

XIII. Netzwerkkonferenz, Kinderschutz Frankenthal

„Unsichtbare Wunden“ - Traumata bei Kindern und Jugendlichen

Professionelle Handlungsmöglichkeiten & Angebote



Dr. med. Diana Nikolaus
Leitende Oberärztin

Fachärztin für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Zertifizierte Traumatherapeutin (DeGPT)

Traumata bei Kindern und Jugendlichen

- Inhalte

- **Definition** Trauma/ Symptome Posttraumatische Belastungsstörung
- **Folgen frühkindlicher Traumatisierung**
- **Professionelle Handlungsmöglichkeiten und Angebote**
 - Traumatherapie – Stabilisierung und Konfrontation
 - Wichtige Grundsätze im Umgang mit traumatisierten Kindern/ Jugendlichen



Quelle: Foto von Elizaveta Dushechkina auf Unsplash

Was ist ein „Trauma“?



- geschieht meist plötzlich und unerwartet
- verbunden mit dem Gefühl ausgeliefert zu sein, Kontrolle zu verlieren
- verbunden mit der Gefahr körperlicher Schädigung
- oder sogar der Möglichkeit zu sterben
- oder dass jemand anderes verletzt werden oder sterben könnte

PTBS = mögliche Folgereaktion auf eines oder mehrerer solcher Ereignisse

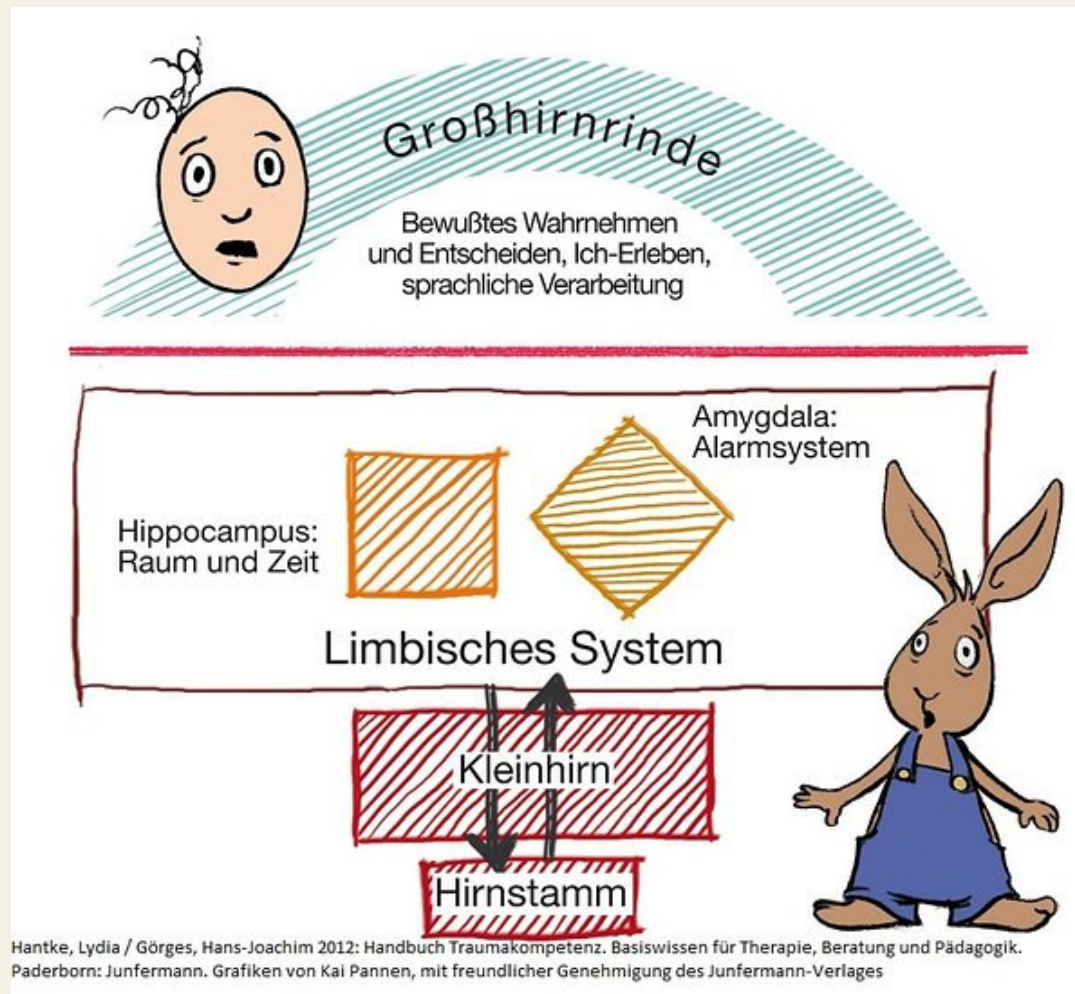
Potentielle Traumata können sein...

- Körperliche/ sexuelle Gewalt
- schwere Vernachlässigung
- Flucht und Migration
- Verkehrsunfälle
- Naturkatastrophen
- lebensbedrohliche Krankheit
- belastende medizinische Eingriffe
- Verlust naher Angehöriger
- Miterleben schlimmer Ereignisse



Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Im Notfall wird bewusstes Denken bzw. Kontrolle behindert...



... d.h. der Austausch zwischen Denker (Großhirnrinde) und Häschen ist blockiert, damit das Häschen schneller reagieren kann.
→ Die bewusste Einordnung des Erlebten durch den Denker fehlt dann.

Posttraumatische Belastungsstörung

– im Würgegriff der Erinnerung

Diagnosekriterien:

- Ereignis (außergewöhnliche Bedrohung)
- Wiedererleben/ Intrusionen (Flashbacks, Alpträume)
- Vermeidung (Orte, Aktivitäten, die Belastung ähneln)
- Emotionale Taubheit
- Hyperarousal (Übererregbarkeit)

→ Beginn innerhalb von 6 Monaten nach Trauma

! massives Erleben von Hilflosigkeit erhöht das Risiko für die Entwicklung einer PTBS



Quelle: Foto von Marcel Eberle auf Unsplash

Spezielle Symptome einer Traumafolgestörung bei Kindern und Jugendlichen

unter 5 Jahre:

- Schreien, Wimmern, Zittern
- ängstlicher Gesichtsausdruck
- Erstarren oder ungezielter Bewegungsdrang
- Trennungsangst/ extremes Klammern
- regressives Verhalten wie Daumenlutschen, Bettnässen, Angst vor Dunkelheit



Quelle: Foto von Annie Spratt auf Unsplash

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

6 – 11 Jahre:

- sozialer Rückzug, Kontaktabbruch
- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme
! häufige Fehldiagnose AD(H)S
- Reizbarkeit, Wutausbrüche, Prügeleien
! häufige Fehldiagnose Störung des Sozialverhaltens
- Alpträume, Schlafprobleme
- Schulverweigerung
- psychosomatische Beschwerden
- Entwicklungsrückschritte



Quelle: Foto von Annie Spratt auf Unsplash

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

12 – 17 Jahre:

- Flashbacks mit Dissoziation
- Alpträume
- Vermeidung
mit ggf. auch Schulfehlzeiten
- Nachlassen der Schulleistung
- Depression
- Drogenmissbrauch
- antisoziales Verhalten
- Suizidgedanken



Quelle: Foto von Zhiyko Minkov auf Unsplash

Posttraumatische Belastungsstörung

– im Würgegriff der Erinnerung

- **Komorbiditäten**

- a) psychische Störungen:
affektive, Angst-, Somatisierungs-,
Borderline-Persönlichkeitsstörung,
Abhängigkeitserkrankungen, Psychosen,
dissoziative Identitätsstörung
- b) somatische Störungen:
nach Unfällen; Schmerzsyndrome; kardiovaskuläre,
pulmonale, rheumatische Erkrankungen
- c) gesteigerte Mortalität

!!! Kinder und Jugendliche besonders vulnerabel

Posttraumatische Belastungsstörung

– im Würgegriff der Erinnerung



Was ist ein Trauma?

- psychische/ emotionale Misshandlung
- ... ein sich wiederholendes Verhaltensmuster einer Bezugsperson oder ein extremes Vorkommnis im Verhalten der Bezugsperson,
- das die **psychologischen Grundbedürfnisse des Kindes** (Sicherheit, Sozialisierung, emotionale und soziale Unterstützung, kognitive Stimulation, Respekt) nicht erfüllt
- und einem Kind vermittelt, dass es wertlos, beschädigt, ungeliebt, unerwünscht, in Gefahr, in erster Linie nur dazu nützlich ist, die Bedürfnisse eines anderen zu befriedigen oder entbehrlich ist

American professional society of the abuse of children, 2019

Was ist ein Trauma?

– psychische/ emotionale Misshandlung

- Vernachlässigung
- Isolieren
- Ignorieren
- Terrorisieren
- Ausnutzen/ Bestechen
- Ablehnung/ Zurückweisung



Quelle: Foto von Trym Nilsen auf Unsplash

American professional society of the abuse of children, 2019

Folgen belastender Kindheitserlebnisse

The three types of ACEs include

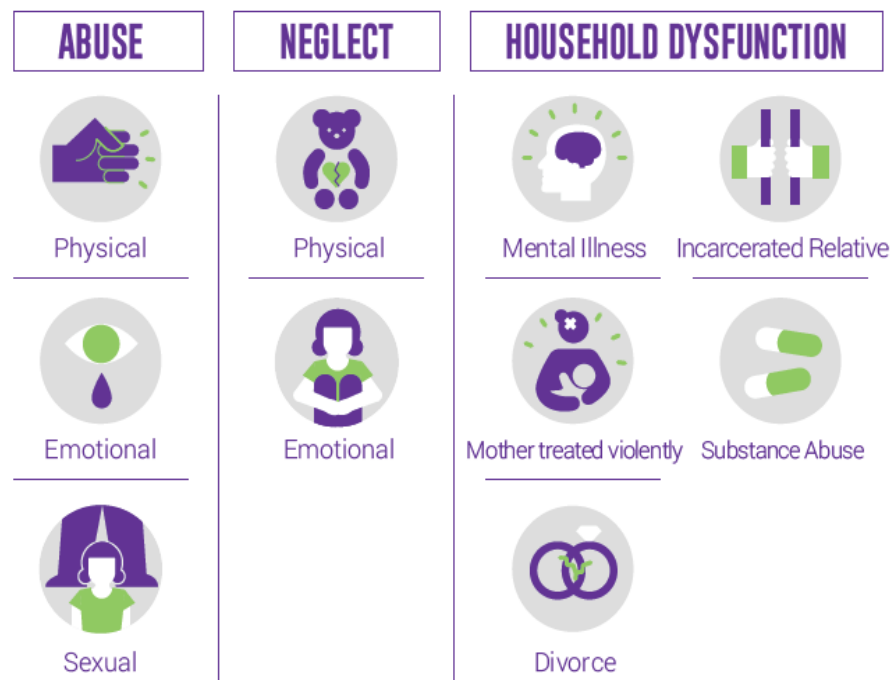


FIGURE 1: Types of Adverse Childhood Experiences
Image courtesy of the Robert Wood Johnson Foundation

Adverse Childhood Experiences Study (ACE Study)

- Befragung von 17.000 erwachsenen Patienten
- Fragebogen zu traumatischen Erfahrungen in der Kindheit
- Mehrheit der Patienten College-Abschluss oder höher (75,2%)

ACEs:

Körperliche Misshandlung 28,3%,
Substanzmissbrauch bei
Haushaltsmitglied 26,9%,
elterliche Trennung 23,3%

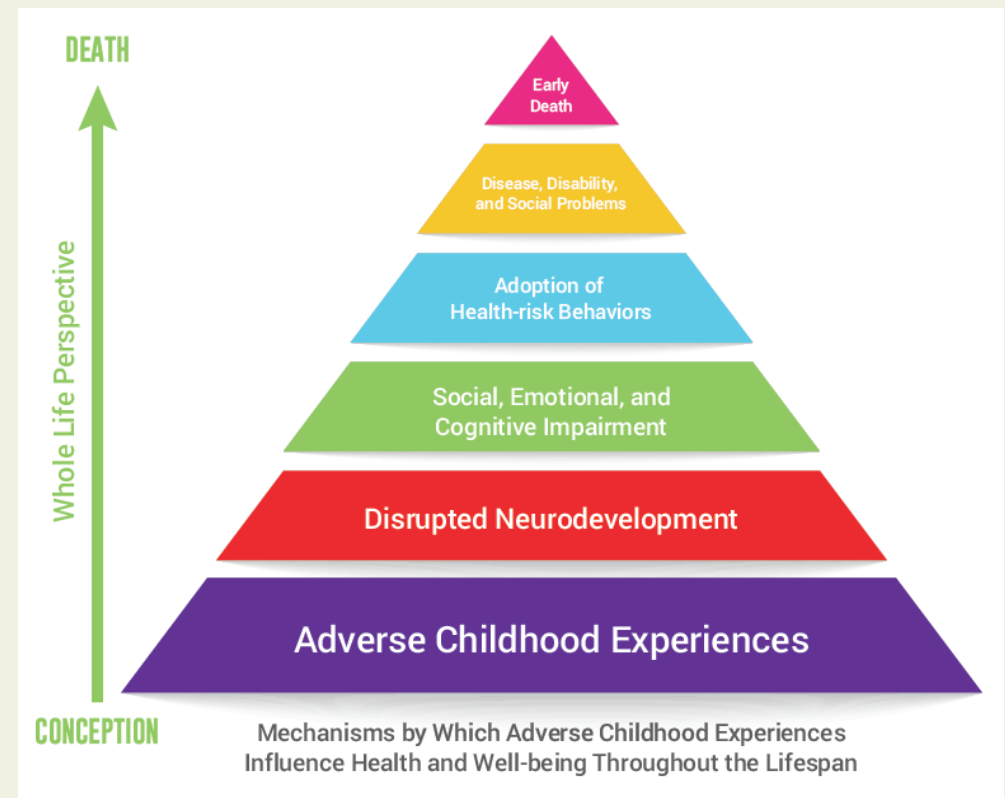
Prevalence of Individual ACEs. Centers for Disease Control and Prevention, Prevalence of Individual Adverse Childhood Experiences, **ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES (ACE) STUDY** (Jan. 18, 2013)

Folgen belastender Kindheitserlebnisse

Eine Person mit 4 oder mehr ACEs hat ein..

- 2,2fach erhöhtes Risiko für eine ischämische Herzerkrankung
- 2,4fach erhöhtes Risiko einen Schlaganfall zu erleiden
- 1,9fach erhöhtes Risiko an Krebs zu erkranken
- 1,6fach erhöhtes Risiko für Diabetes

- 12,2fach erhöhtes Risiko für einen Suizidversuch
- 10,3fach erhöhtes Risiko für i.v.-Drogenabusus
- 7,4fach erhöhtes Risiko für Alkoholabhängigkeit



Prevalence of Individual ACEs. Centers for Disease Control and Prevention, Prevalence of Individual Adverse Childhood Experiences, **ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES (ACE) STUDY** (Jan. 18, 2013)

Folgen belastender Kindheitserlebnisse

Article

Sticks, Stones, and Hurtful Words: Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment

Martin H. Teicher, M.D., Ph.D.

Jacqueline A. Samson, Ph.D.

Ann Polcari, R.N., C.S., Ph.D.

Cynthia E. McGreenery

Objective: Childhood maltreatment is an important psychiatric risk factor. Research has focused primarily on the effects of physical abuse, sexual abuse, or witnessing domestic violence. Parental verbal aggression has received little attention as a specific form of abuse. This study was designed to delineate the impact of parental verbal aggression, witnessing domestic violence, physical abuse, and sexual abuse, by themselves and in combination, on psychiatric symptoms.

Method: Symptoms and exposure ratings were collected from 554 subjects 18–22 years of age (68% female) who responded to advertisements. The Verbal Abuse Questionnaire was used to assess exposure to parental verbal aggression. Outcome measures included dissociation and symptoms of "limbic irritability," depression, anxiety, and anger-hostility. Comparisons were made by using effect sizes.

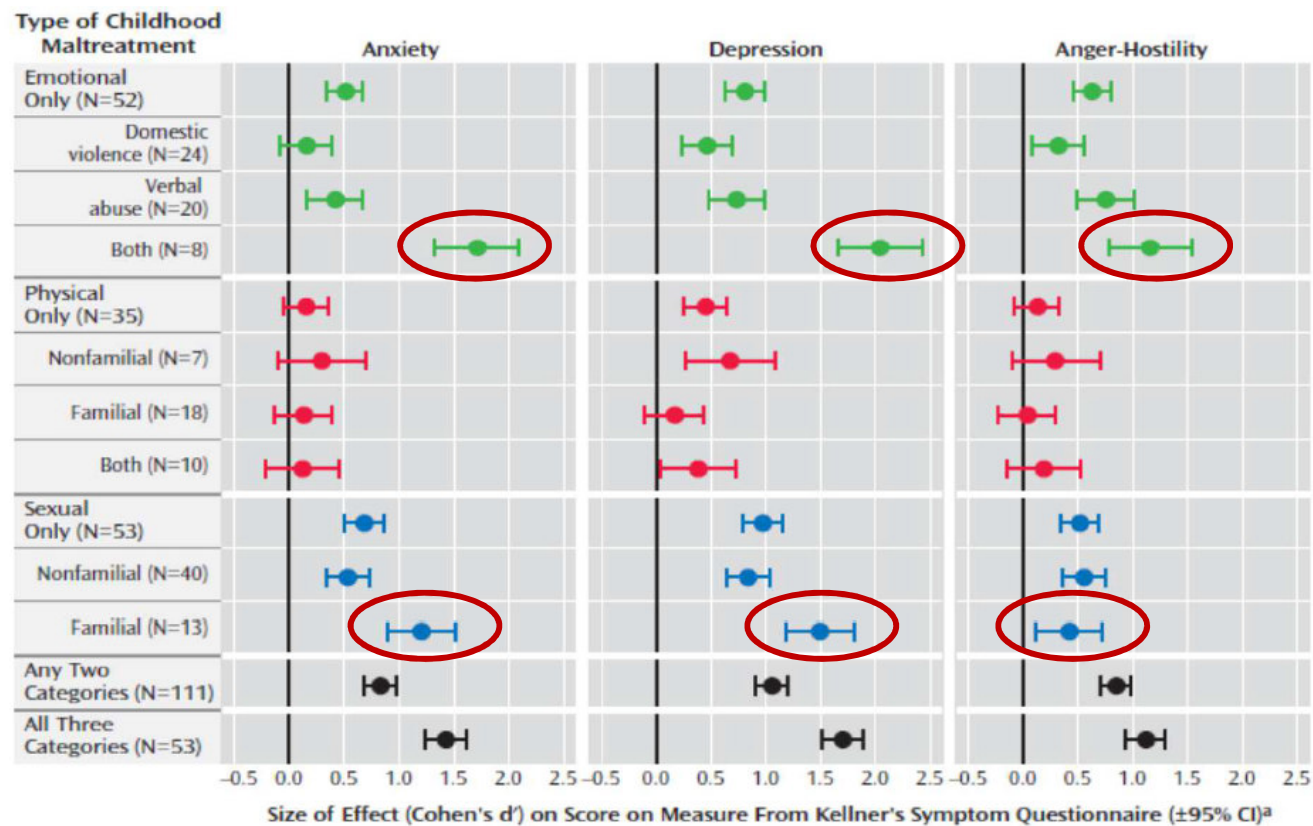
Results: Verbal aggression was associated with moderate to large effects, comparable to those associated with witnessing domestic violence or nonfamilial sexual abuse and larger than those associated with familial physical abuse. Exposure to multiple forms of maltreatment had an effect size that was often greater than the component sum. Combined exposure to verbal abuse and witnessing domestic violence had a greater negative effect on some measures than exposure to familial sexual abuse.

Conclusions: Parental verbal aggression was a potent form of maltreatment. Exposure to multiple forms of abuse was associated with very large effect sizes. Most maltreated children had been exposed to multiple types of abuse, and the number of different types is a critically important factor.

(Am J Psychiatry 2006; 163:993–1000)

Folgen belastender Kindheitserlebnisse

FIGURE 3. Effects of Childhood Maltreatment on Ratings of Anxiety, Depression, and Anger-Hostility of 554 Young Adults



^a Based on comparison of subjects with each category of maltreatment and a comparison group (N=250) with no history of exposure to abuse or other form of early adversity. Kellner's Symptom Questionnaire (16) is a yes/no self-report questionnaire that is sensitive to subtle differences from normal.

Prävalenz belastender Kindheitserlebnisse - Zahlen aus Deutschland



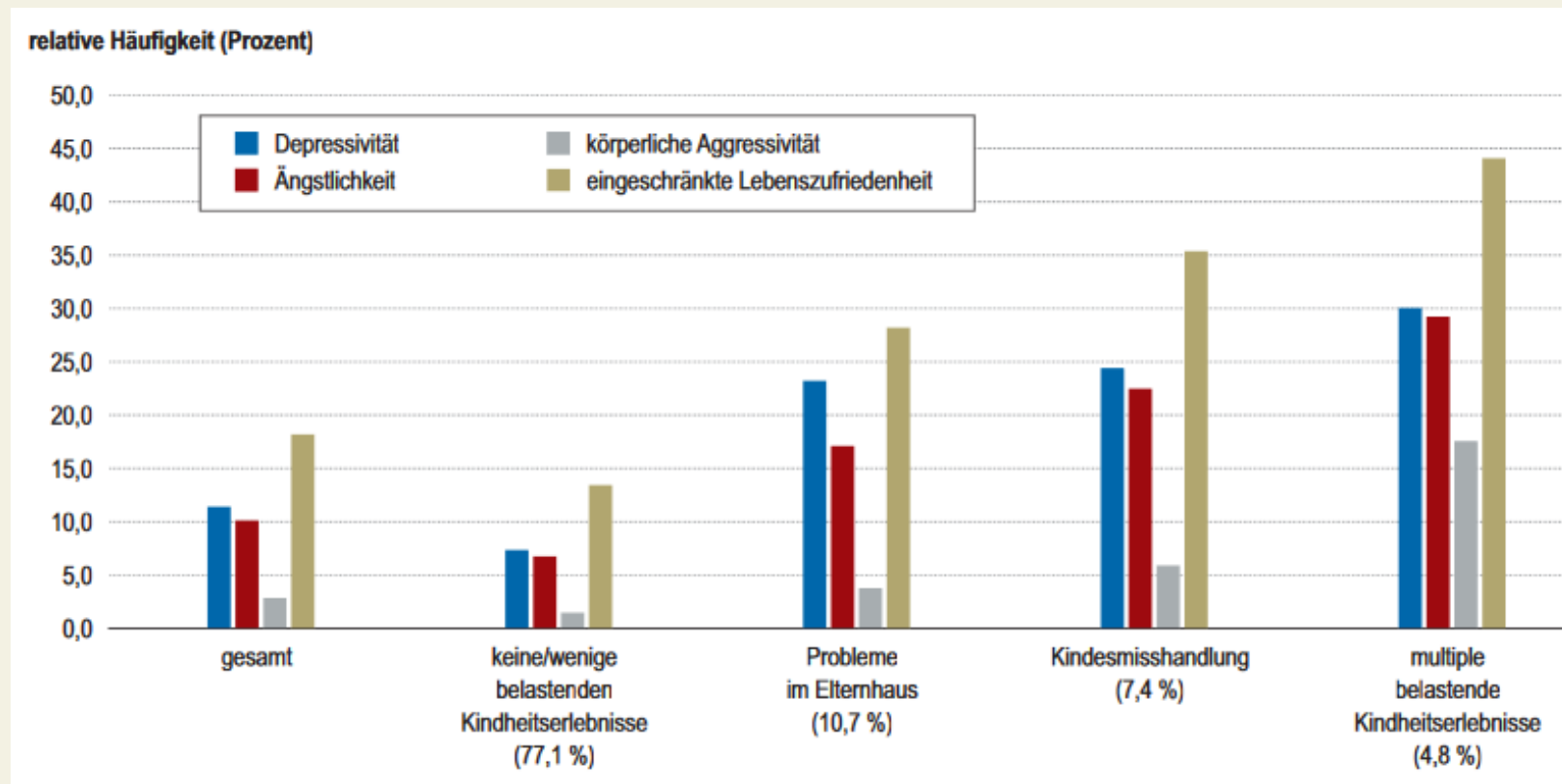
- 2531 Personen ab 14 Jahren (durchschnitt. Alter 48 Jahre) retrospektiv zu belastenden Kindheitserlebnissen (ACE) sowie psychosozialen Auffälligkeiten mittels PHQ-4 (Patient Health Questionnaire-4) untersucht
- 43,7 % der Befragten gaben mindestens ein belastendes Kindheitserlebnis an
- vier oder mehr ACEs wurden von 8,9 % berichtet
- elterliche Scheidung/ Trennung (19,4 %), Alkoholkonsum oder Drogenmissbrauch in der Familie (16,7 %), emotionale Vernachlässigung (13,4 %) und emotionale Misshandlung (12,5 %)

Prävalenz und Folgen belastender Kindheitserlebnisse in der deutschen Bevölkerung

Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 635-42; DOI: 10.3238/arztebl.2019.0635

Witt, Andreas; Sachser, Cedric; Plener, Paul L.; Brähler, Elmar; Fegert, Jörg

Folgen belastender Kindheitserlebnisse - Zahlen aus Deutschland



Prävalenz und Folgen belastender Kindheitserlebnisse in der deutschen Bevölkerung

Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 635-42; DOI: 10.3238/arztebl.2019.0635

Witt, Andreas; Sachser, Cedric; Plener, Paul L.; Brähler, Elmar; Fegert, Jörg

Folgen frühkindlicher Traumatisierung

... sind die Folgen von toxischem Stress!

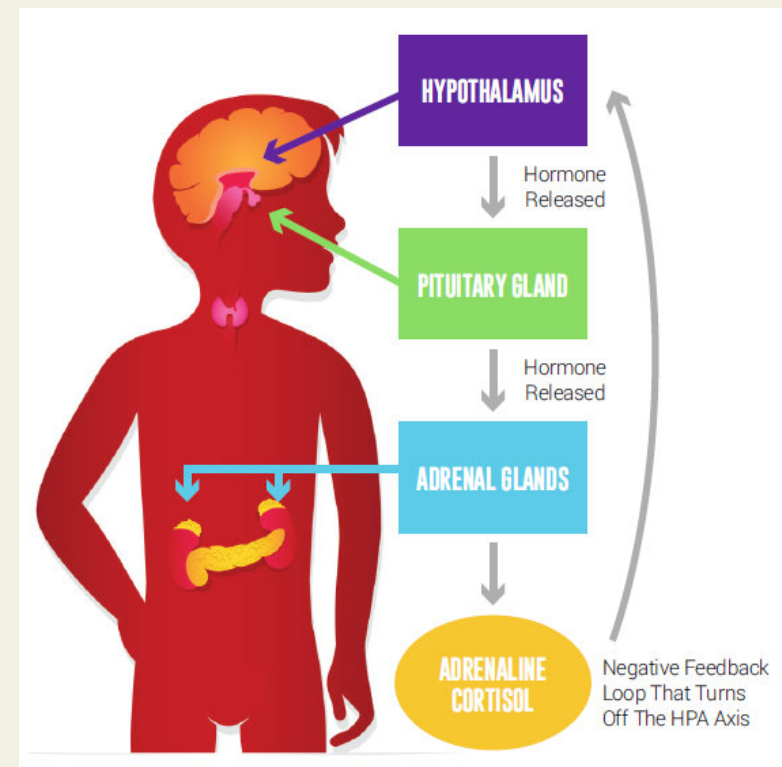


Prevalence of Individual ACEs. Centers for Disease Control and Prevention, Prevalence of Individual Adverse Childhood Experiences, ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES (ACE) STUDY (Jan. 18, 2013)

Veränderungen der Gehirnarchitektur nach toxischem Stress

! ständige Ausschüttung Stresshormone

- Verlust von Gehirnzellen
- Schäden in der neuronalen Interaktion
- Vergrößerung/ Hyperaktivität bzw. Schrumpfung bestimmter Hirnareale



Prevalence of Individual ACEs. Centers for Disease Control and Prevention, Prevalence of Individual Adverse Childhood Experiences, ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES (ACE) STUDY (Jan. 18, 2013)

Epigenetik - die Spuren von Trauma

- Zahlreiche Studien geben Hinweise auf epigenetische Veränderungen nach langjährigen traumatischen Erfahrungen
- bspw. Telomerverkürzungen oder veränderte Expression bestimmter Gene (u.a. Rezeptoren für Stresshormone)



Sapolsky RM: **Glucocorticoids, stress and exacerbation of excitotoxic neuron death**. In: Seminars in Neuroscience. 6 October 1994
Too toxic to ignore, Elizabeth H. Blackburn & Elissa S. Epel, Nature volume 490, pages 169–171 (11 October 2012)

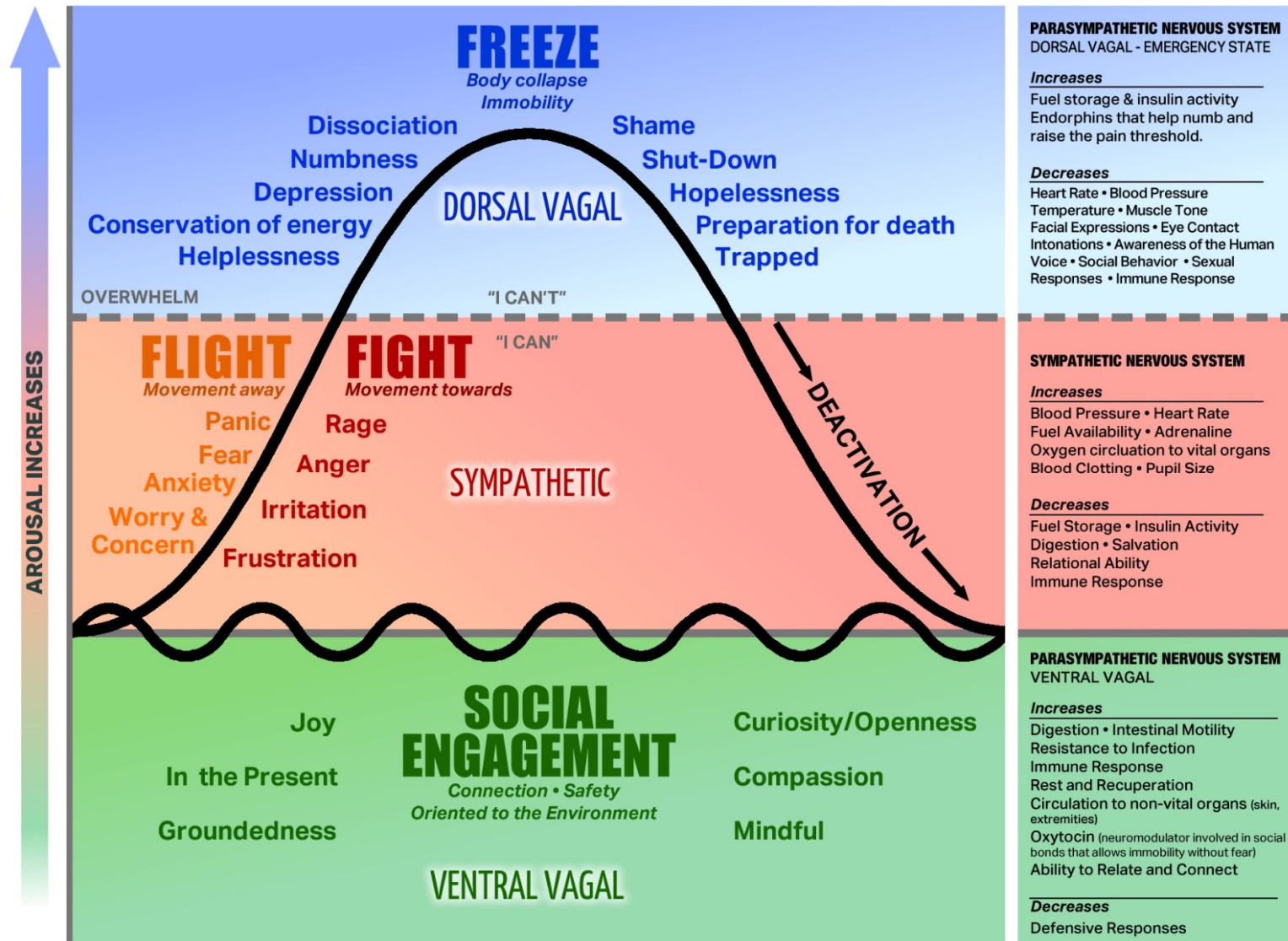
Polyvagaltheorie nach Steve Porges (2001)

„Sobald sich Menschen bedroht fühlen, können sie zu anderen Menschen nicht sinnvoll in Kontakt treten; sie greifen dann stattdessen auf primitive, ich-zentrierte Kampf- oder Fluchtverhaltensweisen, um ihr Überleben zu sichern.“

- Prof. Bessel van der Kolk



Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie



Adapted by Ruby Jo Walker from: Cheryl Sanders, Steve Hoskinson, Steven Porges and Peter Levine

rubyjowalker.com

Therapie – Wiederherstellen von Sicherheit

- Stabilisierung der Patienten und des Umfeldes, Aufklärung
- Imaginationstechniken – Etablieren „innerer sicherer Ort“, Tresor-Übung
- Regulation des Stresssystems: Achtsamkeitsübungen, Entspannungstechniken (z.B. Progressive Muskelrelaxation)
- Umgang mit Triggern



Leitlinie PTBS:
<http://www.awmf.org/uploads>

Therapie – Traumakonfrontation/ -bearbeitung



Therapie – Traumakonfrontation/ -bearbeitung

Prinzip: Pat. soll das Trauma in der Vorstellung nacherleben, lebhaft und in allen Einzelheiten

→ Ziel: Integration der Traumaerinnerung in das autobiographische Gedächtnis

Kontraindikation: Patient weiter in akuter Gefahr!!!

z.B. Spieltherapie (Nachspielen traumatischer Szenen) oder auch Malen bzw. Aufschreiben

! häufige Befürchtung vor Konfrontation:

Retraumatisierung (kann aber nicht passieren, da kein Kontrollverlust, Pat. kann jederzeit stoppen)



Trauma-Ambulanz - Konzept

- Gesprächstermine **Kinder/ Jugendliche 6-17 Jahre** (auch außerhalb Versorgungsgebiet der Klinik)
- Einbeziehung der Bezugspersonen
- **Diagnostik, Beratung und erste therapeutische Maßnahmen** (Mitarbeiter mit Traumausbildung)
- **Möglichkeit stationäre Trauma-Behandlung**
- Unterstützung bei Kontaktaufnahme längerfristige ambulante Weiterbetreuung und weiteren Helfern (bspw. Kinderschutzdienst)
- alle Mitarbeiter unterliegen **ärztlicher Schweigepflicht**
- Gespräche mit Kindern und Jugendlichen auf Wunsch auch in Abwesenheit von Betreuungspersonen

Ambulanz für **seelisch traumatisierte Kinder und Jugendliche**

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie



Medizinische Kinderschutzhotline

24 STUNDEN ERREICHBAR | KOSTENLOS | DEUTSCHLANDWEIT

0800 19 210 00

Ein telefonisches Beratungsangebot für
Fachpersonal bei Kinderschutzfragen

Selbst betroffen? Oder Angehörige*r von Betroffenen? Dann
finden Sie hier → **Hilfsangebote**



Unser Angebot richtet sich an Fachkräfte aus:

Gesundheitswesen



z.B. Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen,
Rettungsdienste, Pflegekräfte, etc.

Kinder- und Jugendhilfe



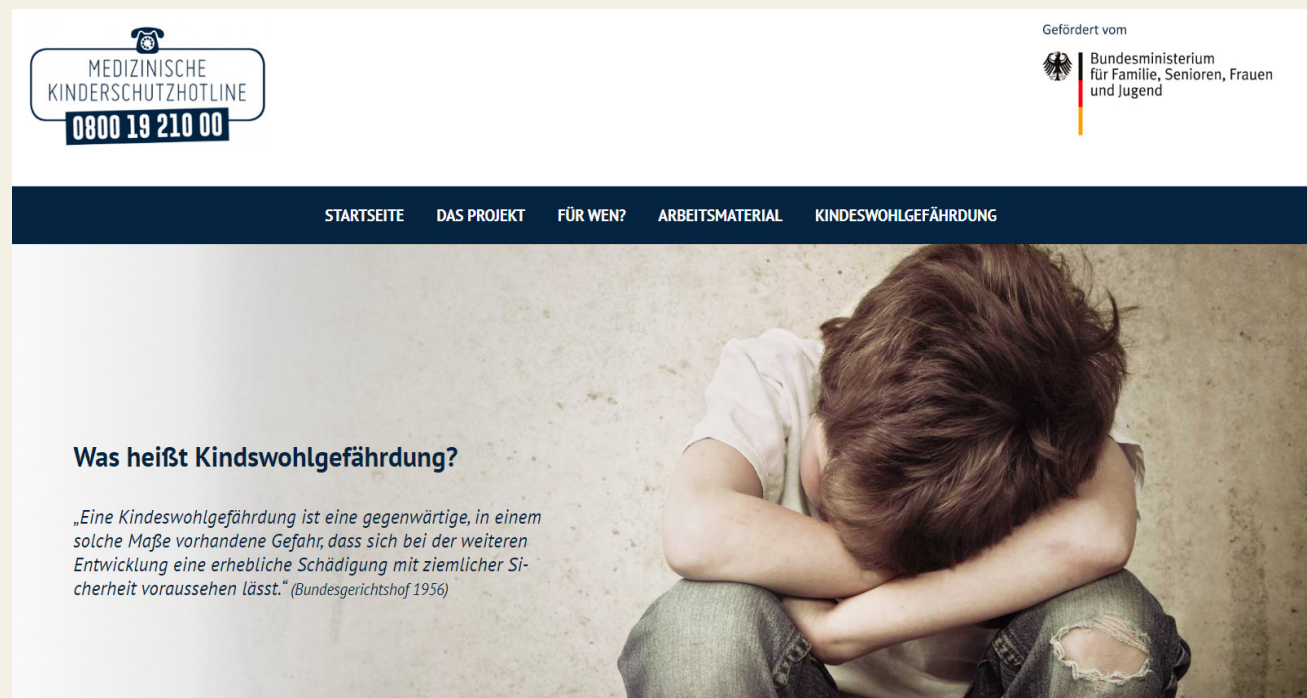
z.B. Mitarbeitende aus Jugendämtern,
Wohngruppen, Beratungsstellen, etc.

Familiengerichte



z.B. Richter*innen, Rechtspfleger*innen,
Verfahrensbeistände, etc.

Medizinische Kinderschutzhotline



weitere Informationen unter:

www.kinderschutzhotline.de



Wichtige Grundsätze...

im Umgang mit Berichten ggf. traumatisierter Kinder

- geschützte Gesprächsbedingungen, je nach Situation OHNE Sorgeberechtigte
- neutrales Zuhören, keine (emotionale) Bewertung der Aussagen
- offene Fragen, keine Suggestivfragen!
- keine eigene Interpretation vom Kind verwendeter Synonyme/
keine Verwendung von Metaphern
- keine Zusagen machen, die nicht eingehalten werden können
(z.B., dass die Informationen nicht weitergegeben werden)
- Aussagen des Kindes im Wortlaut schriftlich dokumentieren
- Selbstschutz, eigene Grenzen erkennen und professionelle Unterstützung/ Beratung einholen!

Wichtige Kernaussagen – take-home messages

- Erhöhte Achtsamkeit/ Aufmerksamkeit nötig, ob hinter einem „Problemverhalten“ auch eine Traumatisierung stehen könnte, bei Bedarf Hinzuziehung weiterer Expertise
- Frühzeitige Interventionen nach traumatischen Erfahrungen können Folgestörungen abmildern bzw. sogar vermeiden!
- Das Erleben von emotionaler Misshandlung und Vernachlässigung ist mit ähnlich negativen psychosozialen Auffälligkeiten assoziiert, wie das Erleben von körperlicher/ sexueller Kindesmisshandlung.
- Die Hochrisikogruppe mit vier oder mehr ACEs („adverse childhood experiences“) zeigt ein signifikant erhöhtes Risiko für psychische als auch somatische Erkrankungen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Quelle: Foto von Kelly Sikkema auf Unsplash



Quelle: Foto von Jon Tyson auf Unsplash

Fragen?



St. Marien- und
St. Anastiftskrankenhaus

Ludwigshafen am Rhein

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Medizinischen Fakultät Mannheim
der Universität Heidelberg

Ambulanz für seelisch traumatisierte Kinder und Jugendliche

Klinik für Kinder- und Jugend-
psychiatrie und Psychotherapie



St. Marien- und
St. Anastiftskrankenhaus

Ludwigshafen am Rhein

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Johannes Gutenberg - Universität Mainz

Kontakt / Anmeldung

Wir bemühen uns, Kinder und Jugendliche und deren Bezugspersonen so rasch wie möglich zu beraten. Bei einer Anfrage rufen wir zur Klärung zurück und vereinbaren einen ersten Termin.

Terminvereinbarung:

Tel.: 0621-5702-4218

Montag - Donnerstag: 9.30 - 12.00 Uhr, 14.30 - 16.30 Uhr

Freitag: 9.30 - 12.00 Uhr

St. Anastiftskrankenhaus

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Trauma-Ambulanz

Leitung: Dr. med. Diana Nikolaus (Oberärztin)

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
-psychotherapie, Zusatzweiterbildung „Spezielle
Psychotraumatherapie“ (DeGPT)

Karolina-Burger-Straße 51
67065 Ludwigshafen am Rhein

Zur Routenplanung



Weitere Informationen unter
www.st-marienkrankenhaus.de

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

**Ich stelle mir einen Baum vor,
der während seiner ersten Lebensjahre unter sehr schwierigen Bedingungen wachsen musste.
Vielleicht hatte der Wind sein Samenkorn unter einen überstehenden Felsen geweht,
sodass er kaum Sonnenlicht oder Regenwasser erhielt und sein Wachstum nach oben begrenzt war.
So musste der Baum ganz schief um dieses Hindernis herumwachsen,
um groß werden und seine Blätter ins Sonnenlicht strecken zu können,
während andere Bäume ganz gerade nach oben wachsen durften.**

**Schließlich – so stelle ich mir vor – ist es gelungen, seine Lebensbedingungen zu verändern.
Es mag jemand den überstehenden Felsen weggebrochen haben oder den Baum umgepflanzt haben.
Oder der Baum ist ganz einfach über den Fels hinausgewachsen.
Aber vielleicht bleiben einige der erlittenen Verformungen.
Der schiefe Baum wird sich wahrscheinlich nie wieder ganz gerade strecken.**

**Auch wenn der Baum sich damit von anderen Bäumen unterscheidet, gibt es nicht viele spannende Möglichkeiten
zu wachsen, welche dieser besondere, einzigartige Baum heute erkunden kann?
Darf er das heute erreichte Sonnenlicht nicht nutzen, um Früchte hervorzubringen?
Oder mit anderen Bäumen einen Wald bilden, damit er nicht so alleine dasteht?
Werden sich die Vögel, die in seiner Krone ein Nest bauen, wegen seiner Schiefheit weniger sicher fühlen oder
werden sie nicht vielleicht sogar Freude daran haben, in einem so besonderen Baum zu wohnen?**

aus: Metaphern aus der Traumatherapie (Priebe, Dyer, 2014)