



Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen

Thomas Hensel (Dipl.-Psychologe) // Kinder Trauma
Institut

Vortrag auf der
3. Fachtagung der
Evangelischen Jugendhilfe
Menden 11. März 2009



Warum Traumatherapie ?

1

Traumata im Kindesalter sind weit verbreitet

● Typ 1 Trauma

◎ schwere Verkehrsunfälle (16% Prävalenz für PTBS)

◎ 100.000 Kinder/Jahr = **16.000 Kinder mit PTBS**

◎ Krankenhauserfahrungen bei schweren Erkrankungen (Krebs,

schweres Asthma, Herz-OP (12 - 20 % Prävalenz))

● Typ 2 Trauma

◎ Körperliche Gewalt (als Zeuge oder Opfer)

◎ Sexueller Missbrauch

Warum Traumatherapie ?

2

Kindheitstraumata haben lebenslange Folgen

⊙ ACE-Studie (Adverse Childhood Experience; Felitti et al, 96)

⊙ 17.400 Personen befragt nach ihren belastenden Kindheitserfahrungen (Durchschnittsalter: 58 Jahre)


⊙ Ergebnisse:

- Belastende Kindheitserfahrungen kommen überraschend häufig und in den besten Familien vor

• Bis zu 50 Jahren nach den belastenden Kindheitserfahrungen sind die

Suizidrisiko:
erfahrungen sind die
n für **Gesundheit und soziales**
1200% höher bei 4 Belastungsfaktoren

Zur Anzeige wird der QuickTime™
Decompressor (32bit) benötigt.



PTBS im Kindesalter ist so häufig wie ADHS (2,2% Prävalenz)

Die PTBS-Rate ist bei Kindern in Pflegefamilien (in den USA) doppelt so hoch wie bei Soldaten, die aus dem Krieg kommen

Wie wirken sich traumatische Erfahrungen bei Kindern aus ?

- Traumatische Erfahrungen lösen bei Kindern **Muster des Schutzsuchens und Vermeidens** aus (Aktivierung des Bindungssystems) und erhöhen ihr Sicherheits- und Kontrollbedürfnis
- Traumatische Erfahrungen können (im Prinzip) jede psychische Störung zur Folge haben und führen zu einer Vielzahl von Symptomen (hohe Komorbidität)
- Traumata beeinträchtigen in erheblichem Maße die weitere Entwicklung des Kindes auf

Ackermann - Studie

(1998) 1 -

Welche Diagnosen erhalten Kinder mit Misshandlung und sexuellem

Die Kinder bekamen im Durchschnitt 2,8 verschiedene Diagnosen

Trennungsangst/Überängstlichkeit	59 %
Störung des Sozialverhaltens/ Oppositionelles Verhalten	57 %
Phobien	36 %
PTBS	36 %
ADHS	29 %

Ackermann - Studie

(1998) 2 -

Welche Diagnosen erhalten Kinder mit Misshandlung und sexuellem

Jungen		Mädchen	
Störungen des Sozialverhaltens	67 %	Trennungsangst/ Überängstlichkeit	79 %
ADHS	67 %	Phobien	58 %
Oppositionelles Verhalten	64 %	PTBS	53 %
Trennungsangst	59 %	Oppositionelles Verhalten	47 %

Störungen des Sozialverhaltens eine Traumafolgestörung ?

Störung des Sozialverhaltens

Komplextraumatisierung
(Developmental Trauma Disorder)

Mangelnde Affekttoleranz und -regulation

(Dysfunktionaler Umgang mit Ärger)

Impulsives Verhalten

*(als Ausdruck hoher Reaktivität auf traumabedingte Auslöser
(Trigger))*

Versuche autonomer Stressregulierung

(Substanzmissbrauch, Risikoverhalten, Promiskuität)

Verzerrte Wahrnehmung

i. S. einer generalisierten Attribuierung von Feindseligkeit


(Bedrohungsgefühl)

Dysfunktionales Weltbild

(Fehlende Zukunftsperspektive, Hoffnungslosigkeit)

Traumatherapie - ein neues Paradigma !

Psychotraumatologie	Life-Event-Forschung
Nicht abgeschlossene Verarbeitungsprozesse	Vulnerabilitäts-Stress-Modell
Kausalitätsannahme	Trauma nur 10% Varianz an psychischer Störung
Traumafolgestörungen	Komorbiditätsannahme
Stressorbasierte Behandlungsplanung	Diagnoseorientierte Behandlungsplanung



Indikation für Traumatherapie

**Suche nach Traumata,
belastenden Erfahrungen und
Punkten emotionaler Stagnation
und wende trauma-zentrierte
Verfahren unabhängig von der
Diagnose an**

Traumatherapie - Was für wen ? 1

Trauma-Typ	Art der Traumatisierung
Typ I	Monotrauma
Typ II A	Mehrere diskrete Traumata, die voneinander zu unterscheiden sind
Komplextrauma Typ II B R	Keine Unterscheidung zwischen Alltag und Trauma und es liegen aktualisierbare Ressourcen vor
Komplextrauma Typ II B nR	Keine Unterscheidung zwischen Alltag und Trauma und es liegen keine aktualisierbaren Ressourcen vor

nach Rost, 2008

Traumatherapie – Was für wen ? 2

	Typ I und IIa	Typ II b R und nR (Komplext trauma)
Stabilisierung, Ressourcen-Arbeit, Affektregulation Motivation	Nicht explizit notwendig oder kurz	Beziehungsgestaltung und Motivierung zentral Kann lange Zeit in Anspruch nehmen
Trauma-Fokussierung	1-3 Sitzungen	Methodenabhängig: <ul style="list-style-type: none"> • Ständige Fokussierung über einen längeren Zeitraum (Spieltherapie) • Kurze (wiederkehrende) Fokussierungsphasen
Integration, Entwicklungsförderung	Oft nicht explizit notwendig	Eigener längerer Therapieabschnitt
Bezugspersonen (und Umfeld)-Arbeit	Bei Vorschulkindern Wenn Eltern selber traumatisiert	Zentral und unabdingbar
Begleitende Therapien	In der Regel nicht notwendig	Oft begleitende Therapien (Ergotherapie, ...) von Beginn an notwendig

Grundlagen von Traumatherapie

- Reale und gefühlte Bedrohungsfreiheit
(Befriedigung
der Sicherheits- und
Kontrollbedürfnisse der Kinder)
- Unterstützung durch Bezugspersonen und
Umwelt
- Motiviertheit des Kindes
- Kontrollierte Fokussierung auf das
traumatische
Ereignis („Hot Spot“)
- Ressourcen Orientierung (Polarität)

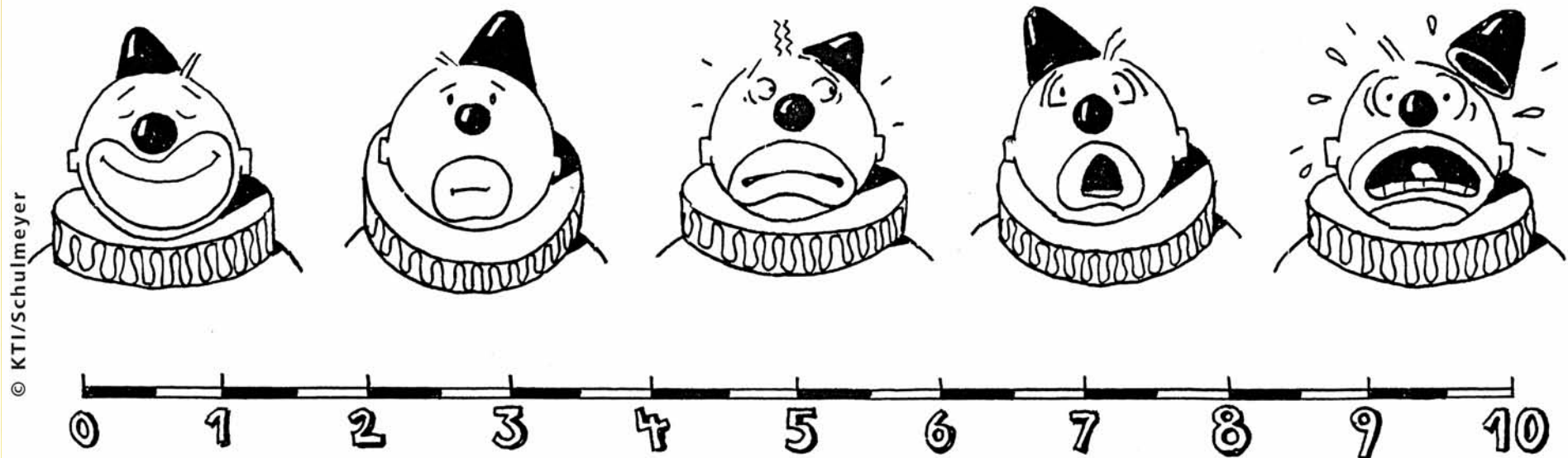
Ziele von Traumatherapie

- Belastungsfreiheit bei Triggerung
(SUD = 0) (Selbstregulation und
Verhaltenskontrolle)
- Wiederherstellung eines
zukunftsoffenen Selbst- und
Weltbildes
- Wiederaufnahme des unterbrochenen
Entwicklungsprozesses (auf allen
Ebenen)

© Kinder Trauma Institut

● Etablierung von Bindungsfähigkeit

Bestimmung des traumatischen Stress mittels der SUD-Skala



Traumazentrierte Ansätze für Kinder mit Typ I/IIa Traumata

- Tf-KBT (Traumafokussierte kognitiv-behaviorale Therapie)
- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)
- KIDNET (Narrative Expositionstherapie für Kinder)
- STI (Strukturierte Trauma Intervention (Weinberg))

Effektivität von Traumatherapie bei Kindern - Typ I/IIa Traumata

- **Traumatherapeutische Ansätze gehören zu den effektivsten und effizientesten Verfahren in der Kinder-therapie**
 - ⊙ Angst und Depression verringern sich ebenfalls durch Traumatherapie signifikant ohne behandelt zu werden
- **Behandlungsdauer (bei Monotrauma)**
 - ⊙ EMDR (1-3 Sitzungen)
 - ⊙ Tf-KBT (6-8 Sitzungen)
 - ⊙ KIDNET (8 Sitzungen)
 - ⊙ STI (4-6 Sitzungen)
- **Effektstärken (Cohen's d)**
 - ⊙ Für die ersten drei Verfahren: $d: 1,5 - 2,2$ ($d > 0.8 =$ **großer Effekt**)
 - ⊙ Für STI noch keine Forschungsergebnisse

EMDR nach singulärem Trauma – Eine Interventionsstudie (T. Hensel)

Journal of EMDR Theory and Practise, 2009 (1)

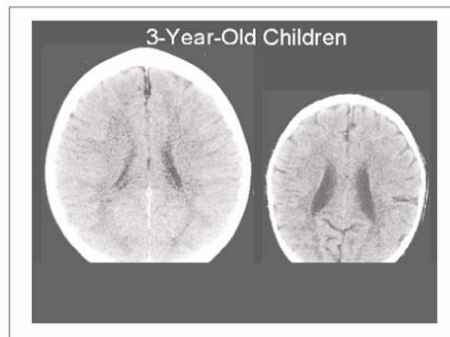
- Es wurden **konsekutiv**, d. h. ohne Selektion **36 Kinder und Jugendliche** (22 Jungen, 14 Mädchen) im **Alter zwischen 1,9 Jahren und 18,1 Jahren** in die Studie einbezogen, die zwischen 2002 und 2007 in der ambulanten Praxis des Autors mit einem singulären Belastungserlebnis und anschließender Symptombildung vorgestellt wurden.
- Von den 36 Kindern und Jugendlichen wurde 32 mit EMDR behandelt (4 Drop-Outs). Bis auf zwei Kinder profitierten alle 32 Kinder zum Zeitpunkt der Katamnese. Bei acht Kindern wurde vorher ein Elternteil mit EMDR erfolgreich behandelt.
- Durchschnittlich wurden **drei Behandlungssitzungen** durchgeführt, davon **1,5 EMDR Sitzungen**. 20 Kinder bzw. Jugendliche erhielten eine EMDR-Sitzung, 10 Kinder zwei EMDR-Sitzungen und drei Kinder drei EMDR-Sitzungen.
- Effektstärken (Cohen's d)
 - Post-Behandlung: 1,87
 - Katamnese (6 Monate): 2,13

Traumabedingte Störung der Entwicklung

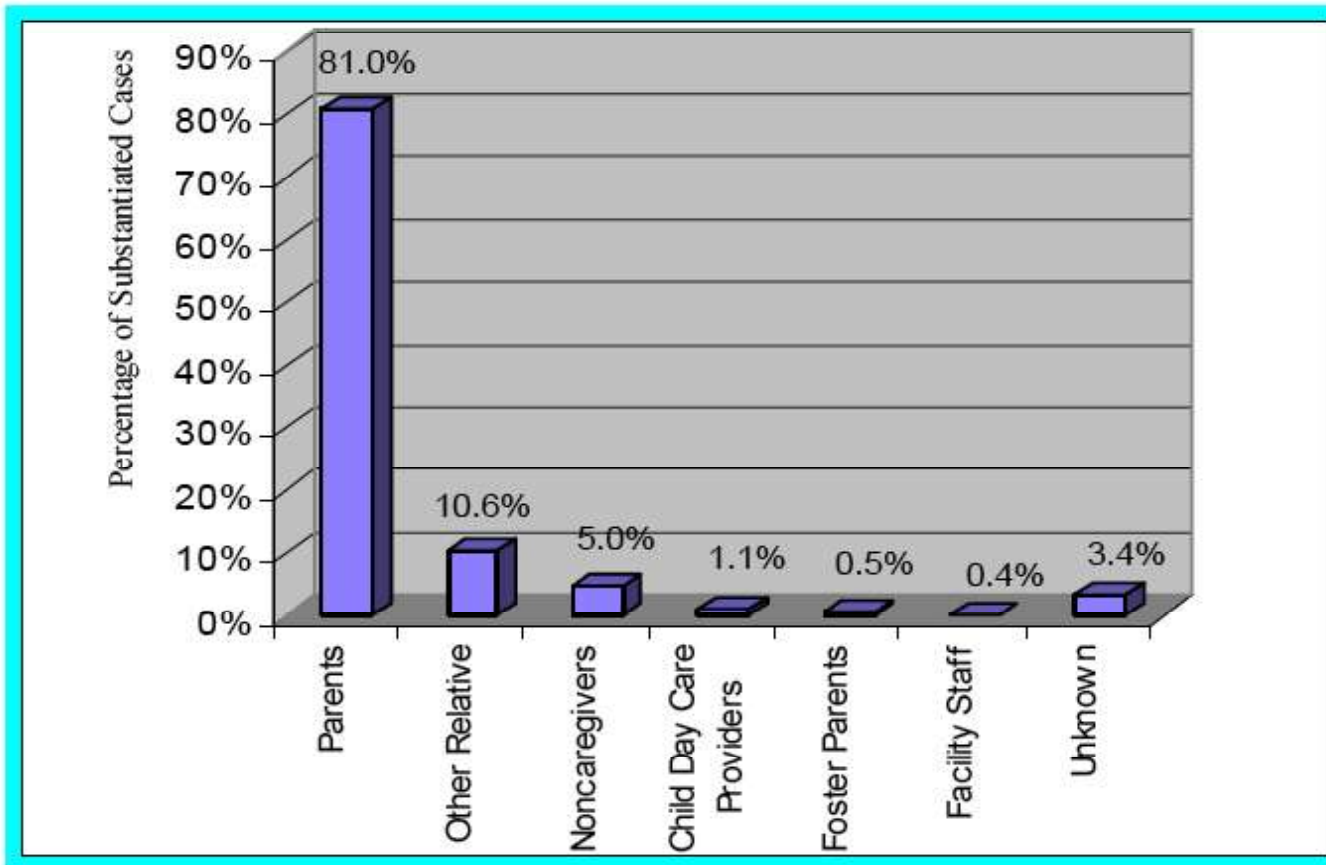
(Developmental Trauma Disorder, van der
Kolk, 2005)

- Multiples oder chronisches Erleben einer oder mehrerer traumatischen interpersonell verursachten Situation/en (in den ersten drei Lebensjahren)
- Durch Traumareize ausgelöste repetitive dysregulative Muster auf allen Ebenen, die zentrale Entwicklungskompetenzen beeinträchtigen und NICHT kontrolliert werden können (Triggerbarkeit) (emotional, kognitiv (Selbstkonzept), im Verhalten, somatisch, in Beziehungen)
- Kompensatorische Regulationsstrategien (Antizipatorisch (Vermeidung, Vorneweg-verteidigung (bullying), Einschmeicheln), Stress-Coping (Selbstverletzungen, Kampf, Dissoziation), Versuche der Wiedergewinnung von Sicherheit (Schutzsuchen, Vermeidung), Desorganisierte Versuche)
- Generalisierte und fixierte negative Selbstüberzeugungen (negative Selbstzuschreibungen, Misstrauen gegenüber unterstützenden Erwachsenen, Verlust der Zuversicht, dass andere Menschen Schutz bieten können, Verlust des Zutrauens in die Umwelt und Werte (Gerechtigkeit), Erwartung weiterer zukünftiger Viktimisierung)
- Funktionelle Beeinträchtigung und Konflikte in unterschiedlichen Lebensbereichen (Schule, Familie, Peergroup, Gesetze)

Folgen früher Vernachlässigung auf die Gehirngröße



Relationship of Victims to Perpetrators in Substantiated Cases



6 Grundelemente der Therapie komplex- traumatisierter Kinder

1. **Äußere Sicherheit herstellen und Sicherheitsbedürfnisse des Kindes befriedigen**
2. **Etablieren und Fördern selbstregulatorischer Fähigkeiten**
(auf allen Ebenen)
3. **Bindungs- und Beziehungsfähigkeiten durch korrigierende Beziehungserfahrungen entwickeln**
4. **Unterstützung der Informationsverarbeitung** (Selbst-Reflexivität entwickeln)
 - ⊙ Aufmerksamkeit für das Jetzt entwickeln
 - ⊙ Narrative Rekonstruktion der Vergangenheit und Abgrenzung zur Gegenwart
 - ⊙ Exekutive Funktionen entwickeln (Antizipation, Planung, Entscheidungs-fähigkeit)
5. **Positives Erleben fördern** (Freude, Kreativität, Zukunftshoffnung, Erfahrungen von Selbstwirksamkeit)
6. **Integration von traumatischen Erfahrungen**

Traumazentrierte Ansätze bei komplextraumatisierten Kindern

- rund ein Dutzend an US-amerikanischen Zentren
entwickelte Therapie-Programme, die modulartig aufgebaut sind und symptom- und fertigkeiten-zentriert sind
- In Deutschland orientiert sich die Therapie an therapeutischen Grundausrichtungen (und deren Kombinationen)

Us-amerikanische Programme für komplextraumatisierte Kinder und Jugendliche

Network Complex Trauma Interventions Surveyed

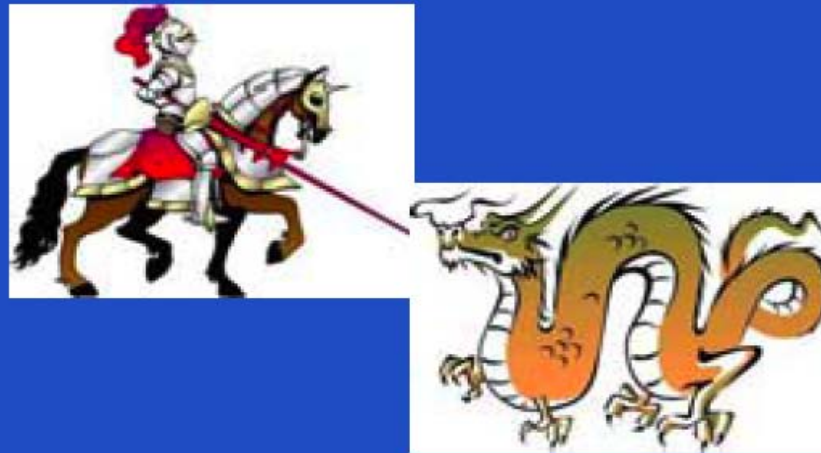
1. ARC (Attachment, Regulation & Competence), The Trauma Center at Justice Resource Institute
2. ITCT (Integrated Treatment of Complex Trauma, MCAVIC, USC-Long Beach (Miller Children's)
3. Life Skills/Life Stories, NYU Medical Center
4. PCIT (Parent Child Interaction Therapy; Trauma-Informed Adaptation), Cincinnati Children's Hospital
5. Real Life Heroes, Parsons Child & Family Center
6. SPARCS (Structured Psychotherapy for Adolescents Responding to Chronic Stress) North Shore
7. TAP (Assessment Based Treatment for Traumatized Children: Trauma Assessment Pathway), Chadwick Center
8. TARGET-A, (Trauma Affect Regulation: Guidelines for Education & Therapy for Adolescents & Preadolescents) UCONN

NCTSN

The National Child
Traumatic Stress Network

Real Life Heroes

Trauma and the Heroes Quest



**TRANSFORMING TROUBLED CHILDREN
INTO TOMORROW'S HEROES**

Kagan (2004, 2007a, 2007b)

NCTSN

The National Child
Traumatic Stress Network

Real Life Heroes - Behandlungskomponenten

● **Etablieren von Bindung**

- Sicherheit
- korrigierende Beziehungserfahrungen von Wertschätzung, Echtheit, Verstanden fühlen

● **Empowerment (Personal Power) durch Selbstkontrolle und Erfolg**

- Affektregulation
- Achtsamkeit
- Sinnstiftung durch Narrative
- Re-Integration in Familie, Gemeinschaft und Kulturidentität

● **Reduktion des traumatischen Stresses**

- Kognitiv-behaviorale Therapie
- Exposition und Desensibilisierung

Welche Methoden werden in Deutschland angewandt ?

- Spieltherapeutische Verfahren
(Weltweit am
beliebtesten bei den Therapeuten)
- Stabilisierende imaginative Verfahren
(Hypnotherapie, PITT, Screen-
Techniken)
- EMDR
- KIDNET (Narrative
Expositionstherapie)
- MPTT (Mehrdimensionale