Workshop 6

Psychotraumatherapie bei Kindern und Jugendlichen

Arnfried Heine

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Verhaltenstherapie, therapeutische Hypnose

Spezielle Psychotraumatherapie für Kinder und Jugendliche (DeGPT)

EMDR-Therapeut für Kinder, Jugendliche und Adoleszente (EMDRIA)

Praxis für seelische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter

Berufsausübungsgemeinschaft

Dipl. med. Silke Felgentreff & Dr. med. Arnfried Heine

Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Ewald-Haase-Str. 12 03044 Cottbus dr.a.heine@online.de

- unter Verwendung von Materialien des

  KTI Kinder Trauma Institut
  Augustastr 1
  77654 Offenburg
  www.kindertraumainstitut.de

- Mein Dank für die freundliche Genehmigung an

  Dipl. Psych. Thomas Hensel

Geplanter Inhalt ;)

- Belastungen – Trauma
- Symptomatik
- Rolle der Bezugspersonen
- Methoden
- Beispiele
- Diskussion

Diskussion

für seelische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter
Praxis

Belastungen - Trauma

Einschätzung des Belastungsgrades durch Fachleute (Maximum = 100 Punkte)

• Tod eines Elternteils	95	Trennung von den Eltern (außerfam. Unterbringung)	86
• Scheidung der Eltern	81	sexueller Missbrauch des Kindes	80
• Auftreten einer erkennbaren Missbildung	78	Tod eines Geschwisterkindes	78
• Gefängnisaufenthalt eines Elternteils länger 1J	74	ernsthafte Erkrankung des Kindes mit Krankenhausaufenthalt	74
• Entdeckung, ein adoptiertes Kind zu sein	71	Ehe eines Elternteils mit einem Stiefelternteil	70
• ernsthafte Erkrankung eines Elternteils	67	Wiederholung einer Schulklasse (Klassenwechsel)	61
• Verlust der Beliebtheit des Kindes bei Freunden	61	Tod eines Freundes oder Verwandten	60
• Einschulung	59	zunehmende Streitigkeiten zwischen den Eltern	55
• Verweis von der Schule	52	zunehmende Auseinandersetzungen mit den Eltern	51
• Geburt eines Geschwisterkindes	50	Tod eines Großelternteils	50

Quelle:
Minde, K.: Somatische, psychische, psychosoziale und soziokulturelle Einflüsse. In: Remschmidt, H., Schmidt, M.H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Band 1, Thieme Stuttgart, 1988
Aus dem Buch: U. Knölker, F. Mattejat, M. Schulte-Markwort, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie systematisch, 4. Auflage, Uni-Med-Verlag, S. 31

Belastungen - Trauma

Trauma:

Vitales Diskrepanzerlebnis zwischen Art der Bedrohung und Möglichkeiten der Bewältigung: Erschütterung des Selbst- und Weltbildes

- basale Überlebensreaktionen (fight, flight, freeze) sind erfolglos
- Erschütterung basaler Grundannahmen:

  „Ich bin sicher.“
  „Ich bin wertvoll.“
  „Ich kann Menschen vertrauen.“
  „Die Welt ist kotrollierbar.“

Symptomatik

Kleinkinder bis 3 Jahre

- Wiedererfahren des Traumas: posttraumatisches Spiel, Alpträume, Kummer durch Erinnerung, Dissoziation
- Verminderung der Responsivität und Verlangsamung der Entwicklung: sozialer Rückzug, eingeschränktes Spektrum der Gefühle, Verlust bereits erworbener Entwicklungsstufen, Rückgang des Spiels
- Verstärkte Erregbarkeit: Alpträume, Ein- und Durchschlafstörungen, erhöhte Wachsamkeit, starke Schreckreaktionen)
- Verhaltensauffälligkeiten (Aggressionen, Angst vor Trennung, vor Dunkelheit, vor… , Provokationen, sexuelle Verhaltensweisen, Somatisierungen)

Symptomatik

Kinder bis 5 Jahre

- Trennungsängste; Schreien/Wimmern; Erstarren und/oder ungezielter Bewegungsdrang; Zittern; ängstlicher Gesichtsausdruck; extremes Anklammerungsbedürfnis; Regression: Daumenlutschen, Bettnässen, Dunkelangst

Kinder 6 bis 11 Jahre

- sozialer Rückzug; Kontaktabbruch; ADS-Symptomatik; Alpträume; Schlafprobleme; Reizbarkeit; Wutausbrüche; Prügeleien; Schulverweigerung; psychosomatische Beschwerden

Symptomatik

Kinder / Jugendliche 12 bis 17 Jahre

- Flashbacks; Alpträume; Vermeidung von allem, was erinnern könnte; Depression; Drogenkonsum; soziale Probleme und dissoziales Verhalten; Suizidgedanken; nachlassende Schulleistungen; Rachephantasien

Symptomatik

Diagnostik Den Goldstandard für eine gesicherte Diagnose nach DSM-IV stellen zur Zeit das IBS-A-KJ für die Akute Belastungsstörung und das IBS-P-KJ für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) dar.

Deutschsprachige Traumadiagnose-Instrumente für Kinder/Jugendliche

- **Akute Belastungsstörung** IBS-A-KJ; ETI-KJ; CAB
- **Traumasymptome (Screening)** PEDS-ES; CBCL 1½ - 5; TSK/10; CRIES-8; ETI-KJ; C-DES/PTSI ; PROPS/CROPS
- **PTBS-Diagnose** Kinder-DIPS (2. Auflage); IBS-P-KJ
- **Dissoziative Symptome (Screening)** CDES/PTSI; CDC; A-DES II (A-DES 8); Somatogene Dissoziation
- **Weitere traumabezogene Erhebungsinstrumente** cPTCI-25

- **Traumasymptome**

Fragebogen für Kinder und Jugendliche CROPS

Wie gut treffen folgende Aussagen auf Dich **in der letzten Woche** zu? Wenn die Aussage gar nicht zutrifft, kreuze den ersten Kreis an. Wenn die Aussage etwas zutrifft, kreuze den mittleren Kreis an. Wenn die Aussage sehr zutrifft, kreuze den letzten Kreis an.
Lass bitte keine Aussage aus, selbst wenn Du Dir nicht sicher bist. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

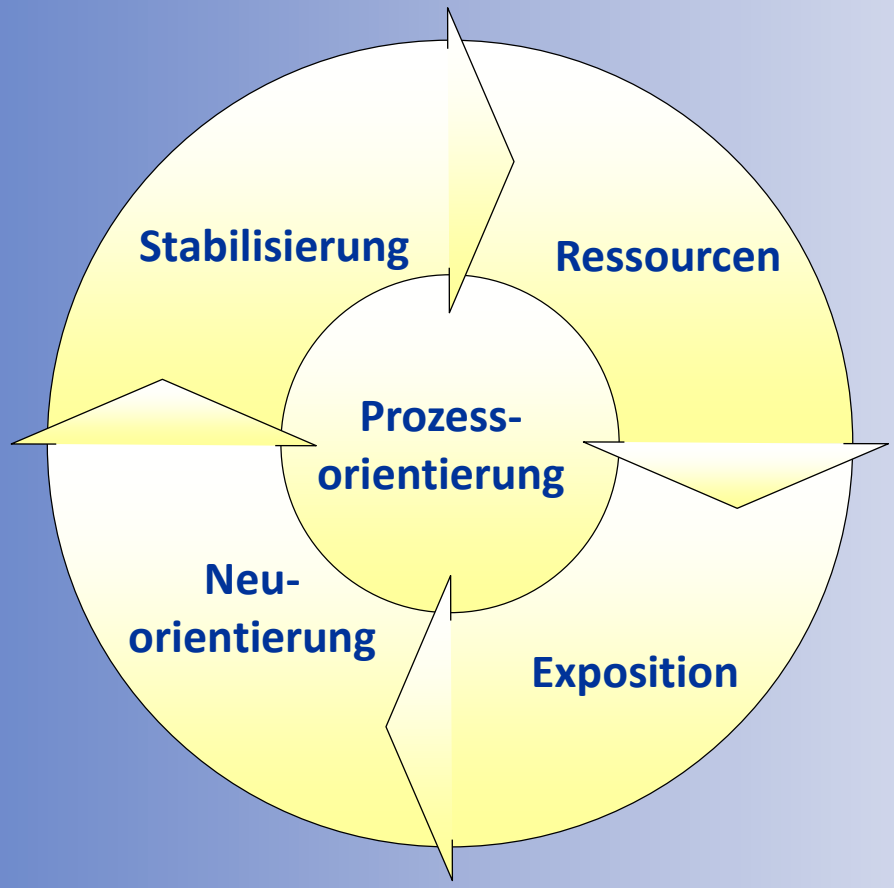
	gar nicht	*etwas*	*sehr*
Ich fühle mich traurig oder deprimiert.	O	O	O
Ich habe zu nichts Lust.	O	O	O
Ich kann mich nur schwer konzentrieren.	O	O	O
Ich denke an schlechte Dinge, die passiert sind.	O	O	O
Ich glaube ich bin schuld daran, wenn schlechte Dinge passieren.	O	O	O
Ich schalte ab, wenn man mit mir redet.	O	O	O
Ich mache mir Sorgen, das etwas Schlimmes passieren wird.	O	O	O
Ich bin nervös und zappelig.	O	O	O
Mir fällt es schwer, abends einzuschlafen.	O	O	O
Ich träume schlecht oder habe Alpträume.	O	O	O
Ich bekomme Bauchschmerzen.	O	O	O
Ich bekomme Kopfschmerzen.	O	O	O
Ich fühle mich ganz allein.	O	O	O
Ich habe Tagträume.	O	O	O
Ich versuche, schlechte Dinge, die passiert sind, zu vergessen.	O	O	O
Ich vermeide Sachen, die mich an schlimme Ereignisse erinnern.	O	O	O
Ich tue Dinge, um sicher zu gehen, das nichts Schlimmes passiert.	O	O	O
Ich tue Dinge, für die ich wahrscheinlich zu alt bin.	O	O	O
Ich fühle mich krank oder habe Schmerzen.	O	O	O
Ich fühle mich müde oder schlapp.	O	O	O
Ich fühle mich eigenartig oder anders als die anderen Kinder.	O	O	O
Ich habe das Gefühl, etwa stimmt nicht mit mir.	O	O	O
Ich fühle mich wie verhext oder wie ein Pechvogel.	O	O	O
Dinge regen mich auf und machen mich verrückt.	O	O	O
Ich bin auf der Hut vor schlechten Dingen, die geschehen könnten.	O	O	O
(19)	0 P	1P	2P

Die Rolle der Bezugspersonen

Betroffenheit und Verhalten der Eltern / Bezugspersonen

- je mehr Stresssymptome bei den Eltern, desto mehr Stresssymptome beim Kind
- Mütter mit emotionalen Störungen stellen ein hohes Risiko für Traumafolgestörungen beim Kind dar
- hohe emotionale Sensitivität der Eltern korreliert mit höheren PTBS-Raten beim Kind
- die traumatische Belastung ist der stärkste Prädiktor für eine PTBS beim Kind:
  - vorbestehende Traumatisierung einer Bezugsperson
  - Zeugenschaft bei der Traumatisierung des Kindes
  - akute Belastungsreaktion einer Bezugsperson

Methoden



Stemmer, Kerstin 2016

Methoden

Stabilisierung („A & O“)

- Schutz
- Sicherheit
- Verlässlichkeit
- Klarheit
- Zuwendung
- Rituale (Schulbesuch, Sportverein, feste Termine, berechenbare Abläufe)
- …

Methoden

Ressourcen

- Positives Erleben in Gegenwart und/oder Vergangenheit
- Qualitäten: Freude, Glück, Liebe, Akzeptanz, Interesse, Sicherheit, Ruhe, Frieden, innerer Raum, Kraft, Lebendigkeit, Lebensfreude, Stolz…
- Quellen: Erinnerungen, Handeln, Kompetenzen
- Inhalte: Selbstfürsorge, Selbstwirksamkeit, Kontakt und Beziehung zu wichtigen Personen, Kontakt zu sich selber …

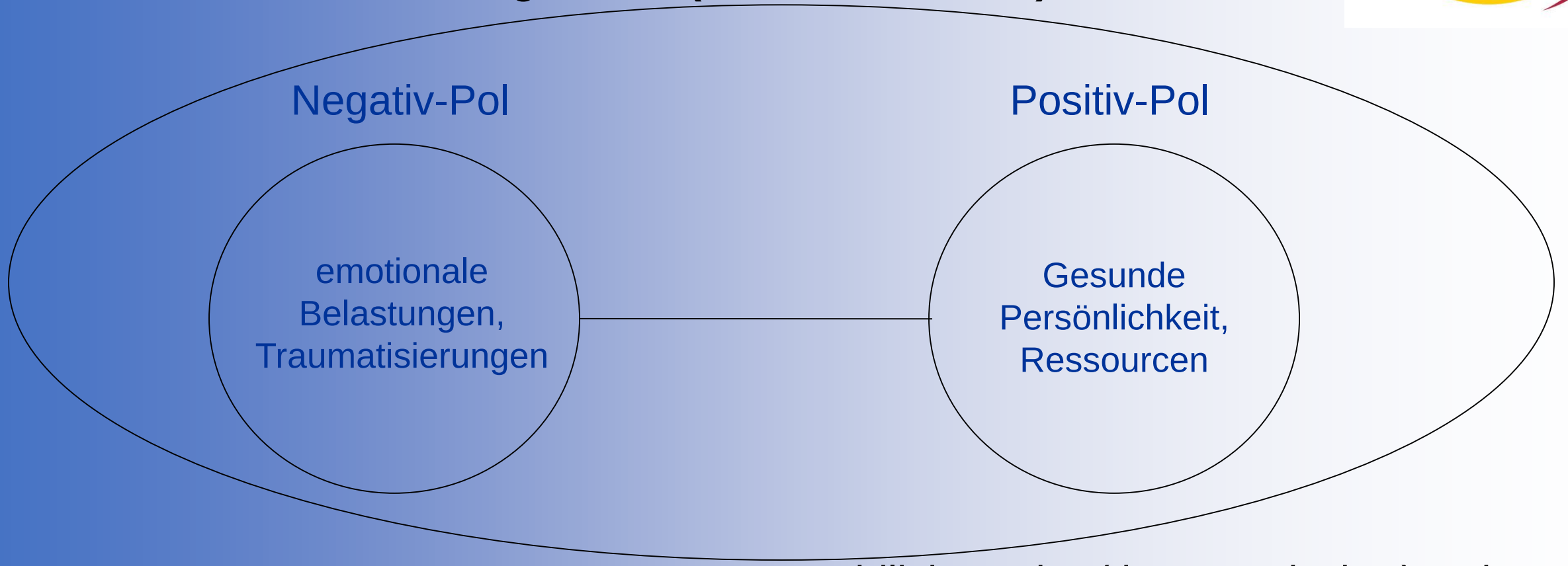
Methoden

Ressourcen wecken / vermitteln

- Naturerfahrung, Schwimmen, Laufen, Entspannung, Spielen, Lesen, Sprechen, Lachen, Musik, Pflanzen, Tiere, Religiosität, Arbeit.....
- Verhalten: andere Blickrichtung; andere Atmung; Sprechen; eigener Rhythmus; Kurz-EMDR
- Innere Helfer: Heilungsfarbe, positive Kognition, innerer sicherer Ort, das heilsame Element (Wasser, Luft, Erde, Feuer), Heilungs- und Zukunftsvision, das weise innere Wesen, der hilfreiche Zorn

Methoden

Modell der Selbstheilungskräfte (nach Plassmann)



stabilisierender (therapeutischer) Rahmen

Methoden

Exposition

- State of the Art:
  Aktualisierung des emotionalen Gehalts eines Traumas in einem als sicher empfundenen therapeutischen Rahmen. D.h. Exposition des Kindes ggü. dem Trauma oder bestimmten Aspekten desselben.
- Ziel:
  Verringerung der emotionalen Belastung durch das Trauma UND eine kognitiv-emotionale Neueinschätzung des Geschehens.
- Möglichkeiten:
  Trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie, EMDR, KIDNET (Narrative Exositionstherapie), Traumabezogene Spieltherapie, Strukturierte Trauma Intervention
- Psychodynamisch-Immaginative TT, Mehrdimensionale Psychodynamische TT, Hypnotherapeutische Techniken, Progressive Counting (Greenwald), Pharmakotherapie

Methoden

Wann Exposition?

- Wenn die Fähigkeit erworben wurde, eine gewisse Intensität an Gefühlen zu tolerieren (nicht zu dissoziieren oder auszuagieren) sowie aufkommendes physiologisches Arousal und intensive Gefühle zu modulieren (window of tolerance).

Traumafokussierung

- emotionale Aktivierung des traumatischen Erlebens unter sicheren, ressourcenhaften Bedingungen. Zusammenfügen sensorisch fraktionierter Erinnerungsaspekte zu einem erzählbaren Teil des eigenen Lebens

Methoden

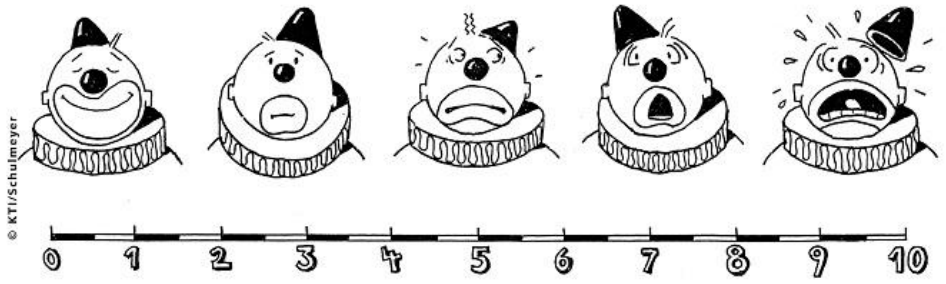
Besonderheiten in der Kinder-Traumatherapie

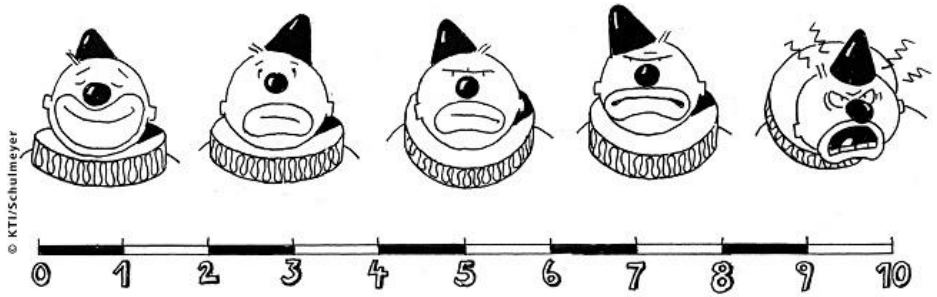
Gegenüber der Traumatherapie mit Erwachsenen muss der Kindertraumatherapeut den Behandlungsprozess aktiver und zugleich flexibler handhaben.

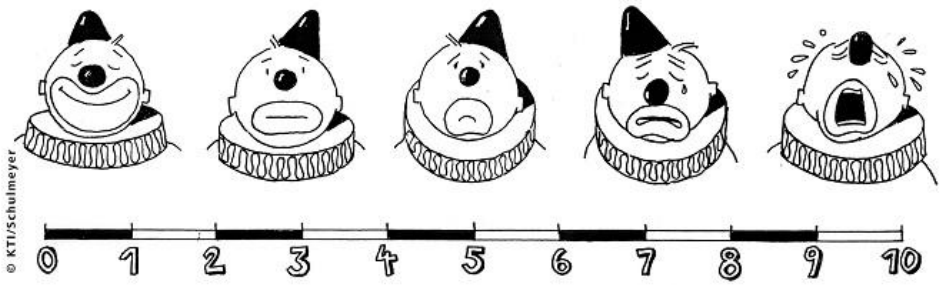
- die Bedeutung der Bezugspersonen ist besonders zu beachten, „informed consent“ ist für Patienten UND Bezugspersonen herzustellen
- Motivierung ist oft die Hauptarbeit,
- mit Vermeidungstendenzen ist konstruktiv umzugehen,
- kindspezifische Symbolisierungen (Materialien, Spielsachen, Geschichten Trost- und Sicherheitsobjekte) sind wichtig,
- Methoden der indirekten Lenkung sind wichtig.

Exposition: SUD

SUD-Gesichter-Skalen (Angst, Wut,Trauer)







Exposition: EMDR

Altersmodifiziertes Standardprotokoll (ASP) Protokollbogen

Name:..... Alter:..... Datum:..... ..... Sitzung

Anamnese, Behandlungsplanung und Vorbereitung (Phase 1+2)	
- Screening auf dissoziative Phänomene - Informiertes Einverständnis (Ist Kind motiviert?) - Gemeinsames Verstehensmodell („Splitter-Metapher“) - Stressorbasierter Behandlungsplan	- Stoppsignal, technisches Einüben der bilateralen Stimulation - Sicherer Ort - Ressourcen-Aktivierung

Aktualisierung und Einschätzung (Phase 3)	
Für alle Altersgruppen verbindlich	1.) **Das Target aktualisieren** (Visualisierung des schlimmsten Moments) „Wenn du jetzt an (das traumatische Ereignis) denkst, was ist das Schlimmste daran? Welches Bild taucht in dir auf?
Ab 9 Jahre verbindlich	2.) Die **negative Kognition** (Thema: Bedrohung, Hilflosigkeit, Schuld/Scham, Selbstabwertung) „Wenn du das schlimme Bild (Target) vor Augen hast, was denkst du JETZT Schlechtes über dich?“
Nur wenn nK	3.) Die **positive Kognition** (gleiches Thema wie negative Kognition) „Wenn du das schlimme Bild vor Augen hast, wie würdest du JETZT gerne über dich denken?“
Nur wenn pK	4.) Die **Stimmigkeit der positiven Kognition** „Wenn du das schlimme Bild vor Augen hast und an den guten Satz denkst (Therapeut wiederholt wörtlich), wie stimmig fühlt sich dieser Satz JETZT an? Zeige mir das auf dieser Skala von 1 bis 7, wobei 1 heißt: Dieser Satz (Therapeut wiederholt wörtlich) stimmt gar nicht und 7 heißt: Dieser Satz stimmt völlig.“ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

© Kinder Trauma Institut, Offenburg

für seelische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter
Praxis

Exposition: EMDR

Ab 2 Jahre	5.) Die **traumabezogene Emotion** „Wenn du dir das schlimme Bild noch einmal vorstellst und den Satz denkst (Therapeut wiederholt die negative Kognition soweit ermittelt), welche Gefühle kommen JETZT in dir auf?“
Ab 4 Jahre	6.) **Die Einschätzung des aktuellen Belastungsgrades (SUD)** „Wie schlimm (belastend) fühlt sich das Ereignis JETZT an, auf einer Skala von NULL bis ZEHN, wenn NULL heißt: „Das macht mir nichts aus, ich bin ruhig.“ und ZEHN heißt: „Das ist das Allerschlimmste, was ich kenne.“ 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Ab 2 Jahre	7.) Die **traumabezogene Körperempfindung** (Ort + Qualität) „Wo im Körper spürst du JETZT die Belastung am deutlichsten?“, und ergänzend „Wie fühlt sich das an?“

Prozessierung (Phase 4)
Aktualisieren des Traumanetzes „Bitte stell dir jetzt noch einmal den schlimmsten Moment (das Bild) vor (Therapeut beschreibt stichwortartig), denke an den kritischen Satz (negative Kognition wörtlich wiederholen), spüre deine Gefühle (Gefühle benennen) und wo im Körper du jetzt (Körperempfindung benennen) spüren kannst. Beobachte, was in dir passiert und folge meinen Fingern.“
Prozessieren bis SUD=0 bzw. 1 (Neu-Einschätzung, wenn Assoziationskanal vom – nach + wechselt (und zweimal im + Bereich bleibt); wenn Neu-Einschätzung einen SUD von 0-1 ergibt, dann Prozessierung beenden oder Themenentwicklung) 1. Neueinschätzung 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 2. Neueinschätzung 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 **Themenentwicklung?**

© Kinder Trauma Institut, Offenburg

Exposition: EMDR

Verankerung (Phase 5)	
Ab 9 Jahre Nur wenn pK erhoben	**Verankerung bei vollständiger Prozessierung (SUD=0 bzw. 1)** (nur mit pK) „Bitte denke noch einmal an die Ausgangssituation und den positiven Satz (wörtlich wiederholen). Passen die Worte noch oder würden andere besser passen?“ Den (alten oder besseren) Satz zusammen mit der Ausgangssituation auf seine gefühlte Stimmigkeit auf der VoC-Skala einschätzen lassen und mit langsamen Augenbewegungen verankern (Wiederholen bis VoC mindestens 6). VoC: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
Für alle Altersgruppen möglich	**Modifizierte Verankerung bei unvollständiger Prozessierung (SUD>1) oder fehlender pK** - Sicherer Ort, Ressourcen-Installation, - Stabilisierende Maßnahmen (Tresor-Übung) - Lustvolle Spielaktivität

Körpertest (Phase 6)	
Ab 9 Jahre Nur wenn pK und Verankerung	**Standard Körpertest** (nur wenn pK + Verankerung) „Jetzt wollen wir noch prüfen, ob von dem schlimmen Ereignis noch etwas in deinem Körper stecken geblieben ist. Kannst du deine Augen schließen und noch einmal an das Ereignis (Ausgangssituation) und gleichzeitig an den positiven Satz (den der Therapeut jetzt wörtlich wiederholt) denken? Wenn du beides in deinem Kopf hast, gehe wie mit einem Scanner (Kamera) durch deinen ganzen Körper von den Füßen bis zum Kopf und sage mir, was du spürst. Lasse keinen Teil deines Körpers aus.“ Sind noch körperbasierte Belastungen vorhanden, kann entweder sofort prozessiert werden oder eine Distanzierung von diesem Material angestrebt werden (Tresor-Übung, Sicherer Ort).
Ohne pK möglich	**Vereinfachter Körpertest** „Gehe mit einer Kamera in deinen Körper und schaue dann überall nach, ob es Stellen gibt, die sich anders als gewöhnlich anfühlen.“

Abschluss (Phase 7)
Das Kind wird aktiv im Ressourcenbereich gehalten und für seine Mitarbeit gelobt. Kind und Eltern werden über die möglichen Folgen der Trauma-Arbeit und ein adäquates Umgehen damit informiert.

Überprüfung in der nächsten Stunde (Phase 8)
Eltern nach Verhaltensänderungen fragen. Überprüfung des SUD-Wertes der Ausgangsituation der letzten Sitzung (und evtl. erneute Prozessierung). Weitere Behandlungsplanung! SUD-Wert: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

© Kinder Trauma Institut, Offenburg

Methoden

Neuorientierung

- Integration des Erlebten als **bewältigter (überlebter)** Teil der eigenen Lebensgeschichte
- Erprobung des zuvor erschütterten Welt- und Selbstbildes des Kindes
- Wiederanknüpfen an phasenspezifische Entwicklungsaufgaben
- Reorganisation des Alltags
- Aufbau befriedigender sozialer Kontakte
- Betrauern erlittener Verluste und Veränderungen
- …

Beispiele

- Zwillinge 6J
- Kleinkind ab ½ bis 5J
- 3 Omas und 1 Baby 8J

Erklärung zu Interessenskonflikten:

Dr. Heine erhielt in den letzten 10 Jahren Kongressgebühren und/oder Reisekostenerstattung von den Firmen: Lilly, Novartis, Shire, Medice