

## TRAUMATISIERUNG IN DER KINDHEIT - FOLGEN FÜR DIE ENTWICKLUNG

### TRAUMA IN CHILDHOOD – RISKS FOR THE CHILD’S DEVELOPMENT

**Katharina Purtscher**

*Department of Child and Adolescent Psychiatry, Mental Health Hospital Sigmund Freud Graz,  
Auenbruggerplatz 18, 8053 Graz, Austria*

#### **SUMMARY**

*Studies of early childhood traumatic experiences have clearly established a causal relationship between the experience of childhood psychic trauma and long-term effects on cognitive emotional und social development. Children exposed to chronic trauma can have difficulty regulating their emotions as well as difficulty knowing and describing their feelings. Symptom formation and psychopathology up to long-term effects on personality development result in high numbers of emotional disorders like depression, anxiety and phobic disorders and co-morbid conditions like alcohol and drug abuse and antisocial behaviour. More intermediate-term consequences of childhood trauma are likely to reside in higher rates of risk for the development of conduct disorders, higher rates of teenage pregnancy, school drop out, and involvement with the juvenile court jurisdiction because of law violations.*

*Early psychosocial interventions and trauma specific therapy along the developmental needs of children and adolescents and the opportunity for appropriate interventions to the specific needs of traumatised children are necessary at any point in time.*

*To meet a child needs in daily life after traumatic experience different times of support and therapy are needed and involves parents, teachers, social workers and therapists as well. Clear cooperation and collaboration between care givers and mental health professionals are needed. Mental health professionals should be advisors for educators and all people concerned with the well being of children.*

**Key words:** *trauma – childhood – development – psycho-social – risks*

#### **ZUSAMMENFASSUNG**

*Die weitreichenden Folgen traumatischer Erlebnisse in der Kindheit für die emotionale, kognitive und soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, wurden in den vergangenen Jahren durch klinische Beobachtungen und Erfahrungen und wissenschaftliche Forschungsergebnisse immer deutlicher. Die Ausbildung von frühen Symptomen und psychischen Auffälligkeiten und die langfristigen Folgen für die weitere Entwicklung zeigen sich als emotionale Störungen wie Depressionen, Angststörungen und komorbide Belastungen wie Substanzabusus oder Störungen des Sozialverhaltens.*

*Mittelfristige psycho-soziale Folgen sind häufig Leistungsversagen und Schulabbruch, frühe ungewollte Schwangerschaften oder Gesetzesübertretungen und Straftaten.*

*Viele der Traumatisierungen durch familiäre Gewalt würden sich durch entsprechende Präventionsmaßnahmen im Bereich psychosozialer Familienunterstützung und Kinderschutzarbeit vermeiden lassen. Wie auch, sofern es doch zu einem Trauma gekommen ist, ihre Folgewirkungen durch Früherkennung und frühzeitige Behandlung gemildert werden könnten.*

*Das stellt neue Anforderungen an die Diagnostik und Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zusätzlich muss diese damit u.a. zum „Berater“ von Institutionen werden, die mit der außerfamiliären Betreuung und Ausbildung von Kindern und Jugendlichen befasst sind.*

**Schlüsselwörter:** *Trauma – Kindheit – Entwicklung – Psychosoziale Folgen*

\* \* \* \* \*

## **TRAUMA UND TRAUMATISIERUNG**

Aus entwicklungspsychologischer Sicht kommt den in der frühen Kindheit erlebten traumatischen Ereignissen und deren Folgen eine fundamentale Bedeutung zu. Weshalb sie auch zunehmend in den Mittelpunkt des Interesses zu rücken beginnen – nicht nur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, allerdings doch auch speziell in dieser. Beispielsweise gaben in einer schon 1998 veröffentlichten, aber weiterhin aussagekräftigen Studie zur Epidemiologie von traumatisierenden Kindheitserfahrungen 19,9% von 17.337 befragten Erwachsenen in den USA an, als Kinder sexuell missbraucht worden zu sein (Felitti 1998).

Die Folgen von traumatischen Erfahrungen, zu denen man auch chronische Vernachlässigungen und traumatisierende medizinische oder chirurgische Behandlungen zählen muss, sind bekannt. Sexueller Missbrauch gehört zu den meist belastenden Erfahrungen, die ein Kind machen kann und hat oft fatale Folgen für die weitere Entwicklung. Inzestuöse Übergriffe in Familien stehen in „engem Zusammenhang“ mit vielfältigen psychischen Störungen (Stone 2000).

Das Erleben der traumatischen Situation ist gekennzeichnet durch ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen den bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses bewirkt“ (Fischer & Riedesser 1998). In der traumatischen Situation erlebt das Kind ein extremes Maß an Bedrohung und Angst und erlebt existenzielle Ausgeliefertheit und Hilflosigkeit. Die physiologischen und psychologischen Stressreaktionen von Kampf, Flucht und Unterwerfung erweisen sich als zunächst psycho-biologisch sinnvolle Alarmreaktionen, wobei diese in den Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung teilweise erhalten bleiben können. Für die Ausprägung und den Schweregrad einer posttraumatischen Folgeerkrankung spielen neben den individuellen entwicklungspsychologisch relevanten Faktoren auch die situationsspezifischen Faktoren des traumatischen Ereignisses eine entscheidende Rolle (Pynoos 1995). Zu unterscheiden sind dabei die Faktoren der traumatischen Situation selbst, sowie die nach einem Ereignis unmittelbar auftretende traumatische Reaktion und der danach folgende traumatische Prozess.

### **Traumatische Situationsfaktoren**

Neben den vor dem traumatischen Ereignis bestehenden individuellen Schutz- und Risikofaktoren eines Kindes bei der Bewältigung und den Möglichkeiten der Unterstützung durch vertraute Bezugspersonen haben die situationsspezifischen Faktoren des traumatischen Ereignisses eine entscheidende Auswirkung auf die Reaktionen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Aaron 1999, Stoddard 2006).

Folgende Faktoren sind dafür von Bedeutung:

- das Ausmaß der subjektiv empfundenen Gefahr oder Bedrohung während des Ereignisses;
- das Erleben von extremer Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein;
- das Ausmaß der erlebten Schmerzen,
- die Nähe der Beziehung zu den verletzten oder getöteten Personen;
- bei zwischenmenschlicher Gewalt: die Nähe der Beziehung zum Täter;

Die ersten Symptome der Stressreaktion können vorübergehend oder länger dauernd sein und zu einer Traumafolgeerkrankung führen.

### **Klassifikation traumatischer Lebensereignisse**

Nach der Art der traumatischen Ereignisse und zur Differenzierung der Reaktionen bzw. der Symptome von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist die von Terr vorgeschlagene Unterscheidung hilfreich (Terr 1991, 1995). Demnach lassen sich einmalige traumatische Ereignisse (Typ I) von wiederholten traumatischen Situationen (Typ II) im Kindesalter unterscheiden.

### *Traumatische Lebensereignisse vom Typ I*

Darunter werden Einzelereignisse wie Naturkatastrophen, Unfälle, einmalige Gewalttaten, technische Katastrophen oder schmerzhaftes medizinische Eingriffe verstanden.

### *Traumatische Ereignisse vom Typ II*

Diese betreffen chronische und wiederholte Traumatisierung wie emotionale und körperliche Kindesmisshandlung, sexueller Missbrauch und Erfahrungen im Kontext von Krieg, Flucht oder Folter.

Weiters wird zwischen schicksalhaften traumatischen Ereignissen, wie Naturkatastrophen oder technischen Katastrophen und von Menschen verursachten differenziert. Diese Unterscheidung ist besonders bei Ereignissen, bei denen es um die Auseinandersetzung mit Tätern und Schuldfragen geht von besonderer Bedeutung.

## **TRAUMA UND FOLGEN FÜR DIE ENTWICKLUNG**

Bei beiden Formen der Traumatisierung kann man davon ausgehen, dass es zu vielfältigen Folgeerscheinungen und unterschiedlichen –erkrankungen kommen kann. Dabei lassen sich spezifische und unspezifische Traumfolgeerkrankungen unterscheiden.

Die spezifischen Traumafolgeerkrankungen wie die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sind jedoch im Kindes- und Jugendalter meist nur nach traumatischen Ereignissen vom Typ I zu beobachten. Viel häufiger sind komplexere Ausprägungen von posttraumatischen Beeinträchtigungen mit unterschiedlichen komorbiden Störungen festzustellen.

### **Reaktionen nach traumatischen Einzelereignissen**

#### *Akute Belastungsreaktion (F43.0)*

Die in den ersten Stunden und Tagen nach dem traumatischen Ereignis auftretenden Veränderungen und Symptome werden im ICD-10 als akute Belastungsreaktion (Dilling 1991) bezeichnet.

Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die den tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine ernsthafte Verletzung oder Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhaltet. Die Reaktion der Person umfasst intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Entweder während oder nach dem extrem belastenden Ereignis zeigte die Person mindestens drei der folgenden dissoziativen Symptome:

- subjektives Gefühl von emotionaler Taubheit, von Losgelöstsein oder Fehlen emotionaler Reaktionsfähigkeit;
- Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung der Umwelt (z. B. „wie betäubt sein“);
- Derealisationserleben;
- Depersonalisationserleben;
- dissoziative Amnesie (z. B. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern).

Das traumatische Ereignis wird ständig auf mindestens eine der folgenden Arten wieder erlebt: wiederkehrende Bilder, Gedanken, Träume, Illusionen, Flashbackepisoden oder das Gefühl, das Trauma wieder zu erleben, oder starkes Leiden bei Reizen, die an das Trauma erinnern. Neben diesen intrusiven Symptomen können deutliche Vermeidungssymptome bestehen, die dazu führen, dass Personen, Orte oder Situationen, die an das Trauma erinnern, gemieden werden. Die dritte Symptomgruppe umfasst Veränderungen, die mit einem erhöhten Arousal bzw. erhöhter Angst einhergehen und sich zB. als Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, übertriebene Schreckreaktionen und motorische Unruhe zeigen können (Scheeringa 1995).

### *Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), (F43.1)*

Die vielfältigen Symptome der PTBS können drei Symptomgruppen zugeordnet werden:

1. Unfreiwilliges Wiedererinnern und Wiedererleben;
2. Verleugnungs- und Vermeidungsverhalten
3. gesteigerte psychovegetative Erregbarkeit und Übererregung.

Zur ersten Gruppe werden all jene Symptome gezählt, bei denen es zu einem unfreiwilligen Wiedererinnern oder Wiedererleben der traumatischen Ereignisse als Alpträume oder flash-backs kommt; bei Kindern häufig auch als stereotypes Wiederholen der traumatischen Szenen im Spiel (Landolt 2003). Die zweite Gruppe hingegen fasst die Symptome zusammen, in deren Mittelpunkt ein Verleugnungs- oder Vermeidungsverhalten in Bezug auf das Trauma steht. Also ein vermeiden von Orten, Situationen oder Personen, die an das Trauma erinnern könnten. In der dritten Gruppe finden sich schließlich die Ausdrucksformen einer Traumatisierung, die mit einer gesteigerten psycho-vegetativen Erregbarkeit und Übererregung z.B. ständiger Unruhe, Schreckhaftigkeit, Lärmempfindlichkeit oder ständig erhöhter Pulsfrequenz als Ausdruck der Hypervigilanz einhergehen.

„Ein Trauma zu haben“ bedeutet mithin, ein Stück Erleben nicht zu einer *vergangenen Erfahrung* machen zu können, sondern die Situation unfreiwillig und nicht steuerbar immer wieder in Alpträumen oder Erinnerungen erleben zu müssen, was mitunter zu einem „ewigen Kreislauf“ führt. Bei den im späteren Kindheits- und Jugendalter auftretenden Problemen der Impulskontrolle mit neuerlich traumatischen Belastungserlebnissen handelt es sich oft um „Handlungen wie damals in der traumatischen Situation“ bzw. um Wiederholungen von Reaktionsweisen der ursprünglichen Situation, die später nicht mehr adäquat sind. Und selbst wenn es zu keinem solchen „Kreislauf von Wiederholungen“ kommt, sind die Effekte der Traumatisierung langfristig: Kinder und Jugendliche zeigen als Spätfolge Symptome sowohl aus dem Bereich der internalisierenden als auch externalisierenden Störungen als Ausdruck der gestörten Affektregulation und Affektkontrolle (McCloskey & Walker 2000). Oppositionelles aggressives Verhalten oder andere Störungen des Sozialverhaltens können auch direkter Ausdruck der erhöhten Erregbarkeit und Irritierbarkeit von Jugendlichen nach traumatischen Erfahrungen sein (Resch 1999).

### **Folgen chronischer Traumatisierung in der Kindheit**

Traumatisierungen in der Kindheit führen zur Ausprägung traumaspezifischer und unspezifischer Symptome. Langfristig wirksam sind vor allem die Auswirkungen auf das Bindungsverhalten und die weitere psychosoziale und kognitive Entwicklung.

Frühkindliche chronische Traumatisierung führt entweder zum Fehlen sicherer Bindungen oder aber bestehende Bindungen an primäre Bezugspersonen werden beeinträchtigt oder zerstört. Die Folgen zeigen sich dann als unsichere oder desorganisierte Bindung (Bürgin 2000, Cicchetti 1995, Bowlby 1980).

Bei wiederholt und vielfältig traumatisierten Jugendlichen zeigen sich psychopathologische Auffälligkeiten oder Entwicklungsverzögerungen in verschiedenen Bereichen mit Beeinträchtigung der Wahrnehmung, kognitiven Störungen und Verzögerungen der motorischen, sozialen und sprachlichen Entwicklung. Diese Kinder und Jugendlichen zeigen komplexe und oft zeitlich in unterschiedlichen Formen auftretende Störungen, die dann verschiedenen Diagnosegruppen zugeschrieben werden und oft anfangs nicht als Traumafolgerscheinungen verstanden werden (van der Kolk 2005). Wegen dieser multiplen und komplexen Beeinträchtigungen – mit biologischen, kognitiven, sensomotorischen, affektiven und sozialen Folgerscheinungen – schlagen verschieden Autoren (Towbin 1993, Streeck-Fischer 2006) vor, von einer multiplen und komplexen Entwicklungsstörung MCDD (= multiple complex development disorder) zu sprechen.

### *Folgen für die Selbst-, Affekt- und Impulsregulation*

- Jugendliche mit früher Traumatisierung sind in ihrer Wahrnehmung von sich selbst und dem Einfühlungsvermögen in andere beeinträchtigt und haben deshalb kein kontinuierliches und vorhersehbares Gefühl von sich selbst und anderen. Durch unterschiedlichste Reize ausgelöst können sie sich als unterschiedliche Personen in unterschiedlichen Lebensaltern ihrer bisherigen Biografie erleben. Dies wird von manchen Autoren als Folge dissoziativer Prozesse und bruchstückhafter Integration von Wahrnehmungen und Erinnerungen interpretiert (Putnam 1997, Markowitsch 2000). Bei Vernehmungen oder Zeugenaussagen, die oft mehrfach zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Rahmen von Strafverfahren durchgeführt werden, kann dies bei Unkenntnis dieser Symptomatologie oft zu erheblichen Problemen in Bezug auf die Glaubwürdigkeit führen.
- Die Beeinträchtigung der Selbstwahrnehmung und die mangelnde Fähigkeit zur Affekt- und Impulskontrolle sind gravierende Folgen der chronischen Traumatisierung in der Entwicklung. Die mangelnde Selbstregulierung ist durch das Fehlen eines sozialen „Spiegels“ und durch den speziellen Interaktionsmodus traumatisierter Patienten bedingt (Fonagy 2002). Die mangelnde Selbstregulation zeigt sich als Aufmerksamkeitsproblem, Impulsdurchbrüche mit unkontrollierbaren Ausbrüchen von Wut, Ärger und Trauer. Durch ihr wenig gesteuertes impulsives und aggressives Verhalten fallen diese Kinder und Jugendlichen in der Schule aber auch in anderen sozialen Situationen immer wieder auf. Oft fehlt diesen Jugendlichen ein Gefühl für ihr eigenes Verhalten und vor allem für die Auswirkungen ihres Verhaltens in anderen. Sie handeln ohne zu reflektieren und sie handeln ohne sich in die Folgen ihres Handelns bei anderen einfühlen zu können. Dadurch rufen neue Erfahrungen und neue Verhaltensweisen Unsicherheit hervor und oft ist es so, dass sie vertraute Verhaltensweisen wieder und wieder aufrechterhalten, auch wenn diese zu Ablehnung und Frustration und aggressiven Antworten durch andere führen. So wird das bekannte Verhalten wiederholt, weil alles Neue zu verunsichernd und bedrohlich ist (Tulving 1995). Durch ihr unkontrolliertes Verhalten fühlen andere durch diese Jugendlichen verunsichert und bedroht, es kommt zu Zurückweisungen und Isolation. Die Jugendlichen greifen dann häufig zu Ersatzmitteln wie Alkohol und Drogen und suchen sozialen Anschluss in Gruppen, in denen gewaltbereites oder gewalttätiges Handeln akzeptiert oder verherrlicht wird.
- Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigung der Selbstregulation und Strukturierung sind in einem gut strukturierten Umfeld und bei verlässlichen Bezugspersonen oft in der Lage sich anzupassen. Durch diese Unterstützung und Struktur im Äußeren fällt ihre Beeinträchtigung der Selbstregulation weniger auf. Sobald es aber zu Verunsicherungen und Instabilität im äußeren Umfeld durch z.B. Veränderung der familiären Situation (Trennung, Scheidung, neues Geschwisterkind) oder im Bereich der Schule oder des Arbeitsumfeldes kommt, fällt die mangelnde Steuerung auf. Ihr impulsives und aggressives Verhalten führt zu häufigen Beziehungsabbrüchen, dem Abbruch von Betreuungssituationen oder zum häufigen Wechsel und Ausschluss aus Schulen oder Arbeitsplatzverhältnissen (Streck-Fischer 2006).
- Die frühen traumatischen Erfahrungen und die nachfolgenden häufigen Schwierigkeiten in Familie oder anderen sozialen Bezugssystemen (Wohngemeinschaften, Schule) erschweren es, verlässliche Beziehungen mit Vertrauen und Verlässlichkeit zu entwickeln. Durch die häufig vorkommenden Abbrüche von Beziehungen und die Unsicherheit und Unverbindlichkeit in Bezug auf zwischenmenschliche und soziale Werte fehlt es an innerer Orientierung und Sicherheit. Es führt zu Ungewissheit über die Verlässlichkeit anderer und zu leichter Bestechlichkeit und Verführbarkeit zur Missachtung von sozialen Regeln und Normen.
- Veränderungen im Bewusstsein und Gedächtnis sind schwerwiegende Folgen chronischer Traumatisierung in der Kindheit. Nach Traumatisierung durch familiäre Gewalt und sexuellen Missbrauch können Kinder verbal kaum oder nur bruchstückhaft andeuten, was sie erlebt und erlitten haben. Viel häufiger zeigen sie indirekte Anzeichen der erlebten Traumatisierung in ihrem Verhalten, durch ihren Ausdruck in Mimik und Gestik oder sind auf körperliche Reaktionen angewiesen. Den Jugendlichen ist es oft selbst kaum möglich ihre inneren Zustände und Gefühle wahrzunehmen und vor allem ist es ihnen kaum möglich diese mitzuteilen. Die Fähigkeit Gefühle wahrnehmen und benennen zu

können, ist davon abhängig sie mit frühen Bezugspersonen im sozialen Austausch, im „Spiegel“ erlebt zu haben. Nur durch diese Erfahrungen in der Interaktion mit anderen können die eigenen Gefühle und die Reaktion anderer auf die eigenen Gefühle wahrgenommen und selbst reflektiert werden. Die fehlende soziale „Spiegelung“ beeinträchtigt das Benennen und Einordnen der eigenen Gefühle und die Mentalisierungsfähigkeit, nämlich das Wahrnehmen und Interpretieren der Gefühlsäußerungen anderer.

## **UNTERSTÜTZUNG IM SOZIALEN UMFELD UND TRAUMATHERAPIE**

Die vielfältigen Probleme von Jugendlichen mit Traumatisierung in der frühen Kindheit können zu psychiatrischen Erkrankungen, chronischen somatischen Problemen, Lernproblemen, Schul- und Berufsschwierigkeiten, zu jugendlichem Risikoverhalten bis hin zu Drogen- und Substanzmissbrauch und dissozialen Verhaltensweisen führen. Die frühzeitige Erkennung dieser Entwicklungsstörungen in all ihren unterschiedlichen Ausprägungsformen in den unterschiedlichen Lebens- und Entwicklungsaltern ist eine Grundvoraussetzung zur frühen Intervention und Behandlung, um Folgeschäden zu begrenzen oder zu verhindern. Nur eine frühzeitige Unterstützung und Behandlung dieser gefährdeten Jugendlichen kann verhindern, dass sie in Bezug auf Schule und Berufsausbildung aus den normalen Entwicklungswegen herausfallen. Die frühe und umfassende Hilfe für misshandelte und missbrauchte Kinder und Jugendliche ist der wichtigste Schritt um Langzeitfolgen zu reduzieren und den unheilvollen Zyklus von „Opfer werden Täter“ zu unterbrechen (Steiner 1997, Glasser 2001, van der Kolk 2002).

Fast zeitgleich mit den fortschreitenden Erkenntnissen und Konzepten zur Ätiologie traumabedingter Störungen haben die Kenntnisse und Methoden der Traumabehandlung in den vergangenen Jahren große Fortschritte gemacht. Was einerseits der – erfolgreichen – Weiterentwicklung bestehender Methoden zu verdanken ist, zu denen etwa die kognitiv-behaviorale, familienorientierte Therapie zählt. Dazu können auch strukturierte Behandlungsmanuale herangezogen werden (Cohen 1998). Andererseits sind völlig neue Methoden dazugekommen, von denen EMDR (= Eye Movement Desensitization and Reprocessing) wohl die bekannteste ist (Shapiro 1995).

Für eine erfolgreiche Traumatherapie muss, wie man heute weiß, zu Beginn darauf geachtet werden, dass es nicht zu einer frühzeitigen Konfrontation mit den traumatischen Erfahrungen kommt. Stattdessen gilt es, eine stabile und tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen, die den Kindern und Jugendlichen Sicherheit, Geborgenheit und Verlässlichkeit vermittelt. Erst dann wird in den meisten traumabezogenen psychotherapeutischen Interventionen eine begleitete aktive Auseinandersetzung - im Sinne einer Re-Exposition - mit der traumatischen Erfahrung angestrebt. Die therapeutische Zielorientierung ist dabei durchaus symptomorientiert: Im Vordergrund stehen die Reduktion der traumabezogenen Angstsymptome, besondere Unterstützung bei einschränkendem Vermeidungsverhalten und eine Begrenzung dissoziativer Zustände (Cohen 2006).

Auch die Bearbeitung traumatischer Erinnerungen mittels der EMDR-Technik ist nur innerhalb eines umfassenden Behandlungsplans sinnvoll.

Neben den psychotherapeutischen Verfahren kommt pädagogisch-therapeutischen Ansätzen und der Psychoedukation wachsende Beachtung zu. Die medikamentöse Therapie – wenn erforderlich- ist anfangs meist symptomorientiert zur Unterstützung bei ausgeprägten Angstsymptomen oder bei Schlafstörungen. Für die Effekte der Kombination von Psychotherapie und psychopharmakologischer Behandlung liegen noch keine ausreichenden Studien für Jugendliche vor (Kraft 2006).

## NEUE WEGE DER TRAUMABEWÄLTIGUNG - BERATUNGSAUFGABEN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Die beschriebenen Schwierigkeiten von Jugendlichen mit Traumatisierungen in der frühen Kindheit machen die vielfältigen Langzeitfolgen deutlich.

Kostenintensive Behandlungen psychiatrischer Erkrankungen, chronische körperliche Beschwerden und psychogene Schmerzzustände, Lernprobleme, Schulversagen oder Berufsunfähigkeit, Drogen- und Substanzmissbrauch, soziale Probleme, Selbstverletzungen und latente Suizidalität sind damit verbunden.

Bei der Vielfalt der Beeinträchtigungen können nur frühzeitige Interventionen weitere Entwicklungsstörungen vermeiden (Greenwald 1997). All das – auf eine einfache Formel gebracht – könnte heißen, dass wir in Kindergärten, Schulen, Wohngemeinschaften oder Betreuungseinrichtungen der Jugendwohlfahrt eine „traumaadäquate Pädagogik“ oder kurz formuliert eine „Trauma-Pädagogik“ brauchen. Wichtig ist es im Alltag neuerliche Traumaexpositionen bzw. die Konfrontation mit Triggern zu vermeiden und besonders auf stabilisierende und Sicherheit vermittelnde Interventionen zu achten. Untersuchungen von männlichen jugendlichen Rechtsbrechern zeigen, dass diese häufig chronische traumatisierende Lebenserfahrungen gemacht haben. Häufig ist deren soziales Verhalten durch hohe Impulsivität, kaum kontrollierte Aggressivität und eine mangelnde Impulskontrolle gekennzeichnet (Steiner 1997). Bei vielen Mädchen und jungen Frauen wiederum lässt sich ein Zusammenhang zwischen den internalisierenden Störungen – Depressionen, selbstverletzendes Verhalten, latente Suizidalität - und der Traumatisierung feststellen.

Zur Prävention und Therapie ist neben der Sozial- und Gesundheitspolitik auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie selbst gefordert, neue Wege zu gehen: Wo die „Herstellung eines trigger- und traumafreien Umfeldes“ ein wichtiges Anliegen wird, besteht ihre Aufgabe verstärkt darin, den Spitalskontext zu verlassen und als Vermittler von Know-how zu fungieren. Und zwar in der Beratung von Institutionen wie Schulen, Kindergärten, aber auch Jugendwohngemeinschaften. Als Unterstützung und Beratung, die MitarbeiterInnen hilft, jenes Wissen zu erwerben, das nötig ist, um Ausdrucksformen von Traumatisierungen im täglichen Alltag in Ansätzen erkennen und verstehen zu können.

Mit einer solchen „Beratungsleistung“ im Sinne eines extramuralen Konsiliar- und Liaisondienstes wäre ein neuer Schritt gesetzt, der für die am Konzept des Entwicklungstraumas orientierte Kinder- und Jugendpsychiatrie als Präventionsaufgabe heute ansteht. Davon werden nicht nur die Betroffenen, sondern die gesamte Gesellschaft profitieren.

Ein weiterer wichtiger Schritt ist die Frühintervention und Akutbetreuung bei traumatischen Ereignissen. Eine niederschwellige und unmittelbare Erreichbarkeit therapeutischer Hilfe in der Akutsituation oder bei aufkeimenden Krisen ist eine wichtige Voraussetzung. Nur so wird diese Hilfe von betroffenen Jugendlichen selbst oder durch Unterstützung und Motivation von Freunden in Anspruch genommen. Dafür sind abgestufte und individuelle Angebote zur Betreuung und Behandlung notwendig. Die Unterstützung und therapeutische Hilfe muss differenzierte Behandlungsangebote wie Einrichtungen zur akuten Krisenintervention bis hin zu speziellen ambulanten oder/und stationären traumaspezifischen Behandlungsmöglichkeiten – umfassen.

Die in mittlerweile manchen Städten schon errichteten therapeutischen Kriseninterventionszentren für Jugendliche schließen eine wichtige Lücke in der Frühbehandlung und Krisenintervention und sollten zumindest in Ballungsräumen flächendeckend eingerichtet werden. Frühe Interventionen und Hilfestellungen können die Langzeitfolgen erheblich verringern und helfen so, dass Jugendliche nicht ein von traumatisierenden Ereignissen geprägtes Leben führen – weder als Opfer noch als Täter.

## LITERATUR

1. Aaron J, Zaglul H & Emery RE: Posttraumatic stress in children following acute physical injury. *Journal of Pediatric Psychology* 1999; 24:335-343.
2. Bowlby J: *Attachment and Loss. Bd. 3: Loss: Sadness and Depression*. New York: Basic Books, 1980. Dt.: *Verlust, Trauer und Depression*. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 1983.
3. Bürgin D & Meng H: Gibt es Borderline-Störungen bei Kindern und Jugendlichen? In: O.Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer, 2000; 755-770.
4. Cicchetti D: A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995; 34:541-65.
5. Cohen J & Mannarino AP: Interventions for sexually abused children: initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment* 1998; 3:17-26.
6. Cohen JA, Mannarino AP & Deblinger D: *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford, 2006.
7. Dilling H, Mombour W & Schmidt MH (eds.): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10, Kapitel V (F)*. Bern: Huber, 1991.
8. Felitti VJ, Anda RF, Norderberg D, Willimason DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP & Marks, JS: Relationship of childhood abuse to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine* 1998; 14:245-258.
9. Fischer G & Riedesser P: *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München & Basel: Reinhardt, 1998.
10. Fonagy P & Target M: Early intervention and the development of selfregulation. *Psychoanalytic Inquiry* 2002; 22:307-335.
11. Glasser M, Kolvin I, Campbell D, Glasser A, Leitch I & Farrelly S: Cycle of child sexual abuse: Links between being a victim and becoming a perpetrator. *British Journal of Psychiatry* 2001; 179: 482-494.
12. Greenwald R: Children's mental health care in the 21st century: eliminating the trauma burden. *Children and Adolescent Psychiatry On-Line*, 1997. <http://www.Priory.com/psychild.htm> (12.9.2006).
13. Kraft S, Schepker R, Goldbeck L & Fegert JM: Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. *Nervenheilkunde* 2006; 9:709-716.
14. Landolt MA et al: Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter, *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2003; 52:71-78.
15. McCloskey LA & Walker M: Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. *J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry* 2000; 39:108-115.
16. Markowitsch HI: Stressbezogene Gedächtnisstörungen und ihre möglichen Hirnkorrelate. In: A.Streeck-Fischer, U. Sachsse & I. Özkan (Hg.): *Körper, Seele, Trauma*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2000; 72-114.
17. Putnam FW & Trickett PK: The psychobiological effects of sexual abuse, a longitudinal study. *Annals of the New York Academy Science* 1997; 821:150-159.
18. Pynoos RS, Steinberg AM & Wraith R: A developmental model of childhood traumatic stress. In: D. Chicchetti & D.J. Cohen (Eds.): *Manual of developmental psychopathology*, 72-95. New York: Wiley, 1995.
19. Resch F, Parzer P, Brunner M, Haffner J, Koch E, Oelkers R, Schuch B & Strewlow U: *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch. 2. Aufl.* Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1999.
20. Scheeringa MS, Zeanah CH, Drell MJ & Larrieu JA: Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995; 34:185-200.
21. Shapiro F: *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York. The Guilford Press, 1995.
22. Steiner H, Garcia IG & Matthews Z: Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *J Am Acad Child Psychiat* 1997; 36:357-65.
23. Stoddard FJ, Saxe G, Ronfeldt H, Drake JE, Burns J, Edgren C & Sheridan R: Acute stress symptoms in young children with burns. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2006; 45:87-93.
24. Stone MH: Entwickelt sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung zu einem Massenphänomen? Überblick über epidemiologische Daten und Hypothesen. In: O.Kernberg, B.Dulz & U.Sachsse (Hg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer, 2000.
25. Streeck-Fischer A: *Trauma und Entwicklung*. Schattauer, Stuttgart, New York, 2006.
26. Terr L: Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry* 1991; 27:96-104.
27. Terr L: *Schreckliches Vergessen, heilsames Erinnern*. Kindler, München, 1995.



28. Towbin KE, Dyckens EM, Pearson GS & Cohen DJ: *Conceptualising borderline syndrome of childhood and childhood schizophrenia as a development disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1993; 32:775-782.
29. Tulving E: *Organisation of memory. Quo vadis. In: M.S.Gazzaniga (Hg.): The Cognitive Neurosciences. Cambridge, Mass: MIT Press 1995; 839-847.*
30. Van der Kolk B & Streeck-Fischer A: *Gewaltbereitschaft als Traumafolge. In: W.Heitmeyer & J.Hagan (Hg.): Internationales Handbuch der Gewaltforschung. Wiesbaden, Westdeutscher Verlag, 2002.*
31. Van der Kolk B: *Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma, Journal of Traumatic Stress* 2005; 18:389-399.