den unterschiedlichen Therapiephasen

Therapieeingangsphase		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/Methoden
<p>Akzeptanz der Symptomatik des Kindes und Jugendlichen (Symptomatik als Bewältigungsstrategie ansehen)</p> <p>reflektierter und altersangemessener Umgang mit der Äußerung von Einfühlung</p> <p>Sensibilität für körperliche Nähe und/oder Berührungen</p> <p>Transparenz des eigenen Handelns dem Kind oder Jugendlichen mitteilen, dass der Therapeut über traumatisches Geschehen informiert ist</p> <p>offene Haltung; einladend für Mitteilungen und Ausdrucksformen des Kindes oder Jugendlichen; nicht fordernd konfrontativ</p> <p>das Kind bestimmt das Tempo seiner eigenen Auseinandersetzung mit dem Trauma</p>	<p>dem Kind oder Jugendlichen Sicherheit geben, bei Kleinkindern ggf. Elternteile mit einbeziehen</p> <p>für haltgebenden Rahmen und Struktur sorgen</p> <p>Nähe und Distanz ausloten</p> <p>Ressourcen des Kindes oder Jugendlichen wahrnehmen und wertschätzend benennen</p> <p>Schwerpunkt auf der Handlungsebene, dosiertes Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte</p> <p>allgemeine altersentsprechende Information über Trauma und Traumafolgen</p> <p>Keine Befragung nach den Traumainhalten</p>	<p>mit der Therapieumgebung vertraut machen</p> <p>Orientierung über den Ablauf geben dem Kind/Jugendlichen Entscheidungsmöglichkeiten, -freiheit und Kontrollmöglichkeiten einräumen</p> <p>aussprechen und zusichern, dass nichts geschieht ohne Absprache mit dem Kind</p> <p>Hinweis auf Schweigepflicht</p> <p>Bereitstellung von traumaspezifischen und altersangemessenen Kinder- und Jugendbüchern, z. B. „Wie Pippa wieder lachen lernte“ (Lueg-Schuster & Pal-Handl, 2004)</p>

Mittlere Therapiephase		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/Methoden
<p>Grundhaltung von Wertschätzung Akzeptanz und Authentizität</p> <p>eine erhöhte Aufmerksamkeit für Verarbeitungsprozesse beim Kind oder Jugendlichen</p> <p>Wachsamkeit gegenüber eigenen Grenzverletzungen</p> <p>Transparenz gegenüber dem Kind oder Jugendlichen (Hüsson, 2009)</p> <p>Akzeptanz bzgl. der Spielinhalte des Kindes oder Jugendlichen, sofern die eigenen Grenzen nicht überschritten werden</p> <p>kein Druck oder Zwang zur Konfrontation mit dem Trauma</p> <p>Therapeut kann die ihm zugewiesene Spielrolle in Rollenspielen reflektieren</p>	<p>Grundsätzlich bestimmt das Kind oder der Jugendliche Tempo, Thema und Intensität des Spiels bzw. der Gespräche (Levine & Frederick, 1998; Riedel, 2002)</p> <p>Der Therapeut „folgt“ dem Kind oder Jugendlichen und ermöglicht ihm seine Spielinszenierung (Weinberger, 2010)</p> <p>Die Spielinhalte werden verbal begleitet, angereichert durch Rückmeldungen auf verschiedenen Sinnesebenen, z. B. du hörst ..., du riechst ..., um eine De-Fragmentierung zu ermöglichen</p> <p>Nur in Phasen der Stagnation, bei einem eintönig wiederholenden Spiel ohne Weiterentwicklung werden (Gil, 2006) prozessaktivierende Impulse gegeben</p> <p>In der gespielten Opferrolle fühlt sich der Therapeut in die Innenwelt des Kindes ein und verbalisiert dies (Hüsson, 2010)</p> <p>In der Täterrolle stimmt der Therapeut sein Handeln mit dem Kind ab, um eine Überforderung zu vermeiden.</p> <p>In einem gesunden Heilungsprozess wird das Kind das Spiel so inszenieren, dass es sich auf der Spielebene aus der Opferrolle befreit und den Täter besiegen wird. Geschieht dies nicht, kann der Therapeut aktivierende Maßnahmen anbieten.</p>	<p>Spielmaterial, das zur Auseinandersetzung mit dem Thema anregt (z. B. Waffeln, Handschellen, Spritzen)</p> <p>Bilderbücher, DVDs, z. B. „Jule und Marie“ (Braun, 2007), „Ein Dino zeigt Gefühle“ (Manske & Löffel, 1996)</p> <p>Zur Stabilisierung können die bekannten Traumaimaginationen ergänzend eingebracht werden (z. B. innerer Helfer, sicherer Ort). Diese sollten jedoch Kind- und prozessorientiert geschehen. Die meisten Kinder besitzen bereits innere Helferfiguren, geschützte Phantasiewelten, -orte, die im Gespräch nur noch erfragt und dann genutzt werden sollten. Auch Jugendliche besitzen häufig Helferfiguren, nach denen gefragt werden sollte.</p> <p>Das konkrete Nachfragen im Rollenspiel (z. B. wie eine Rolle ausgeführt werden soll) verhindert eine Übererregung, schafft Distanz zu den Gefühlen, unterscheidet ständig zwischen Realität und Spiel und ermöglicht dem Therapeuten, handlungsfähig zu bleiben.</p> <p>Älteren Kindern kann auch das Angebot zusätzlicher Bearbeitungsmethoden gemacht werden (z. B. therapeutische Geschichten, Traumabuch).</p> <p>Für den Umgang mit Dissoziationen empfiehlt sich die Herstellung einer sog. Notfallkiste, die gemeinsam mit dem Kind oder Jugendlichen mit praktischen Hilfsmitteln gefüllt wird</p>

Therapie-Abschlussphase		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/Methoden
<p>offen sein für Signale des Kindes oder Jugendlichen, z. B. lieber mit Schulfreunden spielen wollen, schwimmen gehen ... als zur Therapie zu kommen (Riedel, 2002)</p> <p>Vertrauen in kindliche Ressourcen (und die der Bezugspersonen) vermitteln</p> <p>Trennungsabsichten empathisch erfassen und zulassen (einfühlsam loslassen)</p> <p>dem Thema „Abschied“ Raum geben (Riedel, 2002)</p> <p>individuelle Form des Abschiednehmens beim Kind oder Jugendlichen akzeptieren</p>	<p>Abschiedsphase bei entsprechenden Signalen des Kindes oder Jugendlichen aktiv begleiten (Riedel, 2002)</p> <p>das Ende der Therapie rechtzeitig ankündigen</p> <p>individuelle Form des Abschiednehmens, z. B. ignorieren, trauern, aggressiver Umgang empathisch, akzeptierend und kongruent begleiten</p> <p>Aufzeigen und Anerkennen der Veränderungen</p>	<p>Aufklärung über die Bedeutung des Therapieabschlusses für ein traumatisiertes Kind bzw. Jugendlichen</p> <p>Konkrete Hinweise für den Umgang mit evtl. erneut auftretenden Traumaerinnerungen, Restsymptomen oder sonstigen Problemen</p> <p>Rückfallmöglichkeiten und -formen ansprechen, diesbezügliche Prophylaxe</p> <p>Reduzieren der Sitzungsfrequenz</p> <p>Katamnese-Termin vereinbaren</p> <p>Hinweis auf Möglichkeit zur erneuten Kontaktaufnahme geben</p>

6. Handlungsleitlinien für die Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

Die Einbeziehung der Eltern und anderer Vertrauenspersonen ist eine bedeutsame Komponente in der Therapie (Ehlers, 2002; Fröhlich-Gildhoff, 2003; Schmidtchen, 1991; Behr, 2006). Gerade bei Traumafolgestörungen ist der Einbezug der Eltern bedeutsam und wichtig und trägt zur Stabilisierung des Kindes oder Jugendlichen bei. Die oben beschriebenen Kontraindikationen sind zu beachten.

	Begegnungshaltung	Themenschwerpunkte	Handlungsstrategien; Interventionsmedien und -methoden
Therapie-eingangsphase	<p>Die Eltern nach eigener Traumatisierung (aktuell oder in der Vergangenheit) fragen</p> <p>erklärend und informierend</p>	<p>Schuld, Versagen, Hoffnungslosigkeit, Ohnmacht, Sinnfrage</p> <p>Umgang mit dem Kind und Erziehungsfragen klären</p>	<p>Einführend-akzeptierender Gesprächsstil</p> <p>Familienbrett, um die Beziehungen in der Familie darzustellen</p> <p>Information über traumatische Prozesse und deren Verlauf geben</p>
Mittlere Phase	<p>wertschätzend, informationsvermittelnd, verstehend und auch konfrontierend</p>	<p>Sekundäre Traumatisierung</p> <p>Eigene Betroffenheit</p> <p>Veränderung der Kinder durch traumatische Erfahrung</p> <p>Rückzugsverhalten des Kindes</p> <p>Trennungsängste des Kindes</p> <p>auffällige Verhaltensweisen des Kindes</p>	<p>Bewältigungsstrategien vermitteln, um mit dem eigenen emotionalen Stress fertig zu werden</p> <p>Vermittlung von Umgangsmöglichkeiten mit Traumasymptomen des Kindes</p> <p>Eltern unterstützen in der Aufgabe, ihre Kinder mitfühlend-emotional zu begleiten</p> <p>Eltern motivieren, die spezifischen Bedürfnisse ihrer Kinder zu erkennen und zu befriedigen</p> <p>Bei Eltern Verständnis schaffen für das kindliche Bedürfnis nach Sicherheit</p> <p>Erziehungsverhalten an die Situation des Kindes anpassen, z. B. auch Grenzen setzen</p> <p>Information geben über Wiederholungszwang</p>

	Begegnungshaltung	Themenschwerpunkte	Handlungsstrategien; Interventionsmedien und -methoden
Abschlussphase	Rückmeldung über Verlauf und Veränderungen Stärkung der Elternkompetenz	Weiterentwicklung des Kindes Mögliche schwierige Situationen Einschätzung der Belastung durch das traumatische Ereignis	Weiterentwicklung des Kindes Mögliche schwierige Situationen Einschätzung der Belastung durch das traumatische Ereignis Sensibilisierung der Wahrnehmung der Eltern für die Fortschritte ihres Kindes Sensibilisierung für die Ressourcen des Kindes Verständnis für die Veränderungen im gesamten Familiensystem Neuorientierung

7. Handlungsleitlinien für die Arbeit mit dem Lebensumfeld des Kindes

Eine intensive Zusammenarbeit mit weiteren Bezugspersonen aus dem Lebensumfeld des Kindes wie Lehrkräfte, Erzieherinnen, Ausbilder, Betreuerinnen ist in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen sehr empfehlenswert. Da Kinder und Jugendliche auch außerhalb der Therapie ihre Symptome entwickeln und zum Ausdruck bringen, benötigen auch die Fachkräfte Unterstützung und Beratung im Umgang mit den traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Sie benötigen Informationen, um die Kinder besser verstehen und im Alltag angemessen reagieren zu können. Besondere Themen in der Zusammenarbeit sind: Ohnmacht, Kontrolle, Grenzen, Nähe/Distanz (Riedel, 2002).

Eine gute Vernetzung und Kooperation stabilisiert das Helfernetz und unterstützt somit den Prozess der Heilung bei den Betroffenen. Diese Kooperation sollte jedoch immer transparent gemacht und mit den Kindern und Jugendlichen abgesprochen werden, um einen Vertrauensverlust zu vermeiden. Traumapädagogisches Wissen ist zur Unterstützung der Fachkräfte notwendig (Weiß, 2009).

Literatur

AMWF (2011). *Leitlinien Posttraumatische Belastungsstörungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)*. Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-010.html> (Stand: 29. 01. 2012).

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung, 2. Aufl. mit deutscher Normierung, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers und K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.

Behr, M. (2006). Beziehungszentrierter Erstkontakt in der heilpädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien. *PERSON*, 10, 2, S.108-117.

Braun, B. (2007). *Jule und Marie*. Köln: Mebes & Noack.

Brisch, K. (1999). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, K. & Hellbrügge, T. (2003). *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Döring, E. (2011). Traumatherapie mit Kindern. Was hilft Spielen im Umgang mit traumatisierten Kindern. In C. Wakolbinger et al. (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. Vorträge und Workshops der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am 24. und 25. April 2010 in Wien* (S. 238-257). Norderstedt: Books on Demand.

Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (2011a). Die Traumatheorie in der Gesprächstherapie nach Carl R. Rogers. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (S. 127-133). Stuttgart: Klett-Cotta

Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (2011b). Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (S. 590-602). Stuttgart: Klett-Cotta.

Eckardt, J. (2005). *Kinder und Trauma: Was Kinder brauchen, die einen Unfall, einen Todesfall, eine Katastrophe, Trennung, Missbrauch oder Mobbing erlebt haben*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Ehlers, B. (2002). Praxis der Elternarbeit in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert u. C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Band 2 (S. 73-92). Göttingen: Hogrefe.

Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (1999). Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen. Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27, 37-45.

Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: UTB.

Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L. & Woller, W. (2011). S3 – Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt*, 3, 202-210.

Fröhlich-Gildhoff, K. (2003). Bezugspersonenarbeit im Rahmen der personenzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 3: Störungsspezifische Falldarstellungen* (S. 293-326). Göttingen: Hogrefe.

- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönna-Böse, M. (2009). *Resilienz*. Stuttgart: UTB.
- Gil, E. (2006). *Helping Abused and Traumatized Children*. New York: Guilford Press
- Greenwald, R. & Rubin, A. (1999). Brief assessment of children's post traumatic symptoms: Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice*, 9, 61.
- Hensel, T. (Hrsg.) (2007). *EMDR mit Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Hüsson, D. (2009). Sexuell missbrauchte Kinder und Jugendliche – Differenzielles Vorgehen in der Personzentrierten Psychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 243–264). Göttingen: Hogrefe.
- Hüsson, D. (2010). Personzentrierte Therapie mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. In C. Wakolbinger (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. Vorträge und Workshops der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am 24. und 25. April 2010 in Wien* (S. 238–257). Norderstedt: Books on Demand.
- Jürgens-Jahnert, S. (2002). Therapieeinleitung und Diagnostik in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: einige theoretische Überlegungen und praktische Anregungen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2: Anwendung und Praxis* (S. 257–285). Göttingen: Hogrefe.
- Kindertraumainstitut (2012). Verfügbar unter: <http://www.kindertraumainstitut.de/de/Materialien> [Stand: 29.1.2012]
- Kröger, C. (2011). *Hinweise zur Unterstützung von Kleinkindern, Vorschulkindern, Schulkindern, Jugendlichen nach traumatischen Ereignissen*. Verfügbar unter: <http://www.pknds.de/37.o.html> [Stand: 29.1.2012].
- Krüger, A. & Reddemann, L. (2007). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Landolt, M. (2004). *Psychotraumatologie des Kindesalters*. Göttingen: Hogrefe.
- Landolt, M. A. & Hensel, T. (Hrsg.) (2008). *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Levine, P. & Frederick, A. (1998). *Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Unsere Fähigkeit traumatische Erfahrungen zu transformieren*. Essen: Synthesis.
- Lueg-Schuster, B. & Pal-Handl, K. (2004). *Wie Pippa wieder lachen lernte. Elternratgeber für traumatisierte Kinder*. Wien: Springer-Verlag.
- Martinez-Taboas, A. et al. (2004). The psychometric properties of a shortened version of the Spanish adolescent dissociative experience scale. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5 (4), 33–54.
- Manske, C. & Löffel, H. (1996). *Ein Dino zeigt Gefühle*. Köln: Mebes & Noack.
- Monden-Engelhardt, C. (2002). Zur personzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2: Anwendung und Praxis* (S. 9–72). Göttingen: Hogrefe.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S. & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46–59.
- Putnam, F. W., Helmers, K. & Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociative scale. *Child Abuse and Neglect*, 17, 731–741.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M. & Goenjian, A. (1996). Traumatic stress in childhood and adolescence. Recent developments and current controversies. In B. van der Kolk, A. C. McFalane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 331–358) New York: Guilford Press.
- Riedel, K. (2002). Personzentrierte Kindertherapie bei sexueller Misshandlung. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper u. C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2: Anwendung und Praxis* (S. 185–209). Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C. (1977b/1985). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Rogers, C. (1980b/1987). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Rogers, C. (1959a/1989). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG-Verlag.
- Schmidtchen, S. (1991). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Streeck-Fischer, A. (2006). *Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz*. Stuttgart: Schattauer.
- Terr, E. (1995). *Schreckliches Vergessen, heilsames Erinnern. Traumatische Erfahrungen drängen ans Licht*. München: Kindler.
- van der Hart, O., Steele, K., Boon, S. & Brown, P. (1995). Die Behandlung traumatischer Erinnerungen: Synthese, Bewusstwerdung und Integration. In *Hypnose und Kognition*, 12 (2), 34–67.
- Weinberger, S. (2010). Wieviel Traumatherapie steckt in der personzentrierten Spieltherapie. In Wakolbinger, C. (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. Vorträge und Workshops der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am 24. und 25. April 2010 in Wien* (S. 205–218). Norderstedt: Books on Demand.
- Weiß, W. (2009). *Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen*. Weinheim: Juventa.