



der Erziehungsberatung des Kantons Bern



Traumatische Erlebnisse bei Kindern

Diagnostik und Psychoedukation

Regula Buchli
Carmen de Witt-Amrein
Fabienne Heiniger

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Definition des Traumbegriffs	1
3	Symptomatik	3
3.1	Verhaltensreaktionen in Abhängigkeit des Alters	5
4	Traumabiologie – Entstehungsmodelle	9
4.1	Was geschieht während eines traumatischen Erlebnisses?	9
4.2	Entstehung traumaassoziierter Symptome – Vermeidung, Intrusionen und Hypervigilanz	10
4.2.1	Intrusionen und Gedächtnisprozesse	11
4.3	Das Transaktionale Traumbewältigungsmodell	12
4.3.1	Merkmale des Traumas	13
4.3.2	Merkmale des Individuums	13
4.3.3	Merkmale des sozialen Umfeldes	14
4.4	Bindungserfahrungen	14
4.5	Bewertungsprozesse	15
4.6	Bewältigungsstrategien	15
5	Anamnese und Diagnostik	16
5.1	Entwicklungsanamnese	17
5.2	Abklärung der familiären und sozialen Umstände	17
5.3	Allgemeine Verhaltens- und Psychodiagnostik	17
5.4	Traumaspezifische Diagnostik	17
5.4.1	Erhebung der Traumaanamnese	17
5.5	Diagnoseinstrumente	18
5.5.1	Übersicht der deutschsprachigen Diagnoseinstrumente	18
5.5.1.1	Akute Belastungsstörung	20
5.5.1.2	Posttraumatische Belastungsstörung	20
5.5.1.3	Dissoziative Symptome	22
6	Praktischer Teil – Psychoedukation und Stabilisierungstechniken	24
6.1	Einstieg	24
6.1.1	Wichtige Punkte bei der Arbeit mit traumatisierten Kindern und deren Umfeld	24
6.1.2	Stabilisierungstechniken	27
6.1.2.1	Der innere Tresor – Aufbewahrungsbehälter für belastende Erinnerungen	27
6.1.2.2	Wohlfühlort / sicherer innerer Ort	29
6.1.2.3	Innere Helfer – Krafttier	30

6.1.2.4	Cartoons	31
6.1.2.5	Meine Kraftquelle	33
6.1.2.6	Baumübung.....	33
6.1.2.7	Traumfänger	33
6.1.2.8	Schutzball	34
6.1.2.9	Sternübung	34
6.1.2.10	Kraftstein.....	35
6.2	Triage.....	35
7	Literaturangaben	36
8	Anhang.....	39
8.1	Klassifikation Trauma- und belastungsbezogene Störungen	39
8.1.1	Akute Belastungsreaktion F 43.0 aus dem ICD-10 (Dilling et al., 2006).....	39
8.1.2	Akute Belastungsstörung F 43.0 aus dem DSM V (Falkai et al., 2015).....	39
8.1.3	Anpassungsstörungen F43.2 aus dem ICD-10 (Dilling et al., 2000).....	40
8.1.4	Posttraumatische Belastungsstörung F43.10 aus dem DSM V (Falkai et al., 2015).....	40
8.2	Fragebogen	45
8.2.1	Risikoscreening: Trauma-Checkliste für Kinder für 2-6 jährige Kinder	45
8.2.2	Risikoscreening: Trauma-Checkliste für Kinder ab 6 Jahren.....	47
8.3	Leitfaden für Fachpersonen zum Kinderbuch „Max hat etwas Schlimmes erlebt“	48
8.4	Handout für Eltern zum Kinderbuch „Max hat etwas Schreckliches erlebt“.....	52
8.4.1	Handout für die Schule	55
8.5	Infomaterial	58

1 Einleitung

Die aktuelle weltpolitische Lage führt dazu, dass immer mehr potentiell traumatisierte Kinder der Unterstützung von Fachleuten – auch in der psychologischen Grundversorgung - bedürfen. Traumata können bei Kindern aber auch durch Hospitalisationen und damit verbundene medizinische Eingriffe, Unfälle o.ä. ausgelöst werden, wie im Folgenden beschrieben wird.

Die Diagnose von Traumafolgestörungen bei Kindern ist durch die Tatsache erschwert, dass sie eine Reihe unspezifischer und altersabhängiger Symptome zeigen, die auch bei anderen Störungen auftreten, was unter Umständen zu Fehldiagnosen (ADHS) führen kann.

Aus diesem Grund hat die vorliegende Arbeit zum Ziel, Fachpersonen eine Zusammenstellung grundlegender Informationen zur Entstehung und Diagnostik von Traumafolgestörungen sowie einen Überblick über gängige Diagnoseinstrumente zur Verfügung zu stellen.

Da wir uns bewusst auf die Erstversorgung von traumatisierten Kindern beschränken, stellen wir in einem zweiten – praktischen Teil – mögliche Vorgehensweisen bei der Psychoedukation von traumatisierten Kindern und ihren Eltern sowie Stabilisierungstechniken vor.

Im Anhang sind weitere Informationsmaterialien und Adressen enthalten, die in der praktischen Arbeit mit Eltern und Kindern genutzt werden können.

Ergänzend zu dieser Arbeit besteht ein Bilderbuch („Max hat etwas Schlimmes erlebt“) mit einem Leitfaden für Fachpersonen, das direkt in der Psychoedukation mit Kindern und deren Eltern verwendet werden kann.

2 Definition des Traumabegriffs

Als traumatisch gelten Erfahrungen, die eine existentielle Bedrohung für die eigene körperliche oder seelische Integrität oder diejenige anderer Menschen darstellen. Das Kind erlebt sich selbst als ohnmächtig und hilflos, einen Zustand den Krüger (2015) als „Traumafalle“ bezeichnet. Dabei werden das Selbstbewusstsein und das Vertrauen in die Welt nachhaltig erschüttert.

Traumadefinitionen, wie sie den Klassifikationssystemen (ICD-10, DSM-V) entnommen werden können, erfordern das „Erleben eines Geschehens von katastrophalem Ausmass“ (ICD-10), „ein Ereignis oder mehrere Ereignisse, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten, sowie eine Reaktion mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.“ (DSM-IV).

Es zeigt sich, dass im Kindesalter Ereignisse, die diese enge Traumadefinition nicht erfüllen, für die Betroffenen durchaus traumatisch sein können. Darunter fallen beispielsweise frühe Erfahrungen von Vernachlässigung oder Kindsmisshandlung, invasive medizinische Eingriffe oft verbunden mit Hospitalisationen oder traumatische Trennungen von engen Bezugspersonen.

Landolt (2012) warnt allerdings auch vor „einem inflationären Gebrauch des Trauma-begriffs für alle möglichen, auch belastenden Erlebnisse, wie schlechte Schulnoten“.

Das Spektrum möglicher traumatischer Erlebnisse reicht von körperlicher und sexueller Gewalt, Unfällen, lebensbedrohlichen Krankheiten bis hin zu Kriegserlebnissen oder Naturkatastrophen. Eine gebräuchliche Klassifikation (Lenore Terr, 1991) unterscheidet traumatische Erlebnisse anhand der Häufigkeit des Auftretens in Typ-I und Typ-II Traumata.

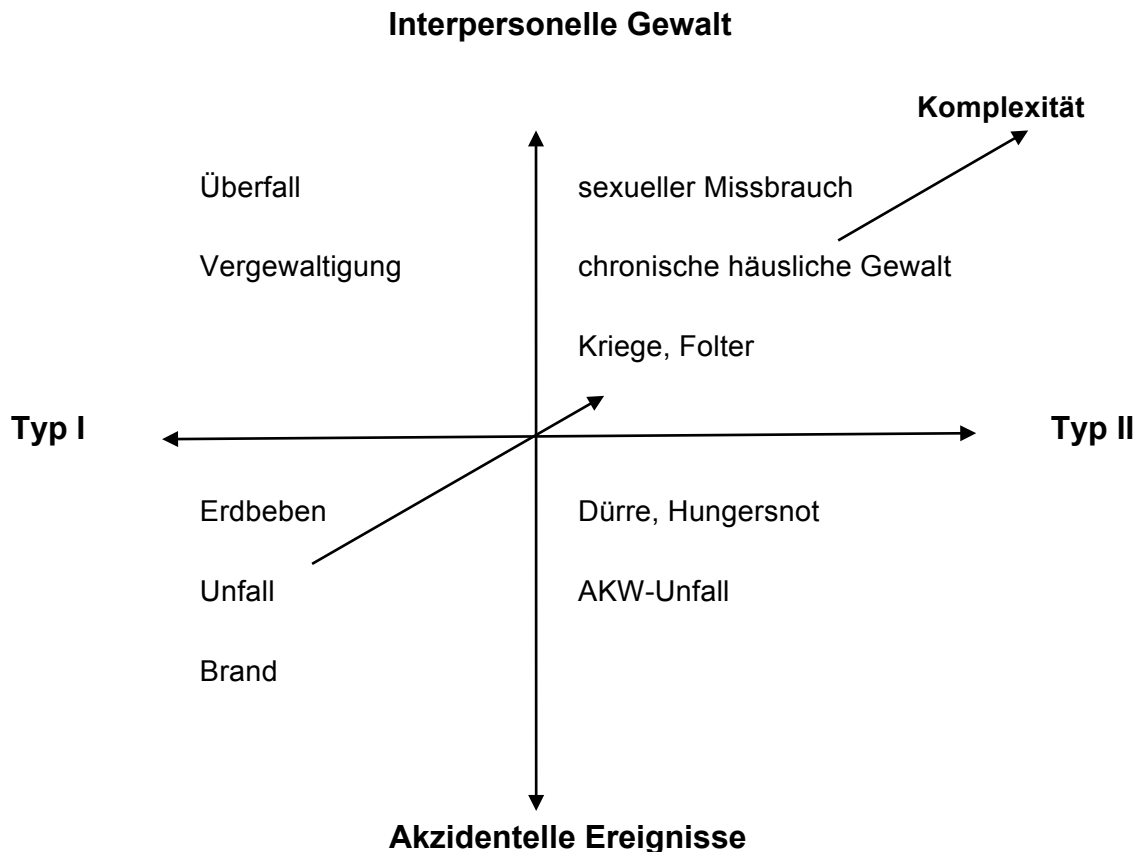
Als Typ-I Traumata gelten einmalige, unvorhersehbare Ereignisse, wie beispielsweise Unfälle, Überfälle oder Geiselnahmen.

Typ-II-Traumata sind teilweise vorhersehbar und treten wiederholt auf. Dazu gehören unter anderem sexuelle Misshandlung und häusliche Gewalt, die über längere Zeit andauern oder das Leben in einem Kriegsgebiet.

Traumatische Erlebnisse können auch anhand ihrer Ursachen unterschieden werden in solche, die von Menschen verursacht werden (Krieg, Folter, Vergewaltigung...), und akzidentelle Ereignisse (Unfälle, Brände...) sowie Naturkatastrophen (Tsunami, Erdbeben...). Traumata, die von Menschen verursacht und andauernd sind, haben generell schwerere Folgen und die Komplexität der Behandlung ist erhöht. Bei sehr kleinen Kindern sind meist auch negative Verhaltensweisen der primären

Bezugsperson, eine mangelnde Versorgung oder das Miterleben, wie der primären Bezugsperson etwas Schlimmes zustösst, traumatisierend.

Abbildung 1: Nach Landolt (2012)



3 Symptomatik

Die Symptomatik nach traumatischen Erlebnissen ist sehr breit und z. T. unspezifisch. Bis zu einem Monat nach dem Trauma können sich Symptome einer akuten Belastungsreaktion oder einer akuten Belastungsstörung zeigen. Erst wenn die Symptome länger als einen Monat anhalten, spricht man von einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), welche sich – vor allem bei wiederholten oder lang anhaltenden traumatischen Erfahrungen - zu einer komplexen Störung entwickeln kann (vgl. Abbildung 2). Im Anschluss an ein traumatisches Ereignis kann auch eine Anpassungsstörung entstehen, die sich durch verschiedene affektive, somatische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten äussert, ohne jedoch die Kriterien eines spezifischen Störungsbildes (z.B. Depressive Störung, Störung des Sozialverhaltens, somatoforme Störung...) zu erfüllen.

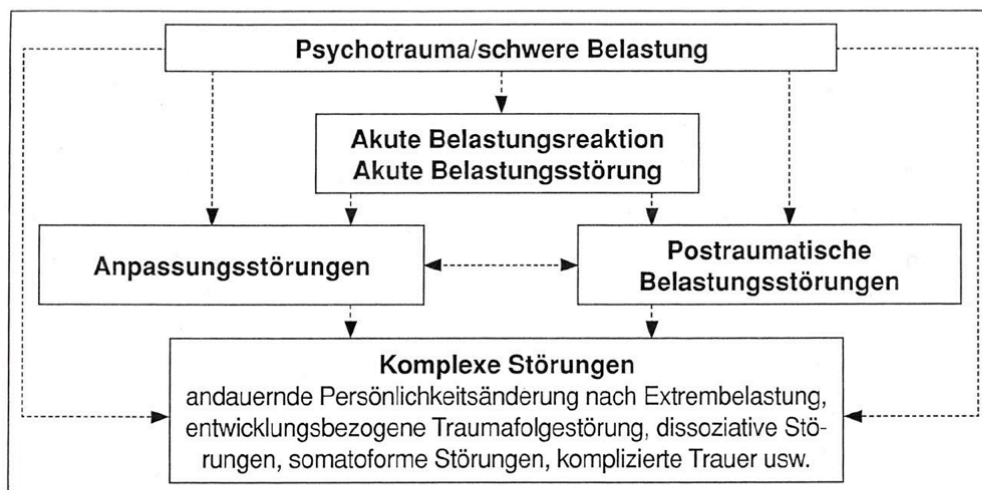
Gemäss Felder und Herzka (2001) kann ein Kind eine posttraumatische Belastungsstörung erleiden, indem es sich in Gefahr fühlt oder Zeuge von

„etwas Schrecklichem“ wird, der eigenen Hilfslosigkeit gewahr wird und das Wahrgenommene gedächtnismässig speichert. Im DSM-V (Falkai & Wittchen, 2014) wurde erstmals herausgearbeitet, welche Unterschiede zwischen einer PTBS bei Erwachsenen und Kindern bestehen. Wie bei Erwachsenen können sich auch bei Kindern die folgenden 4 Hauptsymptome der PTBS zeigen: Intrusionen (1), Vermeidung (2) und negative Veränderungen bei mit dem Trauma assoziierten Kognitionen und Affekten (3) und erhöhte Erregbarkeit (4).

Intrusionen in Form von Flashbacks, können auch bei Kindern – vor allem in Ruhezeiten – vorkommen (Felder & Herzka, 2001). Häufiger treten jedoch Reinszenierungen des Erlebten im Spiel auf. Das Spiel kann oft eingeschränkt und repetitiv sein. Auch angsteinflössende Träume ohne erinnerbaren Inhalt können typisch sein.

Im Gegensatz zu Erwachsenen kommen bei Kindern unter 6 Jahren Gefühle der Losgelöstheit/Entfremdung und selbstzerstörerisches Verhalten noch nicht vor. Zusätzlich können bei Kinder meistens weitere, unspezifische Verhaltensweisen beobachtet werden, die sich auf der emotionalen, der kognitiven, der körperlichen und der Verhaltensebene zeigen, wie z.B. Schuldgefühle, Appetitlosigkeit, Schulleistungsstörungen oder psychosomatische Beschwerden (weitere siehe Kap. 3.1).

Abbildung 2: Klassifikation psychischer Störungen nach Traumatisierungen bzw. schwerer Belastung (entnommen aus: Landolt, 2012, S.33)



Im Anhang (9.1) findet sich eine Zusammenstellung der meist gebrauchten, aktuellen Klassifikationen, die in Zusammenhang mit traumatischen oder stressreichen

Ereignissen stehen. Die dort beschriebenen Störungsbilder wurden dem ICD-10 und/oder dem DSM-V entnommen. Im DSM-V werden die Diagnosekriterien erstmals auch auf Kinder, die jünger als sechs Jahre alt sind, angepasst. Der Begriff der „entwicklungsbezogenen Traumafolgestörung bei Kindern und Jugendlichen“ nach van der Kolk et al. (2009), welcher in der Praxis oft herangezogen wird, wurde aufgrund fehlender Fallstudien nicht ins DSM V aufgenommen, wird jedoch als gute Ergänzung in der Praxis erachtet.

3.1 Verhaltensreaktionen in Abhängigkeit des Alters

Erst seit dem Jahr 1987 (DSM-III-R) wird in den diagnostischen Formulierungen berücksichtigt, dass die Reaktionen von Kindern auf traumatische Erlebnisse sich von denen von Erwachsenen unterscheiden können.

Nachfolgender Abschnitt bietet eine mögliche Zusammenstellung der typischen, altersspezifischen Verhaltensreaktionen nach einem traumatischen Ereignis. Die aufgelisteten typischen Symptome – entnommen aus dem Buch „Akute psychische Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen“ (Krüger, 2008) und dem Elternratgeber für traumatisierte Kinder „Wie Pippa wieder lachen lernte“ (Lueger-Schuster, & Pal-Handl, 2004), aus den Kriterien einer PTBS nach DSM-V, aus den Kriterien der Entwicklungsbezogenen Traumafolgestörung bei Kindern und Jugendlichen nach van der Kolk et al. (2009) und nach Landolt (Vortrag, Erziehungsberatung Kanton Bern, 2015) – treten mit hoher Wahrscheinlichkeit auf, wobei es sich nicht um eine abschliessende Auflistung handelt. Je nach Individuum und Einflussfaktoren dürften auch andere Reaktionen festgestellt werden. Diese Auflistung kann in der Praxis zusätzlich zu den DSM-V-Kriterien hinzugezogen werden, sie kann jedoch nicht zur Diagnosestellung verwendet werden.

Säuglinge bis 1 Jahr

- Sehr kleine Kinder reagieren auf Reaktionen der Bezugspersonen und auf mangelnde Versorgung.
- Schreien
- vermehrte Schreckhaftigkeit
- verminderte Beruhigbarkeit
- Schlafstörungen

- Fütterstörungen
- Gedeihstörungen
- gestörte Bindungsentwicklung
- Leiden und physiologische Reaktion bei Konfrontation mit Reizen, die an das traumatische Erlebnis erinnern
- Verminderter Ausdruck positiver Emotionen

Kinder zwischen 1 und 3 Jahren

- alle Symptome der vorherigen Altersstufe
- Affektlabilität
- Aggressivität, Wutanfälle und oppositionelles Verhalten
- Hyperaktivität
- Unruhezustände
- Hyperreagibilität
- Hypervigilanz oder Apathie
- Angst (z.B. vor Unbekannten, dem Alleinsein etc.)
- ängstliche, angespannte Wachsamkeit
- Jactatio capitis: Verhaltensstörung der Säuglinge u. Kleinkinder meist im Einschlafstadium, in Form eines unablässigen Hin-und Herrollens des Kopfes, Kopfwackeln)
- Mutismus
- anklammerndes Verhalten
- Entwicklungsretardierung (bezogen auf kommunikative und soziale Fertigkeiten, Sprache, Motorik, Körperwachstum)
- Probleme mit dem Appetit (übermässiges oder reduziertes Essen)
- Vermeidung von Personen und/oder Dingen, die an das traumatische Erlebnis erinnern
- vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an Aktivitäten, Spielen
- repetitives Spielen
- Konzentrationsprobleme
- eingeschränkte Fähigkeit, eigene Emotionen und körperliche Zustände zu beschreiben
- übermässige Beschäftigung mit Bedrohungen oder eine mangelnde Wahrnehmung einer solchen (fehlerhafte Einschätzung von Sicherheit und Gefahr)

- Unfähigkeit, zielbezogenes Verhalten zu entwickeln oder aufrechtzuerhalten
- intensive Beschäftigung hinsichtlich der Sicherheit von Bezugspersonen oder anderen geliebten Personen; Schwierigkeiten Trennungen auszuhalten
- Misstrauen, kein angemessenes reziprokes Verhalten gegenüber anderen
- unangemessene Versuche, intime Beziehungen herzustellen; übermässiges Zutrauen zu weitestgehend unbekannten Erwachsenen oder Gleichaltrigen

Kinder zwischen 3 und 6 Jahren

- alle Symptome der vorherigen Altersstufe
- Somatisierungen (Bauch-/Kopfschmerzen etc.)
- evtl. Äusserungen über intrusives Erleben bei gezielter Exploration
- dissoziative Symptome
- Tic-Störungen
- Alpträume
- spezielle Phobien/Ängste
- sekundäre oder prolongierte Enuresis, Enkopresis
- sozialer Rückzug (Eltern, Peers, Geschwister)
- rückläufige Sprachentwicklung
- Verlust bereits erlangter sozialer Kompetenzen
- autistoide Symptome (in sich zurückgezogen)
- dissoziales Verhalten
- traumatisches Ereignis wird immer wieder nachgespielt und auch gezeichnet
- negatives Selbstbild, insbesondere Hilflosigkeit, Wertlosigkeit, ein Gefühl von Beschädigung, mangelnde Selbstwirksamkeitserwartungen
- Unfähigkeit zu angemessener Empathie

Schulkinder, zwischen 6 und 10 Jahren

- alle Symptome der vorherigen Altersstufe
- zunehmende Symptome einer PTBS oder anderer Störungsbilder
- Schulleistungsstörungen
- Konzentrationsstörungen (z.B. in Zusammenhang mit dissoziativen oder intrusiven Symptomen, vorbestehende Diagnosen i.S. von ADS/ADHS)
- veränderte, pessimistische Sicht auf die Welt

- quälende Schuldgefühle
- depressive Symptome
- Risikoverhalten
- selbstverletzendes Verhalten
- Suizidalität
- konversive Symptome (psychogene Anfälle, motorische Ausfälle)
- Zwangssymptome
- jammern
- Reizbarkeit
- Konkurrenzkämpfe mit Geschwistern um die Aufmerksamkeit der Eltern
- nicht in die Schule gehen wollen
- Verlust von Interessen
- kleinkindliches Verhalten (z.B. Daumenlutschen, Enuresis, Enkopresis)
- Vermeidung von Gedanken und Gefühlen, die mit dem traumatischen Erlebnis in Verbindung stehen
- Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung
- Unfähigkeit positive Gefühle zu erleben

Jugendliche zwischen 10 und 14 Jahren

- alle Symptome der vorherigen Altersstufe
- zunehmend Symptome im Sinne der klassischen Symptomtrias der PTBS oder anderer Störungsbilder nach traumatischem Stress
- bei Beziehungstraumatisierungen sog. „Enactment“ (ein „Wiederherstellen“) traumatischer Situationen in sozialen Situationen
- Essstörungen
- vermehrt Suizidalität
- gel. Früher Drogenkonsum (Cannabinoide, Alkohol)
- psychotische Symptome
- zu Hause wird vermehrt rebellisches Verhalten gezeigt
- häusliche Aufgaben und Schulaufgaben können verweigert werden
- Einsamkeitsgefühle
- Gefühl, keine Zukunft zu haben

Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren

- alle Symptome der vorherigen Altersstufe
- circulus vitiosus des Scheiterns bei länger anhaltenden, unbehandelten trauma-assoziierten Symptomen
- emotional defizitäre Selbstwahrnehmung
- soziales, schulisches Scheitern
- (symptombedingte) misslungene erste intime Beziehungen
- Perversionen
- weitreichende, existentielle Zukunftsängste

4 Traumabiologie – Entstehungsmodelle

4.1 Was geschieht während eines traumatischen Erlebnisses?

Während eines traumatischen Erlebnisses kommt es zu einer psychischen Notfallreaktion, die eine verbesserte Kampf- und Fluchtbereitschaft ermöglichen soll. Die übermächtige Erfahrung der Auswegslosigkeit kann auch dazu führen, dass die betroffene Person erstarrt. Während dieser Extremsituation, die als existentielle Bedrohung wahrgenommen wird, gelangen Informationen über den Thalamus („Tor zum Bewusstsein“) in das limbische System. Dabei werden „normale“ Kontroll- und Bewertungsprozesse, an denen der präfrontale Cortex beteiligt ist, ausgeschaltet. Die Projektionen der Amygdala (Mandelkern, im limbischen System) aktivieren die Ausschüttung von Stresshormonen wie Adrenalin und Noradrenalin und lösen damit eine Übererregung im ganzen Körper aus, die Kampf- oder Fluchtreaktionen vorbereitet. Die Amygdala („Brandmelder“ im Gehirn) sorgt für die emotionale Bewertung des Erlebten (Krüger, 2008).

Ist die Belastungssituation gemeistert, beginnt sich das System zu regulieren. Hält aber die Extrembelastung an, bleiben die beteiligten Botenstoffe und die Hormonausschüttung aktiviert.

Auf hormoneller Ebene sind **zwei Systeme** an der Stressreaktionen beteiligt:

- Zum einen die H-P-A-Achse (Hypothalamus-Hypophyse-Nebennierenrinde)
- Zum anderen die beiden Hauptzweige des vegetativen Nervensystems

Im Hypothalamus wird Corticotropin-Releasing-Hormon ausgeschüttet, welches in der Hypophyse die Freisetzung von Adrenokortikotropem Hormon auslöst. Dieses gelangt über die Blutbahn in die Nebennierenrinde, wo als Reaktion Glucocortikoiden (va Cortisol) ausgestossen werden, die unter anderem der Energiebereitstellung in Form von Glucose dienen. Das anhaltend erhöhte Cortisolniveau wirkt neurotoxisch und kann unter anderem Strukturen des Hippocampus schädigen und so Gedächtnisfunktionen beeinträchtigen.

Die beiden Hauptzweige des vegetativen (autonomen) Nervensystems werden durch die Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin im Nebennierenmark (ausgelöst im Hypothalamus) beeinflusst. Der Sympathikus wirkt aktivierend und stellt den Körper auf die bereits erwähnte Kampf-oder Fluchtreaktion ein. Er sorgt auf körperlicher Ebene für eine Erweiterung der Bronchien (erhöhte Sauerstoffzufuhr), für die Leistungssteigerung des Herzens („Herzklopfen“), der Blutdruck steigt („Rauschen in den Ohren“), damit die Blutzufuhr zu den Muskeln gefördert werden kann. Schweissausbrüche dienen dazu, den Körper zu kühlen und vor Überhitzung zu schützen. Die Verdauung wird eingestellt, wodurch auch der Speichelfluss zurückgeht (trockener Mund). Der Parasympathikus ist in Zuständen der Ruhe aktiv und versetzt den Körper wiederum in den Normalzustand. Unter dem Einfluss des Parasympathikus baut der Körper Energie auf, um wieder reaktionsfähig zu sein.

4.2 Entstehung traumaassoziierter Symptome – Vermeidung, Intrusionen und Hypervigilanz

Konditionierungstheorien können die Entstehung von Angstreaktionen und damit verbundene Vermeidungsstrategien gut erklären: In einem ersten Schritt werden ursprünglich neutrale Reize (Geräusche, Gerüche, Orte, bestimmte Situationen, Personen...) an die bedrohliche Situation des Traumas gekoppelt. Taucht nun dieser Reiz wieder auf, wird die Angstreaktionen ausgelöst, was dazu führt, dass Betroffene die auslösenden Reize zu vermeiden beginnen. Die Vermeidung wird belohnt: Angstreaktionen nehmen kurzfristig ab, die Vermeidungsreaktion wird verstärkt.

Begünstigt werden diese Prozesse durch die beschriebene Dysregulation der verschiedenen neurobiologischen Systeme.

Dabei spielt die Amygdala, als „Brandmelder“ im Gehirn eine besondere Rolle. Bei traumatisierten Personen reagiert sie bei kleinsten Hinweisreizen, ohne Kontrolle durch den Präfrontalkortex, der im Normalfall hemmend auf die Amygdala wirkt.

4.2.1 Intrusionen und Gedächtnisprozesse

Erinnerungen an das Trauma sind „zeitlos“. Deshalb fühlen sich Flashbacks für Betroffene an, als ob das traumatische Erlebnis im Hier und Jetzt noch einmal stattfinden würde.

Normalerweise werden Erinnerungen im autobiographischen Gedächtnis, einem Teil des episodischen Gedächtnisses, abgespeichert. Sie sind zeitlich und räumlich verortet und können versprachlicht werden. So können wir beispielsweise über unseren ersten Schultag erzählen. Die neuroanatomische Struktur, die dem episodischen Gedächtnis zugeordnet werden kann, ist der Hippocampus.

Im Gegensatz dazu kann auf das implizite Gedächtnis nur situational, nicht aber sprachlich zugegriffen werden. Dazu gehören prozedurale Inhalte (z.B. Velofahren), Priming (Beeinflussung der Verarbeitung (Kognition) eines Reizes dadurch, dass ein vorangegangener Reiz implizite Gedächtnisinhalte aktiviert hat) und Konditionierung (Reiz-Reaktionslernen: „Angstgedächtnis“). Kritische neuroanatomische Struktur ist die Amygdala.

Da während des traumatischen Erlebnisses die normalen Gedächtnisfunktionen unterdrückt sind, die Hippocampusleistung herabgesetzt ist und anschliessend Vermeidungsstrategien eingesetzt werden, können Erinnerungen nur ungenügend verarbeitet und konsolidiert werden und bleiben im impliziten Gedächtnis ohne zeitliche und räumliche Verortung liegen.

Foa, Steketee und Rothbaum (1989) sprechen in diesem Zusammenhang vom „*Furchtnetzwerkmodell*“. Ein emotional bedeutsamer Reiz wird mit kognitiven Elementen und physiologischen Reaktionen verknüpft, ohne Einbettung in einen autobiographischen Kontext. In dieser „Furchtstruktur“ können sehr viele Elemente enthalten sein, die teilweise nur am Rande mit der traumatischen Erfahrung assoziiert sind. Diese können nun durch „trigger“, schnell aktiviert werden. Die posttraumatische Symptomatik ist umso ausgeprägter, je mehr Elemente in diesem Netzwerk enthalten sind.

Dysfunktionale kognitive Bewertungsprozesse führen dazu, dass das Gefühl von Bedrohung aufrechterhalten bleibt.

Bei Kindern kommt die Erschwernis hinzu, dass sie über eine noch ineffiziente Informationsverarbeitung verfügen (vgl. Case 1985). Die Informationsverarbeitung ist bei Kindern aufgrund noch nicht abgeschlossener Hirnentwicklung noch gering und die Enkodierung ist weniger umfangreich. Als Folge davon können Kinder beim Abruf auf weniger Informationen zugreifen als ältere Kinder und Erwachsene (Brainerd, Reyna, Howe, & Kingma, 1990).

Empirische Studien zeigen, dass die Qualität von traumaspezifischen Erinnerungen bei Kindern und Jugendlichen beeinträchtigt ist (Berliner, Hyman, Thomas, & Fitzgerald, 2003). Traumaspezifische Aussagen sind weniger kohärent und enthalten weniger sensorische Beschreibungen (Lorenz, 2013). Dieser Befund lässt sich dahingehend erklären, dass der Fokus der Aufmerksamkeit in bedrohlichen Situationen auf traumabezogenen Reizen liegt („Tunnelsicht“; Fischer & Riedesser, 2009). Daraus resultiert, dass die Wahrnehmung und folglich die Abspeicherung von peripheren Kontextinformationen vermindert ist. Bei Kindern kommt die Erschwernis hinzu, dass sie aufgrund noch nicht abgeschlossener Hirnreifungsprozesse mehr Mühe haben als Erwachsene, die Aufmerksamkeit von einem anziehenden respektive erregenden Stimulus auf andere Aspekte der Situation zu verschieben (Eisenberg, Fabes, & Guthrie, 1997).

In der Studie von Berliner und Kollegen (2003) zeigte sich, dass die Erinnerungsqualität bei Kindern und Jugendlichen je nach Trauma-Typ respektive Schwere zu variieren scheint. Bei einem Trauma mit sexueller Gewalt werden weniger sensorische Details erinnert und die Kohärenz der Erinnerung fällt geringer aus als bei einem anderen Trauma-Typ wie zum Beispiel bei einer Entführung oder einem Raub.

4.3 Das Transaktionale Traumabewältigungsmodell

Neben den oben beschriebenen Entstehungsmodellen werden auch psychodynamische Erklärungsansätze für posttraumatische Symptome im Erwachsenen- und Jugendalter verwendet. Um die Komplexität der Problematik und die Besonderheiten im Kindesalter zu erfassen, reichen diese und die bereits illustrierten Modelle alleine jedoch nicht aus. Einen umfassenden Erklärungsansatz zur Bewältigung von traumatischen Erfahrungen und der Entstehung von post-traumatischen Belastungsstörun-

gen bietet das transaktionale Traumabewältigungsmodell von Landolt (2012), eine Adaptation des Stressbewältigungsmodells von Lazarus (1974).

Die psychosoziale Befindlichkeit wird durch Merkmale des Traumas, des Umfeldes und des Kindes selbst beeinflusst. Bewertungs- und Bewältigungsprozesse vermitteln und verändern die Wirkung dieser Faktoren, die in Wechselwirkung zueinander stehen. Das traumatische Ereignis wird beispielsweise vom betroffenen Kind subjektiv bewertet, was direkt oder indirekt den biopsychologischen Status beeinflusst. Diese Einschätzungen und Bewertungen des Kindes werden wiederum über Feedbackprozesse auch vom biopsychologischen Status beeinflusst (Landolt, 2012).

Die drei Hauptmerkmale werden in der Folge genauer erläutert. Ergänzend werden noch weitere Forschungsergebnisse mit möglichen Faktoren erwähnt.

4.3.1 Merkmale des Traumas

„Unter den Traumamerkmale werden alle objektiven, traumabeschreibenden Variablen wie **Art**, **Dauer** und **Schweregrad** des Traumas zusammengefasst“ (Landolt 2012, S.82).

Traumatisierungen, die durch Menschen verursacht worden sind, vor allem durch Bezugspersonen, weisen ein besonders hohes Risiko auf, dass sich Traumafolgestörungen entwickeln. Des Weiteren hat die Häufigkeit der traumatischen Erfahrung Einfluss auf die Ausprägung der Symptome. Typ 1-Traumata führen typischerweise zu den klassischen Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung. Typ 2-Traumata haben oft komplexere Störungen und eine höhere Komorbidität zur Folge (vgl. Landolt, 2012).

4.3.2 Merkmale des Individuums

„Diese Komponente des transaktionalen Traumabewältigungsmodells beinhalten einerseits biologische Merkmale wie beispielsweise **Alter**, **Entwicklungsstand** und **Geschlecht** des Kindes. Andererseits werden hierunter auch psychologische Konstrukte wie Persönlichkeit, **Temperament**, **Intelligenz** und **psychopathologischer Status** sowie die **psychopathologische Vorgeschichte** subsummiert“ (Landolt 2012, S.83).

Es kann angenommen werden, dass der Einfluss des Alters von der Art und Häufigkeit der Traumatisierung abhängt. Es ist jedoch klar, dass sehr junge Kinder durch Typ-II-Traumatisierungen schwerwiegend geschädigt werden.

In Bezug auf das Geschlecht kann vermutet werden, dass das Risiko für eine PTBS beim weiblichen Geschlecht erhöht ist. Ein weiterer Risikofaktor sind prätraumatische psychische Auffälligkeiten. Ein hohes schulisches Bildungsniveau sowie ein hoher Intelligenzquotient dürften demgegenüber protektive Faktoren darstellen (vgl. Landolt, 2012).

4.3.3 Merkmale des sozialen Umfeldes

„Zu den Modellkomponenten des sozialen Umfeldes gehören all jene Systeme und damit zusammenhängende Variablen, die das Beziehungsnetz des Kinde betreffen. Am wichtigsten sind dabei **Eltern**, **Geschwister**, die **Gruppe der Gleichaltrigen** und die **Schule**. Zu den relevanten Konzepten gehören das **Familienklima**, das **psychische Befinden** und das **Erziehungsverhalten der Eltern**, die **Qualität der Beziehung zu Gleichaltrigen**, **elterliche Bewertungen** usw. Entwicklung und Verlauf von Traumafolgestörungen werden gerade im Kindesalter erheblich durch solche Faktoren des sozialen Umfeldes mitbestimmt“ (Landolt 2012, S. 85).

Risikofaktoren dürften die Beeinträchtigung des Erziehungsverhaltens und Ängste von psychisch belasteten Eltern, konflikthafte Familienklima, negative Bewertungsprozesse der Eltern sowie schlechte sozioökonomische Bedingungen darlegen. Die Rolle eines Geschwisters für die Traumabewältigung ist noch nicht hinreichend untersucht. Erfahrene soziale Unterstützung durch die Lehrperson oder durch die Mitschüler dürften jedoch eine protektive Wirkung hinsichtlich einer Traumafolgestörung zeigen (vgl. Landolt, 2012).

4.4 Bindungserfahrungen

Die Fähigkeit, mit einem belastenden, traumatischen Erlebnis umgehen zu können, hängt auch von den Bindungserfahrungen eines Kindes ab. Eine sichere Bindung gilt als Schutzfaktor bei hoher Stressbelastung.

Die Reaktion einer nahen Bezugsperson während eines traumatischen Erlebnisses hat einen entscheidenden Einfluss auf die Erlebensqualität eines Kindes (Pynoos, Steinberg, & Wraith, 1995).

Die Verfügbarkeit der Bezugsperson nach einem traumatischen Erlebnis bestimmt, wie ein Kind mit der Stresserfahrung in der Folge umgehen kann. Zentral ist, ob die Bezugsperson auf das Erleben des Kindes adäquat eingehen und es beim Coping unterstützen kann (z.B. beruhigen, trösten, Sicherheit bieten).

Auch das Ausmass und die Qualität wie mit einem Kind über vergangene Ereignisse gesprochen wird, beeinflussen langfristige Gedächtnisrepräsentationen. Dadurch, dass Kinder im sprachfähigen Alter z.B. mit einer vertrauten Bezugsperson über das Erlebte immer wieder sprechen können, wird der Transfer von isolierten Gedächtnis Spuren im impliziten Gedächtnis ins explizite (episodisches und semantisches) Gedächtnis begünstigt (Cohen, Mannarino, Berliner, & Deblinger, 2000; Cook et al., 2005). Es besteht jedoch auch die Gefahr dass die Erinnerungsqualität durch Suggestibilität verzerrt sein kann (Eisen, Goodman, Qin et al., 2007).

Wenn nahe Bezugspersonen selbst Ursache der Traumatisierung sind (z.B. Misshandlung), stellt dies für ein Kind eine unlösbare paradoxe Situation dar, die oft mit desorganisierter Bindung einhergeht und den Umgang mit der traumatischen Erfahrung zusätzlich erschwert (Landolt S. 59).

4.5 Bewertungsprozesse

Im Traumabewältigungsmodell ist ersichtlich, dass subjektive Bewertungen des Traumas (z.B. Lebensbedrohlichkeit, Schuldgefühle, Kausalattributionen usw.) relevante Einflussfaktoren sind. Diese sind massgebend für die Coping-/Bewältigungsstrategien, welche von einem Kind eingesetzt werden.

Studien zeigen, dass die subjektive Lebensbedrohlichkeit sowie das Gefühl der Mitschuld das Risiko für eine PTBS erhöhen. Bezüglich weiterer Attributionen und Kognitionen gibt es jedoch noch keine Befunde (vgl. Landolt, 2012).

4.6 Bewältigungsstrategien

Die Copingstrategien werden durch die Merkmale des Traumas, der Person, dem Umfeld sowie durch die Bewertungsprozesse beeinflusst. Durch diese wird entweder versucht, stressverursachende Situationen zu modifizieren oder begleitende Emotionen zu regulieren.

Eine wichtige Erkenntnis aus der Forschung (Aaron et al., 1999) belegt, dass verunfallte Kinder ein erhöhtes Risiko für länger andauernde posttraumatische

Belastungsstörungen aufweisen, wenn diese die Auseinandersetzung mit den belastenden Bildern und Gedanken vermeiden (vgl. Landolt, 2012).

5 Anamnese und Diagnostik

Ziel und Zweck einer eingehenden Anamnese und Diagnostik bei traumatisierten Kindern liegt darin, neben der Symptomatik (Ausmass und Qualität) auch einen Einblick in vorhandene Schutz- und Risikofaktoren zu erhalten, die den weiteren Behandlungsverlauf und die allfällige Therapieplanung beeinflussen. Fraglich ist unserer Ansicht nach, ob dabei auch eine Diagnose im Sinne einer PTBS nach ICD-10/DSM gestellt werden sollte. Gemäss Felder und Herzka (2001) ist die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung insbesondere bei Kindern, die Opfer von Krieg, Verfolgung (und Missbrauch) geworden sind, problematisch, weil sie eine Stigmatisierung als Sonderfall mit sich bringe und die sozialen und gesellschaftlichen Ursachen und Verantwortung dabei in den Hintergrund träten.

Der folgende Abschnitt stützt sich grösstenteils auf die Ausführungen von Landolt (2011, 2012). Gemäss Landolt dient als Grundlage für die spezifische Diagnostik einer PTBS und anderer Traumafolgestörungen die allgemeine Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen, wie sie z.B. im Leitfaden zur Diagnostik psychischer Störungen von Döpfner und Petermann (2008) aufgeführt wird.

Um die Folgen einer Traumatisierung eines Kindes zu beurteilen, ist von zentraler Bedeutung, beim Beurteilungsprozess das prätraumatische Funktionsniveau des Kindes, das traumatische Ereignis selbst und dessen Folgen für das Kind und seine Umwelt einzubeziehen (vgl. Steil und Rosner, 2009).

Daraus lässt sich ableiten, dass neben der traumaspezifischen Diagnostik ein besonderes Augenmerk auf die Entwicklungsanamnese und das unmittelbare Umfeld des Kindes wie die familiären, schulischen und sozialen Umstände gelegt werden sollte. Zudem können Verhaltensbeobachtungen/–veränderungen wichtige Informationen liefern.

Landolt (2012) schlägt vier Phasen – Entwicklungsanamnese, Abklärung des familiären und sozialen Umfeldes, allgemeine Verhaltens- und Psychodiagnostik und traumaspezifische Diagnostik – im diagnostischen Prozess vor, welche nachfolgend genauer erläutert werden.

5.1 Entwicklungsanamnese

Bei der Erhebung der Entwicklungsanamnese sind insbesondere individuelle Ressourcen, bedeutende Lebensereignisse und prätraumatische, psychopathologische Vorbelastungen bedeutsam, die die Bewältigung des Traumas beeinflussen.

5.2 Abklärung der familiären und sozialen Umstände

Informationen zu den familiären und sozialen Umständen, unter denen ein Kind lebt erlauben Aussagen zur Qualität des sozialen Umfeldes, die die Bewältigung des Traumas in hohem Masse beeinflusst. Besondere Beachtung sollte der psychischen Gesundheit der Eltern geschenkt werden, vor allem, wenn sie das Trauma selbst miterlebt haben.

5.3 Allgemeine Verhaltens- und Psychodiagnostik

Gemäss Landolt (2012) sollte die Psychodiagnostik auch eine Leistungsdiagnostik, beispielsweise in Form eines WISC IV beinhalten, damit gegebenenfalls weitere Abklärungen empfohlen werden können. Zudem müssen weitere allgemeine Verhaltensauffälligkeiten und Komorbiditäten untersucht werden. Als Instrumente bieten sich die Child Behaviour Checklist, der Youth Self Report, der SDQ, der Kinder-DIPS oder der DISYPS-II an. Diese Screeningverfahren sind allerdings zu wenig spezifisch um die Symptome einer Traumafolgestörung zu erfassen. Bei komplex traumatisierten Kindern ist die Erfassung komorbider Störungen von besonderer Bedeutung.

5.4 Traumaspezifische Diagnostik

5.4.1 Erhebung der Traumaanamnese

Zunächst sollte das Kind die Möglichkeit erhalten, selbst über das Erlebte zu sprechen, bevor detaillierte Fragen dazu gestellt werden.

Dabei sollte neben dem Tatsachenwissen zum Ereignis auch das subjektive Erleben des Kindes und dessen Bewertung erfasst werden. (Hatte das Kind Todesangst, bestehen unter Umständen Schuldgefühle?). Die subjektiven Bewertungen des Ereignisses haben einen hohen prädiktiven Wert für die Entwicklung von Traumafolgestörungen. Rückschlüsse von der objektiven Beschreibung des Traumas auf Kognitionen des Kindes dürfen unter keinen Umständen erfolgen.

Neben besonderem Feingefühl in der Befragung traumatisierter Kinder sind vorgängige Informationen hilfreich, um eine Retraumatisierung zu verhindern.

Viele Kriterien der PTBS erfordern die verbale Beschreibung von affektiven Zuständen und Erinnerungen, was vor allem für jüngere Kinder eine Erschwernis darstellt (Fivush, Pipe, Murachver, & Reese, 1997; Scheeringa, Zeanah, Drell, & Larrieu, 1995). Bis in die mittlere Kindheit geben Kinder zusätzliche Informationen wieder, wenn sie die Möglichkeit haben, ergänzend zur verbalen Wiedergabe auf non-verbale Ausdrucksarten wie zum Beispiel Zeichnungen zurück zu greifen (Salmon, Pipe, Malloy, & Mackay, 2012). Aus diesem Grund ist es von Bedeutung, dass bei der Diagnose einer PTBS auch non-verbale Erfassungsinstrumente eingesetzt und Verhaltensmerkmale berücksichtigt werden (vgl. Scheeringa et al., 1995).

5.5 Diagnoseinstrumente

Für ein erstes Screening zur Einschätzung der Art und Ausprägung der Symptomatik – ohne dass dabei bereits eine Traumafolgestörung diagnostiziert wird - eignet sich der „Trauma-Check“ (<https://kidtrauma.org>), der in zwei Versionen, für Kinder unter sechs Jahren und über sechs Jahren vorliegt und online durch die Eltern oder die betreffende Fachperson, gemeinsam mit den Eltern, ausgefüllt und ausgewertet werden kann.

In einem weiteren Schritt folgt die störungsspezifische Diagnostik anhand reliabler und valider Messinstrumente. Die Symptomatik wird durch ein klinisches Interview des betroffenen Kindes, der Eltern und allfälliger weiterer Bezugspersonen (Lehrpersonen) erhoben. Da Eltern die Symptomatik der Kinder teilweise grob unterschätzen, sollte die Diagnose nicht allein auf diese Informationen abgestützt werden. (Steil & Rosner, 2009).

Aus ökonomischen Gründen empfiehlt sich in der Alltagspraxis der Erziehungsberatung folgendes Vorgehen:

Im Erstgespräch wäre die Anamnese, Traumaanamnese und ein Risikoscreening, wie oben aufgeführt, vorgesehen. Bei Bedarf können zu einem späteren Zeitpunkt die nachfolgend beschriebenen Diagnoseinstrumente verwendet werden.

5.5.1 Übersicht der deutschsprachigen Diagnoseinstrumente

Die Auswahl des geeigneten Instruments richtet sich nach dem Alter, der Symptomatik und dem Ziel, welches mit der Diagnostik verfolgt wird. Die Tabelle 1 bietet einen Überblick über verfügbare Erhebungsinstrumente.

Als Goldstandard in Klinik und Forschung für eine gesicherte Diagnose nach DSM-V bei Kindern und Jugendlichen über 6 Jahren gelten aktuell die **IBS- KJ** für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und die akute Belastungsreaktion oder der **UCLA PTSD Reaction Index**, der den Diagnosekriterien des DSM-V entspricht. Bei beiden Instrumenten sind die Gütekriterien dokumentiert. In der folgenden Aufzählung sind neben den erwähnten ausschliesslich die aktuellsten Instrumente enthalten, deren Validität auch auf deutsch gesichert ist und die den Diagnosekriterien des DSM V entsprechen. Es existiert eine Vielzahl von weiteren Screening- oder Diagnoseinstrumenten, die zwar ins Deutsche übersetzt worden sind, die aber teilweise nur in der englischen Version validiert worden sind.

Tabelle 1. Übersicht der deutschsprachigen Diagnoseinstrumente.

Diagnoseinstrumente	Altersbereich	Bezugsquelle
Akute Belastungsstörung		
IBS-A-KJ (aus: IBS-KJ)	-18 Jahre	https://www.testzentrale.ch
PTBS-Diagnose		
UCLA Child PTSD-Reaction Index	Kinder: 9-12 Jugendl.: 13-18 Elternversion	Mit freundlicher Genehmigung von: National Center for Child Traumatic Stress/UCLA http://oip.ucla.edu/marketplace Deutsche Version mit freundlicher Genehmigung von: markus.landolt@kispi.uzh.ch
Kinder-DIPS: PTBS-Modul	6-18 Jahre	www.testzentrale.ch
YCPC	1-6 Jahre	markus.landolt@kispi.uzh.ch (Scheeringa, 2014, dt. Version: Landolt & Haag, 2014)
Dissoziative Symptome		
HDI (Screening)	>11 Jahre	Brunner, Resch, Parzer & Koch (2008)

5.5.1.1 Akute Belastungsstörung

IBS-KJ: Interview zur Erfassung von Belastungsstörungen bei Kindern (Steil & Füssel, 2005)

Die Interviews zur Erfassung von Belastungsstörungen bei Kindern enthalten zwei Instrumente:

- Interview zur Erfassung der Akuten Belastungsstörung (IBS-A-KJ), das bis zu vier Wochen nach der traumatischen Erfahrung eingesetzt werden kann.
- Das Interview zur Erfassung der posttraumatischen Belastungsstörung (IBS-P-KJ), das sich auf die Diagnosekriterien des DSM-IV-TR stützt.

Strukturierte klinische Interviews, die ebenfalls dissoziative Symptome erfassen. Für jedes Item sind Formulierungs- und Erklärungsmöglichkeiten vorhanden, die den unterschiedlichen Alters- und Bildungsstufen von Kindern gerecht werden. Anhand von Einführungsbeispielen und Übungen werden die Kinder mit dem Ablauf und der Struktur des Interviews vertraut gemacht. Fünfstufige Ratingskalen, die der Einschätzung von Häufigkeit und Schwere der Symptomatik dienen. Als Hilfestellung visuelle Skalen.

Zufriedenstellende bis sehr gute Reliabilität und Validität.

5.5.1.2 Posttraumatische Belastungsstörung

UCLA PTSD Reaction Index

3 Versionen: Kinderversion (7 bis 12 Jahre), Jugendlichenversion (13 bis 18 Jahre) und Elternversion. Durchführung in Interview- oder Fragebogenformat. Autorisierte deutsche Übersetzung des am weitesten verbreiteten und am längsten eingesetzten Verfahrens zur Diagnose der PTBS. Adaptiert ans DSM-V. Dauer: 20 bis 30 Minuten.

Landolt (2012) empfiehlt die Kinderversion in Form eines Interviews zu führen, damit das Verständnis der Fragen sichergestellt ist und somit die Befunde reliabel und valide sind. Im Interview dürfen die Fragen angepasst werden, damit auf das erlebte Trauma Bezug genommen wird.

Das Interview besteht aus drei Teilen:

1. Traumaanamnese: Erfragen traumatischer Erlebnisse
2. Kriterien A1 und A2 gemäss DSM, ein Item fragt zusätzlich nach dissoziativen Symptomen
3. PTBS-Symptomatik gemäss DSM (Kriterien B,C,D). Als Hilfsmittel zur Einschätzung der Symptomatik dient eine visuell analoge Skala, welche dem Kind vorgelegt wird. Zusätzlich werden auch Schuldgefühle und die Angst vor einem erneuten Auftreten des Traumas erfragt.

In allen drei Versionen ist eine kategoriale und eine dimensionale Auswertung möglich.

Die Testgütekriterien der Originalversion gelten als gesichert. Zur deutschsprachigen Version liegen noch keine Untersuchungen der Validität vor. Allerdings lehnt sich das Instrument eng an die DSM-IV Kriterien an und wurde sorgfältig übersetzt, so dass von einer gesicherten Konstruktvalidität ausgegangen werden kann. Befunde aus zwei Studien zur internen Konsistenz zeigen der Kinder- und Jugendlichenversion zeigen gute Resultate (Cronbachs-alpha: .90 und .87). Das Instrument wird weltweit am häufigsten eingesetzt und ist ökonomisch einsetzbar, auch im Kontext notfall-psychologischer Interventionen.

Kinder-DIPS PTBS-Modul

(Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter). Strukturiertes Interview: Kinder/Jugendliche und Eltern. Ermöglicht die Diagnose psychischer Störungen gemäss DSM-IV und ICD-10. Erfasst auslösende Faktoren und durch die Störung verursachten Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen. Umfasst drei Teile:

1. Screening: Erfassung der Hauptproblematik der letzten sechs Monate.
2. Spezieller Teil zur Diagnose psychischer Störungen
3. Psychiatrische und Familienanamnese

Das Kinder-DIPS ermöglicht es dem Untersucher, allfällige komorbide Störungen zu erfassen, wenn das ganze Interview durchgeführt wird.

Befriedigende bis sehr gute Testgütekriterien.

YCPC (Young Child PTSD Checklist)

Der Fragebogen für Bezugspersonen von Kindern im Vorschulalter erfasst die PTBS gemäss den Kriterien des DSM V.

5.5.1.3 Dissoziative Symptome

HDI (Heidelberger Dissoziations-Inventar)

Dissoziative Symptome treten im Zusammenhang mit akuten Belastungsstörungen oder komplexen Traumafolgestörungen auf. Mit Hilfe des vorliegenden Instruments können dissoziative Symptome bei Jugendlichen ab 11 Jahren erhoben werden.

5.5. Differenzialdiagnostik

Eine PTB muss differenzialdiagnostisch einerseits von weiteren Traumafolgestörungen wie einer akuten Belastungsreaktion oder einer Anpassungsstörung abgegrenzt werden. Daneben können aber in der Folge eines Traumas auch affektive Störungen (z.B. Trennungsangst) oder – in der Spätadoleszenz – Borderline-Persönlichkeitsstörungen auftreten.

Störungen der Aufmerksamkeit, der Hyperaktivität und des Sozialverhaltens können fälschlicherweise als Symptome einer hyperkinetischen Störung interpretiert werden. Oft wird eine Symptomatik i.S. eines ADHS erkannt, aber weitere, mit einem Trauma assoziierte Symptome werden übersehen (Krüger, 2008).

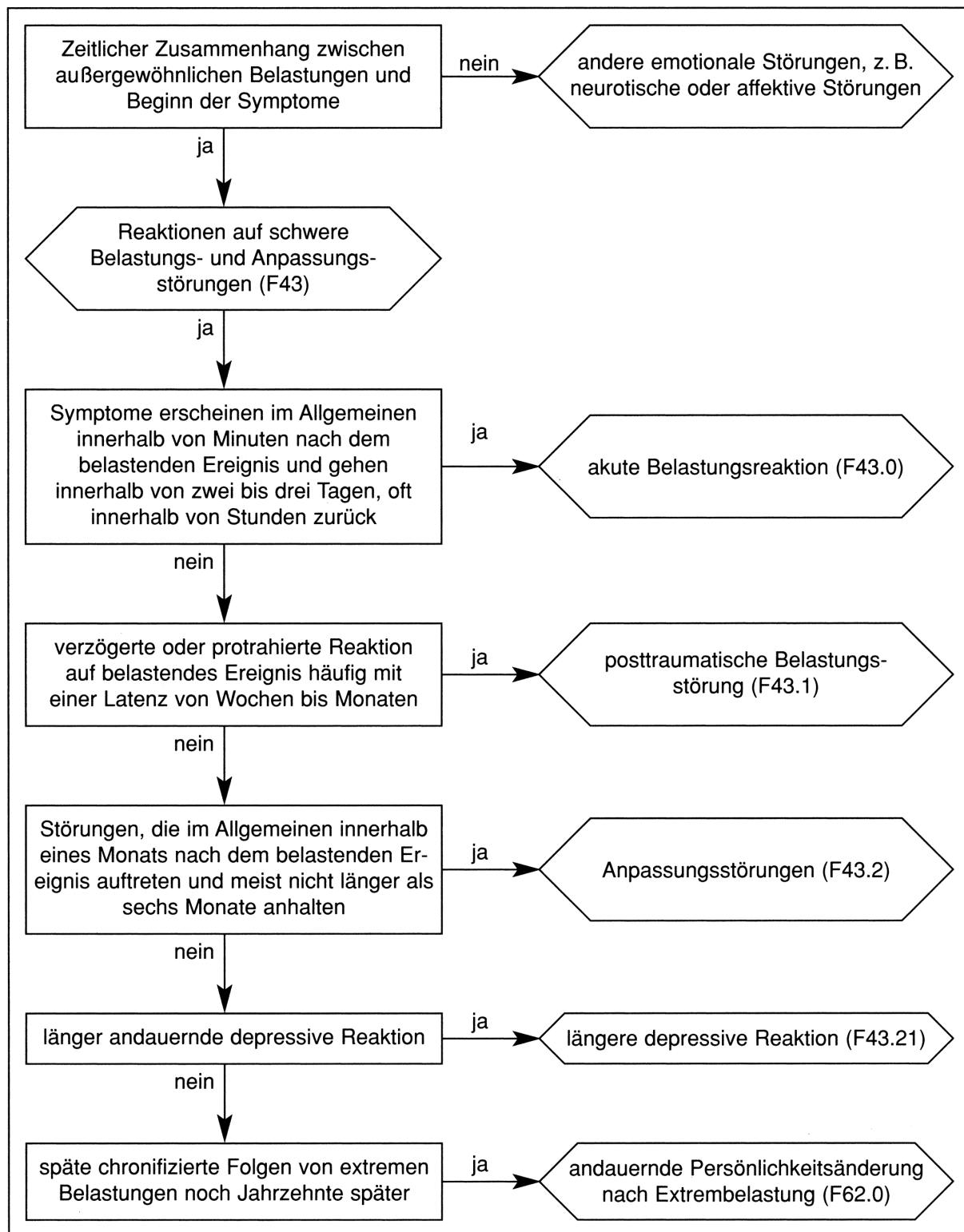


Abbildung 3: Diagnostischer und differenzialdiagnostischer Entscheidungsbaum anhand der Zeitachse bei Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007. Entnommen aus: Steil & Rosner, 2009, S.45)

6 Praktischer Teil – Psychoedukation und Stabilisierungstechniken

6.1 Einstieg

Nicht jedes Kind, das ein Trauma erlebt hat, muss therapiert werden. In der ersten Zeit nach einer traumatischen Erfahrung sind traumatypische Reaktionen normal.

Da wir auf der Erziehungsberatung Bern Kinder oft erst nach der Akutphase sehen, werden wir uns auf die Phase danach begrenzen und unseren Schwerpunkt auf die Psychoedukation und Stabilisierung legen. Die Psychoedukation kann bereits frühzeitig helfen, Leid zu lindern, indem den Kindern Ängste in Bezug auf die Symptomatik und damit verbundene Schamgefühle genommen werden können (Krüger, 2008). Eine ausreichende Stabilisierung auf körperlicher, sozialer und psychischer Ebene und keine weitere Traumaeinwirkung stellen die Voraussetzung für eine Therapie dar. In der Praxis werden Stabilisierungstechniken aus verschiedenen Therapieansätzen angewendet (Z.B. Spiel-Mal-Verhaltens- oder Hypnotherapie). Nach einer Stabilisierungsphase folgt die eigentliche Traumabearbeitung und abschliessend die Phase der Neuorientierung, beziehungsweise eine Integration der Traumaereignisse in die eigene Lebensgeschichte (Sonneck, 2000). Bei länger dauernder Therapieindikation sollte das Kind an Psychotherapeuten mit entsprechender Zusatzausbildung überwiesen werden.

Das von uns erarbeitete Kinderbuch „Max hat etwas Schlimmes erlebt“ kann zur Psychoedukation und Normalisierung genutzt werden. Das Kinderbuch steht zum Herunterladen auf der Homepage der Erziehungsberatung des Kantons Bern (www.bkd.be.ch) frei zur Verfügung.

In diesem Kapitel wird erläutert, worauf eine Fachperson bei der Intervention mit Kindern und deren Eltern achten sollte. Ein Leitfaden mit den wichtigsten Informationen findet sich im Anhang (8.3).

6.1.1 Wichtige Punkte bei der Arbeit mit traumatisierten Kindern und deren Umfeld

Krüger (2008) erwähnt folgende Inhalte, über die betroffene Kinder und ihre Eltern informiert werden sollten:

- Was wird bei einem Trauma „verletzt“? (Psyche, Seele...)
- Was ist ein Trauma/ was ist „traumatischer Stress“?

Dabei geht es darum, mit dem Kind zu erfassen, was für ein grosses Leid ihm zugestossen ist, ohne dabei in die Tiefe zu gehen, sondern eher im Allgemeinen zu bleiben und über die Wirkungen von traumatischem Stress zu sprechen. Eine zu grosse Nähe zum tatsächlichen Geschehen kann wiederum überwältigende Erinnerungen wecken. (Krüger, 2008).

- Wirkungen von traumatischem Stress: Symptomatik
- Behandlung von Traumafolgestörungen

Der nachfolgenden Zusammenstellung „**To Do! – Don`t!**“ kann entnommen werden, worauf in der Arbeit mit traumatisierten Kindern geachtet werden sollte.

To Do!

- In Abhängigkeit des Alters und des Traumas gemeinsame oder separate Sitzung mit den Eltern und dem Kind machen
- Kontakt- und Beziehungsaufnahme mit dem Kind
- Ruhiges und bestimmtes Auftreten
- Fragen nach Bedürfnissen
- Stopp-Regel erklären: das Kind soll Stopp sagen, wenn es ihm zu viel wird (Krüger, 2015)
- Altersentsprechende Orientierung und Information
- Erörtern, was zusammengefasst passiert ist und welche Symptome das Kind zeigt -> mache Risikoscreening mit Hilfe der Fragen von www.kidtrauma.com (Checklistenblätter auch im Anhang zu finden)
- Gefühle aufnehmen, aber nicht vertiefen
- Normalisierung der Reaktion des Kindes
- Vermittlung von Wissen zum spezifischen Trauma (z.B was ist sexuelle Gewalt, wie oft kommt sie vor, wer trägt die Verantwortung etc.)

- Vermittlung von Wissen zu Traumareaktionen und Erläuterung der Symptomatik: Bezug auf die 4 Gruppen von PTBS-Symptomen (vgl. Anhang 8.1.4) sowie mögliche altersabhängige unspezifische Symptome (vgl. Kap. 3.1) nehmen, diese und die Bedeutung von Triggern erläutern. Bezug zur Rolle des Gehirns machen: Amygdala als Brand/Gefahrenmelder, Präfrontaler Kortex als Kontrolleur und der Hippocampus als Kontextliferant (unser Kinderbuch „Max hat etwas Schreckliches erlebt“ kann als Hilfsmittel dienen).
- Kognitives Dreieck erläutern: Gegenseitige Beeinflussung von Kognitionen, Emotionen, Verhalten und Körperreaktionen
- Den Eltern die folgenden Fertigkeiten vermitteln:
 - Lob: oft, spezifisch statt allgemein, möglichst unmittelbar, konsistent, nicht eingeschränkt („... aber warum nicht immer so?“), genauso intensiv wie man kritisieren würde
 - Selektive Aufmerksamkeit: mehr Aufmerksamkeit schenken bei positivem als bei negativem Verhalten, bestimmte negative Verhaltensweisen des Kindes ignorieren -> kann kurzfristig zur Zunahme des negativen Verhaltens führen, bei gefährlichem Verhalten sofort handeln
 - Auszeitprozeduren (time out): Auszeit alleine in einem ruhigen Raum, pro Lebensjahr 1 Minute, Kind vorbereiten, ihm alles erklären, Warnung vor time out machen, ohne Diskussion und ohne Eingehen auf auffällige Reaktionen des Kindes durchführen
 - Kontingente Verstärkerpläne: nur ein Verhaltensziel pro Zeitpunkt, Kind soll bei Festlegung der Belohnung mitreden, möglichst bald und regelmässig belohnen, gewisse Verhaltensweisen können erst nach der Therapie bearbeitet werden
- Abgabe von Informationsbroschüren, Zugang zu Websites und Apps

Don't!

- Nicht nach detaillierten Informationen zum Geschehen fragen
- Dem Kind nicht sagen, wie es sich zu fühlen oder verhalten hat

- Keine Versprechungen geben, die man nicht halten kann
- Keine Bagatellisierung des Geschehenen („du hast Glück, dass du überlebt hast“) (Landolt, 2015)

6.1.2 Stabilisierungstechniken

Gemäss Reddemann (2001 und 2004) stellt die imaginative Traumatherapie Techniken bereit, die im Therapieverlauf vor Retraumatisierungen schützen können. Die Tresortechnik hat z.B. zum Ziel, aufdrängende Gedanken sicher zu deponieren. Sichere Orte sollen zum Aufbau innerer Sicherheit und Stabilität beitragen, entspannen und Selbsthilfemöglichkeiten vermitteln. Auch innere Helfer können die Stabilisierung unterstützen.

Nachfolgend findet sich eine Zusammenstellung von praktischen Interventionen, welche dem traumatisierten Kind ohne oder in Anwesenheit der Eltern vermittelt werden können. Diese imaginativen und lösungsorientierten Techniken können zur Ressourcenaktivierung und zur Problembewältigung im weiteren Sinne eingesetzt werden.

6.1.2.1 Der innere Tresor – Aufbewahrungsbehälter für belastende Erinnerungen

Aversive, intrusive Inhalte (negative Bilder, Erinnerungen, Gefühlszustände) sollen im imaginativen Tresor oder Container eingeschlossen werden, bis für die zur Auseinandersetzung notwendige Stabilität erreicht ist. Die Methode hat zum Ziel, aversive Affekte zu reduzieren, wahrgenommene Sicherheit zu erhöhen und die Auftretenswahrscheinlichkeit von Intrusionen zu minimieren. Bis eine therapeutische Auseinandersetzung mit dem im Tresor gelagerten Material indiziert ist, soll der Klient das Weggepackte im Tresor belassen.

Instruktion (vgl. Krüger, 2011, S. 122/123)

Einleitend eine Entspannungsübung durchführen.

Stell dir bitte einen Aufbewahrungsbehälter für unangenehme oder belastende Erinnerungen, Bilder, Filmsequenzen oder Empfindungen vor. Das kann ein Behälter jeglicher Art sein, z.B. ein Tresor, eine sichere Kiste, Truhe, Container, eine Kammer oder auch ein magisches Verlies, wie z.B. ein „Sesam-schliesse-Dich-Berg“.

Lass dir Zeit, einen solchen fest verschliessbaren und nur von dir selbst zu öffnenden und jederzeit verschliessbaren sogenannten „Tresor“ irgendwo zu finden und sich genau vorzustellen.

- Wo befindet er sich?
- Wie gross ist er?
- Aus welchem Material besteht er?
- Welche Form hat er?
- Wie ist seine Oberfläche?
- Welche Farbe hat er?
- Wie ist der Schliessmechanismus? Mach dir ein genaues Bild von dem Öffnungs- und Verschlussmechanismus, dessen Technik (Schlüssel, Zahlenkombination, Stellrad, magische Formel usw.) nur du alleine kennst.

Wenn du eine genaue Vorstellung von diesem Behälter / Tresor und seiner Verschliessbarkeit hast, kannst du mal das Schliessen und Öffnen austesten. Experimentiere zuerst mit einem neutralen Bild und dann mit einem unangenehmen, nicht persönlichen Bild, das du in den Tresor sicher einschliesst.

Vereinbare jetzt mit dir selbst zusätzlich ein körperliches gut spürbares Signal (z.B. Anspannen irgendwelcher Muskeln wie z.B. Faust machen, Händedruck, anspannen der Fussmuskulatur usw.), das du immer benutzen kannst, um dich daran zu erinnern, wie sich etwas in den Tresor einschliessen lässt.

Führe jetzt das Zeichen auch aus, damit sich dein Körper zukünftig daran erinnert, wie (gut) es sich anfühlt, wenn für dich unangenehme oder gefährliche Erinnerungen sicher verschlossen sind.

Spürst du, wie gut es dir tut, Ruhe und Sicherheit davor zu haben...

Komm jetzt bitte mit deiner ganzen Aufmerksamkeit nach und nach wieder hierher ins Zimmer.

6.1.2.2 Wohlfühlort / sicherer innerer Ort

Bei dieser Technik geht es um den Aufbau einer inneren Kraftquelle, um mit negativen Emotionen umzugehen. Der Klient wird angeleitet, einen realen oder imaginären sicheren Ort in Gedanken vorzustellen, zu dem kein anderer Mensch Zugang hat und der auch gegenüber weiteren Störeinflüssen geschützt ist. Dadurch wird Abstand zu den belastenden Erinnerungen gewonnen. Durch die Verknüpfung des sicheren inneren Ortes mit einem positiven Auslöser (z.B. Körperbewegung, Wort oder bestimmter Gegenstand) kann die Verfügbarkeit erhöht werden.

Besonderheiten beim „sicheren inneren Ort“

Wenn Patienten mit Menschen, die Sicherheit spenden sollten, genau das Gegenteil erlebt haben, kann allein das ein Grund sein, dass ihnen mit der Metapher des „sicheren Ortes“ ein Trigger geliefert wird“ (Krüger, 2008, S. 216). Daher wäre es sicherlich sinnvoller, von einem Wohlfühlort zu sprechen. Krüger (2008) empfiehlt deshalb auch, einen sicheren Ort ohne weitere anwesende Menschen zu kreieren, da andere Menschen das Kind enttäuschen könnten. Demgegenüber erwähnt Landolt (Referat, 2015), jüngeren Kindern eine erwachsene Person zur Seite zu stellen, wenn sie dies möchten. Die Aufgabe kann für traumatisierte Kinder auch zu schwierig sein, da sie sich bei fehlender äußerer Sicherheit oft auch keine innere Sicherheit vorstellen können. Bei Kindern kann es auch sinnvoll sein, mit Hilfe von Bausteinen, Handpuppen, Szeno-Kasten etc. einen Wohlfühlort zu kreieren (Krüger, 2008).

Instruktion (in Anlehnung an Krüger, 2011, Landolt, 2015, Referat Erziehungsberatung Bern)

1. Mit dem Kind wird ein Ort gesucht, an dem es sich sicher und wohl fühlt. Gleichzeitig kann die Bedeutung des sicheren Ortes noch verstärkt werden, wenn eine für das Kind lustvolle Tätigkeit darin eingebunden ist.

2. Das Bild wird gemeinsam mit dem Kind in allen sensorischen Modalitäten entfaltet um so sein Assoziationsnetzwerk zu aktivieren:

- Wie sieht es dort aus?
- Was gibt es alles zu sehen, zu hören zu riechen?
- Tu einmal so, als ob du gerade an dem Ort wärst, geht das?
- Wie fühlt es sich an, wenn du dir den Ort vorstellst?

Landolt empfiehlt, die Schilderung des Kindes detailliert (in seinen Worten) aufzuschreiben.

3. Anschliessend kann das Kind das Bild zeichnen oder malen.

4. Imagination des sicheren Ortes

Die Imaginationsübung wird mehrmals durchgeführt, Dabei werden die Begriffe, die das Kind in der Beschreibung genutzt hat, verwendet.

Das Bild kann mit einem äusseren Reiz verankert werden:

Bewegung, Kraftstein, in den das gute Gefühl „hineingedrückt wird“...

5. Beispiel Verankerung mit Kraftstein:

Imagination, Stein in der Hand

„Jetzt drückst du das gute Gefühl in den Stein“.

Imagination mit Stein mehrmals durchführen.

Im Anschluss an die Imagination:

„Jetzt kannst du den Stein drücken, um das gute Gefühl hervorzuholen.“

6.1.2.3 Innere Helfer – Krafttier

Durch Imagination eines unterstützenden, Schutz bietenden Wesens kann die subjektiv erlebte Sicherheit erhöht werden. Das Kind wird aufgefordert z.B. mittels einer geeigneten Geschichte, in seiner Fantasie nach einem positiv konnotierten Wesen zu suchen. Dabei kann es sich um ein Wesen aller Art wie Tiere, Fabelwesen, Schutzengel etc. handeln.

Das Wesen soll zu jeder gegebenen Zeit in der Lage sein, dem Kind Schutz, Hilfe und Rat zu spenden. Gemäss Wöller (2006) sollten nach Möglichkeit nicht reale menschliche Wesen sein, da keine menschliche Beziehung frei von Ambivalenz ist.

Instruktion (Phantasiereise: Krafftier aus Teml H. und H., Komm mit zum Regenbogen, Veritas Verlag (1993), S. 112/113):

„Indianer stellen sich häufig vor, Kontakt zu einem besonderen Tier zu haben, zu einem Krafftier, das über besondere Fähigkeiten verfügt, die auch ihnen wichtig sind. Etwas Ähnliches machen wir heute.“

Das Kind stellt sich vor, auf einer Wiese zu liegen. Kurzes Fantasieren über die Umgebung etc. Aus einem nahe gelegenen Waldrand tritt ein Tier hervor und kommt auf sie/ihn zu. Dieses Tier ist dem Kind bekannt.

- Über welche besonderen Fähigkeiten verfügt dieses Tier?
- In welcher Weise könnte diese Tier behilflich sein?
- Was könnte es das Kind lehren?

Anschliessend evtl. Tier zeichnen oder basteln lassen.

6.1.2.4 Cartoons

Diese nonverbale Technik hat zum Ziel, dass die Kinder in sechs Schritten auf eine Lösung kommen (Steiner und Insoo, 2013).

Instruktion (nach Steiner und Insoo, 2003, S. 116 ff):

Geben Sie dem Kind einen Bogen Zeichenpapier, nachdem Sie ihn in sechs gleiche Felder unterteilt haben und folgen Sie den einzelnen Schritten:

1. Das Bild im ersten Feld stellt das Problem dar.

Bitten Sie das Kind, im ersten Feld links oben sein Problem zu malen. Wenn sich diese Anweisung als zu kompliziert erweist, soll das Problem einfach nur mithilfe entsprechender Formen und Farben andeuten.

2. Das Bild im zweiten Feld zeigt den mächtigen Helfer, den sich das Kind wünscht und der sich erfolgreich mit dem Problem befassen wird.

Als Nächstes denkt sich das Kind eine mächtige Figur oder einen Helden aus, z.B. Batman, Robin Hood oder eine ähnliche Gestalt, die das Problem zum Verschwinden bringt. Diese Figur soll das Kind in das mittlere Feld der oberen Reihe malen. Die

gewählte Gestalt kann sich auf eine Lieblingsgeschichte beziehen, kann ein Tier oder eine Maschine sein, und sie kann dem Kind am besten helfen, sein Problem zum Verschwinden zu bringen.

3. Das Bild im dritten Feld zeigt eine Lösung, die das Kind gemeinsam mit dem Helfer herausgearbeitet hat.

Gemeinsam mit dem Helfer sucht das Kind eine Lösung (evtl. ein Geschenk), damit das Problem nicht mehr belastet.

4. Das Bild im vierten Feld zeigt, wie sich die Lösung auswirkt und was sich für das Kind ändert.

Als Nächstes malt das Kind die Situation, nachdem das Problem die Lösung bzw. das Geschenk angenommen hat. Dieses Bild malt das Kind in das linke Feld der unteren Reihe.

5. Das Bild im fünften Feld fokussiert auf die Zeit und den Ort, an denen die Lösung besonders erwünscht ist.

Fordern Sie das Kind auf, einen kleinen Traum zu träumen und sich den Ort und die Zeit vorzustellen, an denen die Lösung besonders wichtig ist. Diese Situation soll es im mittleren Feld der unteren Reihe malen.

6. Das Bild im sechsten Feld ist eine Art Zeichen, mit dem sich das Kind beim Helfer bedankt.

Zum Abschluss dankt das Kind dem Helfer, indem es ein kleines Zeichen des Dankens malt. Dieses Bild malt es in das rechte Feld der unteren Reihe.

6.1.2.5 Meine Kraftquelle

Diese Methode von Krüger (2011) aktiviert die Ressourcen eines Kindes.

Instruktion:

„Bitte nimm dir ein Blatt und schreib bitte drei Dinge auf, die zu dir gehören:

1. Was kann ich gut? (z.B. Fussball spielen)
2. Was habe ich für gute Eigenschaften? (z. B. guter Freund sein)
3. Was macht mir Spass und Freude? (z. B. Musikhören)“

Die Liste kann später immer mehr erweitert werden.

6.1.2.6 Baumübung

Diese Methode von Reddemann (2007) und Krüger (2015) kann hilfreich sein, wenn Kinder das Gefühl haben, zu wenig von etwas zu bekommen.

Instruktion (Krüger, 2015, S. 170):

„Mir geht gerade durch den Kopf, dass Pflanzen, z. B. Bäume, alles bekommen, was sie brauchen, ohne sich anzustrengen. Sie öffnen sich quasi der Nahrung, und im Allgemeinen bekommen sie von der Erde und von der Sonne genau die Nahrung, die sie brauchen. Kannst du mit diesem Gedanken etwas anfangen, hat der für dich irgendeine Bedeutung? ... Angenommen du würdest mit einem Baum eins werden, wie wäre das, einfach so Nahrung zu bekommen? ... Wenn du dich probeweise für eine Weile so verhalten würdest, als wärest du ein Baum, der sich nicht anstrengen muss, was würde das bedeuten? Wie würde sich das auf dich auswirken? ...“

Danach soll das Kind einen Baum zeichnen und wenn möglich zu Hause aufhängen, damit es sich daran erinnert.

6.1.2.7 Traumfänger

Basteln Sie mit dem Kind aus einem Holzring mit Federn und Wolle einen Traumfänger, welcher gegen böse Träume helfen kann. Das Kind kann womöglich damit besser ein- und durchschlafen (Krüger, 2015. S. 171).

6.1.2.8 Schutzball

Das Kind soll sich durch diese Übung sicher und geschützt fühlen.

Instruktion (Moser, 2004):

„Atme ein paar Mal ruhig und tief ein und aus, bis du entspannt bist... Stell dir jetzt vor, dass rund um dich ein grosser, farbiger Gummiball ist. Du kannst dich darin drehen, die Arme und Beine ausstrecken, er schützt dich rundum. Dieser Ball ist voller Kraft und macht dich ganz sicher. Nichts kann dich treffen, es prallt am Gummiball ab.

Spür die Sicherheit und Kraft in dir. (Hier könnte man noch zur Speicherung einen Körperanker einsetzen.)

Man kann danach das Kind auffordern, den Ball zu zeichnen oder zu basteln.

6.1.2.9 Sternübung

Dies ist eine Übung um Angst loszuwerden.

Instruktion (Moser, 2004):

„Atme ein paar Mal ruhig und tief ein und aus, bis du entspannt bist... Stell dir jetzt vor, dass über dir ein leuchtender Stern ist, das ist dein Stern. Du kannst ihn an einem Gummiband herunterziehen bis vor dein Herz. Sieh ihn dir an, wie er strahlt.

Er hat eine Öffnung, die all deine Sorgen und Ängste aufnimmt. Atme jetzt all deine Ängste aus deinem Herzen in den Stern. Er übernimmt sie, damit du entlastet bist.

Beim Einatmen nimmst du das strahlende Licht in dein Herz auf. Wiederhole das jetzt einen Moment lang: atme alle Angst, alle Sorgen in den Stern aus, und atme das Licht ein bis du keine Angst mehr hast.

Danke dem Stern und lass ihn dann am Gummiband wieder hinaufgehen. Es ist dein Stern. Du kannst ihn immer wieder herunterholen, wenn dir etwas Angst macht.“

Man kann danach das Kind auffordern, seinen Stern zu zeichnen oder zu basteln.

6.1.2.10 Kraftstein

Man kann einem Kind einen Stein mitgeben, welchen es mit Energie und Kraft aufladen kann. Dieser kann das Kind im Hosensack oder in der Tasche mit sich tragen und soll ihm dann in schwierigen Situationen Kraft spenden.

Abschliessend soll gesagt werden, dass die oben genannten Stabilisierungstechniken nur Vorschläge sind, die individuell verändert werden können.

6.2 Triage

Nach einer umfassenden Psychoedukation und ersten Stabilisierungstechniken (etwa 2-3 Sitzungen) muss die Fachperson entscheiden, ob es indiziert ist der/die Klient/in an einen Psychotherapeuten/Psychiater mit entsprechender Zusatzausbildung zu überweisen. Nur wenn die Symptome länger als einen Monat andauern, aufrechterhalten bleiben oder sich verstärken und zu einem anhaltenden Leidensdruck führen, ist eine längerfristige Therapie indiziert.

7 Literaturangaben

- Berliner, L., Hyman, I., Thomas, A. & Fitzgerald, M. (2003). Children`s memory for trauma and positive experiences. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 229-236.
- Brainerd, C. J., Reyna, V. F., Howe, M. L. & Kingma, J. (1990). The development of forgetting and reminiscence. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 55.
- Case, R. (1987). The Structure and Process of Intellectual Development. *International Journal of Psychology*, 22, 571-607.
- Cohen, J. A., Mannarino, P., Berliner, L. & Deblinger, E. (2000). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: An empirical update. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 1202-1223.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloire, M. et al. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 390-398.
- Dilling H, Mombour B, Schmidt M, (Hrsg.). Weltgesundheitsorganisation.
Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 4. überarbeitete Auflage.
Bern, Schweiz: Huber, 2006
- Döpfner, M. & Petermann, F. (2008). Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Eisen, M. L., Goodman, G. S., Qin, J. J., Davis, S. L., & Crayton, J. (2007). *Maltreated children`s memory: Accuracy, suggestibility, and psychopathology*. *Developmental Psychology*, 43, 1275-1294.
- Eisenberg, N. A., Fabes, R. A. & Guthrie, I. K. (1997). Coping with stress: the roles of regulation and development. In: S. A. Wolchik, & I. N. Sandler (Eds.), *Handbook of childrens coping: linking theory and interview* (pp. 41-70). New York: Plenuar.
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Saß, H. & Zaudig, M. (Hrsg.). (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe.
- Felder, W., & Herzka, H.S. (2001). *Kinderpsychopathologie*. Basel: Schwabe & Co. AG Verlag.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4.Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.

- Fivush, R., Pipe, M.-E., Murchaver, T. & Reese, E. (1997). Events spoken and unspoken: implications of language and memory development for recovered memory debate. In: M. Conway (Ed.), *False and recovered memories* (pp. 34-62). London: Oxford Univ. Press.
- Foa, E.B., Steketee, G. & Rothbaum, B. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Krüger, A. (2008). *Akute psychische Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen. Ein Manual zur ambulanten Versorgung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Krüger, A. (2011). *Powerbook. Erste Hilfe für die Seele. Trauma-Selbsthilfe für junge Menschen*. Hamburg: Elbe & Krueger Verlag.
- Krüger, A. (2015). *Erste Hilfe für traumatisierte Kinder*. Ostfildern: Patmos.
- Landolt, M.A. (2011). *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Landolt, M.A. (2012). *Psychotraumatologie des Kindesalters. Grundlagen, Diagnostik und Interventionen*. Göttingen: Hogrefe.
- Landolt, M. (2015, September). *Metapher „Alarmlampe“, „Brandmelder“*. Referat Erziehungsberatung, Bern.
- Lorenz, E. (2013). Traumagedächtnis bei Kindern mit Posttraumatischer Belastungsstörung. *Kindheit und Entwicklung*, 22, 61-69.
- Moser, M (2004). *Imaginationsübungen für Kinder(gruppen)*. Referat Erziehungsberatung Bern.
- Pal-Handl, K., & Lueger-Schuster, B. (2004). *Wie Pippa wieder lachen lernte*. Springer: Wien, New York.
- Pynoos, R.S., Steinberg, A.M. & Wraith, R. (1995). A developmental model of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Manual of Developmental Psychopathology*, 2, 72-95.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart (Pfeiffer bei Klett-Cotta).
- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamische Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual*. Stuttgart (Pfeiffer bei Klett-Cotta).
- Ruf, M. et al. (2012). *KIDNET – Narrative Expositionstherapie (NET) für Kinder*. In: M. Landolt & T. Hensel (Hrsg.) *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

- Salmon, K., Pipe, M.-E., Malloy, A. & Mackay, K. (2012). Do Non-Verbal Aids Increase the Effectiveness of “Best Practice” Verbal Interview Techniques? An Experimental Study. *Applied Cognitive Psychology*, 26, 370-380.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Drell, M. J. & Larrieu, J. A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 191-200.
- Sonneck, G. (2000). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien:Facultas
- Steil, R. & Rosner, R (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 12. Göttingen: Hogrefe.
- Steiner, T. & Insoo, K. B. (2013). *Handbuch lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern*. Carl-Auer Verlag: Heidelberg.
- Terr, L. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Teml,H.: *Komm mit zum Regenbogen – Phantasiereisen für Kinder und Jugendliche; Entspannung, Lernförderung, Persönlichkeitsentwicklung*. 7.Aufl. – Linz (Veritas) 1998.
- Wöller, W. (2006). Traumaspezifische Behandlungstechniken. *Aus der Praxis. Psychotrauma. PiD*, 7, 405-407.

8 Anhang

8.1 Klassifikation Trauma- und belastungsbezogene Störungen

8.1.1 Akute Belastungsreaktion F 43.0 aus dem ICD-10 (Dilling et al., 2006)

A: Erleben einer aussergewöhnlichen psychischen oder physischen Belastung.

B: Dem Kriterium A folgt unmittelbar der Beginn der Symptome (innerhalb einer Stunde).

C: Es gibt zwei Symptomgruppen. Die akute Belastungsreaktion wird unterteilt in:

F43.00 - <i>leicht</i> :	nur Symptome aus Gruppe 1,
F43.01 - <i>mittelgradig</i> :	Symptome aus Gruppe 1 und zwei Symptome aus Gruppe 2,
F43.02 – <i>schwer</i> :	Symptome aus Gruppe 1 und vier Symptome aus Gruppe 2 oder dissoziativer Stupor.

Gruppe 1:

Kriterien B, C und D der generalisierten Angststörung (F41.1; u.a. vegetative Symptome, psychische Symptome, Symptome, die Thorax und Abdomen betreffen und/oder Anspannungssymptome).

Gruppe2:

- a. Rückzug von erwarteten sozialen Interaktionen,
- b. Einengung der Aufmerksamkeit,
- c. Offensichtliche Desorientierung,
- d. Ärger oder verbale Aggression,
- e. Verzweiflung oder Hoffnungslosigkeit,
- f. Unangemessene oder sinnlose Überaktivität
- g. Unkontrollierbare und hoffnungslose Trauer (nach kulturellen Normen beurteilen)

D: Wenn die Belastung vorübergehend ist oder gemildert werden kann, beginnen die Symptome frühestens nach acht Stunden abzuklingen. Hält die Belastung an, beginnen die Symptome frühestens nach höchstens 48 Stunden nachzulassen.

E: Häufigstes Ausschlusskriterium: Derzeit liegt keine andere psychische Verhaltensstörung der ICD-10 vor (ausser F41 generalisierte Angststörung und F60 Persönlichkeitsstörungen). Das Ende einer Krankheitsperiode einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung muss mehr als drei Monate zurückliegen.

8.1.2 Akute Belastungsstörung F 43.0 aus dem DSM V (Falkai et al., 2015)

A: direkte oder indirekte (über eine nahestehende Person) Konfrontation mit einem oder mehreren traumatischen Ereignis/sen wie tatsächlicher oder drohender Tod, ernsthafte Verletzung oder sexuelle Gewalt

B: das Vorhandensein von mindestens neun Symptomen aus den folgenden fünf Kategorien: Wiedererleben, negative Stimmung, Dissoziation, Vermeidung und Arousal (Beschreibungen dieser siehe DSM V oder PTBS). Die Symptome beginnen oder verschlechtern sich nach dem traumatischen Ereignis.

1. Wiedererleben
2. Negative Affektivität
3. Dissoziative Symptome
4. Vermeidung
5. Erhöhtes Arousal

- C: Die Dauer des Störungsbildes (der Symptome in Kriterium B) beträgt 3 Tage bis 1 Monat nach dem traumatischen Ereignis.
- D: Die Störung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- E: Die Störung ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors und kann nicht besser durch eine kurze psychotische Störung erklärt werden.

8.1.3 Anpassungsstörungen F43.2 aus dem ICD-10 (Dilling et al., 2000)

- A: Die Entwicklung von emotionalen oder behavioralen Symptomen als Reaktion auf einen identifizierbaren Belastungsfaktor, die innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Belastung auftreten.
- B: Diese Symptome oder Verhaltensweisen sind insofern klinisch bedeutsam, als sie eines oder beide der folgenden Kriterien erfüllen:
 - 1. Deutliches Leiden, welches unverhältnismässig zum Schweregrad und zur Intensität des Belastungsfaktors ist, nach Berücksichtigung des externen Umfelds und kulturellen Faktoren, die den Schweregrad und das Beschwerdebild der Symptome beeinflussen können.
 - 2. Bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- C: Das belastungsabhängige Störungsbild erfüllt nicht die Kriterien für eine andere psychische Störung und stellt nicht nur eine Verschlechterung einer vorbestehenden psychischen Störung dar.
- D: Die Symptome sind nicht Ausdruck einer gewöhnlichen Trauerreaktion.
- E: Wenn die Belastung oder deren Folgen beendet sind, dauern die Symptome nicht länger als weitere 6 Monate an.

8.1.4 Posttraumatische Belastungsstörung F43.10 aus dem DSM V (Falkai et al., 2015)

Beachte: Die folgenden Kriterien gelten für Erwachsene, Jugendliche und Kinder, die älter als 6 Jahre sind. Für 6-jährige oder jüngere Kinder gelten die entsprechenden weiter unten aufgeführten Kriterien.

- A. Konfrontation mit tatsächlichem oder drohenden Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt auf eine (oder mehrere) der folgenden Arten:
 - 1. Direktes Erleben eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse.
 - 2. Persönliches Erleben eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse bei anderen Personen.
 - 3. Erfahren, dass einem nahen Familienmitglied oder einem engen Freund ein oder mehrere traumatische Ereignisse zugestossen sind. Im Falle von tatsächlichem oder drohendem Tod des Familienmitgliedes oder Freundes muss das Ereignis bzw. müssen die Ereignisse durch Gewalt oder einen Unfall bedingt sein.
 - 4. Die Erfahrung wiederholter oder extremer Konfrontation mit aversiven Details von einem oder mehreren derartigen traumatischen Ereignissen (z.B. Ersthelfer, die menschliche Leichenteile aufsammeln oder Polizisten, die wiederholt mit schockierenden Details von Kindesmissbrauch konfrontiert werden).

Beachte: Eine Konfrontation durch elektronische Medien, Fernsehen, Spielfilme oder Bilder erfüllt das Kriterium A4 nicht, es sei denn, diese Konfrontation ist berufsbedingt.
- B. Vorhandensein eines (oder mehrerer) der folgenden Symptome des Wiedererlebens (Intrusionen), die auf das oder die traumatischen Ereignisse bezogen sind und die nach dem oder den traumatischen Ereignissen aufgetreten sind:

1. Wiederkehrende, unwillkürlich sich aufdrängende belastende Erinnerungen (Intrusionen) an das oder die traumatischen Ereignisse.
Beachte: Bei Kindern, die älter als 6 Jahren sind, können traumabezogene Themen oder Aspekte des oder der traumatischen Ereignisse wiederholt im Spielverhalten zum Ausdruck kommen.
 2. Wiederkehrende, belastende Träume, deren Inhalte und/oder Affekte sich auf das oder die traumatischen Ereignisse beziehen.
Beachte: Bei Kindern können stark beängstigenden Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten.
 3. Dissoziative Reaktionen (z. B. Flashbacks), bei denen die Person fühlt oder handelt, als ob sich das oder die traumatischen Ereignisse wieder ereignen würden. (Diese Reaktionen können in einem Kontinuum auftreten, bei dem der völlige Wahrnehmungsverlust der Umgebung die extremste Ausdrucksform darstellt.)
Beachte: Bei Kindern können Aspekte des Traumas im Spiel nachgestellt werden.
 4. Intensive oder anhaltende psychische Belastung bei der Konfrontation mit inneren oder äusseren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse symbolisieren oder an Aspekte desselben bzw. derselben erinnern.
 5. Deutliche körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit inneren oder äusseren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignissen symbolisieren oder an Aspekte desselben bzw. derselben erinnern.
- C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem oder den traumatischen Ereignissen verbunden sind, und die nach dem oder den traumatischen Ereignissen begannen. Dies ist durch einer (oder beide) der folgenden Symptome gekennzeichnet:
1. Vermeidung oder Bemühungen, belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle zu vermeiden, die sich auf das oder die Ereignisse beziehen oder eng mit diesem/diesen verbunden sind.
 2. Vermeidung oder Bemühung, Dinge in der Umwelt (Personen, Orte, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände, Situationen) zu vermeiden, die belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle hervorrufen, die sich auf das oder die Ereignisse beziehen oder eng mit diesem bzw. diesen verbunden sind.
- D. Negative Veränderungen von Kognitionen und der Stimmung im Zusammenhang mit dem oder den traumatischen Ereignissen. Die Veränderungen haben nach dem oder den traumatischen Ereignissen begonnen oder sich verschlimmert und sind durch zwei (oder mehr) der folgenden Symptome gekennzeichnet:
1. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse zu erinnern (typischerweise durch Dissoziative Amnesie und nicht durch andere Faktoren wie Kopfverletzungen, Alkohol oder Drogen bedingt).
 2. Anhaltende und übertriebene negative Überzeugungen oder Erwartungen, die sich auf die eigene Person, andere Personen oder die Welt beziehen (z.B. „Ich bin schlecht“, „Man kann niemandem trauen“, „Die ganze Welt ist gefährlich“, „Mein Nervensystem ist dauerhaft ruiniert“).
 3. Anhaltende verzerrte Kognitionen hinsichtlich der Ursache und Folgen des oder der traumatischen Ereignisse, die dazu führen, dass die Person sich oder anderen die Schuld zuschreibt.
 4. Andauernder negativer emotionaler Zustand (z.B. Furcht, Entsetzen, Wut, Schuld oder Scham).
 5. 5. Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten.
 6. Gefühle der Abgetrenntheit oder Entfremdung von anderen.
 7. Anhaltende Unfähigkeit, positive Gefühle zu empfinden (z.B. Glück, Zufriedenheit, Gefühle der Zuneigung).
- E. Deutliche Veränderung des Erregungsniveaus und der Reaktivität im Zusammenhang mit dem oder den traumatischen Ereignissen. Die Veränderungen haben nach dem oder den

traumatischen Ereignissen begonnen oder sich verschlimmert und sind durch zwei (oder mehr) der folgenden Symptome gekennzeichnet:

1. Reizbarkeit und Wutausbrüche (ohne oder aus geringfügigem Anlass), welche typischerweise durch verbale oder körperliche Aggression gegenüber Personen oder Gegenständen ausgedrückt werden.
2. Riskantes oder selbstzerstörerisches Verhalten.
3. Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz).
4. Übertriebene Schreckreaktionen.
5. Konzentrationsschwierigkeiten
6. Schlafstörungen (z.B. Ein-oder Durchschlafschwierigkeiten oder unruhiger Schlaf).

F. Das Störungsbild (Kriterien B, C, D und E) dauert länger als 1 Monat.

G. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

H. Das Störungsbild ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z.B. Medikament, Alkohol) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.

Bestimme, ob:

Mit Dissoziativen Symptomen: Die beim Betroffenen auftretenden Symptome erfüllen die Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung. Zusätzlich erlebt der Betroffene als Reaktion auf das auslösende Ereignis dauerhaft oder wiederkehrend eines der beiden folgenden Symptome:

1. Depersonalisation: Anhaltende oder wiederkehrende Erfahrung des Losgelöstseins und das Gefühl, die eigenen Gedanken und Körperempfindungen von aussen zu beobachten (z.B. das Gefühl, als sei man in einem Traum; Gefühl der Unwirklichkeit des Selbst oder des Körpers oder alles wie in Zeitlupe zu erleben).
2. Derealisation: Anhaltende oder wiederkehrende Erfahrungen der Unwirklichkeit der Umgebung (z.B. die Umgebung wird als unwirklich, wie im Traum, entfernt oder verzerrt wahrgenommen.)

Beachte: Um diesen Subtyp zu vergeben, dürfen die dissoziativen Symptome nicht auf die physiologische Wirkung einer Substanz (z.B. Erinnerungsverlust, Verhalten während einer Alkoholintoxikation) oder einen medizinischen Krankheitsfaktor (z.B. komplex fokale Anfälle) zurückgehen.

Bestimme, ob:

Mit verzögertem Beginn: Wenn das Auftreten und das Beschreiben einzelner Symptome zwar einmal initial erfolgt, aber erst mindestens 6 Monate nach dem Ereignis alle diagnostischen Kriterien erfüllt sind.

Posttraumatische Belastung bei Kindern bis zum Alter von 6 Jahren

- A. Das 6-jährige oder jüngere Kind war tatsächlichem oder drohenden Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt auf eine (oder mehrere) der folgenden Arten ausgesetzt:
1. Direktes Erleben eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse.
 2. Persönliches Erleben eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse bei anderen Personen, insbesondere bei primären Bezugspersonen.
Beachte: Dieses Erleben bezieht sich nicht auf Ereignisse, die ausschliesslich über elektronische Medien, Fernsehen, Filme oder Bilder verfolgt worden sind.
 3. Erfahren, dass einem nahen Familienmitglied oder einem engen Freund ein oder mehrere traumatische Ereignisse zugestossen sind
- B. Vorhandensein eines (oder mehrerer) der folgenden Symptome des Wiedererlebens (Intrusionen), die auf das oder die traumatischen Ereignisse bezogen sind und die nach dem oder den traumatischen Ereignissen aufgetreten sind:
1. Wiederkehrende, unwillkürlich sich aufdrängende belastende Erinnerungen (Intrusionen) an das oder die traumatischen Ereignisse.
Beachte: Spontane und intrusive Gedanken müssen nicht notwendigerweise belastend wirken, sondern können auch spielerisch reinszeniert werden.
 2. Wiederkehrende, belastende Träume, deren Inhalte und/oder Affekte sich auf das oder die traumatischen Ereignisse beziehen.
Beachte: Es kann möglicherweise nicht gesichert werden, dass der beängstigende Inhalt der Träume mit dem belastenden Ereignis zusammenhängt.
 3. Dissoziative Reaktionen (z. B. Flashbacks), bei denen die Person fühlt oder handelt, als ob sich das oder die traumatischen Ereignisse wieder ereignen würden. (Diese Reaktionen können in einem Kontinuum auftreten, bei dem der völlige Wahrnehmungsverlust der Umgebung die extremste Ausdrucksform darstellt.)
Beachte: Aspekte des Traumas können im Spiel nachgestellt werden.
 4. Intensive oder anhaltende psychische Belastung bei der Konfrontation mit inneren oder äusseren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse symbolisieren oder an Aspekte desselben bzw. derselben erinnern.
 5. Deutliche körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit inneren oder äusseren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignissen symbolisieren oder an Aspekte desselben bzw. derselben erinnern.
- C. die mit dem oder den traumatischen Ereignissen verbunden sind, und die nach dem oder den traumatischen Ereignissen begannen. Dies ist durch einer (oder beide) der folgenden Symptome gekennzeichnet:

Anhaltende Vermeidung von Reizen

1. Vermeidung oder Bemühungen, Aktivitäten, Orte oder Gegenstände zu vermeiden, die an das oder die traumatischen Ereignisse erinnern.
2. Vermeidung oder Bemühung, Personen, Gespräche oder zwischenmenschliche Situationen) zu vermeiden, die Erinnerungen an das oder die traumatischen Ereignisse hervorrufen.

Negative kognitive Veränderungen

3. Deutlich häufiger auftretende negative emotionaler Zustände (z.B. Furcht, Schuld, Traurigkeit, Scham oder Verwirrung).
4. Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten, darunter eingeschränktes Spielen.
5. Soziales Rückzugsverhalten
6. Dauerhaft verminderter Ausdruck positiver Emotionen.

- D. Veränderung des Erregungsniveaus und der Reaktivität im Zusammenhang mit dem oder den traumatischen Ereignissen. Die Veränderungen haben nach dem oder den traumati-

schen Ereignissen begonnen oder sich verschlimmert und sind durch zwei (oder mehr) der folgenden Symptome gekennzeichnet:

1. Reizbarkeit und Wutausbrüche (ohne oder aus geringfügigem Anlass), welche typischerweise durch verbale oder körperliche Aggression gegenüber Personen oder Gegenständen ausgedrückt werden (einschliesslich extremer Wutanfälle).
2. Übermässige Wachsamkeit (Hypervigilanz).
3. Übertriebene Schreckreaktionen.
4. Konzentrationsschwierigkeiten
5. Schlafstörungen (z.B. Ein-oder Durchschlafschwierigkeiten oder unruhiger Schlaf).

E. Das Störungsbild (Kriterien B, C, D und E) dauert länger als 1 Monat.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in Beziehungen mit Eltern, Geschwistern, Gleichaltrigen oder anderen Bezugspersonen oder im schulischen Verhalten.

G. Das Störungsbild ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z.B. Medikament, Alkohol) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.

Bestimme, ob:

Mit Dissoziativen Symptomen: Die beim Betroffenen auftretenden Symptome erfüllen die Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung. Zusätzlich erlebt der Betroffene als Reaktion auf das auslösende Ereignis dauerhaft oder wiederkehrend eines der beiden folgenden Symptome:

1. Depersonalisation: Anhaltende oder wiederkehrende Erfahrung des Losgelöstseins und das Gefühl, die eigenen Gedanken und Körperempfindungen von aussen zu beobachten (z.B. das Gefühl, als sei man in einem Traum; Gefühl der Unwirklichkeit des Selbst oder des Körpers oder alles wie in Zeitlupe zu erleben).
2. Derealisation: Anhaltende oder wiederkehrende Erfahrungen der Unwirklichkeit der Umgebung (z.B. die Umgebung wird als unwirklich, wie im Traum, entfernt oder verzerrt wahrgenommen.)

Beachte: Um diesen Subtyp zu vergeben, dürfen die dissoziativen Symptome nicht auf die physiologische Wirkung einer Substanz (z.B. Erinnerungsverlust, Verhalten während einer Alkoholintoxikation) oder einen medizinischen Krankheitsfaktor (z.B. komplex fokale Anfälle) zurückgehen.

Bestimme, ob:

Mit verzögertem Beginn: Wenn das Auftreten und das Beschreiben einzelner Symptome zwar einmal initial erfolgt, aber erst mindestens 6 Monate nach dem Ereignis alle diagnostischen Kriterien erfüllt sind.

8.2 Fragebogen

8.2.1 Risikoscreening: Trauma-Checkliste für Kinder für 2-6 jährige Kinder

Persönliche Daten:

Geschlecht des Kindes:

Alter des Kindes:

Art des belastenden Ereignisses

Zeitspanne seit dem belastenden Ereignis:

Instruktion

In der Folge finden Sie eine Reihe von Verhaltensweisen, die Vorschulkinder im Zusammenhang mit belastenden Ereignissen zeigen können. Bitte schauen Sie jede Frage genau an und geben Sie an, ob und in welchem Ausmaß die jeweilige Verhaltensweise bei Ihrem Kind seit dem Ereignis öfter auftritt. Beachten Sie, dass der Trauma-Check frühestens 5 Tage nach dem belastenden Ereignis ausgefüllt werden sollte.

	gleich oder weniger oft	etwas öfter	viel öfter	sehr viel öfter
Ist weinerlich.				
Will Dinge sofort haben.				
Weigert sich, alleine zu schlafen.				
Hat Mühe, ins Bett zu gehen / einzuschlafen.				
Hat Alpträume.				
Wirkt ängstlich ohne ersichtlichen Grund.				
Wirkt besorgt.				
Weint ohne ersichtlichen Grund.				
Wirkt traurig und zurückgezogen.				
Klammert sich an Erwachsene / möchte nicht alleine sein.				

Wirkt "hyperaktiv", ist immer in Bewegung.				
Hat Wutanfälle.				
Ist zu schnell frustriert.				
Beklagt sich über Schmerzen.				
Benimmt sich jünger als seinem/ihrer Alter entsprechend (z.B. Bettnässen, Babysprache, Daumenlutschen, usw.)				
Scheint leicht zu erschrecken.				
Verhält sich aggressiv.				
Erfindet Spiele, Geschichten oder Bilder über das belastende Ereignis.				
Erwähnt im Gespräch das belastende Ereignis.				
Vermeidet, über das belastende Ereignis zu sprechen, selbst wenn es gefragt wird.				
Scheint sich vor Dingen zu fürchten, die an das belastende Ereignis erinnern.				

© Kramer et. al., 2013

8.2.2 Risikoscreening: Trauma-Checkliste für Kinder ab 6 Jahren

Persönliche Daten

Geschlecht des Kindes:

Alter des Kindes:

Art des belastenden Ereignisses:

Zeitspanne seit dem belastenden Ereignis:

Instruktionen

Die folgenden Fragen richten sich direkt an Ihr Kind. Bitte kreuze an, wie es dir seit dem belastenden Ereignis ergangen ist. Beachten Sie, dass der Trauma-Check frühestens 5 Tage nach dem belastenden Ereignis ausgefüllt werden sollte.

Hast Du viele Gedanken oder Erinnerungen an das belastende Ereignis, die Du nicht haben möchtest?	Ja	Nein
Hast Du schlechte Träume vom belastenden Ereignis?	Ja	Nein
Denkst Du oder verhältst Du Dich so, als würde das belastende Ereignis wahrscheinlich wieder passieren?	Ja	Nein
Hast du körperliche Reaktionen (wie schnelles Herzklopfen, Magendrücken, Schwitzen oder schwindlig werden) wenn Du an das belastende Ereignis denkst?	Ja	Nein
Hast Du Schwierigkeiten einzuschlafen oder durchzuschlafen?	Ja	Nein
Bist Du mürrisch oder wirst wütend?	Ja	Nein
Beunruhigen Dich Hinweise auf das belastende Ereignis?	Ja	Nein
Kannst Du Dich schwer konzentrieren?	Ja	Nein
Bist Du auf der Hut für mögliche Gefahren, die Dir oder anderen drohen könnten?	Ja	Nein
Wenn Dinge plötzlich oder überraschend passieren, erschrickt Dich das?	Ja	Nein

© Kenardy et al., 2006. (Deutsche Version: Goldbeck & Besier, 2007)

8.3 Leitfaden für Fachpersonen zum Kinderbuch „Max hat etwas Schlimmes erlebt“

Diese Schrift bietet in kurzer Form die wichtigsten Informationen, die in der Arbeit mit traumatisierten Kindern genutzt werden können. Detailliertere Angaben sind in der umfassenden Praxisforschungsschrift zu finden.

Was ist ein Trauma?

Als traumatisch gelten Erfahrungen, die eine existentielle Bedrohung für die eigene körperliche oder seelische Integrität oder diejenige anderer Menschen darstellen. Das Kind erlebt sich selbst als ohnmächtig und hilflos, einen Zustand den Krüger (2015) als „Traumafalle“ bezeichnet. Dabei werden das Selbstbewusstsein und das Vertrauen in die Welt nachhaltig erschüttert.

Als Typ-I Traumata gelten einmalige, unvorhersehbare Ereignisse, wie beispielsweise Unfälle, Überfälle oder Geiselnahmen.

Typ-II-Traumata sind teilweise vorhersehbar und treten wiederholt auf. Dazu gehören unter anderem sexuelle Misshandlung und häusliche Gewalt, die über längere Zeit andauern oder das Leben in einem Kriegsgebiet.

Hauptsymptome / Hinweis auf altersspezifische Reaktionen

Die folgenden Hauptsymptome können auftreten und sich je nach Alter des Kindes in unterschiedlicher Form zeigen:

- Intrusionen (bei Kindern wird das Erlebte oft im Spiel nachinszeniert)
- Vermeidung
- Negative Veränderungen bei mit dem Trauma assoziierten Kognitionen oder Affekten
- Erhöhte Erregbarkeit

Zusätzlich können weitere, unspezifische Verhaltensweisen auftreten, so beispielsweise Appetitlosigkeit, Schulleistungsstörungen, psychosomatische Beschwerden.

Nicht jedes Kind, das ein Trauma erlebt hat, muss therapiert werden. In der ersten Zeit nach einer traumatischen Erfahrung sind traumatypische Reaktionen normal. Das Kinderbuch kann in diesen Fällen zur Psychoedukation und Normalisierung genutzt werden. Nur wenn die Symptome länger als einen Monat andauern, aufrecht-

erhalten bleiben oder sich verstärken und zu einem anhaltenden Leidensdruck führen, ist eine längerfristige Therapie indiziert.

Diagnostik

Aus ökonomischen Gründen empfiehlt sich in der Alltagspraxis der Erziehungsberatung folgendes Vorgehen:

- Im Erstgespräch: Anamnese, Traumaanamnese, Risikoscreening mit Hilfe der Fragebögen von www.kidtrauma.org 2-6 Jahre, bzw. ab 6 Jahren: siehe Anhang Praxisforschungsschrift)
- Bei Bedarf können zu einem späteren Zeitpunkt zusätzlich folgende Diagnoseinstrumente benutzt werden:
 - UCLA Child PTSD-Reaktion Index (Altersspanne: 9 – 18 Jahre)
 - YCPC (Altersspanne: 1-6 Jahre)
 - Kinder-DIPS: PTBS-Modul (Altersspanne: 6-18 Jahre)

Traumabiologie

Während eines traumatischen Erlebnisses kommt es zu einer psychischen Notfallreaktion, die eine verbesserte Kampf- und Fluchtbereitschaft ermöglichen soll. In diesem Kontext sind die daraus entstehenden Symptome zu verstehen. Die übermächtige Erfahrung der Ausweglosigkeit kann auch dazu führen, dass die betroffene Person erstarrt, eine Reaktion, die wir auch aus dem Tierreich als „Totstellen“ kennen. Während der unmittelbaren Stressreaktion laufen hormonelle und neuronale Prozesse koordiniert ab.

Während dieser Extremsituation, die als existentielle Bedrohung wahrgenommen wird, gelangen Informationen über den Thalamus („Tor zum Bewusstsein“) in das limbische System. Dabei werden „normale“ Kontroll- und Bewertungsprozesse, an denen der präfrontale Cortex beteiligt ist, ausgeschaltet (sog. „quick-and-dirty-road“). Die Projektionen der Amygdala (Mandelkern, im limbischen System) aktivieren die Ausschüttung von Stresshormonen wie Adrenalin und Noradrenalin und lösen damit eine Übererregung im ganzen Körper aus, die Kampf- oder Fluchtreaktionen vorbereitet. Die Amygdala („Brandmelder“ im Gehirn) sorgt für die emotionale Bewertung des Erlebten.

Die Übererregung zeigt sich in folgenden körperlichen Symptomen:

- Herzrasen
- Schwitzen
- Appetitlosigkeit...

Psychoedukation

To Do!

-
- In Abhängigkeit des Alters und des Traumas gemeinsame oder separate Sitzung mit den Eltern und dem Kind machen
 - Kontakt- und Beziehungsaufnahme mit dem Kind
 - Ruhiges und bestimmtes Auftreten
 - Fragen nach Bedürfnissen
 - Stopp-Regel erklären: das Kind soll Stopp sagen, wenn es ihm zu viel wird (Krüger, 2015)
 - Altersentsprechende Orientierung und Information
 - Erörtern, was zusammengefasst passiert ist und welche Symptome das Kind zeigt -> mache Risikoscreening (siehe unter „Diagnostik“)
 - Gefühle aufnehmen, aber nicht vertiefen
 - Normalisierung der Reaktion des Kindes
 - Vermittlung von Wissen zum spezifischen Trauma (z.B. was ist sexuelle Gewalt, wie oft kommt sie vor, wer trägt die Verantwortung etc.)
 - Vermittlung von Wissen zu Traumareaktionen und Erläuterung der Symptomatik: Bezug auf die 4 Gruppen von PTBS-Symptomen (vgl. Praxisforschungsarbeit Anhang 8.1.4) sowie mögliche altersabhängige unspezifische Symptome (vgl. Praxisforschungsarbeit Kap. 3.1) nehmen, diese und die Bedeutung von Triggern erläutern. Weiter den Bezug auf die Rolle des Gehirns machen: Amygdala als Brand/Gefahrenmelder, Präfrontaler Kortex als Kontrolleur und der Hippocampus als Kontextliferant (unser Kinderbuch „Max hat etwas Schreckliches erlebt“ kann als Hilfsmittel dienen).
 - Kognitives Dreieck erläutern: Gegenseitige Beeinflussung von Kognitionen, Emotionen, Verhalten und Körperreaktionen
 - Den Eltern die folgenden Fertigkeiten vermitteln:

- Lob: oft, spezifisch statt allgemein, möglichst unmittelbar, konsistent, nicht eingeschränkt („... aber warum nicht immer so?“), genauso intensiv wie man kritisieren würde
 - Selektive Aufmerksamkeit: mehr Aufmerksamkeit schenken bei positivem als bei negativem Verhalten, bestimmte negative Verhaltensweisen des Kindes ignorieren -> kann kurzfristig zur Zunahme des negativen Verhaltens führen, bei gefährlichem Verhalten sofort handeln
 - Auszeitprozeduren (time out): Auszeit alleine in einem ruhigen Raum, pro Lebensjahr 1 Minute, Kind vorbereiten, ihm alles erklären, Warnung vor time out machen, ohne Diskussion und ohne Eingehen auf auffällige Reaktionen des Kindes durchführen
 - Kontingente Verstärkerpläne: nur ein Verhaltensziel pro Zeitpunkt, Kind soll bei Festlegung der Belohnung mitreden, möglichst bald und regelmässig belohnen, gewisse Verhaltensweisen können erst nach der Therapie bearbeitet werden
- Abgabe von Informationsbroschüren, Zugang zu Websites und Apps

Don't!

- Nicht nach detaillierten Informationen zum Geschehen fragen
- Dem Kind nicht sagen, wie es sich zu fühlen oder verhalten hat
- Keine Versprechungen geben, die man nicht halten kann
- Keine Bagatellisierung des Geschehenen („du hast Glück, dass du überlebt hast“) (Landolt, 2015)

8.4 Handout für Eltern zum Kinderbuch „Max hat etwas Schreckliches erlebt“

Information von Max für betroffene Eltern

Die Erinnerungen an ein schreckliches Erlebnis sind wie eine brennende Wunde. Man kann sie nicht so schnell vergessen. Wenn man sich an bedrohliche Erlebnisse erinnert, kann das sogar zu einem Wiedererleben, zu Alpträumen oder ständigen Wiederholungen des Erlebten im Spiel führen.

Kinder und Jugendliche reagieren unterschiedlich auf bedrohliche Erlebnisse. Manche ziehen sich beispielsweise zurück und werden sehr still, andere werden unruhiger und sind viel aktiver als früher. Auch die Verhaltensweisen, die du bei mir beobachtest, sind nach einem Trauma „normal“. Es braucht viel Zeit, bis ich mich im Alltag wieder sicher fühle.

Falls ich mich länger als einen Monat anders verhalte, als du mich kennst, ist es ratsam, bei einer Fachstelle (Psychotherapeut/in, Kinder- und Jugendpsychiater/in) Unterstützung zu suchen.

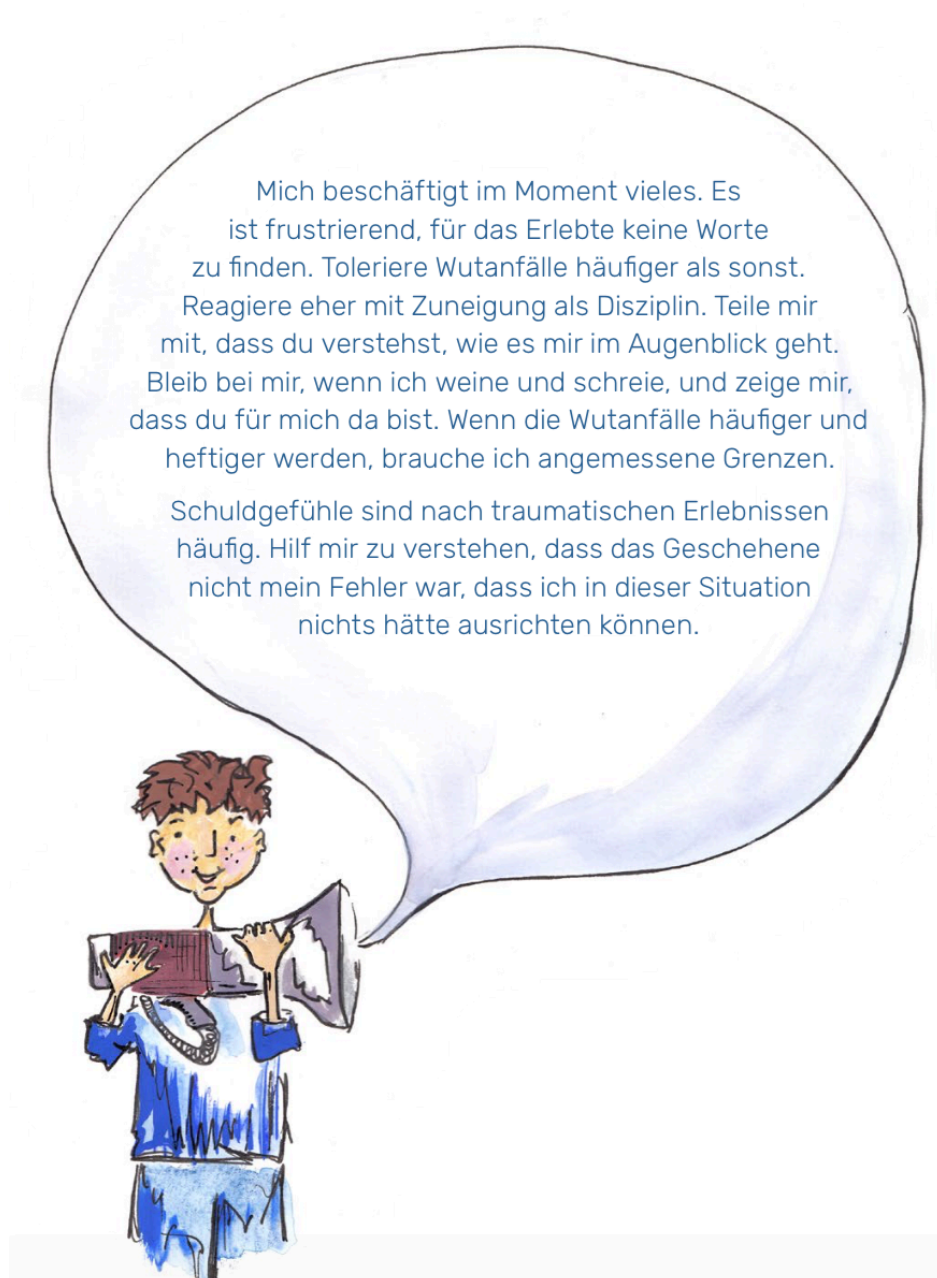
Was ich brauche:



- Gib mir – so gut es geht – das Gefühl, sicher und gut aufgehoben zu sein. Lass mich im Moment in fremden Umgebungen nicht alleine oder sonst lass mich bei längeren Trennungen bei bekannten Menschen. Nimm meine Gefühle auf und erkläre mir genau, wohin du gehst und wann du wiederkommst.
- Die alltäglichen Rituale und Abläufe geben mir Sicherheit.
- Zeige mir, dass du mich gern hast, indem du Zeit mit mir verbringst. Mach etwas mit mir, das uns beiden Spass macht.

- Bedränge mich nicht, indem du mir sagst, ich solle mich zusammenreißen. Sage mir nicht, wie ich mich zu fühlen habe. Ich kann meine Erinnerungen und Gefühle nicht verscheuchen.
- Wenn ich spiele, kann es sein, dass ich das Erlebte nachspiele. Lass es zu; das hilft mir, meine Erinnerungen zu verarbeiten.
- Du kannst mir auch andere Möglichkeiten geben, mich auszudrücken: vielleicht hilft es mir, wenn ich etwas zeichnen, malen oder mit Ton gestalten kann.
- Schlafenszeit ist eine Zeit, in der Erinnerungen wieder wach werden, weil wir nicht mit anderen Dingen beschäftigt sind. Deshalb habe ich Angst, schlafen zu gehen. Wenn ich Alpträume habe und nicht einschlafen kann, hilft ein „Einschlaf-Ritual“, das immer gleich ist: Ein Lied, eine Geschichte, ein Gebet... Vielleicht kann ich in der ersten Zeit bei dir schlafen. Sag mir, dass dies ausnahmsweise so ist.
- Wenn ich unruhig und zappelig bin: Bewegung hilft! Geh mit mir nach draussen, spiel mit mir Ball, lass mich klettern, Fahrrad fahren...

Wenn ich öfter wütend und gereizt bin:



Falls du noch mehr wissen möchtest, können dir vielleicht folgende Webseiten weiterhelfen:

- Bundespsychotherapeutenkammer (D): Informationsbroschüre für Flüchtlingseltern.
<http://www.bptk.de/publikationen/bptk-infomaterial.htm>
- Schweizerisches Rotes Kreuz. *Wenn das Vergessen nicht gelingt*. Informationsbroschüre zur Posttraumatischen Belastungsstörung.
<http://www.migesplus.ch/publikationen/bildungsunterlagen/show/wenn-das-vergessen-nicht-gelingt/>
- Webseite Center Of National Research on Disability and Rehabilitation Medicine:
<http://conrod.org.au/cms/kids-accident-web-site/>
- Webseite Prof. Dr. phil. Markus Landolt,
<https://kidtrauma.com/de/>



8.4.1 Handout für die Schule

Traumatisierte Kinder und Jugendliche – Was kann die Schule tun?

Informationsblatt für Lehrerinnen und Lehrer

Trauma

Als Trauma wird eine seelische Verletzung bezeichnet, welche durch die starke psychische Erschütterung aufgrund eines bedrohlichen Erlebnisses hervorgerufen wird.

Es handelt sich um ein Ereignis jenseits des Bereichs gewöhnlicher menschlicher Erfahrung: die Bedrohung des eigenen Lebens, der körperlichen Unversehrtheit oder die Bedrohung des Lebens nahestehender oder anwesender Menschen (Beispiele dafür sind Krieg, Fluchterfahrungen, der plötzliche Tod eines nahestehenden Menschen, ein schwerer Unfall, Vernachlässigung, eine Naturkatastrophe oder ein Gewaltverbrechen).

Kinder und Jugendliche sind besonders verletzlich und schutzbedürftig.

Die Auswirkungen von Traumata beeinflussen ihr Leben oftmals stark. Viele Kinder und Jugendliche entwickeln nach einem solchen Ereignis belastende Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen, die sie sonst von sich nicht unbedingt kennen. Sie wechseln häufig zwischen dem Vermeiden der Erinnerungen an die seelische Verletzung sowie ihrer Folgen und dem plötzlichen Erinnern des Ereignisses. Dies kann selbst dann passieren, wenn sie körperlich nicht zu Schaden gekommen sind und das Erlebnis „nur“ gesehen haben. Reaktionen auf ein Trauma können ganz individuell sein und zu unterschiedlichen Zeitpunkten auftreten.

In der Regel können Reaktionen auf ein Trauma aber auf 4 Ebenen zusammengefasst werden:

- 1. Gefühlsebene:** Traurigkeit, Angst (z.B. vor Dunkelheit, Schule, Trennungen), Schuld, Sorge, Verlassenheit, Hilflosigkeit, Leere, Taubheit, Wut, Lustlosigkeit, Teilnahmslosigkeit.
- 2. Gedankenebene:** Ungläubigkeit, Verwirrung, Konzentrationsprobleme, Halluzinationen, Kontrollverlust, Grübelzwang, kurze Gedächtnisstörungen, filmartige Rückblenden an das Erlebnis.
- 3. Körperebene:** psychosomatische Störungen, Übelkeit, Übersensibilität, Energiemangel, Müdigkeit, Zittern, Herzrasen, Schwindel, Appetitverlust.
- 4. Verhaltensebene:** Schlafstörungen, Alpträume, Schreckhaftigkeit, Reinszenierung des Erlebten im Spiel, weinen, sozialer Rückzug, gelähmtes Handeln, Desorientierung, Aggressivität, Stottern, Bettnässen, Klammern, Vermeidung von Erinnerungen an das Trauma, psychomotorische Hemmung.

Das traumatisierende Erlebnis muss von einer gewissen Stärke gewesen sein und hinterlässt einen bleibenden Eindruck beim betroffenen Kind. Trotzdem kann es sein, dass das Kind sich dessen weder zum Zeitpunkt des Erlebens noch später bewusst

ist. Es kann sein, dass das Erlebnis dauerhaft oder über lange Zeit vergessen oder verdrängt wird, ohne dass die eigene seelische Verletzung wahrgenommen wird. Einige der obengenannten Symptome können als erste Reaktionen auf ein Trauma unmittelbar nach dem Ereignis auftreten, aber auch Wochen, Monate oder sogar Jahre später. Die Anzahl der oben beschriebenen Reaktionen kann zwischen einigen wenigen bis zu einer grossen Vielzahl reichen. Der Ausprägungsgrad kann ebenfalls zwischen schwach und stark variieren. Die Symptome eines traumatisierten Kindes oder Jugendlichen können denjenigen eines Kindes oder Jugendlichen mit AD(H)S gleichen.

Einige Kinder und Jugendliche erholen sich nach einem traumatischen Ereignis ohne fremde Hilfe, die aufgetretenen Symptome klingen nach einiger Zeit wieder ab. Dauern sie aber an, können sie sich chronifizieren und die Persönlichkeit verändern.

Familiäre Wirkfaktoren spielen für das betroffene Kind oder den Jugendlichen eine wichtige Rolle in der Traumabewältigung.

Eltern und Geschwister sind häufig auch traumatisiert/vorbelastet.

Traumatisierte Kinder und Jugendliche sowie ihre Eltern brauchen Hilfe. Eine Traumatisierung ist oft nicht sofort zu erkennen, besonders wenn die Betroffenen nicht darüber sprechen können oder wollen.

Je früher professionelle Hilfe in einem solchen Fall in Anspruch genommen wird, desto besser. Tritt nach einem Monat keine Besserung ein, kann eine Anmeldung bei der Erziehungsberatung hilfreich und nötig sein.

Traumatisierte Kinder und Jugendliche in der Schule

Die Schule stellt für traumatisierte Kinder und Jugendliche aus anderen Ländern häufig den ersten ausserfamiliären Kontakt dar. Für Lehrpersonen ist es wichtig daran zu denken, dass Kinder und Jugendliche, welche Fluchtsituationen erlebt haben, oft traumatisiert sind. Dieses Trauma kann sich auf verschiedene Arten äussern.

Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der Schule

Eine wichtige Aufgabe der Schule besteht darin, Kindern wieder ein Gefühl von Normalität zu vermitteln:

- Sorgen Sie für immer gleiche Abläufe und Rituale
- Klare Regeln und Konsequenzen geben Sicherheit und Klarheit.
- Zeigen Sie Verständnis und Einfühlungsvermögen, ohne übermässige Schonhaltung

Stehen Sie als Ansprech- und Vertrauensperson zur Verfügung, aber ohne das Kind auszufragen.

Traumatisierte Kinder und Jugendliche sind häufig nicht in der Lage, gute schulische Leistungen zu erbringen, weshalb ihre Leistungen nicht im Vordergrund stehen sollten.

Teilen Sie der Klasse mit, dass Sie über die besondere Situation des einzelnen Schülers oder der einzelnen Schülerin informiert sind.

Was den traumatisierten Kindern und Jugendlichen noch helfen kann

- ein geregelter Tagesablauf
- über das Ereignis und die Gefühle dazu zu sprechen
- wohltuende Dinge unternehmen, die von der Belastung ablenken (z. B. Sport, lesen, spielen,...)
- ausreichend Schlaf
- gesunde und regelmässige Mahlzeiten
- mit anderen Menschen (z. B. Freunden, Familie) Zeit verbringen
- sich entspannen (z. B. mit Atemübungen, beruhigende Gespräche)

(Quelle: Kantonale Erziehungsberatung Bern, Regionalstelle Bern, 2015. Angepasst und teilweise überarbeitet.)

8.5 Infomaterial

Bücher für Kinder und Jugendliche:

Ahrens-Eipper, S. & Nelius, K. (2015). *Der grosse Schreck: Psychoedukation nach traumatischen Ereignissen*. Halle(Saale): Kjp Verlag. (Dazu ist ein Hörbuch verfügbar, sowie weitere Materialien wie beispielsweise Bildkarten).

Herzog, M. & Hartmann, J. (2015). *Lily, Ben und Omid*. Das Buch ist in Englisch, Arabisch, Rumänisch und Schwedisch erhältlich

Holmes, M. & Pillo, C. (2000). *A terrible thing happened*. Washington D.C.: Magination Press.

Farber Straus, S. & Bogade, M. (2013). *Healing Days. A guide for kinds who have experienced trauma*. Washington D.C.: Magination Press.

Krüger, A. (2015). *Powerbook. Erste Hilfe für die Seele. Trauma-Selbsthilfe für junge Menschen*. Hamburg: Elbe und Krüger.

Pal-Handl, K. Nöstlinger, C., Lueger-Schuster, B., Lackner, R. (2004). *Wie Pippa wieder lachen lernte. Ein Bilderbuch für Kinder*. Wien, New York: Springer Verlag.

Stein, S. (2015). *Das Kind und seine Befreiung vom Schatten der grossen, grossen Angst. Ein Bilderbuch über Hilfe nach traumatischen Ereignissen für Eltern und Kinder mit Kriegs- und Fluchterfahrungen*. In mehreren Sprachen.

Download: www.susannestein.de

Internetadressen und Informationsmaterial für Eltern:

Bundespsychotherapeutenkammer (D): Informationsbroschüre für Flüchtlingseltern.

<https://www.bptk.de/>

Schweizerisches Rotes Kreuz. *Wenn das Vergessen nicht gelingt. Informationsbroschüre zur Posttraumatischen Belastungsstörung*. In verschiedenen Sprachen.

<https://www.migesplus.ch/publikationen/bildungsunterlagen/show/wenn-das-vergessen-nicht-gelingt/>

Webseite Prof. Dr. phil. Markus Landolt:

<https://kidtrauma.org/>
