



TRAUMA- AMBULANZ

Sibylle Maria Winter / Claudia Calvano /
Christine Heim / Kathrin Reiter / Simone Wasmer (Hg.)

Implementierung von Traumaambulanzen für Kinder und Jugendliche

Anleitung zur praktischen Umsetzung

Winter / Calvano / Heim / Reiter / Wasmer (Hrsg.):
Implementierung von Traumaambulanzen für Kinder und Jugendliche



© 2023 Vandenhoeck & Ruprecht | Brill Deutschland GmbH
ISBN Print: 9783525408681 — ISBN E-Book: 9783647408682

Winter / Calvano / Heim / Reiter / Wasmer (Hrsg.):
Implementierung von Traumaambulanzen für Kinder und Jugendliche

Winter / Calvano / Heim / Reiter / Wasmer (Hrsg.):
Implementierung von Traumaambulanzen für Kinder und Jugendliche

Sibylle Maria Winter / Claudia Calvano / Christine Heim /
Kathrin Reiter / Simone Wasmer (Hrsg.)

Implementierung von Traumaambulanzen für Kinder und Jugendliche

Anleitung zur praktischen Umsetzung

VANDENHOECK & RUPRECHT

Mit 25 Abbildungen und 16 Tabellen

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über <https://dnb.de> abrufbar.

© 2023 Vandenhoeck & Ruprecht, Robert-Bosch-Breite 10, D-37079 Göttingen,
ein Imprint der Brill-Gruppe
(Koninklijke Brill NV, Leiden, Niederlande; Brill USA Inc., Boston MA, USA;
Brill Asia Pte Ltd, Singapur; Brill Deutschland GmbH, Paderborn, Deutsch-
land; Brill Österreich GmbH, Wien, Österreich)
Koninklijke Brill NV umfasst die Imprints Brill, Brill Nijhoff, Brill Hotel,
Brill Schönigh, Brill Fink, Brill mentis, Vandenhoeck & Ruprecht, Böhlau,
V&R unipress und Wageningen Academic.

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich
geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen
bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Umschlagabbildung: © Anna-Sophia Aylin Winter (11 Jahre); Logo der
Traumaambulanz an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

ISBN 978-3-647-40868-2

Inhalt

Vorwort der Landesvorsitzenden des Weißen Rings Berlin	13
Vorwort der Herausgeberinnen	15
<i>Sibylle Maria Winter</i>	
1 Einleitung	17
<i>Claudia Calvano</i>	
2 Traumadefinition und Epidemiologie	25
2.1 Traumadefinition	25
2.2 Epidemiologie	28
2.2.1 Retrospektive Einschätzung von Erwachsenen (Dunkelfeld)	28
2.2.2 Selbstbericht der Kinder und Jugendlichen (Dunkelfeld)	30
2.2.3 Offizielle Statistiken (Hellfeld)	31
2.3 Beurteilung des Einzelfalls: Integration verschiedener Quellen	35
2.4 Fazit	37
Literatur	37
<i>Christine Heim</i>	
3 Biologische Einbettung von traumatischen Erfahrungen in der Kindheit: Relevanz von früher Intervention zur Verhinderung von Langzeitfolgen	39
3.1 Traumatische Erfahrungen in der Kindheit und Krankheitsrisiko über die Lebensspanne	40
3.2 Entwicklungsplastizität, sensible Phasen und Stress- reaktionssysteme	43
3.3 Biologische Folgen kindlicher Traumatisierung bei Erwachsenen	46
3.4 Gen-Umwelt-Interaktionen und epigenetische Einbettung ...	55
3.5 Zellalterung	60
3.6 Biologische Einbettung von Trauma bei Kindern	62
3.7 Intergenerationale Übertragung der Folgen von frühem Trauma	70

3.8	Implikationen für Interventionen bei traumatisierten Kindern: Verhinderung der biologischen Einbettung?	74
3.9	Ausblick	80
	Literatur	81
<i>Claudia Calvano</i>		
4	Traumafolgestörung und Therapie	96
4.1	Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter	96
4.1.1	Klassifikation von Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter	96
4.1.2	Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung	101
4.1.3	Traumafolgesymptomatik im Entwicklungsverlauf	105
4.1.4	Risiko- und Schutzfaktoren	108
4.2	Psychotherapeutisches Vorgehen bei Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen	108
4.2.1	Traumainformierte Gesundheitsversorgung	110
4.2.2	Erstversorgung und Kurzzeitintervention in Traumaambulanzen	111
4.2.3	Traumafokussierte Psychotherapie	112
	Literatur	125
<i>Birgid Hollatz</i>		
5	Rechtliche Grundlagen für Traumaambulanzen im Sozialen Entschädigungsrecht – Opferentschädigungsgesetz (OEG – bis 31.12.2023) und Sozialgesetzbuch XIV (SGB XIV)	128
5.1	Anspruchsberechtigter Personenkreis, Entschädigungstatbestände – insbesondere bezogen auf Kinder und Jugendliche	129
5.1.1	Entschädigungstatbestände	130
5.1.2	Entschädigungstatbestände nach dem OEG	130
5.2	Entschädigungstatbestände nach dem SGB XIV	132
5.3	Traumaambulanzen, eine Leistung der Schnellen Hilfen – Regelungen im SGB XIV (Auszug aus dem SGB XIV) und in der Traumaambulanz-Verordnung (TAV – Auszug aus dem BGBL)	135
5.4	Verordnung über die von den Traumaambulanzen in der Sozialen Entschädigung zu erfüllenden Qualitätskriterien und die Pflichten der Traumaambulanz (Traumaambulanz-Verordnung – TAV)	141
5.5	Erleichtertes Verfahren nach §115 SGB XIV	142
	Literatur	143

Sibylle Maria Winter

6	Strukturelle Möglichkeiten der Versorgung über Traumaambulanzen	144
6.1	Die Umfrage: Strukturen der Traumaambulanzen in Deutschland	144
6.2	Modellhafte Möglichkeiten zum Aufbau einer Traumaambulanz	147
6.2.1	Finanzierung und Personal	147
6.2.2	Versorgung	150
6.3	Handlungsempfehlungen für den Aufbau einer Traumaambulanz	150
	Literatur	153

Kathrin Reiter

7	Aus der Praxis: Psychotherapeutische Versorgung in der Traumaambulanz der Charité	154
7.1	Kontaktaufnahme	154
7.2	Das Erstgespräch in der Traumaambulanz	155
7.3	Diagnostik	156
7.4	Umgang bei bestehendem Täterkontakt	157
7.5	Erste Behandlungsphase: Stabilisierung	158
7.5.1	Psychoedukation	158
7.5.2	Einbezug der Bezugspersonen	160
7.6	Zweite und dritte Behandlungsphase: Traumakonfrontation und -integration	162
7.7	Fallbeispiele	167
7.7.1	Fallbeispiel I: traumatherapeutische Behandlung von Kindern	167
7.7.2	Fallbeispiel II: traumatherapeutische Behandlung von Jugendlichen	170
7.8	Abschluss der Behandlung	173
7.9	Exkurs: Schwierigkeiten in der Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen	174
7.10	Fazit	174
	Literatur	175

Simone Wasmer

8	Besondere Herausforderungen in der traumatherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Migrations- oder Fluchthintergrund	176
8.1	Theoretische Rahmenbedingungen bei der traumatherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Migrations- und/oder Fluchthintergrund	177
8.1.1	(Inter-)Kulturelle Kompetenzen in der Psychotherapie	177
8.1.2	Beispiele kultureller Besonderheiten	180
8.1.3	Bedeutung der Sozialen Arbeit für die Psychotherapie	182
8.1.4	Einsatz von Sprach- und Kulturmittler:innen	184
8.2	Komplexe Traumafolgestörungen bei Patient:innen mit Fluchthintergrund	187
8.3	Fazit und praktische Tipps	188
	Literatur	188

Sascha Bos

9	Besonderheiten bei der Behandlung von minderjährigen Opfern sexualisierter Gewalt	190
9.1	Sekundäre und tertiäre Stigmatisierung in der psychotherapeutischen Arbeit mit minderjährigen Opfern von sexualisierter Gewalt	190
9.2	Minderheitenstress und Intersektionalität	191
9.3	Handlungsempfehlungen für die Praxis	193
9.4	Geschlecht in der therapeutischen Arbeit mit Opfern sexualisierter Gewalt	194
	Literatur	195

Sascha Bos

10	Kunsttherapeutische Methoden in der traumafokussierten Psychotherapie	197
10.1	Kunsttherapie mit Kindern und Jugendlichen	198
10.2	Kunsttherapie in der traumafokussierten Arbeit	199
	Literatur	203

Claudia Calvano

11	Qualitätssicherung und Evaluation	205
11.1	Qualitätssicherung in Traumaambulanzen	205
11.2	Evaluation und Möglichkeiten der Begleitforschung	206

11.2.1	Veränderungsmessung	207
11.2.2	Konzeptueller Rahmen von Begleitforschung	209
11.3	Erfassung von Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter	210
11.4	Ergebnisse der Begleitforschung der Traumaambulanz für Kinder und Jugendliche an der Charité – Universitäts- medizin Berlin	214
11.4.1	Beschreibung der Stichprobe zum Zeitpunkt der Vorstellung	215
11.4.2	Interventionsbezogene Merkmale und Drop-out- Analysen	220
11.4.3	Therapieoutcome: Beschreibung der Stichprobe am Ende der Behandlung	222
11.5	Fazit	227
	Literatur	229
	<i>Sibylle Maria Winter</i>	
12	Ausblick	231
	Die Autor:innen	235
	Persönliche Danksagung	236

Winter / Calvano / Heim / Reiter / Wasmer (Hrsg.):
Implementierung von Traumaambulanzen für Kinder und Jugendliche

Zu Beginn eine Stimme einer Betroffenen:

*Der Schmerz gleicht einem großen schwarzen Loch
Ohne Boden
Ohne Anfang
Ohne Ende*

*Die Bilder verfolgen mich
Tagsüber
Nachts
Immer*

*Die Gedanken lassen mich nicht los
Zuhause
In der Schule
Bei Freunden*

*Es vergeht eine lange Zeit
Im schwarzen Loch
Den Bildern ausgeliefert
In Gedanken gefangen*

*Eines Tages finde ich Worte dafür
Das schwarze Loch wird kleiner
Die Bilder werden schwächer
Die Gedanken weniger*

*Ich finde ins Leben zurück
Ich bin gewachsen
Ich bin wieder bei mir
Ich bin wieder hoffnungsvoll*

Winter / Calvano / Heim / Reiter / Wasmer (Hrsg.):
Implementierung von Traumaambulanzen für Kinder und Jugendliche

Vorwort der Landesvorsitzenden des Weißen Rings Berlin

Liebe Leserin, lieber Leser,

ich fühle mich sehr geehrt, als Landesvorsitzende von *WEISSER RING – Gemeinnütziger Verein zur Unterstützung von Kriminalitätsopfern und zur Verhütung von Straftaten e. V.* Berlin Ihnen dieses Buch empfehlen zu können und mit meinem Vorwort auch einen kurzen Einblick in die Praxis aus der Sicht von Betroffenen zu geben. Geehrt bin ich deshalb, weil die Traumaambulanz einen wichtigen, wenn nicht sogar zum Teil existenziellen Beitrag in der vom Weißen Ring begleiteten Opferbetreuung leistet und ich durch dieses Vorwort die Gelegenheit erhalte, diese wertvolle Arbeit zu würdigen und Danke zu sagen. Die Opferbetreuung wird im Weißen Ring durch ehrenamtliche Mitarbeiter gewährleistet. Wir verstehen uns als Lotsen im Hilfesystem. In diesem Hilfesystem ist eine jeweilige Traumaambulanz sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche unverzichtbar. Die Traumaambulanzen stellen eine schnelle, unkomplizierte und niederschwellige psychotherapeutische Unterstützung dar. Im Rahmen der gewährleisteten Kostenübernahme nach dem Opferentschädigungsgesetz muss sich ein Opfer einer Straftat auch keine Sorgen um die Übernahme der Kosten machen. Besonders von Vorteil ist auch, dass mittlerweile die Hilfeleistung in Anspruch genommen werden kann, ohne den umfangreichen Antrag nach dem Opferentschädigungsgesetz vollständig auszufüllen, sondern hier ein entsprechender Kurzantrag ausreichend sein kann, um so kurzfristige Hilfestellung geben zu können. Opfer, die eine therapeutische Begleitung benötigen, müssen leider immer wieder die Erfahrung machen, dass sie, wenn sie sich selbstständig um psychotherapeutische Unterstützung bemühen, Termine erst zu einem sehr späten Zeitpunkt erhalten können. Teilweise liegt hier ein halbes Jahr oder mehr Zeit zwischen der erforderlichen Hilfe und der erlebten Tat. Dies ist für ein Opfer kaum zu ertragen. Die Traumaambulanz bietet sehr schnelle Diagnostik und frühen Beginn der Behandlung

von Traumafolgestörungen an. Für das Opfer ist es allein schon hilfreich, kurzfristig einen Termin zu erhalten, um dadurch dann die Gewissheit zu erhalten, durch Gespräche einer manifesten Traumafolgestörung vorzubeugen und entgegenzuwirken. Die Diagnostik ist hilfreich, um mit den Empfehlungen der Traumaambulanz gezielt nach weitergehender Unterstützung zu suchen. Allerdings auch die bereits vorgenommene eingehende sehr individuelle Beratung im ersten Termin hilft Opfern, die Folgen der Tat zu erkennen, einzuordnen und Traumafolgesymptome richtig einzuschätzen. Insbesondere auch die Vermittlung weiterer Hilfsangebote durch die Traumaambulanz ist hilfreich, da es bei der Vielzahl der Angebote für ein traumatisiertes Opfer allein schwierig ist, sich zurechtzufinden. Auch hier schätzen wir als Weißer Ring, dass die von uns betreuten Opfer Informationen erhalten, die wir dann mit diesen ebenfalls in der Umsetzung begleiten können. Insbesondere auch das sehr niederschwellige Erreichen ist entscheidend, um keine Hürden für die von einer Straftat Betroffenen aufzubauen. Betroffene können unmittelbar und sehr zeitnah nach telefonischer Vereinbarung ein erstes Gespräch erhalten. Allein die Aussicht auf dieses zeitnahe Erstgespräch beruhigt Betroffene und gibt Sicherheit. Sie erfahren, nachdem sie Schreckliches erlitten haben, dass es Menschen gibt, die an ihrer Seite stehen. Auch die Unterstützungsleistungen der Traumaambulanz beim Ausfüllen des Antrages auf Leistung nach dem Opferentschädigungsgesetz entlasten Betroffene sehr und führen dadurch auch dazu, dass Opfer ihre – teils unbekanntenen – Ansprüche geltend machen, was uns besonders am Herzen liegt. Wir im Weißen Ring erhalten immer wieder die Rückmeldung, dass Opfer, die sich an die Traumaambulanz gewandt haben, diese als Hilfe dafür sehen, wieder Kontrolle über ihr Leben übernehmen zu können. Sie sind gestärkt, um sich den Problemen zu stellen, diese anzugehen und letztendlich besser zu bewältigen. Für diese herausragende Arbeit sage ich Danke und wünsche allen, die sich dieser Aufgabe widmen, Mut und Kraft.

Ihre

Manuela Krahl-Röhnisch

Rechtsanwältin und Landesvorsitzende WEISSER RING Berlin

Vorwort der Herausgeberinnen

Dieses Buch ist uns ein wichtiges Anliegen. Seit über zehn Jahren widmen wir uns der psychotherapeutischen Erstversorgung von Kindern und Jugendlichen nach Gewalterfahrung. Bei diesen Kindern und Jugendlichen handelt es sich meist um eine sehr vulnerable Gruppe, die in jeder Hinsicht Unterstützung braucht. Die klinisch-praktischen Erfahrungen dieser Arbeit möchten wir teilen und so zu einem flächendeckenden Aufbau weiterer Traumaambulanzen für Kinder und Jugendliche beitragen.

Zum Verständnis dieser Kinder und Jugendlichen kann ein Film beitragen, der uns in den letzten Wochen besonders beeindruckt hat. Dieser macht sehr deutlich, dass Unterstützung für diese Kinder und Jugendlichen unabdingbar ist. Wobei wir hier betonen möchten, dass auch die Bezugspersonen Unterstützung brauchen. Unabhängig davon, ob sie an der Gewalterfahrung beteiligt sind oder nicht. Der Titel des Films ist »Burning Memories« von Alice Schmid. Sie ist eine Filmemacherin aus der Schweiz und selbst betroffen. Der Film handelt von ihrer Lebensgeschichte. Diese zeigt den meist frühen Beginn der Gewalterfahrung, der vulnerabel macht auch für spätere Gewalterfahrung. Besonders deutlich wird, dass verantwortliche Erwachsene die Gewalt tabuisieren und dass betroffene Kinder ohne Unterstützung keine oder kaum Worte dafür finden, vielmehr dies für sie zu einer lebenslangen Aufgabe wird. Damit verbunden sind häufig multiple psychische Probleme. Dieser Teufelskreis kann durch eine niedrigschwellige professionelle Unterstützung unterbrochen werden, die unter anderem Traumaambulanzen leisten können.

Für ihr Engagement zu Beginn der Traumaambulanz an der Charité möchten wir Loretta Ihme und Elena Murray besonders danken, die den Aufbau der Traumaambulanz an der Charité – Universitätsmedizin Berlin maßgeblich unterstützt und die Arbeit geprägt haben. Für die Unterstützung der Begleitforschung der Traumaambulanz und der in diesem Band präsentierten Umfrage unter den Trauma-

ambulanzen sind wir Alexandra Brecht besonders dankbar. Sebastian Wilck gilt für sein hohes Engagement sowie die Recherche und formale Aufbereitung des Manuskripts ebenfalls besonderer Dank.

Auch Vandenhoeck & Ruprecht danken wir für die Aufnahme dieses wichtigen Themas und die kontinuierliche Unterstützung, insbesondere Imke Heuer für die stets prompten und hilfreichen Rückmeldungen.

Sibylle Winter

Claudia Calvano

Christine Heim

Kathrin Reiter

Simone Wasmer

1 Einleitung

Sibylle Maria Winter

Ganz bewusst wähle ich im Folgenden mit der Schilderung meiner Erfahrungen aus der nunmehr zehnjährigen Arbeit in der Traumaambulanz für Kinder und Jugendliche an der Charité – Universitätsmedizin Berlin eine subjektive Darstellung als Einstieg in das Thema.

Am 1. Januar 2012 wurde die Traumaambulanz für Kinder und Jugendliche an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Charité – Universitätsmedizin Berlin im Rahmen eines Pilotprojektes eröffnet. Zuvor hatte es weitreichende Aktivitäten des Landesamtes für Gesundheit und Soziales und der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales gegeben, die die Eröffnung ermöglicht haben. Zu diesem Zeitpunkt war ich als Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Konsil- und Liaisondienst für die Kinderkliniken der Charité – Universitätsmedizin Berlin tätig. Dort hatte ich immer wieder stationär Kinder und Jugendliche betreut, die Opfer akuter Traumatisierung, meist von schweren Unfällen, zum Teil auch mit Verlust der Angehörigen, geworden waren. Insofern fühlte ich mich bei der Eröffnung der Traumaambulanz inhaltlich gut auf deren Leitung vorbereitet. Ungewohnt war für mich die Umsetzung psychotherapeutischer Erstversorgung nach akuter Gewalterfahrung im ambulanten Setting mit einem begrenzten Stundenkontingent. Insbesondere die unplanbare, zeitnahe und hochfrequente Versorgung von akuten Gewaltopfern war herausfordernd, wobei die Versorgung von Halb- oder Vollwaisen nach tödlicher häuslicher Gewalt noch einmal besondere Ansprüche an uns stellte. Denn diese erforderte neben der Betreuung in der Traumaambulanz auch eine sehr enge Zusammenarbeit mit der Schule und der Jugendhilfe. Zudem waren diese Vorfälle häufig in der Presse, was die Reintegration in den Alltag zusätzlich erschwerte, zumal in aller Eile der Aufenthalt der betroffenen Kinder und Jugendlichen geklärt werden musste.

Um die Traumaambulanz bekannt zu machen, war Öffentlichkeitsarbeit in Form von Fachtagen und Vorträgen zu Beginn notwendig. Inhalte der Vorträge waren zum einen die definierten Voraussetzungen für die Betreuung in der Traumaambulanz, die vonseiten des Landesamtes für Gesundheit und Soziales damals folgendermaßen lauteten: In der Traumaambulanz konnten in Berlin gemeldete Kinder und Jugendliche betreut werden, die in Berlin körperliche oder sexualisierte Gewalt (»hands-on« und »hands-off«) erlebt hatten. Auch der sogenannte Schockschaden ermöglichte für die Sekundäropfer eine Betreuung in der Traumaambulanz, z. B. von Kindern, die Zeugen von (tödlicher) häuslicher Gewalt waren oder das Opfer einer Gewalttat gefunden hatten. Neben den geschädigten Kindern und Jugendlichen konnten auch Angehörige, Hinterbliebene und Nahestehende in der Traumaambulanz betreut werden. Mit dem Landesamt für Gesundheit und Soziales war vereinbart, dass die Gewalterfahrung bis maximal ein Jahr zurückliegen durfte, um die Voraussetzungen für eine Betreuung zu erfüllen. In den Folgejahren waren wir immer wieder mit Anfragen von geflüchteten Kindern und Jugendlichen konfrontiert, die in ihrem Herkunftsland Gewalt erfahren hatten. Diese konnten wir aufgrund der definierten Voraussetzungen in der Traumaambulanz nicht betreuen, es sei denn, sie waren in Berlin Opfer einer Gewalttat geworden.

Zum anderen stellten wir in den Vorträgen die inhaltliche Arbeit der Traumaambulanz vor. Von Beginn an orientierten wir uns an empirisch nachgewiesenen wirksamen traumaspezifischen Behandlungsprogrammen. Diese sind traumafokussierend und beinhalten eine Auseinandersetzung mit traumabezogenen Gedanken, Gefühlen, Körperreaktionen und Erinnerungen. Darüber hinaus sind psychoedukative Elemente, das Erlernen von Emotionsregulationsstrategien sowie eine ressourcenaktivierende Abschlussphase entscheidende Bausteine.

In den Vorträgen haben wir die Traumaambulanz als einen Raum dargestellt, in welchem das Trauma thematisiert werden kann. Dies ist keineswegs selbstverständlich, da in der Gesellschaft und auch in Fachkreisen immer wieder Bedenken auftauchen, über erlebte Gewalt von Kindern oder Jugendlichen zu sprechen. Es bestehen vor allem Ängste, dass es im Rahmen des traumafokussierten Arbeitens

zu einer Destabilisierung der Kinder und Jugendlichen kommen könnte. Diese Ängste können dann zur Folge haben, dass auch in psychotherapeutischen Behandlungen erlebte Traumata nicht thematisiert werden. Zudem gilt es zu berücksichtigen, dass Kinder und Jugendliche oftmals keine Worte für das haben, was sie erlebt haben, oder aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen nicht darüber sprechen können. Mehrfach haben mir Erwachsene nach frühkindlicher Traumatisierung geschildert, dass sie in psychotherapeutisch-psychiatrischen Behandlungen in ihrer Kindheit und Jugend nicht über Gewalt sprechen konnten und damals auch von den Fachkräften nicht nach Gewalterfahrungen gefragt wurden. Genau dieses Nachfragen nach Gewalt hätte aber die Wahrscheinlichkeit erhöht, darüber sprechen zu können.

Das große Plus der Traumaambulanz ist, dass bereits ihr Name das Trauma zum Thema macht, was von Anfang an eine direkte traumafokussierte Arbeit eröffnet. Bei Anfragen von Kindern und Jugendlichen in der Traumaambulanz, die sich in laufenden psychotherapeutischen Behandlungen befinden, unterstützen wir die Therapeut:innen, die traumafokussierte Arbeit in die laufende Psychotherapie zu integrieren.

Zur Verbesserung der Qualität in der Traumaambulanz entschloss ich mich, eine Weiterbildung in Psychotraumatologie des Kindes- und Jugendalters zu absolvieren. Ursprünglich als Tiefenpsychologin ausgebildet, gab mir dies mehr Sicherheit im Umgang mit den Kindern und Jugendlichen, insbesondere in den verhaltenstherapeutischen Techniken im Rahmen der traumafokussierten Psychotherapie. Vor allem war ich bestärkt, mit den Kindern und Jugendlichen bei ausreichender Sicherheit im Umfeld konsequent die Arbeit mit dem Traumanarrativ zu verfolgen. Da Kinder und Jugendliche intuitiv eher vermeiden, über das Erlebte zu sprechen, ist es besonders wichtig, sie über die positive Wirkung der traumafokussierten Psychotherapie in Bezug auf die psychische Symptomatik aufzuklären. Hilfreich sind in diesem Zusammenhang symbolische Vergleiche mit einer Wunde, die gereinigt werden muss. Auch diese Reinigung ist analog der Traumakonfrontation zunächst schmerzhaft, jedoch Voraussetzung für die Heilung. Auch bei schwerwiegenden Traumata war für mich immer wieder die Verbesserung der psychischen Symptomatik durch diesen

traumafokussierten psychotherapeutischen Zugang beeindruckend. Einzuräumen ist, dass nicht alle Kinder und Jugendlichen von der Erstellung eines Traumanarrativs überzeugt werden können, manche lehnen dies oder auch grundsätzlich eine psychotherapeutische Betreuung ab. Beides ist auf jeden Fall zu respektieren. Jedoch sollte immer eine umfassende Psychoedukation erfolgen, sodass die Kinder und Jugendlichen zu einem späteren Zeitpunkt auf dieses Wissen gegebenenfalls zurückgreifen können. Die Vermeidung ist aber nicht nur aufseiten der Kinder und Jugendlichen und ihrer Bezugspersonen, sondern auch aufseiten der professionellen Helfer:innen und der Psychotherapeut:innen zu beobachten. Immer wieder habe ich erlebt, dass Therapeut:innen die betroffenen Kinder und Jugendlichen über lange Zeit stabilisieren, eine Traumakonfrontation im engeren Sinne jedoch nicht beginnen. Hier möchte dieses Buch Aufklärungsarbeit leisten.

Inhaltlich gliedert sich das Buch in folgende Kapitel: Die Kapitel 2 bis 4 widmen sich den wissenschaftlichen Grundlagen der Psychotraumatologie des Kindes- und Jugendalters. In Kapitel 2 stellt Claudia Calvano aktuelle Definitionen, Operationalisierungen und Prävalenzen von Gewalterfahrungen im Kindes- und Jugendalter vor. Die neurobiologischen Folgen für die kindliche Entwicklung und die Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit über die gesamte Lebensspanne erläutert Christine Heim in Kapitel 3. Anschließend beschreibt Claudia Calvano in Kapitel 4 im ersten Teil Traumafolgestörungen in Phänomenologie und Prävalenz im Kindes- und Jugendalter. Dabei finden auch aktuelle Entwicklungen und Neuerungen der ICD-11 Berücksichtigung. Einen Schwerpunkt bilden hierbei psychische Folgeschäden nach (interpersoneller) Gewalterfahrung im Kindes- und Jugendalter. Der zweite Teil des Kapitels stellt den State of the Art psychotherapeutischer Vorgehen bei Vorliegen von Gewalterfahrungen im Kindes- und Jugendalter dar. Aktuelle Therapieansätze der traumafokussierten Psychotherapie werden vorgestellt, einschließlich der empirischen Studien zur Wirksamkeit. Diese Inhalte bilden die Grundlage für die klinisch-praktischen Ausführungen in den nachfolgenden Kapiteln.

Die gesetzlichen Grundlagen erläutert in Kapitel 5 Birgid Hollatz. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem Opferentschädigungsgesetz.

Es stammt aus dem Jahre 1976 und wird den Leistungsberechtigten nicht mehr vollumfassend gerecht. Aus diesem Grund erfolgte eine weitreichende Reform des Sozialen Entschädigungsrechts, die seit dem 1. Januar 2021 vorzeitig einen Rechtsanspruch auf Behandlung in der Traumaambulanz (Schnelle Hilfe) sicherstellt und die ab dem 1. Januar 2024 geltenden SGB-XIV-Tatbestände hinsichtlich der emotionalen Gewalt, der erheblichen Vernachlässigung sowie der Herstellung, Verbreitung und des öffentlichen Zugänglichmachens von Abbildungen sexualisierter Gewalt an Kindern erweitert.

Durch die neue Gesetzgebung wurden die Voraussetzungen für die Betreuung in der Traumaambulanz verändert und ein leichter Zugang zu ihr realisiert – was mich außerordentlich freut. Für die psychotherapeutische Erstversorgung ist eine Polizeianzeige nun nicht mehr notwendig und eine umfassende Prüfung der Angaben der Gewalttat findet nicht mehr statt. Zudem können auch Kinder und Jugendliche betreut werden, deren Gewalterfahrungen länger als ein Jahr zurückliegen, entscheidend für die Betreuung bei uns ist die aktuelle psychische Situation, die sich im Zusammenhang mit einer früheren Gewalttat entwickelt hat. Nachdem in vielen Studien deutlich wurde, dass gerade die emotionale Gewalt als spezifische Gewaltform eine bedeutende Rolle bei Traumatisierungen spielt und zu vergleichbar schwerwiegenderen psychischen Folgeschäden führt als die körperliche Gewalt, wurde der Tatbestand der emotionalen Gewalt folgerichtig als Anlass für die Betreuung in der Traumaambulanz ergänzt.

Aufgrund der Forschungsergebnisse wissen wir, dass in Kindheit und Jugend körperliche, sexualisierte und emotionale Gewalt und/oder Vernachlässigung sehr häufig vorkommen. Retrospektive Untersuchungen legen nahe, dass jedes dritte Kind Gewalt/oder Vernachlässigung erlebt. Wir gehen davon aus, dass Kinder mit psychischen Erkrankungen noch wesentlich häufiger betroffen sind. Dies legt nahe, in ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen von Kindern und Jugendlichen sowie in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie- und -psychotherapie grundsätzlich nach Traumata zu fragen. Deshalb haben wir in unserer Klinik vor einigen Jahren begonnen, jeden Patienten und jede Patientin nach Gewalt zu fragen. Die ersten Auswertungen belegen unsere Vermutungen,

dass die Häufigkeit von Traumata bei unseren Patient:innen ungefähr doppelt so hoch ist wie bei Kindern und Jugendlichen aus einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe.

Aus all diesen Gründen erwarten wir nach der Gesetzesreform deutlich mehr Leistungsberechtigte und hoffen, dass vor allem die Anzahl und die Kapazitäten der Traumaambulanzen für Kinder und Jugendliche in Deutschland deutlich anwachsen werden. Aktuell übersteigt die Anzahl der Gewaltopfer bei Weitem die Betreuungsplätze in den Traumaambulanzen. Nur mit einem schnellen Ausbau der Traumaambulanzen können wir den Kindern und Jugendlichen ausreichend Unterstützung und schnelle Hilfe in den Traumaambulanzen ermöglichen mit dem Ziel, als präventive Maßnahme die Chronifizierung von Traumafolgestörungen zu verhindern.

Die Anbindung der Traumaambulanz an unsere Klinik ist strukturell und inhaltlich sinnvoll. Die Klinik kann strukturelle Ressourcen zur Verfügung stellen. Etwa lief zu Beginn die Terminvereinbarung für die Kinder und Jugendlichen über unsere allgemeine Ambulanz-Anmeldung. Zudem hatte ich in der täglichen Arbeit Unterstützung von einer Kollegin aus der Klinik, Loretta Ihme, einer systemischen Familientherapeutin, mit der ich die ersten Kinder und Jugendlichen zum Teil gemeinsam behandeln konnte. Ein verlässliches stabiles Team halte ich in diesem Zusammenhang für absolut notwendig. Über die Psychotherapeut:innen hinaus ist je nach Größe der Traumaambulanz eine koordinierende Fachkraft und die Möglichkeit des Einbezuges des Sozialdienstes wesentlich. Zudem sind wöchentliche Visiten und interne und externe Supervision unerlässlich. Auch inhaltlich war die Anbindung an die Klinik in einigen Fällen extrem unterstützend, da ein (teil-)stationärer Aufenthalt oder eine längere ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Betreuung indiziert war. In der Rückschau bin ich zu dem Schluss gekommen, dass die Klinikanbindung ein nicht zu unterschätzender Vorteil für eine Traumaambulanz ist. Mehr zu den Strukturen und Möglichkeiten für den Aufbau von Traumaambulanzen einschließlich einer deutschlandweiten Umfrage können Sie in Kapitel 6 nachlesen.

Im klinischen Alltag wurde deutlich, dass wir im Rahmen der Behandlung in der Traumaambulanz in kurzer Zeit auch bei be-

grenzten Behandlungsstunden eine bedeutsame Symptomreduktion erreichen können. Für die Erstversorgung stehen für die Kinder und Jugendlichen fünf Behandlungsstunden zur Verfügung, weitere zehn können bei Bedarf niedrigschwellig beantragt werden. Der gesamt-familiäre Bedarf nach akuter Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen ist sehr groß. Bezugspersonen fühlen sich selbst wie traumatisiert und sind sehr verunsichert. Häufig erleben wir Ängste der Bezugspersonen, Kinder und Jugendliche wieder in den Alltag und in die Schule zu integrieren. Insofern bin ich sehr dankbar, dass wir drei Behandlungsstunden für die Beratung der Bezugspersonen zusätzlich haben, sodass insgesamt pro Fall 18 Behandlungsstunden zur Verfügung stehen.

Bei den Kindern und Jugendlichen nach Gewalterfahrung liegt der Fokus auf ihrem aktuellen psychischen Befinden. Anfangs informieren wir die Kinder und Jugendlichen, dass sie nicht darüber sprechen müssen, was sie erlebt haben, aber selbstverständlich den Raum nutzen können, über das Erlebte zu berichten. Das Spektrum der Kinder und Jugendlichen, die vorgestellt werden, ist groß. In der Traumaambulanz haben wir Kinder und Jugendliche betreut, die vor dem Gewalterleben psychisch gesund waren und auch mit der Gewalterfahrung nach kurzer Krisensituation gut umgehen konnten. Diese können wir nach Beendigung der Betreuung in der Traumaambulanz in psychisch gesundem Zustand entlassen. Jedoch haben wir auch Kinder und Jugendliche betreut, die schon vor der akuten Gewalterfahrung psychische Probleme hatten. Bei diesen ist eine komplette Remission der Symptomatik während der Behandlung in der Traumaambulanz kaum zu erreichen. Unsere Hauptaufgabe besteht dann darin, diese Kinder und Jugendlichen für eine Weiterbehandlung zu motivieren und sie dann auch erfolgreich in kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung und/oder Kinder- und Jugendpsychotherapie zu vermitteln. Ein wesentlicher Punkt dabei ist, dass die Kinder und Jugendlichen bei uns in der Traumaambulanz gelernt haben, dass Psychotherapie und somit das Sprechen über das Erlebte helfen kann. Nicht zu unterschätzen ist auch, dass die Unterstützung der Kinder und Jugendlichen und ihrer Bezugspersonen in der Traumaambulanz einen wesentlichen Faktor darstellt, um nachfolgende Gerichtsverfahren zu meistern.

In den Kapiteln 7, 8 und 9 stellen Kathrin Reiter, Simone Wasmer und Sascha Bos unsere klinisch-praktische Arbeit in der Traumaambulanz vor. Dabei werden speziell die Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und geflüchteten Kindern und Jugendlichen berücksichtigt. Die theoretischen Rahmenbedingungen sowie die Besonderheiten bei Setting und Behandlung veranschaulichen Fallbeispiele. Im Weiteren werden Spezifika bei der Behandlung von minderjährigen Opfern sexualisierter Gewalt beschrieben. Dabei findet die Stigmatisierung der Opfer und die Bedeutung des Geschlechts in der therapeutischen Arbeit eine besondere Aufmerksamkeit. Zum Abschluss des klinischen Teils erörtert Sascha Bos in Kapitel 10 die Chancen der Methodenvielfalt am Beispiel von Kunsttherapie.

Im Verlauf unserer Arbeit in der Traumaambulanz seit 2012 implementierten wir eine Begleitforschung. Uns interessierte die Frage, inwieweit die Behandlung in der Traumaambulanz die Symptomatik mittel- und längerfristig signifikant reduzieren kann. In Kapitel 11 stellt Claudia Calvano nach einer kurzen Einführung Aspekte der Qualitätssicherung und Möglichkeiten der klinischen Begleitforschung sowie die aktuellen Ergebnisse zur Evaluation der Traumaambulanz der Charité – Universitätsmedizin Berlin vor. Das Kapitel schließt mit einer Diskussion der Ergebnisse und Implikationen für weitere Forschung sowie mit den Möglichkeiten der Implementierung von Begleitforschung in anderen Traumaambulanzen für Kinder und Jugendliche ab.

Das Buch endet mit einem Ausblick, wie sich die Traumaambulanzen weiterentwickeln beziehungsweise die Implementierung traumafokussierter Ansätze in die Aus- und Weiterbildung der Psychotherapeut:innen und in die tägliche Arbeit der Psychotherapeut:innen verbessern lassen. Dazu gehört auch, dass Gewalterfahrungen in der Gesellschaft sowie in der Aus- und Weiterbildung und in der täglichen Arbeit von Fachkräften in den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderschutzambulanzen, Kinderschutzgruppen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Fachberatungsstellen und Opferhilfe enttabuisiert werden.

2 Traumadefinition und Epidemiologie

Claudia Calvano

Der Traumbegriff und das Erleben von Gewalt ist spätestens seit Beginn der Covid-19-Pandemie in aller Munde. Trennscharf wird er dabei selten genutzt, weshalb dieses Kapitel zunächst in den Traumbegriff einführt und darauf aufbauend spezifische Formen der Misshandlung und Vernachlässigung definiert. Auf interpersonale Gewalterfahrung wird besonders eingegangen, da Personen, die diese Formen von Gewalt erlebt haben, in den Traumaambulanzen nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG) behandelt werden können. Aktuelle epidemiologische Daten zur Prävalenz von Gewalterfahrungen im Kindes- und Jugendalter zeigen im zweiten Teil des Kapitels die Virulenz des Themas, wobei methodische Aspekte der vorhandenen Studien berücksichtigt und diskutiert werden.

2.1 Traumadefinition

Die Definition, was ein Trauma darstellt und was nicht, hat sich im Laufe der Zeit gewandelt. War für das DSM-IV und die ICD-10 noch eine potenzielle Lebensbedrohung entscheidend, wurde im Zuge der Revisionen dieser Klassifikationssysteme der Begriff breiter und inklusiver gefasst. Dies erleichtert insbesondere die Klassifikation von Traumafolgestörungen, die auf chronische und/oder nicht direkt lebensbedrohliche Gewalterfahrungen zurückzuführen sind. Zudem wurde explizit das Zeuge-Sein von Gewalt in das DSM-5 aufgenommen (siehe Abbildung 2.1).

Eine frühe Klassifikation verschiedener Formen von Traumatisierung stellte Terr (1991) vor, die bis heute in der klinischen Arbeit weitverbreitet ist (siehe Tabelle 2.1). Er unterschied sowohl die Dauer der Traumatisierung (Typ I: einmalig, unerwartet, plötzlich versus Typ II: lang andauernd, wiederholt, chronisch) als auch die Verursachung (interpersonell versus akzidentiell, nicht interpersonell).

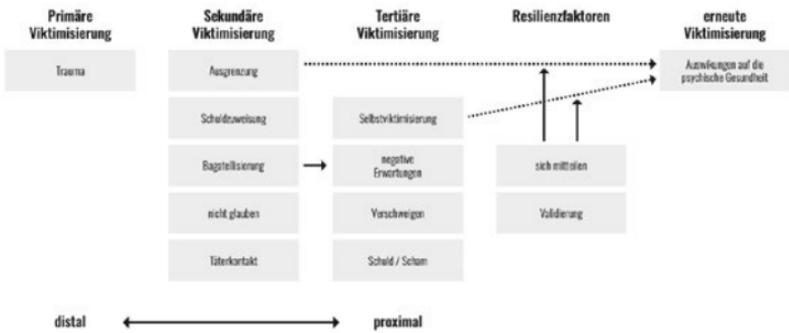


Abbildung 9.1: Minderheiten-Stress-Modell für Opfer sexualisierter Gewalt (inhaltliche Ausarbeitung: Sascha Bos; Grafik: Silke Kampfmeier)

Nach Walgenbach (2012) versteht sich Intersektionalität als ein Paradigma, welches davon ausgeht, dass Kategorien wie etwa Geschlecht, Ethnizität, Nation, Religion, Klasse, Alter, geistige oder körperliche Beeinträchtigungen, Erkrankungen oder Sexualität nicht getrennt voneinander betrachtet werden können. Dabei stehen unterschiedlichste soziale Ungleichheiten miteinander in Wechselwirkung und beziehen sich auf die Analyse sozialer Ungleichheiten beziehungsweise Machtverhältnisse. Gemeinsam beeinflussen diese Variablen die Genese von Psychopathologien.

Fallbeispiele (fiktiv): Eine Patientin ist Opfer sexualisierter Gewalt (erste Minorität). Dadurch droht ihr als junge Frau (zweite und dritte Minorität) einer religiösen Minderheit (vierte Minorität) in ihrer Familie bzw. ihrer religiösen Community zusätzlich Gewalt im Sinne eines kulturspezifischen Umgangs mit sexualisierter Gewalt.

Oder ein Patient ist trans*männlich (erste Minorität). Er hat nun Sorge, aufgrund der erlebten Gewalt (zweite Minorität) Schwierigkeiten bezüglich trans*spezifischer Gesundheitsversorgung zu bekommen. Seine neue Therapeutin denke, trans* zu sein als Psychopathologie und verwehre aufgrund der erlebten sexualisierten Gewalt sowie aufgrund des weiblichen Zuweisungsgeschlechtes bei Geburt (dritte Minorität) die Indikationsstellung für eine Hormonerersatztherapie.

Oder ein Patient kommt aus einem armen Haushalt (erste Minorität). Aufgrund seiner Traumatisierung (zweite Minorität) hat er Fehl-

zeiten in der Schule. Von der Lehrerin wird er als Schwarzer (dritte Minorität) rassistisch diskriminiert. Sie wertet die Schuldistanz nicht als Symptom, sondern als Faulheit, in der sie hier ihre rassistischen Vorrannahmen bestätigt findet.

Im Kontext von minderjährigen Opfern sexualisierter Gewalt kommt Minderheitenstress und Intersektionalität eine besondere Bedeutung zu. Zum einen kann die Zugehörigkeit zu einer Minorität ein Risikofaktor für sexualisierte Gewalt an sich sein. Zum anderen kann die gesundheitliche Prognose durch assoziierte sekundäre und tertiäre Viktimisierung sowie intersektionale Überschneidungen negativ beeinflusst werden.

9.3 Handlungsempfehlungen für die Praxis

Behandelnde in der Arbeit mit Opfern sexualisierter Gewalt sollten ein Verständnis für die Zusammenhänge von Stigma und (Mehrfach-)Stigmatisierung bei der Genesung von Traumatisierten, dem Risiko einer erneuten Viktimisierung sowie der Inanspruchnahme von Hilfe besitzen (Kennedy u. Prock, 2018). Beispielsweise kann die Aufklärung über sekundäre und tertiäre Viktimisierung regelhaft in die Psychoedukation zu Trauma und Traumafolgestörungen aufgenommen werden. Meine bisherigen klinischen Erfahrungen deuten darauf hin, dass es von vielen validierend empfunden wird. Ein Bewusstsein über intersektionale Risikofaktoren kann, aus meiner Sicht, sowohl für Behandelnde als auch für Nutzer:innen traumafokussierter Angebote eine hilfreiche Orientierung bieten. Ergänzend zur regelhaften Psychoedukation unterstützt es junge Menschen darin, sich im Kontext verschiedener Zugehörigkeiten zu verstehen und hilft, antizipierte Selbstviktimisierung abzumildern. Als informierte Nutzer:innen partizipieren sie – entsprechend ihrem Entwicklungsstand und ihrer kognitiven Fähigkeiten – idealerweise von Beginn an bei der Entwicklung eines individualisierten Behandlungsplans.

Angebote, die darauf abzielen, die negativen Folgen von sexualisierter Gewalt zu mildern, sollten sich nicht nur mit der internalisierten Stigmatisierung bzw. der externen Stigmatisierung befassen (wie etwa Schuldzuweisung an das Opfer in der breiteren Gesell-

schaft, negative Reaktionen von informellen und formellen Unterstützungseinrichtungen). Unbedingt mitbeachtet werden sollte die interne Stigmatisierung im Rahmen von Gesundheitsleistungen. Hier besteht das grundsätzliche Risiko für diskriminierendes Handeln aufgrund unbewusster Vorannahmen von Behandler:innen.

Offizielle Stellen wie Polizei und medizinisches Personal müssen über den Einfluss von Opferbeschuldigungen bei der Verschlimmerung der Selbstbeschuldigung, der Scham und der psychologischen Folgen wie PTBS geschult werden, damit sie betroffene Kinder und Jugendliche nicht erneut viktimisieren (Kennedy u. Prock, 2018). Hierzu sollten edukative Angebote erarbeitet, durchgeführt und evaluiert werden. Zudem sollte ein größerer Wert auf Aufklärungs- und Präventionsprogramme gelegt werden. So können Mitteilungsversuche und der Zugang zu Hilfsangeboten günstig beeinflusst und dem Entstehen von Straftaten vorgebeugt werden.

9.4 Geschlecht in der therapeutischen Arbeit mit Opfern sexualisierter Gewalt

Als ich (als männlich gelesener Therapeut) 2016 meine Arbeit in der *Traumaambulanz für Kinder und jugendliche Gewaltopfer* aufnahm, brachen wir mit dem bis dahin implizit vorherrschenden Paradigma, dass Männer in der Arbeit mit Opfern sexualisierter Gewalt »nichts zu suchen« hätten. Aus der Tatsache heraus, dass Täterverhalten in der Regel von Männern ausgeübt und divergent dazu Viktimisierung häufig von Frauen erfahren wird (Büttner, 2018), erleben wir bei Vorstellung in der Traumaambulanz entsprechende Unsicherheiten, wenn männliche Therapeuten vorgeschlagen werden. Eine Kausalität »Mann ist gleich Täter« kann dabei nicht gezogen werden. Die spontane Aussage »Bloß kein männlicher Therapeut!« kann hier als Ausdruck von Vorurteilen oder als Versuch, die eigenen elterlichen Schuldgefühle zu regulieren, verstanden werden – im Sinne einer Reaktionsbildung. Auch kann das Geschlecht des Therapeuten ein sogenannter Trigger sein. Grundsätzlich sollte hier die Wahl des:der Therapeut:in frei sein – selbstverständlich ohne Angabe von Gründen. In der klinischen Praxis haben wir bislang gute Erfahrungen mit Diversität bezogen auf das Therapeut:innengeschlecht erlebt.

Im Verlauf gibt es mitunter differenzierte Rückmeldungen zum Geschlecht. Eine Patientin sagte beispielsweise im Abschlussgespräch:

»Zuerst war das kurz seltsam, aber dann habe ich gar nicht mehr drüber nachgedacht. Is ja auch gut, dass sich nicht so ein Schwarz-Weiß-Denken aufbaut und ich nicht Angst vor Männern generell behalte.«

Zusätzlich können bei spontaner Unsicherheit bezüglich des Therapeut:innengeschlechtes stereotype Annahmen bezüglich der Geschlechter wirksam sein. Beispielsweise werden von weiblich gelesenen Behandelnden eher Softskills erwartet, während mit männlichen Behandlern eher die Fähigkeit, sich abzugrenzen, und direktive Techniken wie Deutungen verbunden werden. Interessant ist, dass ältere Studien diese Annahmen tendenziell unterstützen, während in jüngeren Untersuchungen die Befunde inkonsistenter hinsichtlich der Bedeutung des Therapeut:innengeschlechts sind (Ogrodniczuk u. Staats, 2002). Eine solche Betrachtungsweise reproduziert nicht nur Geschlechterstereotypen, sie ist auch durch eine binäre und nicht mehr zeitgemäße Sichtweise gekennzeichnet. In den Generationen der Millennials sowie der Generation Z lösen sich solche starren Geschlechterrollen zunehmend auf (Coleman et. al, 2022).

Literatur

- Büttner, M. (2018). *Sexualität und Trauma. Grundlagen und Therapie trauma-assoziiierter sexueller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., Nieder, T. O., Reisner, S. L., Richards, C., Schechter, L. S., Tangpricha, V., Tishelman, A. C., Van Trotsenburg, M. A. A., Winter, S., Ducheny, K., Adams, N. J., Adrián, T. M., Allen, L. R., Azul, D., Bagga, H., Başar, K., Bathory, D. S., Belinky, J. J., Berg, D. R., Berli, J. U., Bluebond-Langner, R. O., Bouman, M. B., Bowers, M. L., Brassard, P. J., Byrne, J., Capitán, L., Cargill, C. J., Carswell, J. M., Chang, S. C., Chelvakumar, G., Corneil, T., Dalke, K. B., De Cuyper, G., de Vries, E., Den Heijer, M., Devor, A. H., Dhejne, C., D'Marco, A., Edmiston, E. K., Edwards-Leeper, L., Ehrbar, R., Ehrensaft, D., Eisfeld, J., Elaut, E., Erickson-Schroth, L., Feldman, J. L., Fisher, A. D., Garcia, M. M., Gijls, L., Green, S. E., Hall, B. P.,

- Hardy, T. L. D., Irwig, M. S., Jacobs, L. A., Janssen, A. C., Johnson, K., Klink, D. T., Kreukels, B. P. C., Kuper, L. E., Kvach, E. J., Malouf, M. A., Massey, R., Mazur, T., McLachlan, C., Morrison, S. D., Mosser, S. W., Neira, P. M., Nygren, U., Oates, J. M., Obedin-Maliver, J., Pagkalos, G., Patton, J., Phanuphak, N., Rachlin, K., Reed, T., Rider, G. N., Ristori, J., Robbins-Cherry, S., Roberts, S. A., Rodriguez-Wallberg, K. A., Rosenthal, S. M., Sabir, K., Safer, J. D., Scheim, A. I., Seal, L. J., Schoole, T. J., Spencer, K., St Amand, C., Steensma, T. D., Strang, J. F., Taylor, G. B., Tilleman, K., T'Sjoen, G. G., Vala, L. N., Van Mello, N. M., Veale, J. F., Vencill, J. A., Vincent, B., Wesp, L. M., West, M. A., Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23 (1), s1–s259.
- Hendricks, M. L., Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43 (5), 460–467.
- Kennedy, A. C., Prock, K. A. (2018). »I still feel like I am not normal«: A review of the role of stigma and stigmatization among female survivors of child sexual abuse, sexual assault, and intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19 (5), 512–527.
- Lenz, I. (2010). Intersektionalität. In R. Becker, B. Kortendiek (Hrsg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung* (S. 158–165). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 38–56.
- Ogrodniczuk, J., Staats, H. (2002). Psychotherapie und Geschlechtszugehörigkeit: Brauchen Männer und Frauen unterschiedliche Behandlungen? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48 (3), 270–285.
- Walgenbach, K. (2012). Intersektionalität – eine Einführung.: [www.portal-intersektionalitaet.de](http://portal-intersektionalitaet.de/theoriebildung/ueberblickstexte/walgenbach-einfuehrung/). <http://portal-intersektionalitaet.de/theoriebildung/ueberblickstexte/walgenbach-einfuehrung/> (Zugriff am 08.02.2023).

10 Kunsttherapeutische Methoden in der traumafokussierten Psychotherapie

Sascha Bos

Traumatisierte Patient:innen, denen es schwerfällt, über das Erlebte zu sprechen, können von nonverbalen Therapieformen wie Tanz-, Musik- oder Kunsttherapie profitieren. Dieses Kapitel stellt beispielhaft die Kunsttherapie vor und zeigt, wie kunsttherapeutische Methoden zur Diagnostik und Behandlung in der Traumatherapie eingesetzt werden können.

Historisch ist die Verwendung von bildender Kunst in der Psychotherapie mit Kindern vor allem mit diagnostischem Bemühen verbunden. Die meisten Behandler:innen haben schon mindestens ein projektives Verfahren wie beispielsweise *Familie in Tieren* (Brem-Gräser, 2001) angewendet. Neben dem diagnostischen Nutzen bieten sich kreative Methoden an, um mit Kindern spontan in den Kontakt zu gehen und therapeutische Prozesse einzuleiten (Winnicott, 2018). Im psychotherapeutischen Kontext wird künstlerisches Arbeiten häufig genutzt, um schöpferische Fähigkeiten zu stimulieren, Freiräume und Darstellungsmöglichkeiten für Gefühle zu schaffen und eine aktive Auseinandersetzung mit sich selbst und der Umwelt zu fördern (Lehmkuhl u. Lehmkuhl, 2017). Zudem hat sich Kunsttherapie als eigenständige Therapieform etabliert und ist fester Bestandteil im Behandlungsangebot vieler psychiatrischer Kliniken.

Dabei fußt die kunsttherapeutische Arbeit, wie die Psychotherapie, auf verschiedenen Therapieschulen. Künstlerische Medien ermöglichen es dabei schulenübergreifend, einen Teil des intermediären Raumes zwischen behandlingssuchender und behandelnder Person zu symbolisieren. Durch das kreative Schaffen und das Arbeiten an etwas Drittem wird nicht nur ein Teil des therapeutischen Prozesses sinnlich erfahrbar, wir unterstützen auch die Fähigkeit, sich von Erlebtem zu distanzieren. So bietet sich das künstlerische Arbeiten insbesondere im Kontext von Traumatisierung an, wo aufgrund der spezifischen Symptomatik (siehe Kapitel 4) eine Distanz zum erlebten Leid in der Regel fehlt. Neben bildender Kunst sind auch

das Spiel an sich oder für ältere Personen darstellende Kunst oder Schreiben kreative Möglichkeiten, sich auszudrücken und psychotherapeutische Prozesse zu unterstützen.

10.1 Kunsttherapie mit Kindern und Jugendlichen

Jüngere Kinder sind insofern dankbare Kunsttherapiepatient:innen, als sie in der Regel sofort das Spiel oder kreative Gestalten nutzen, um sich mitzuteilen. Das gemeinsame Spiel beispielsweise ist dabei ein vergängliches Kulturprodukt, das sich zwischen behandelnder und behandelnder Person entwickelt.

Kunst oder künstlerische Methoden für Therapien zu nutzen, bietet sich insbesondere für Kinder und Jugendliche an, die Spaß an kreativen Medien haben. Sie können sich hier mit ihren Interessen und Persönlichkeitsanteilen einbringen und dafür bestärkt werden.

Häufig können sich Behandlungssuchende nicht vorstellen, was in einer Therapie genau passiert. Hier kann kreatives Arbeiten eine Brücke bilden. Einige können schon das Sich-frontal-gegenüber-Sitzen als herausfordernd erleben. Das kreative Arbeiten vermag hier Entlastung bieten. Aber auch für viele andere Nutzer:innen von psychotherapeutischen Gesundheitsleistungen können kreative Medien einen formalen Rahmen für einen therapeutischen Prozess bilden. Ebenso können Personen, denen – aus unterschiedlichsten Gründen – eine nonverbale Interaktion leichter fällt, hiervon profitieren.

Nicht für alle Personen eignet sich eine solche Arbeitsweise für den spontanen Therapieeinstieg. Wenn ich etwas Künstlerisches produziere, zeige ich mich auch immer ein Stück weit selbst. Das kann Hemmungen provozieren. Viele trauen sich nicht, spontan zu malen, aus Angst vor Bewertung. Malen und Zeichnen kann bei einigen Personen Assoziationen zum Kunstunterricht in der Schule auslösen und Insuffizienzgefühle provozieren.

Besonders hervorzuheben ist, dass weder die Behandlungssuchende noch die behandelnde Person künstlerische Vorbildung oder eine besondere Begabung besitzen muss. Lediglich eine Offenheit für eine entsprechende Herangehensweise wird benötigt. Wichtig ist es hier, den Nutzen der Technik sowie den kreativen Prozess

in den Vordergrund zu stellen und nicht das künstlerische Produkt. Wenn sich über den ideellen Wert hinaus ein ästhetischer ergibt, ist das zwar wünschenswert, jedoch nicht primäres Ziel der Arbeit. Zwang oder ein Drängen zum kreativen Arbeiten sollte – wie generell in Therapien – unbedingt vermieden werden.

10.2 Kunsttherapie in der traumafokussierten Arbeit

In der Traumatherapie hat sich das strukturierte Aufschreiben von erlebtem Leiden als Behandlungsmöglichkeit etabliert (Schauer, Neuer u. Elbert, 2017). Insbesondere das Attribut *strukturiert* in der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Personen kann hier hervorgehoben werden. Unabhängig von kunsttherapeutischer Therapie- und Setting ist hier ein haltgebender Rahmen von zentraler Bedeutung. Dieser sollte auch bei kunsttherapeutischem Vorgehen Psychoedukation inkludieren. Bei bestehender posttraumatischer Belastungsstörung ist entsprechend den Leitlinien (Schäfer et al., 2019) das Heranführen an die Exposition mit dem Erlebten als ein zentraler Behandlungsschritt zu betrachten.

In der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung (EMDR) wird vor Beginn der Auseinandersetzung mit belastenden Ereignissen zunächst eine sogenannte Traumalandkarte erstellt (Hofmann, 2014). So eine Landkarte lässt sich wunderbar mit kreativen Medien umsetzen und individuell gestalten.

Kunsttherapeutische Expositionsbehandlungen funktionieren prinzipiell wie die klassische *Exposition in sensu*. Im direkten Vergleich zur verhaltenstherapeutischen Vorgehensweise ist hier auf die fehlende Manualisierung und stark individualisierte Vorgehensweise (Chiang, Reid-Varley u. Fan, 2019) hinzuweisen. Analog zum Schreiben bei der *Narrativen Expositionstherapie* gelingt in der bildnerischen Kunsttherapie die Konfrontation mit dem Erlebten durch bildnerisches Arbeiten.

Fallbeispiel (fiktiv): Der 16-jährige Patient sei Opfer eines Überfalls gewesen und mit einem Messer bedroht worden. Er erfüllte klinisch sowie in der Testdiagnostik die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung. Da er sehr gerne künstlerisch arbeitete, entschieden wir

uns dazu, die indizierte Expositionsbehandlung mittels künstlerischer Medien durchzuführen. Hierzu entwickelten wir einen formalen Rahmen. Das geplante Bild (DIN A5) wurde, ähnlich einem Comic, in vier Felder¹ aufgeteilt. Das erste Bild zeigte den Zustand vor dem erlebten Trauma. Darauf folgten eine Darstellung des Traumas mit Fokus auf dem empfundenen Gefühl (hier Todesangst). Das dritte Feld zeigte den Wendepunkt, an dem der vermeintliche Täter vom Patienten abgelassen habe. Das letzte Bild entsprach qualitativ dem Befinden nach dem berichteten Gewaltverbrechen und war mit Sicherheit assoziiert und im Hier und Jetzt verortet. Über das sinnliche Nacherleben, gestützt durch das fokussierte bildnerische Arbeiten sowie verbale Begleitung, gelang die Reduktion der belastungsassoziierten Symptomatik. Bei Wiedervorstellung nach der Behandlung war die Symptomatik größtenteils remittiert.

Abbildung 10.1 zeigt die vier Felder im Fallbeispiel mit folgender Aufteilung:

1. (idealisierter) Zustand vor Traumatisierung,
2. empfundene(s) Gefühl im schlimmsten Moment des belastenden Erlebnisses,
3. Wendepunkt der Situation,
4. (idealisierter) Zustand nach Trauma.

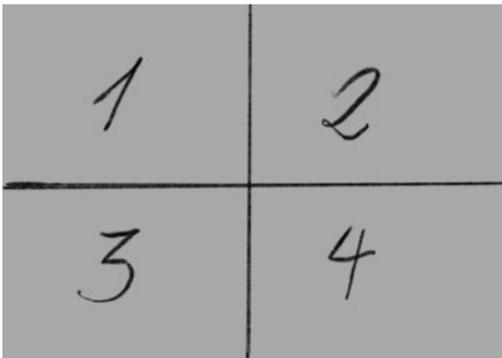


Abbildung 10.1: Aufteilung eines Bildes im Rahmen der Traumabearbeitung

1 Die Technik ist mit der Vier-Felder-Technik aus der EMDR gestützten Behandlung zu vergleichen.

Neben der klassischen Konfrontation mit traumatischen Ereignissen ist beispielsweise das Symbolisieren fragmentierter Persönlichkeits- oder Erlebnisanteile über bildende Kunst günstig. Die Visualisierung ermöglicht es hier, noch unreflektiertes, unsortiertes oder auch teilweise dissoziatives Erleben direkt zu symbolisieren. Dies kann psychotherapeutische Integrationsbemühungen begünstigen. Eine Möglichkeit ist die Darstellung innerer Anteile als sogenanntes Systembild (Lücke, 2008).

Fallbeispiel (fiktiv): Die jugendliche Patientin berichtete davon, in manchen Situationen impulsiv und wie ein kleines verletztes Kind zu reagieren. Im Nachhinein sei es ihr zumeist unangenehm, wenn sie darüber nachdenke, und sie würde die Gedanken sofort beiseiteschieben. In anderen Momenten wiederum könne sie sich altersentsprechend oder sogar sehr erwachsen verhalten. Das Sprechen darüber empfinde sie als ordnend. Im Verlauf gelang es, die unangenehmen Gefühle wie Scham besser zu benennen und Auslöser für das regressive Verhalten zu benennen. Insgesamt fiel es ihr jedoch schwer, die Gesprächsinhalte in eine innere Ordnung zu bringen. Gemeinsam entschlossen wir uns dazu, das innere Erleben in einem Systembild aufzumalen. Das Zeichnen habe ihr dabei geholfen, die verschiedenen Persönlichkeitsanteile zu würdigen und anzuerkennen. Wenn sie sich in einer Situation beispielsweise getriggert fühlte, weil sie wieder beschämt wurde, konnte sie nun das erste Mal der Situation bewusst ein Gefühl zuordnen. Gleichzeitig gelang es uns, die chronisch erlebten Beschämungen zu validieren und den erlebten Schmerz anzuerkennen.

In Abbildung 10.2 ist beispielhaft ein mögliches Systembild dargestellt. Dieses orientiert sich am Rad. Grundsätzlich ist es selbstverständlich möglich, individuelle Darstellungsmöglichkeiten zu finden. Die gezeigte Form bietet sich an, wenn es spontan an eigenen Ideen mangelt oder es für den Beginn etwas Orientierung braucht.

Das künstlerische Arbeiten begünstigt, dass Behandlungssuchende und auch Behandler:innen einzelnen Erlebnissen wie beispielsweise Gefühlen längere Aufmerksamkeit schenken. So kann neben den oben beschriebenen Mentalisierungsprozessen das Nachspüren und Nachempfinden einzelner Gefühle hervorragend unter-



Abbildung 10.2: Systembild

stützt werden. Meiner klinischen Erfahrung nach profitieren besonders Personen, die zu Rationalisierung neigen, von einer solchen sinnlichen Arbeitsweise.

Ebenso kann das psychotherapeutische Arbeiten mit Imaginationen wie beispielsweise dem Vorstellen und Abrufen eines *sicheren Ortes* durch künstlerisches Arbeiten erleichtert werden (vgl. Reddemann, 2008). So unterstützt das konkrete Malen eines solchen Ortes das sonst oft nur in Gedanken stattfindende Sich-Ausmalen:

Fallbeispiel (fiktiv): Der junge Patient (T.) gab spontan an, einen Ort zu wissen, wo er sich sicher gefühlt habe. Er berichtete von dem Schuppen, wo er mit seinem Großvater oft gewerkelt habe. Dort sei allerhand Werkzeug gewesen, mit dem er sich hätte verteidigen können. Auf die Frage hin, ob er sich denn wegen des Werkzeuges sicher gefühlt habe, überlegte er eine Weile. Nein, gab er an, er habe sich wegen des Opas sicher gefühlt. Aber der sei ja tot. Gemeinsam überlegten wir, ob wir einen solchen Ort erfinden könnten, unabhängig von dem Opa, aber ähnlich gut vom Gefühl der Sicherheit. Gemeinsam entwickelten wir eine Vorstellung. Es sollte ein abgeschlossener Raum sein. T. fand, es

benötigte mindestens einen Superhelden mit ebensolchen Superkräften. T. begann zu zeichnen und seine Fantasie im Bild umzusetzen. Er schmückte es mit Details aus, die seine Sicherheit und sein Wohlbefinden unterstützen konnten. Beispielsweise gab es Spielsachen und einen großen Vorrat an Süßigkeiten sowie ein gemütliches Bett zum Ausruhen usw. So entwickelte er einen wunderbaren bildnerischen Raum, den er im Verlauf der Behandlung gut zu einem inneren Raum ausbauen, beziehungsweise auf den er immer besser zurückgreifen konnte.

Grundsätzlich ist sicher eine gewisse Erfahrung mit Trauma- beziehungsweise Expositionsbehandlungen wie auch in der kreativen Arbeit von Vorteil. Dies erlaubt es mir, gegebenenfalls vom Manual abzuweichen und individuelle und kreative Behandlungsformen auszuprobieren und zu erproben.

Untersuchungen zeigen zudem, dass mehr als 30 % der Patient:innen mit posttraumatischer Belastungsstörung nicht von evidenzbasierten Behandlungen (wie traumafokussierter kognitiver Verhaltenstherapie oder EMDR) profitieren. Identifiziert wurden hier Patient:innen mit chronischer Traumatisierung, schlechtem verbalem Gedächtnis sowie mit Schwierigkeiten in der Emotionsregulation. Da ihnen mitunter das verbale Wiedergeben des Erlebten schwerer fällt, wird diskutiert, ob Kunsttherapie hier als nonverbale Therapie eine Alternative darstellen kann. Die aktuelle Forschungslage ist hierzu noch unzureichend (Schouten, van Hooren, Knipscheer, Kleber u. Hutschemaekers, 2019).

Literatur

- Brem-Gräser, L. (2001). Familie in Tieren: Die Familiensituation im Spiegel der Kinderzeichnung; Entwicklung eines Testverfahrens. München/Basel: Reinhardt.
- Chiang, M., Reid-Varley, W. B., Fan, X. (2019). Creative art therapy for mental illness. *Psychiatry Research*, 275, 129–136.
- Hofmann, A. (Hrsg.) (2014). EMDR. Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen (5. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Lehmkuhl, G., Lehmkuhl, U. (2017). Kunst als Medium psychodynamischer Therapie mit Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Lücke, S. (2008). Tiefenpsychologisch fundierte Kunsttherapie in der Behandlung traumabedingter Störungen. In P. Martius, F. von Spreti, H. Förstl (Hrsg.), *Kunsttherapie bei psychischen Störungen* (S. 140–151). München/Jena: Urban & Fischer.
- Reddemann, L. (2008) Traumastörungen. In P. Martius, F. von Spreti, H. Förstl (Hrsg.), *Kunsttherapie bei psychischen Störungen* (S. 135–140). München/Jena: Urban & Fischer.
- Schauer, M., Neuner, F., Elbert, T. (2017). Narrative exposure therapy for children and adolescents (KIDNET). In M. A. Landolt, M. Cloitre, U. Schnyder (Eds.), *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents* (pp. 227–250). New York, NY: Springer International Publishing.
- Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rosner, R., Wöller, W. (2019). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Schouten, K. A., van Hooren, S., Knipscheer, J. W., Kleber, R. J., Hutschemaekers, G. J. M. (2019). Trauma-focused art therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder: A pilot study. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 20 (1), 114–130.
- Winnicott, D. W. (2018). *Therapeutic consultations in child psychiatry*. London: Routledge.

11 Qualitätssicherung und Evaluation

Claudia Calvano

Soll die Arbeit in den Traumaambulanzen professionell ablaufen, müssen wir uns mit den Fragen der Qualitätssicherung und den Möglichkeiten der klinischen Begleitforschung auseinandersetzen. Hierfür können die Ergebnisse zur Evaluation der Traumaambulanz der Charité – Universitätsmedizin Berlin hilfreiche Impulse und Implikationen für weitere Forschung sowie die Implementierung von Begleitforschung in anderen Traumaambulanzen für Kinder und Jugendliche liefern.

11.1 Qualitätssicherung in Traumaambulanzen

Qualitätssicherung ist Bestandteil jeder therapeutischen Arbeit, verankert im § 16 in der Musterberufsordnung für Psychotherapeut:innen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2022). Qualitätssicherung umfasst verschiedene Aspekte und kann auf verschiedenen Ebenen umgesetzt werden: Supervision, Intervision, Qualitätszirkel sowie interdisziplinäre Fallvisiten. Aber auch Dokumentation und Evaluation sind integraler Bestandteil therapeutischen Arbeitens.

Fallvisiten und Intervision

Regelmäßige wöchentliche Fallvisiten und die Besprechung neuer sowie akuter Fälle sind essenziell. Jeder neu aufgenommene Fall sollte besprochen werden, um wichtige Aspekte des Kinderschutzes und der Indikationsstellung abzuklären. Zudem sollte es Möglichkeiten zu Intervision geben. Diese leistet nicht nur einen Beitrag zur Qualitätssicherung und Patient:innensicherheit, sondern auch zur Psychohygiene der Therapeut:innen.

Arztbrief

Für die Dokumentation sollte für jeden Fall ein schriftlicher Bericht erstellt werden, beispielhaft nach folgender Gliederung:

1. Vorstellungsgrund,
2. Symptomatik,
3. Diagnostik,
4. Diagnosen auf sechs Achsen nach dem Multiaxialen Klassifikationsschema,
5. Behandlungsverlauf,
6. abschließende Beurteilung: Zusammenhang zwischen Trauma und der psychischen Gesundheit,
7. abschließende Empfehlungen.

Zentrale Fragestellung der Diagnostik in Traumaambulanzen liegt darin, ob die zu beobachtende und berichtete psychische Symptomatik auf das Erleben des Traumas zurückzuführen ist oder nicht. Auch ist insbesondere im Kindes- und Jugendalter die Beachtung der aktuellen, assoziierten, abnormen psychosozialen Umstände, codiert auf Achse 5, für die Abschätzung der Notwendigkeit weiterer unterstützender Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe essenziell.

Supervision

Der Zusammenschluss mit Kolleg:innen innerhalb des eigenen Teams (Intervision) kann durch externe Supervision ergänzt werden und somit einen Beitrag zur Psychohygiene des Teams und auch Qualitätssicherung der Ambulanz leisten. Externe Supervision kann fallbezogene Fragen sowie Teamsupervision umfassen. Im folgenden Abschnitt werden Möglichkeiten der quantitativen Ergebnisevaluation und Begleitforschung im Rahmen von Traumaambulanzen erörtert und erste Daten vorgestellt.

11.2 Evaluation und Möglichkeiten der Begleitforschung

Wie oben ausgeführt, ist eine stetige Qualitätssicherung in Traumaambulanzen nötig, die auch eine Evaluation der Prozesse und Behandlungsergebnisse umfassen sollte. Evaluation ist fester Bestandteil der therapeutischen Praxis. Traumaambulanzen sind per se Einrichtungen der Erstversorgung, sodass in erster Linie naturalistische Begleitforschung »in der klinischen Praxis« die Möglichkeit

für Evaluation darstellt. Therapieerfolg ist per se multidimensional und breit gefasst. Eine Evaluation des Therapieerfolgs umfasst neben dem Symptom- und Beschwerderückgang im weiteren Sinne auch Maße für die angemessene Störungsursache und Störungfolgen (Schulte, 1993).

11.2.1 Veränderungsmessung

Im Folgenden soll auf den Therapieerfolg als Zustand am Ende der Behandlung fokussiert werden. Hierbei kann für die Erfassung der Veränderung die direkte von der indirekten Veränderungsmessung unterschieden werden. Direkte Veränderungsmessung erfolgt durch eine einmalige, meist retrospektive Einschätzung der Veränderung durch die Psychotherapie. Dies können einfache Items sein, die Veränderung kategorial (z. B. von stark verschlechtert bis stark verbessert) oder dimensional (z. B. auf einer Skala zwischen 0 und 10) erfassen.

Die indirekte Veränderungsmessung hingegen umfasst Prä-Post-Vergleiche, indem dieselben Messinstrumente zu Beginn und am Ende eingesetzt und somit Veränderung indirekt als Differenzwert gemessen wird. Diese zwei Ansätze sind per se verschieden und von verschiedenen Faktoren abhängig und haben jeweils Vor- und Nachteile (Verzerrung retrospektiver Beurteilung bei der direkten Veränderungsmessung; Regression zur Mitte bei der indirekten Veränderungsmessung; Lutz, 2010).

Wenn wir an Traumaambulanzen als Instanzen der Routineversorgung denken, ist die Vergleichbarkeit zu Effekten, die auch in randomisiert-klinischen Studien berichtet werden, eingeschränkt. Primär liegt das an der Selektivität von randomisiert-kontrollierten Studienstichproben, die gewisse Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen müssen, mit meist bestimmten Schweregraden und keinen oder wenigen komorbiden Störungen. Modellierungsanalysen legen zumindest für den Bereich der Depressionsbehandlung des Erwachsenenalters nahe, dass bei einem Matching von Stichprobenmerkmalen zwischen einer randomisiert-kontrollierten Studie und einer naturalistischen Stichprobe einer Hochschulambulanz für Psychotherapie ähnliche Effekte zu finden sind. Per se bedeutet dies, dass Therapien im unselektierten naturalistischen Setting potenziell

genauso wirksam sein können wie Therapien im »selektiven Laborsetting« von klinischen Studien (Lutz, Schiefele, Wucherpfennig, Rubel u. Stulz, 2016). Weitere wichtige Aspekte zur Evaluation von Psychotherapie sind die Frage zur Aufrechterhaltung von Effekten und Abbruchraten.

Aufrechterhaltung von Therapieeffekten

Die direkte oder indirekte Veränderungsmessung umfasst zunächst die Erhebung direkt nach Therapieende. Es stellt sich im Sinne der Generalisierbarkeit und Nachhaltigkeit von Therapieeffekten die Frage, wie lange nach Therapieende sich mögliche Effekte aufrechterhalten. In der Interventionsforschung wird meist von kurzfristigen Katamneseerhebungen (sechs Wochen bis drei Monate post Intervention), mittelfristigen (sechs bis neun Monate post Intervention) und langfristigen Effekten (ab zwölf Monaten post Intervention) unterschieden. Eine besondere Hürde für die Langzeitkatamnesen ist die Herausforderung, die Familien zu erreichen und somit auch vollständige Daten zu erhalten. An dieser Stelle wird wiederum deutlich, dass Begleitforschung mit Katamneseerhebung in den Traumaambulanzen ein gewisses Minimum an Ressourcen benötigt, um durchführbar zu sein.

Zudem gestaltet sich die Situation mit Blick auf Traumaambulanzen als Institutionen der Erstversorgung speziell: Aufgrund der von vornherein begrenzten Stundenkontingente bei einer gleichzeitig hohen Zahl an psychosozial komplexen Fällen, die ein hohes Maß an Unterstützung und Stabilisierung sowie oftmals die Installation von Jugendhilfemaßnahmen erfordern, ist die Anbindung an weiterführend behandelnde Einrichtungen nicht selten. Diese kommen nun jedoch bei Katamneseerhebungen konfundierend ins Spiel. Daher geht es in erster Linie darum, insbesondere die Weiterbehandlung konkret zu erfassen: Was wurde empfohlen und vor allem konnten Familien erfolgreich angebunden werden und was waren dann die Inhalte der weiterführenden Behandlung? Die erfolgreiche Anbindung an weiterführende psychotherapeutische Behandlungen stellt daher bei Traumaambulanzen auch ein Erfolgsmaß dar!

Abbruchraten

Es gibt verschiedene Arten des Therapieendes: ein reguläres Ende, gefolgt von einer direkten oder indirekten Veränderungsmessung. Weitere Arten sind ein Abbruch aufgrund anderer Behandlungsindikation, z. B. der Notwendigkeit einer (teil-)stationären Behandlung sowie ein Abbruch im engeren Sinne, bei dem die Patient:innen von sich aus die Therapie beenden. Im letzten Falle kann dies direkt kommuniziert werden oder es wird durch Nicht-Erscheinen und Nicht-Erreichbar-Sein indirekt kommuniziert, sodass Familien nicht mehr erreichbar sind. Im Sinne der Begleitforschung ist zu empfehlen, den Abbruch als solchen gut zu dokumentieren und, sofern möglich, Gründe des Abbruches zu erfassen.

11.2.2 Konzeptueller Rahmen von Begleitforschung

Im Kontext der Begleitforschung in Traumaambulanzen bewegen wir uns methodisch im Rahmen der naturalistischen Studien und in den Bereichen der Interventions- und Versorgungsforschung. Die Möglichkeiten für Begleitforschung sind integraler Bestandteil der Qualitätssicherung, der Umfang ist jedoch auch von den Ressourcen des Standorts abhängig. Als Mindestanspruch für die Begleitforschung sind eine Beschreibung der Inanspruchnahmestichprobe nach soziodemografischen, traumabezogenen, klinisch-psychologischen Merkmalen gefolgt von direkten und indirekten Veränderungsmessungen, z. B. Prä-Post-Analysen. Zudem können interventionsbezogene Merkmale, beispielsweise Umfang und Inhalte der Behandlung, dargestellt und in Bezug zum Therapieoutcome gesetzt werden. Bedeutsam sind darüber hinaus die Erfassung und Beschreibung von Behandlungsabbrüchen, um perspektivisch Risikogruppen zu erkennen und entsprechend frühzeitig intervenieren zu können.

Im Rahmen der psychotherapeutischen Erstversorgung, wie sie in Traumaambulanzen angeboten und ermöglicht wird, kann die Art der Intervention und das Behandlungsergebnis vom Schweregrad, der Komplexität der Belastungen sowie dem Vorhandensein von psychosozialen Belastungen und/oder Aspekten der Kindeswohlgefährdung abhängen. Daher ist es notwendig, neben der klinisch-psychologischen Belastung auch die Notwendigkeit und Inanspruch-

nahme weiterführender psychotherapeutischer Behandlungen und/oder die installierten Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe zu dokumentieren. Durch eine routinemäßige Begleitforschung können so zentrale versorgungsrelevante Fragen adressiert und langfristig die Versorgung von Kindern und Jugendlichen verbessert werden.

Zentrales Merkmal in Bezug auf die Frage der Wirksamkeit von Psychotherapie stellt die Wahl des Outcomes dar. Im folgenden Abschnitt werden im deutschen Sprachraum vorhandene traumaspezifische Messinstrumente, die sich für den Einsatz in Traumaambulanzen eignen, beschrieben.

11.3 Erfassung von Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter

Im deutschen Sprachraum stehen validierte Fragebögen und Interviews zur Erfassung einer Traumafolgestörung zur Verfügung. Die meisten zielen explizit auf die PTBS ab, sodass andere im Kindes- und Jugendalter häufig auftretende Traumafolgestörungen wie z. B. Ängste, Depressionen und expansive Verhaltensstörungen mit gesonderten Verfahren abgeklärt werden sollten. Im Folgenden soll eine Auswahl davon kurz vorgestellt werden.

»University of California Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index« – UCLA-RI (Kaplow et al., 2020; deutsche Übersetzung nach Landolt, 2014)

Der »University of California Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index« (UCLA-PTSD RI) ist ein Fragebogenverfahren im Selbst- und Elternbericht, welches neben einer Traumaeventliste die PTBS-Symptomatik nach DSM-5 erfasst. Der UCLA-PTSD RI wird jedoch in der klinischen Praxis als semistrukturiertes Interview durchgeführt, was dann auch eine Diagnosestellung der PTBS ermöglicht. Der Reaction Index weist eine sehr gute Reliabilität sowie eine gute konvergente Validität mit dem »Short Mood and Feelings Questionnaire« auf und ist für Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 18 Jahren validiert.

Der UCLA-PTSD RI besteht aus fünf Abschnitten: In der Traumaeventliste können 19 unterschiedliche traumatische Erfahrungen so-

wie jeweils die Art der Zeugenschaft erfasst werden. In den Traumadetails werden spezifische Details zum Trauma sowie dem Alter zum Zeitpunkt der Erfahrung erfasst. Die PTSD-Symptomskala sowie die Häufigkeitsbewertung erfragt die Symptome, unter denen das Kind/der:die Jugendliche im vergangenen Monat auf einer Skala von 0 (an keinem Tag) bis 4 (an fast allen Tagen) gelitten hat. Schließlich wird im letzten Abschnitt bewertet, inwiefern die Symptome zu klinisch bedeutsamen Beeinträchtigungen in der Funktionsfähigkeit z. B. in der Schule oder Beziehung führen.

Die Auswertung erlaubt die klassifikatorische Vergabe der Diagnose PTBS nach DSM-5 einschließlich des dissoziativen Subtypus. Zudem werden Summenscores zu den einzelnen Kriterien sowie ein Gesamtsummscore berechnet. Ab einem Cut-off von 35 auf dem Gesamtscore ist mit sehr guter diagnostischer Zuverlässigkeit von einem Vorliegen einer PTBS auszugehen.

»Child And Adolescent Trauma Screening«

Das »Child and Adolescent Trauma Screening« (CATS) ist ein Screeningverfahren für PTBS, das ausgehend von einer Traumaeventliste die PTBS-Symptomatik erfasst. Im Vergleich zum unten genannten UCLA-PTSD RI ist der CATS explizit nur ein Screening. Die Ulmer Onlineklinik hat die erste Version des CATS frei verfügbar online gestellt (Ulmer Onlineklinik, o. J.b).

2022 wurden Ergebnisse der Validierung einer für DSM-5 und ICD-11 angepassten Version des CATS-2 publiziert (Sachser et al., 2022), die auch das Screening einer komplexen PTBS erlaubt. Neben der kategorialen Diagnostik ermöglicht der CATS-2 zudem eine dimensionale Einschätzung der Symptomintensität. Es liegen Validierungen sowohl für die Selbst- als auch die Fremdeinschätzung für Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 18 Jahren vor: Die Subskalen (DSM-5 PTSD, ICD-11 PTSD, ICD-11 CPTSD) weisen im Selbstbericht mindestens zufriedenstellende sowie in der Fremdeinschätzung mindestens gute Reliabilitäten auf. Die konvergente Validität der Subskalen wird im Selbstbericht mit dem CAPS-CA-5 (siehe unten) von den Autor:innen mit gut gegeben.

Das Screening besteht aus einer Eventliste, in der 14 potenziell traumatische Ereignisse abgefragt werden sowie weitere Ereignisse

frei eingetragen werden können. Anschließend wird anhand von zwanzig Items auf einer Skala von 0 (nie) bis 3 (fast immer) bewertet, wie häufig die abgefragten Gedanken, Gefühle oder Probleme in den letzten vier Wochen auftraten, z. B.: »Ich halte mich von allem fern, das mich an das Geschehene erinnert (Menschen, Orte, Dinge, Situationen, Gespräche)«. Schließlich wird für fünf Bereiche, z. B. »Schule oder Arbeit«, angegeben, ob die Probleme zu Beeinträchtigungen in diesen Bereichen führen.

Die Auswertung erfolgt zum einen kategorial, das heißt, es wird für jede der möglichen Diagnosen (DSM-5 PTSD, ICD-11 PTSD, ICD-11 komplexe PTSD) anhand der Items überprüft, ob die jeweiligen Diagnosekriterien erfüllt sind. Des Weiteren ist es möglich, für jede Diagnose eine Einschätzung der Symptomintensität auf Basis des Summenscores bestimmter Items zu ermitteln. Die Validierung der Einteilung dieser Summenscores in »klinisch nicht erhöht« bis »hoher traumaassoziierter Stress« anhand von Cut-offs steht noch aus. Nichtsdestotrotz ermöglicht der CATS-2 ein ökonomisches Screening der Traumasymptomatik und gibt Hinweise darauf, wo die weitere Diagnostik ansetzen sollte.

»Child Revised Impact of Event Scale« (Perrin, Meiser-Stedman u. Smith, 2005)

Die »Child Revised Impact of Event Scale« (CRIES) ist ein Fragebogen, der zum Screening auf eine posttraumatische Belastungsstörung nach DSM-IV bei Kindern ab acht Jahren validiert ist. Sie weist eine gute Sensitivität (.94) und akzeptable Spezifität auf (.59). Die CRIES besteht aus acht Items, jeweils vier Items erfassen Intrusionen (z. B. »Hast du deswegen plötzlich auftretende starke Gefühle?«) und Vermeidungsverhalten (z. B. »Versuchst du, nicht darüber zu reden?«) während der letzten sieben Tage. Die Kinder bewerten die Items auf einer vierstufigen Skala (0 – gar nicht, 1 – selten, 3 – manchmal, 5 – oft). Die Auswertung erfolgt durch die Bildung von drei Summenscores: dem Gesamtsummenscore sowie den Summenscores der Subskalen Intrusion und Vermeidung. Ein Gesamtsummenscore größer oder gleich 17 weist auf das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung hin, welches mit einem der folgenden Instrumente abgeklärt werden sollte.

»CAPS-CA-5« (Pynoos et al., 2015; deutsche Übersetzung nach Pfeiffer, Sachser u. Tutus, 2019)

Die »Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents DSM-5« (CAPS-CA-5) ist ein klinisches Interview zur Diagnostik einer posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. Sie wurde in den letzten Jahren um die DSM-5-Diagnosekriterien aktualisiert und ist online frei verfügbar (Ulmer Onlineklinik, o. J.a).

Die CAPS-CA-5 besteht aus dreißig Items, anhand welcher die Symptome der Diagnosekriterien systematisch exploriert werden. Notwendige Voraussetzung ist dazu zunächst die Durchführung eines Traumascreenings, um ein Indexereignis zu identifizieren, auf das sich die weiteren Fragen beziehen. Für jedes Item bewertet der:die Diagnostiker:in die Symptomschwere (0 – nicht vorhanden, 2 – mäßig/überschwellig, 4 – extrem/stark einschränkend) sowie für einige Items den Traumabezug (eindeutig, wahrscheinlich, unwahrscheinlich), um sicherzustellen, dass die Diagnosekriterien nicht nur phänomenologisch erfüllt sind, sondern auch funktionell mit dem Indextrauma in Zusammenhang stehen.

Die Auswertung erlaubt die klassifikatorische Vergabe der Diagnose PTBS nach DSM-5 einschließlich des dissoziativen Subtyps. Bislang liegt noch keine Validierungsstudie zu der für DSM-5 aktualisierten Version vor. Des Weiteren werden Summenscores zu den einzelnen Kriterien gebildet sowie ein Gesamtsummscore berechnet, welche im Rahmen der Verlaufsdagnostik Anwendung finden.

Erfassung weiterer Symptome von Traumafolgestörungen

Wie in Kapitel 4 beschrieben, zeigen Kinder und Jugendliche weitere Traumafolgen und Symptome jenseits der spezifischen PTSD-Symptome des Wiedererlebens, der Hypervigilanz und der Vermeidung. Daher sollte eine klinisch-psychologische Diagnostik auch Messinstrumente jenseits der PTSD einsetzen. Hierfür eignen sich Verfahren, die auf internalisierende (Angst, Depression, emotionale Probleme des Kindesalters) sowie externalisierende Störungen (Störungen des Sozialverhaltens, aggressives Verhalten, Wutanfälle) screenen. Die vermutlich am meisten genutzten Verfahren

sind die »Child Behavior Checklist« und ihre verwandten Verfahren. Die CBCL ist ein sehr umfassender Fremdbbericht, ausgefüllt durch eine Bezugsperson, die mittels 99 Symptomitems ein breites Spektrum psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter erfasst. Seit 2014 liegt eine aktualisierte Version für Bezugspersonen von 6- bis 18-jährigen Kindern mit deutschen Normen vor (Döpfner, Achenbach, Plück, Kinnen u. Plück, 2014) und löste die Vorgängerversion (Schmeck et al., 2001) ab. Zur Familie der CBCL gehört der zugehörige Selbstbericht für Jugendliche ab elf Jahren, der »Youth Self Report« (YSR), welcher dasselbe Spektrum an Symptomen und ebenfalls die drei globalen Skalen internalisierender, externalisierender Symptome und einen Gesamtwert liefert.

Für die störungsspezifische Erfassung der häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter bietet sich das ebenfalls aktualisierte »Diagnostiksystem für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder und Jugendliche« (DISYPS-III-Bögen; Döpfner u. Görtz-Dorten, 2017) an. Es liegen einzeln einsetzbare Fragebögen und Diagnosechecklisten im Selbst- und Fremdbbericht für die folgenden Störungsbilder vor: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Störungen des Sozialverhaltens, Depressive Störungen, Angststörungen, Trauma- und Belastungsbezogene Störungen, Zwangs-Spektrum-Störungen, Tic-Störungen, Autismus-Spektrum- und Soziale Kommunikations-Störungen, Bindungs- und Beziehungsstörungen. Sie geben ein detaillierteres, störungsspezifischeres Bild als das oben genannte Screening nach CBCL oder YSR. Ebenfalls liegen aktuelle deutsche repräsentative und klinische Normen für die Auswertung vor.

11.4 Ergebnisse der Begleitforschung der Traumaambulanz für Kinder und Jugendliche an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Die 2012 gegründete Traumaambulanz für Kinder und Jugendliche verfolgte von Anfang an das Ziel einer strukturierten Begleitforschung. Im Zuge der Etablierung der Traumaambulanz konnten die Prozesse zunehmend definiert und umgesetzt werden. Eine erste Auswertung erfolgte im Jahre 2020/21, die die Daten der Inanspruch-

nahmestichprobe von 2012 bis März 2020 umfasste (Calvano et al., 2021). Hier möchten wir eine aktualisierte Auswertung darstellen, die die Vorstellungen bis April 2022 umfasst.

Zunächst wird die Inanspruchnahmestichprobe hinsichtlich soziodemografischer sowie traumabezogener Merkmale beschrieben. Darauf folgt eine deskriptive Darstellung interventionsbezogener Merkmale. Hinsichtlich der Evaluation werden Drop-out-Raten und Analysen dargestellt. Therapieerfolg wird durch eine direkte und indirekte Messung dargestellt. Zudem werden Korrelate für eine Verbesserung der psychischen Symptomatik mittels Regressionen ermittelt.

11.4.1 Beschreibung der Stichprobe zum Zeitpunkt der Vorstellung

Insgesamt wurden bis April 2022 625 Fälle in der Traumaambulanz für Kinder und Jugendliche der Charité – Universitätsmedizin Berlin vorgestellt. Die Fälle deckten die Altersspanne zwischen circa sieben Monaten und 18,5 Jahren ab ($M = 11,7$ Jahre, $SD = 4,7$). Von den Fällen waren $N = 357$ (59 %) weiblich. $N = 243$ (38,2 %) hatten einen Migrationshintergrund.

Daten zum Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung lagen in 607 Fällen vor. In insgesamt 18,1 % der Fälle lag ein Verdacht auf Kindeswohlgefährdung vor, von diesen wurde in der Mehrheit das Risiko als latent eingestuft ($N = 98$, 16,1 %), in 17 Fällen (2,7 %) lag jedoch eine akute Kindeswohlgefährdung vor.

Tabelle 11.1 stellt traumabezogene Merkmale hinsichtlich Traumatypes, Häufigkeit, Täter:in sowie der Dauer zwischen Trauma und Vorstellung in der Traumaambulanz für die Gesamtstichprobe und jeweils für drei Altersgruppen dar. Erwartungsgemäß ist eine hohe Überlappung bei der Art des berichteten Traumas zu beobachten. Die häufigste Traumaart war sexualisierte Gewalt in 41,5 % der Stichprobe, am seltensten wurde ein Überfall berichtet (16,9 %). Bei Betrachtung der Altersgruppen fallen deskriptiv ein häufiges Vorliegen sexualisierter Gewalt im Jugendalter sowie ein häufiges Vorliegen von Zeugenschaft häuslicher Gewalt im Vorschulalter auf. In weit über einem Drittel der Fälle (38,7 %) lagen zum Zeitpunkt der Vorstellung mehrere Traumaereignisse vor. In der Mehrheit der Fälle

Tabelle 11.1: Deskriptive Daten der Stichprobe nach Traumamerkmale

Gesamtstichprobe	Altersgruppen					
	0-5 Jahre		6-13 Jahre		14-18 Jahre	
	n	%	n	%	n	%
	n = 96		n = 274		n = 249	
Art des Traumas ^a						
Sexualisierte Gewalt	257	41,5 %	24	25,0 %	97	35,4 %
Physische Gewalt	221	35,6 %	41	42,7 %	84	30,7 %
Zeuge von Gewalt	209	33,7 %	55	57,3 %	115	42,0 %
Überfall	105	16,9 %	7	7,3 %	32	11,7 %
Andere	123	19,8 %	18	18,8 %	69	25,2 %
Häufigkeit Trauma ^b						
Einmaliges Ereignis	372	60,0 %	33	34,7 %	147	54,7 %
Wiederholtes Ereignis	240	38,7 %	62	65,3 %	122	45,4 %
Täter:in						
Aus nahem Umfeld	293	47,3 %	77	80,2 %	149	55,6 %
Aus erweitertem Umfeld	103	16,6 %	5	5,2 %	41	15,3 %
Fremdtäter	206	33,2 %	12	12,5 %	75	28,0 %
Nicht identifiziert	7	1,1 %	2	2,1 %	3	1,1 %
						2
						0,8 %

	Gesamtstichprobe		Altersgruppen			
	0-5 Jahre		6-13 Jahre		14-18 Jahre	
	n	%	n	%	n	%
Zeitspanne zwischen Trauma und Vorstellung in TA (in Wochen)						
M (SD)	16,03 (35,10)		14,98 (17,83)	13,62 (26,00)	18,42 (44,29)	
Median	5,71		7,29	5,71	5,07	
Modus	1,43		1,57	0,57	1,43	
Range	575,14		70,57	298,86	523,71	

Anmerkungen: ^aMehrfachnennungen möglich. ^b Häufigkeit des Traumas zum Zeitpunkt der Vorstellung. TA = Traumaambulanz. Unterschiedliche Teilstichprobengrößen aufgrund Mehrfachnennung sowie fehlender Werte.

waren die Täter:innen aus dem nahen oder erweiterten persönlichen Umfeld. Es wurde ein hoher Range in der Zeitspanne zwischen Trauma und erster Vorstellung in der Traumaambulanz beobachtet; der Modus der Angaben lag jedoch bei einer bis zwei Wochen und der Median bei fünf bis sieben Wochen, sodass davon auszugehen ist, dass die Traumaambulanz bei der Mehrheit der Fälle in der Tat zeitnah und innerhalb von zwei Monaten nach dem Ereignis aufgesucht wurde.

Psychische Belastung der Stichprobe

Die aus den Arztbriefen extrahierten Daten zu den Achse-1-Diagnosen nach ICD-10 ergaben, dass in der Mehrheit der Fälle ($n = 445$, 71,4 %) die Hauptdiagnose einer PTSD ($n = 223$, 37,4 %) oder einer Anpassungsstörung ($n = 212$, 34 %) vorlag. Dennoch wurde fast das gesamte Spektrum psychischer Störungen wie depressive Störungen, Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens und andere emotionale und Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (z. B. Ausscheidungsstörungen) gesehen, auch als Nebendiagnosen. Für 488 Fälle lag eine Beurteilung vor, ob die psychische Belastung mit dem Trauma zusammenhing, was in fast allen Fällen bejaht wurde ($n = 473$, 96,9 %). In 81 (13 %) der 625 Fälle, die sich bis April 2022 in der Traumaambulanz vorgestellt hatten, lag keine Achse-1-Störung nach ICD-10 vor.

Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung

Der CRIES-8 lag bei 272 (Skala Wiedererleben) beziehungsweise 268 Fällen (Skala Vermeidung) zur Baseline vor. Die Summenscores auf den Skalen Wiedererleben ($M = 11,31$, $SD = 5,53$, Range 1–31) und Vermeidung ($M = 13,08$, $SD = 5,43$, Range 0–20) waren vergleichbar. Der Gesamtsummenscore lag bei $M = 24,5$ ($SD = 9,8$, Range 1–51). Eine vertiefte Analyse zeigte, dass $n = 207$ (77,2 %) der 268 Fälle über dem Cut-off von 17 des Gesamtwertes für eine PTSD lagen.

Internalisierende und externalisierende Probleme

Die Auswertung der CBCL für 4- bis 18-Jährige beziehungsweise YSR für Jugendliche ab 11 Jahren für internalisierende und externalisierende Störungen zeigte, dass insbesondere internalisieren-

de Symptome berichtet wurden. Abbildung 11.1 stellt die Daten der Baselinestichprobe grafisch dar.

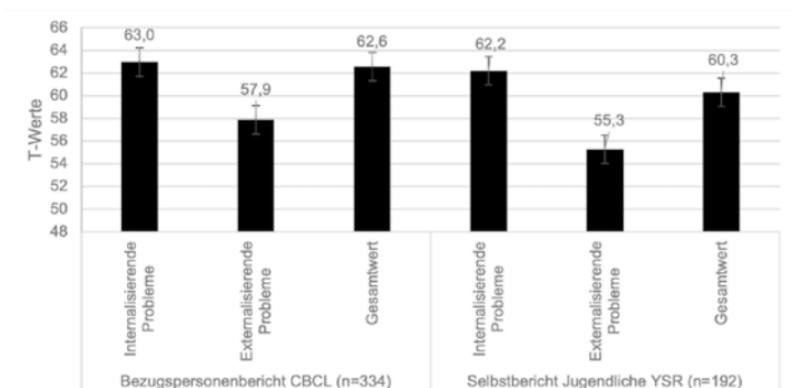


Abbildung 11.1: Internalisierende und externalisierende Probleme in der Inanspruchnahmestichprobe zu Beginn der Behandlung.

Anmerkungen: CBCL = Child Behavior Checklist, Bezugspersonenbericht. YSR = Youth Self Report, Selbstbericht. Ein T-Wert ist ein Normwert, dessen Durchschnittsbereich zwischen 40 und 59 liegt.

Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität

Eine itemweise Analyse der CBCL 4/6–18 beziehungsweise YSR ergab, dass im Bericht der Bezugspersonen von den 211 vorhandenen Daten insgesamt 45 Bezugspersonen (21,3 %) berichteten, dass ihr Kind in den vergangenen sechs Monaten sich selbst verletzte oder über Suizidgedanken berichtete. Im Selbstbericht der Jugendlichen lag die Rate anteilig höher, da $n = 42$ (35,9 %) Jugendliche bei 117 vorhandenen Daten darüber berichteten.

Symptomatik bei Vorschulkindern

Die CBCL 1 ½–5 lag bei 53 Fällen vor. Die Auswertung ergab auf allen drei Skalen Werte im oberen Normbereich (internalisierende Probleme $M = 58,6$, $SD = 12,6$; externalisierende Probleme $M = 56,3$, $SD = 14,6$; Gesamtwert $M = 59,7$, $SD = 14,3$).

11.4.2 Interventionsbezogene Merkmale und Drop-out-Analysen

Anzahl der Sitzungen in der Traumaambulanz

In der Traumaambulanz wurden im Mittel 8,5 Sitzungen in Anspruch genommen ($SD = 6,3$, Range 1–18). Am häufigsten wurde das gesamte Kontingent genutzt (Modus = 18 Sitzungen, 20,2 % der Fälle), der Median lag bei 7 Sitzungen.

Drop-out-Analyse

Insgesamt schlossen 315 Fälle (50,6 %) die Behandlung in der Traumaambulanz regulär ab. 32 Fälle (5,1 %) wurden aufgrund des hohen Schweregrades der psychischen Symptomatik in eine stationäre Behandlung überwiesen. Während in 38 Fällen (6,1 %) organisatorische Gründe (z. B. kein Wohnsitz in Berlin) eine weitere Behandlung verhinderten, setzten 206 Fälle (33,1 %) ihre Sitzungen nicht fort (»Drop-outs«). Es zeigte sich ein Trend, dass sich die Zeitspanne zwischen Trauma und der Vorstellung in der Traumaambulanz zwischen den drei Gruppen unterschied ($F(2, 360) = 7,998$, $p < ,001$), wobei die längste Zeitspanne in der Gruppe zu beobachten war, die in ein (teil-)stationäres Setting überwiesen wurde ($M = 44,9$, $SD = 98,7$) und die kürzeste in der Gruppe, die die Behandlung auch regulär abschloss ($M = 13,7$, $SD = 24,3$).

Es gab signifikante Unterschiede zwischen den drei Gruppen in Bezug auf den Grad der Vermeidung ($F(2, 245) = 3,196$, $p = ,043$) bei Studienbeginn, gemessen mit dem CRIES-8. Post-hoc-Tests ergaben signifikant höhere Vermeidungswerte in der Gruppe, die in eine (teil-)stationäre Versorgung überwiesen wurde ($M = 16,56$, $SD = 3,34$) im Vergleich zu der Gruppe, die die Behandlung regulär abschloss ($M = 12,90$, $SD = 5,53$; siehe Tabelle 11.2). Auch der Gesamtscore auf dem CRIES-8 unterschied sich zwischen den drei Gruppen ($F(2, 243) = 3,513$, $p = ,031$). Sowohl die Gruppe derjenigen, die regulär abschlossen ($M = 24,28$, $SD = 9,71$), als auch die Drop-outs ($M = 24,14$, $SD = 10,44$) zeigten zu Studienbeginn niedrigere Werte als die Gruppe, die in eine (teil-)stationäre Versorgung überwiesen wurde ($M = 30,88$, $SD = 4,92$).

Tabelle 11.2: Drop-out-Analysen (ANOVA)

Variable	Subgruppe ^a	n	MW	SD	Post Hoc 1 vs. 2			Post Hoc 1 vs. 3			Post Hoc 2 vs. 3		
					MD	SE	95% CI	MD	SE	95% CI	MD	SE	95% CI
Zeit bis zum Erstbesuch	1 regulär	229	13,74	24,28	-31,14	7,84	-50,00-12,30	-0,96	4,05	-10,70-8,77	30,18	8,19	10,49-49,86
	2 überwiesen	22	44,89	98,74									
	3 Drop-outs	112	14,71	30,69									
Anzahl der Sitzungen	1 regulär	315	11,71	6,13	4,68	1,01	2,25-7,11	6,87	0,49	5,69-8,04	2,18	1,04	-0,31-4,67
	2 überwiesen	32	7,03	4,65									
	3 Drop-outs	204	4,85	4,34									
Behandlungsdauer	1 regulär	314	7,63	5,52	3,04	1,38	-2,27-6,35	4,74	0,67	3,14-6,34	1,70	1,41	-1,69-5,01
	2 überwiesen	32	4,58	5,17									
	3 Drop-outs	206	2,88	9,85									
Vermeidungssymptome ^b	1 regulär	166	12,96	5,51	-3,60	1,42	-7,03 - -0,17	-0,37	0,79	-2,28-1,54	3,23	1,52	-0,42-6,81
	2 überwiesen	16	16,56	3,35									
	3 Drop-outs	66	13,33	5,64									
PTSD Gesamtscore ^b	1 regulär	153	24,18	9,89	-5,07	17,16	-46,46-36,32	-16,47	10,07	-40,77-7,83	-11,41	18,44	-55,90-33,08
	2 überwiesen	16	29,25	7,37									
	3 Drop-outs	58	40,66	128,42									

Anmerkungen: MD = Mittelwertdifferenz. Statistisch signifikante Mittelwertdifferenzen sind fett markiert. ^a»regulär« bezeichnet die Gruppe, die die Behandlung in der Traumaambulanz regulär beendet; »überwiesen« bezeichnet die Gruppe, die in eine (teil-)stationäre Versorgung überwiesen wurde; Drop-outs umfassen die Fälle, die die Behandlung abgebrochen haben. ^b gemessen mit dem CRIES-8 zur Baseline.

Was die Dauer der Intervention bis zum Abbruch beziehungsweise Behandlungsende betrifft, so wiesen die Drop-outs ($M = 2,88$ Monate, $SD = 9,85$) eine deutlich kürzere Zeit in der Intervention auf als die Gruppe, die regulär abschloss ($M = 7,62$ Monate, $SD = 5,52$, $p < ,001$).

Die drei Gruppen unterschieden sich weder in Bezug auf das Geschlecht ($\chi^2(2) = 3,123$, $p = ,210$), das Alter ($F(2, 550) = ,679$, $p = ,756$) noch die Art des Traumas (sexuelle Gewalt ($\chi^2(2) = 7,865$, $p = ,097$; körperliche Gewalt ($\chi^2(2) = 2,123$, $p = ,346$; Zeuge von Gewalt ($\chi^2(2) = 4,017$, $p = ,134$; Opfer eines Angriffs ($\chi^2(2) = 2,742$, $p = ,254$). Tabelle 11.2 fasst die Ergebnisse der Post-hoc-Tests für die Variablen mit signifikanten Unterschieden im Gesamtvergleich über die drei Gruppen hinweg zusammen.

11.4.3 Therapieoutcome: Beschreibung der Stichprobe am Ende der Behandlung

Für eine Beschreibung der Stichprobe am Ende der Behandlung in der Traumaambulanz wurden die Fälle herangezogen, die die Behandlung regulär abgeschlossen hatten und zu denen schon Daten vorhanden waren ($n = 246$ Daten). Es wurden zum einen Maße der direkten Veränderungsmessung herangezogen: Beurteilung der Verbesserung der psychischen Symptome und Beurteilung der Verbesserung der psychosozialen Situation.

Insgesamt wurde in 54,9 % der Fälle ($n = 135$) eine deutliche oder sehr deutliche Symptomverbesserung beobachtet, in 45,1 % ($n = 111$) hingegen keine oder nur eine geringe. Die psychosoziale Situation verbesserte sich in knapp über einem Viertel der Stichprobe deutlich oder sehr deutlich, in der Mehrheit jedoch nur gering oder gar nicht ($n = 180$, 73,8 %).

Vorhersage einer Verbesserung der psychischen Symptome

Hierfür wurden logistische Regressionen durchgeführt, um Korrelate des Behandlungsauscomes zu identifizieren. Dazu wurden soziodemografische (Alter, Geschlecht), traumabezogene (Traumaart, Täterkategorie, einfaches Trauma versus multiple Traumata bei Vorstellung) und interventionsbezogene Merkmale (Sitzungszahl, Zeit zwischen Trauma und erster Vorstellung in der Traumaambulanz) jeweils mittels univariater logistischer Regression untersucht. Tabelle

Tabelle 11.3: Regressionen der Verbesserung der psychologischen Symptome auf verschiedene in der Literatur verbreitete Prädiktoren

	B	S. E.	Wald	Sig.	Exp(B)	95% CI
Weibliches Geschlecht	-1,34	0,212	0,399	,528	0,875	0,577-1,325
Sitzungszahl	0,029	0,018	2,769	,0096	1,030	0,995-1,066
Mehrfachtrauma	-0,946	0,231	16,808	,001	0,388	0,247-0,610
Sexualisierte Gewalt	-0,441	0,220	4,030	,045	0,643	0,418-0,990
Körperliche Gewalt	-0,245	0,225	1,178	,278	0,783	0,504-1,218
Zeuge Gewalt	0,291	0,218	1,777	,183	1,337	0,872-2,051
Überfall	-0,886	0,275	10,406	,001	2,425	1,416-4,154
Andere	0,274	0,248	1,222	,269	1,316	0,809-2,140
Täter:in bekannt	-0,595	0,221	7,274	,007	0,552	0,358-0,850
Zeit zwischen Trauma und Aufnahme	-0,002	0,007	0,096	,757	0,998	0,985-1,011
Alter bei Trauma	0,002	0,033	0,002	,962	1,002	0,939-1,068

Anmerkungen: Jeweils univariate logistische Regressionen auf das Outcome Verbesserung der psychischen Symptome, codiert mit 1. Statistisch signifikante Prädiktoren sind fett markiert.

Tabelle 11.4 Multivariate logistische Regression der Verbesserung der psychologischen Symptome auf univariat signifikante Prädiktoren

	B	S. E.	Wald	Sig.	Exp(B)	95% CI
Mehrfachtrauma	-0,837	,251	11,147	,001	0,433	0,265-0,708
Sexualisierte Gewalt	-0,278	,230	2,707	,100	0,685	0,437-1,075
Überfall	0,437	,317	1,897	,168	1,548	0,831-2,882
Täter:in bekannt	-0,186	,259	0,517	,472	0,830	0,500-1,378

Anmerkungen: Multivariate logistische Regression auf das Outcome Verbesserung der psychischen Symptome, codiert mit 1, gezeigte Kategorien der Prädiktoren (sofern dichotom) als Referenzkategorie codiert. Statistisch signifikante Prädiktoren sind fett markiert.

11.3 fasst die Ergebnisse der signifikanten Prädiktoren zusammen. Vergleichbar wie in der ersten Datenanalyse (Calvano et al., 2021) zeigten sich spezifische Ergebnismuster, sodass bei Mehrfachtraumata, Opfern sexualisierter Gewalt und bekanntem:r Täter:in die Wahrscheinlichkeit für eine Verbesserung der psychischen Symptome sank, jedoch bei Vorliegen eines Unfalls stieg. Die Prädiktoren, die einen signifikanten Zusammenhang zur Symptomverbesserung aufweisen, wurden in eine multiple Regression eingeschlossen. Hier zeigte sich, dass bei Kontrolle aller anderen Prädiktoren einzig das Vorliegen multipler Traumata bei Vorstellung einen signifikanten Zusammenhang mit dem Therapieoutcome aufwies (siehe Tab. 11.4).

Reduktion der posttraumatischen Stresssymptome

Für eine Aussage über die Reduktion der klinisch-psychologischen Symptomatik wurden Prä-Post-Analysen durchgeführt. Hinsichtlich der traumaspezifischen Symptomatik einer PTSD wurde der CRIES-8 herangezogen, welcher anhand von Summenscores Symptome des Wiedererlebens und Intrusionen (Skala Wiedererleben, vier Items) sowie Symptome der Vermeidung (Skala Vermeidung,

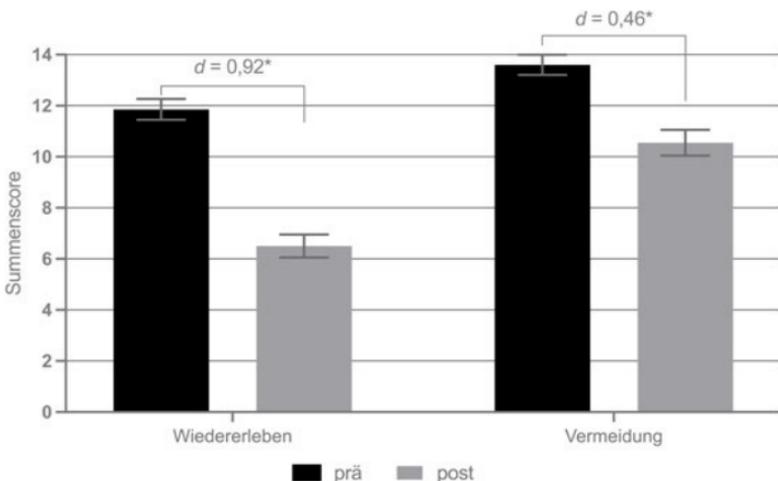


Abbildung 11.2: Summenscores für den Prä-Post-Vergleich auf dem CRIES-8.

Anmerkungen: Darstellung der Summenscores für den Prä-Post-Vergleich für die Skalen des CRIES-8 Wiedererleben (n = 158) und Vermeidung (n = 155). *p < ,001.

vier Items) umfasst. Zum aktuellen Zeitpunkt lagen für die Skala Wiedererleben $n = 158$ vollständige Prä-Post-Datenpaare vor, für die Skala Vermeidung $n = 155$. Es zeigte sich für beide Skalen eine signifikante Reduktion der Belastung (Wiedererleben $t(157) = 11,62$, $p < ,001$; Vermeidung $t(154) = 5,66$, $p < ,001$). Die Effektstärken nach Cohen's d waren für die Reduktion der Intrusionen und des Wiedererlebens groß ($d = 0,92$). Die Symptome der Vermeidung zeigten einen kleinen bis knapp mittleren Effekt ($d = 0,46$). Abbildung 11.2 stellt die Summenscores grafisch dar.

Reduktion weiterer psychischer Auffälligkeiten

Um die Bandbreite der klinisch-psychologischen Symptomatik abbilden zu können, wurden die »Child Behavior Checklist« (CBCL6-18R) sowie der zugehörige Selbstbericht der Jugendlichen mittels des Youth Self Report (YSR) eingesetzt. Während zur Baseline $n = 337$ Datensätze vorlagen, lagen zum aktuellen Stand nur 82 vollständige Prä-Post-Datensätze vor. Hinsichtlich des Selbstberichts der Jugendlichen lagen nur 44 beziehungsweise 45 vollständige Datensätze vor.

Es zeigten sich im Elternbericht der CBCL signifikante Reduktionen der Symptomatik auf allen Skalen, mit kleinen Effektstärken (internalisierende Probleme $t(81) = 2,89$, $p = ,002$, $d = 0,32$; externalisierende Probleme $t(81) = 2,31$, $p = ,012$, $d = 0,26$; Gesamtwert $t(81) = 2,38$, $p < ,001$, $d = 0,37$). Der Selbstbericht der Jugendlichen zeigte ein ähnliches Muster, wenngleich hier nur auf der Skala internalisierende Probleme ($t(44) = 2,15$, $p = ,018$, $d = 0,32$) und dem Gesamtwert ($t(43) = 2,41$, $p = ,010$, $d = 0,37$) signifikante Reduktionen der Symptomatik mit kleinen Effektstärken zu beobachten waren. Hinsichtlich der externalisierenden Probleme waren die Änderungen statistisch nicht signifikant ($t(44) = 1,66$, $p = ,052$). Abbildung 11.3 stellt die Mittelwerte auf den Skalen internalisierende Probleme, externalisierende Probleme und den Gesamtwert der CBCL beziehungsweise YSR grafisch dar.

Empfehlung für Anschlussbehandlung

Zudem wurde deskriptiv dargestellt, in wie vielen Fällen eine Weiterbehandlung empfohlen wurde und wenn ja, welcher Art. Es lagen Angaben zu $n = 300$ Fällen vor, von denen über die Hälfte die Emp-

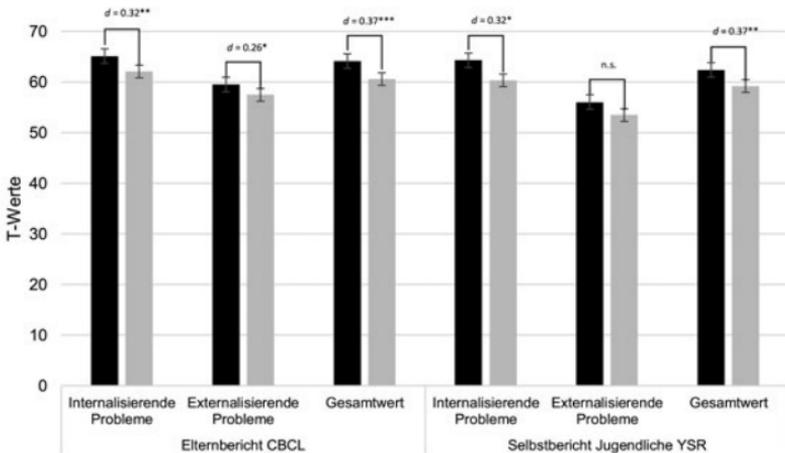


Abbildung 11.3: T-Werte für den Prä-Post-Vergleich im CBCL.

Anmerkungen: Darstellung der T-Werte für den Prä-Post-Vergleich für den Elternbericht (n = 82) und den Selbstbericht der Jugendlichen (n = 45, für den Gesamtwert n = 44) im CBCL hinsichtlich internalisierenden Problemen, externalisierenden Problemen und dem Gesamtwert *p < ,05, **p < ,01, ***p < ,001.

fehlung für eine Anschlussbehandlung (n = 181, 60,5 %) erhielten. Von diesen bezog sich die Empfehlung in der deutlichen Mehrheit auf eine ambulante Psychotherapie (n = 135, 74,6 %), gefolgt von Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe (Fremdunterbringung n = 5, 2,8 %). Vier Fälle benötigten eine stationäre oder teilstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Aufnahme (n = 4, 2,3 %). Die weiteren Fälle wurden an eine ambulante Kinder- und jugendpsychiatrische Praxis (n = 17, 9,4 %) oder an das Sozialpädiatrische Zentrum (n = 20, 11 %) angehängen.

11.5 Fazit

Eine kontinuierliche Qualitätssicherung und Begleitevaluation ist integraler Bestandteil jeder psychotherapeutischen Versorgung. Das vorliegende Kapitel stellte zusammenfassend Instrumente zur Erfassung von Traumafolgestörungen dar sowie Möglichkeiten und Grenzen der Begleitforschung in Traumaambulanzen. Die Daten der Traumaambulanz für Kinder und Jugendliche an der Charité –

Universitätsmedizin Berlin zeigen auf, dass die Erstversorgung in der Lage ist, PTBS-spezifische Symptome zu reduzieren, sogar mit mittleren bis großen Effektstärken. Zudem zeigen die Daten, dass die Mehrheit eine Weiterbehandlung benötigte. Dies unterstreicht nochmals die Notwendigkeit, traumainformierte und traumafokussierte Therapiemöglichkeiten für Kinder und Jugendliche zu schaffen. Die Drop-out-Analysen liefern wichtige Hinweise, dass Familien, die erst spät die Traumaambulanz aufsuchen, sowie Patient:innen mit einer hohen Ausprägung an Vermeidung eher die Behandlung vorzeitig abbrechen.

Die Fallzahl der Prä-Post-Analysen ist begrenzt; zudem wissen wir noch wenig über den weiteren Verlauf der Fälle. Eine 12-Monats-Katamnesestudie ist aktuell in Vorbereitung, um Daten zur Weiterbehandlung sowie zur langfristigen Symptomreduktion durch die Versorgung der Traumaambulanzen zu liefern.

Abschließend seien Zitate genannt, die Bezugspersonen und Jugendliche bei der Erhebung am Ende der Behandlung im offenen Antwortformat äußerten. Sie haben keinen Anspruch auf Generalisierbarkeit, veranschaulichen jedoch wichtige Aspekte der Rahmenbedingungen und Behandlung, die über die Aussagen der dargestellten quantitativen Daten hinausgehen.

- *»Wir haben viel über die Trennung zwischen Mutter und Vater gesprochen. Wir haben versucht, unserem Sohn zu verdeutlichen, dass sein Vater ihn und die Mutter schlecht behandelt hat. Gleichzeitig darf er seinen Vater vermissen, lieben und auch sauer und enttäuscht sein. Alle Gefühle sind in Ordnung.«*
- *»Als Familie sind wir stärker geworden und zusammengewachsen. Und als Mutter meiner Kinder habe ich gelernt, mit den Problemen umzugehen, und ich habe viel gelernt.«*
- *»Es hat mir sehr gut gefallen an der Charité. Und es hat mir Spaß gemacht.«*
- *»Ich bin mega zufrieden mit der Behandlung. Es hat mir sehr gut geholfen.«*
- *»Meine Behandlung war eine Top-Behandlung. Ich bin mit allem mehr als zufrieden.«*

Literatur

- Bundespsychotherapeutenkammer (2022). Muster-Berufsordnung der Psychotherapeut:innen. <https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2022/05/Muster-Berufsordnung-der-BPtK.pdf> (Zugriff am 30.03.2023).
- Calvano, C., Murray, E., Bentz, L., Bos, S., Reiter, K., Ihme, L., Winter, S. M. (2021). Evaluation of an early intervention model for child and adolescent victims of interpersonal violence. *Children*, 8 (10), 941.
- Döpfner, M., Achenbach, T. M., Plücker, J., Kinnen, C., Plücker, J. (2014). CBCL/6-18R-TRF/6-18R-YSR/11-18R: Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/6-18R), Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6-18R), Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18R). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Görtz-Dorten, A. (2017). DISYPS-III: Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder und Jugendliche-III. Göttingen: Hogrefe.
- Kaplow, J. B., Rolon-Arroyo, B., Layne, C. M., Rooney, E., Oosterhoff, B., Hill, R., Steinberg, A. M., Lotterman, J., Gallagher, K. A. S., Pynoos, R. S. (2020). Validation of the UCLA PTSD Reaction Index for DSM-5: A developmentally informed assessment tool for youth. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 59 (1), 186–194.
- Landolt, M. A. (2014). UCLA PTSD Reaction Index for Children and Adolescents: DSM V (German version). Zürich: Universitäts-Kinderspital Zürich.
- Lutz, T. (2010). Lehrbuch Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Lutz, W., Schiefele, A. K., Wucherpfennig, F., Rubel, J., Stulz, N. (2016). Clinical effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression in routine care: A propensity score based comparison between randomized controlled trials and clinical practice. *Journal of affective disorders*, 189, 150–158.
- Perrin, S., Meiser-Stedman, R., Smith, P. (2005). The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33 (4), 487–498.
- Pfeiffer, E., Sachser, C., Tutus, D. (2019). CAPS-CA-5 interview German -assessment tool for pediatric PTSD. https://www.researchgate.net/publication/332752467_CAPS-CA-5_interview_German_-assessment_tool_for_pediatric_PTSD (Zugriff am 30.03.2023).
- Pynoos, R. S., Weathers, F. W., Steinberg, A. M., Marx, B. P., Layne, C. M., Kaloupek, D. G., Schnurr, P. P., Keane, T. M., Blake, D. D., Newman, E., Nader, K. O., Kriegler, J. A. (2015). Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 – Child/Adolescent Version [Structured clinical interview]. <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/child/caps-ca.asp> (Zugriff am 30.03.2023).
- Schmeck, K., F. Poustka, Döpfner, M., Plücker, J., Berner, W., Lehmkuhl, G., Fegert, J. M., Lenz, K., Huss, M., Lehmkuhl, U. (2001). Discriminant validity of the

- Child Behaviour Checklist CBCL-4/18 in German Samples. *European Child Adolescent Psychiatry*, 10 (4), 240–247.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 22 (4), 374–393.
- Sachser, C., Berliner, L., Risch, E., Rosner, R., Birkeland, M. S., Eilers, R., Hafstad, G. S., Pfeiffer, E., Plener, P. L., Jensen, T. K. (2022). The Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2) – Validation of an instrument to measure DSM-5 and ICD-11 PTSD and Complex PTSD in children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 13 (2), 2105580.
- Ulmer Onlineklinik (o. J.a.). CAPS-CA-5 (German) Interview. <https://ulmer-onlineklinik.de/course/view.php?id=2528> (Zugriff am 30.03.2023).
- Ulmer Onlineklinik (o. J.b). CATS Questionnaire. <https://ulmer-onlineklinik.de/course/view.php?id=1701> (Zugriff am 30.03.2023).

12 Ausblick

Sibylle Maria Winter

Für den Ausblick wähle ich wie für die Einleitung eine bewusst subjektive Perspektive. Zunächst ist zu erwarten, dass die Anfragen für die Behandlung in der Traumaambulanz durch die Reform des Opferentschädigungsgesetzes steigen, insbesondere wenn die emotionale Gewalt ab dem 1. Januar 2024 auch zu den Entschädigungstatbeständen gehören wird. Zu wünschen ist der flächendeckende Ausbau von Traumaambulanzen, sodass alle Kinder und Jugendlichen zeit- und wohnortnah eine qualifizierte Versorgung bekommen können. Nur so ist es gewährleistet, dass psychische Folgeschäden reduziert werden. Für diesen flächendeckenden Ausbau für Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen ist eine auskömmliche Finanzierung von enormer Bedeutung.

Es gibt allerdings weitere wichtige Voraussetzungen und auch Herausforderungen für die Verbesserung der psychischen und körperlichen Gesundheit von minderjährigen Gewaltopfern. Im Regelfall melden Eltern ihre Kinder in der Traumaambulanz nach Gewalterfahrung an. Bei Fremdplatzierung sind es unter Umständen auch Pflegeeltern oder andere Betreuungspersonen, die eine professionelle Versorgung der Kinder und Jugendlichen nach Gewalterfahrung anregen.

In diesem Zusammenhang ist es von großer Bedeutung, dass wir als Fachkräfte die Eltern und auch andere Betreuungspersonen aufklären, dass eine professionelle Versorgung nach Gewalterfahrung wichtig ist, um mittel- und langfristige Folgeschäden zu verhindern. Mein Wunsch wäre, dass Bezugspersonen genauso selbstverständlich nach Gewalterfahrung professionelle Unterstützung aufsuchen wie nach einem Fahrradunfall, wenn das Kind nicht mehr laufen kann. Dafür bedarf es jedoch ausreichend Anlaufstellen, z. B. in Form von Traumaambulanzen für Kinder und Jugendliche. Eine weitere Schwierigkeit ist, dass Kinder und Jugendliche nach einer Gewalterfahrung nur eingeschränkt formulieren können, wie es ihnen psychisch geht. Dafür gibt es viele Gründe,

unter anderem haben sie Scham- und Schuldgefühle hinsichtlich dessen, was sie erlebt haben, jedoch auch hinsichtlich dessen, welche Symptome sie nach der Gewalterfahrung erleben. Aus diesem Grund hat die Aufklärung über diese Sprachlosigkeit ebenfalls eine hohe Bedeutung sowohl für Eltern als auch für Kinder und Jugendliche. Wenn es jedoch nicht um extrafamiliäre Gewalterfahrung, sondern um Tatbestände geht, an denen Eltern selbst beteiligt waren oder sind, das heißt intrafamiliäre Gewalterfahrung, fällt es Eltern noch sehr viel schwerer, ihren Kindern eine Möglichkeit zur Aufarbeitung zu geben. Dabei ist zu bedenken, dass viele Kinder und Jugendliche auch bei intrafamiliärer Gewalterfahrung im häuslichen Bereich verbleiben, wenn ausreichend Schutz gewährleistet werden kann. In diesen Fällen ist unter Umständen eine gemeinsame Aufarbeitung mit den Kindern und Jugendlichen denkbar. An dieser Stelle wäre die Aufklärung für die Eltern noch sehr viel wichtiger. Diese Aufklärung sollte sich darauf beziehen, welche psychischen und körperlichen Folgen auch intrafamiliäre Gewalterfahrungen nach sich ziehen, und dass diese Kinder und Jugendlichen aktiv angesprochen werden sollten und Unterstützung brauchen, um die Entwicklung und/oder Chronifizierung von Traumafolgestörungen zu verhindern. Zudem spielen an dieser Stelle Loyalitätskonflikte eine große Rolle und die Kinder und Jugendlichen brauchen unbedingt Unterstützung, um mit den beteiligten Bezugspersonen über diese Gewalterfahrungen sprechen zu können und damit bestenfalls eine Aussöhnung erfolgen kann. Andernfalls haben diese Kinder und Jugendlichen nur die Chance, später als Erwachsene die Aufarbeitung vorzunehmen, manchmal bei schwierigen Beziehungen zu den Eltern ein Leben lang.

Voraussetzung für diese Aufklärung ist, dass ärztliche, psychologische und psychotherapeutische Fachkräfte über das Grundlagenwissen verfügen, dass Gewalterfahrung über die gesamte Lebensspanne zur Verschlechterung der psychischen und körperlichen Gesundheit führt, und aktiv danach fragen sollten. Unter dem Eindruck, dass das Thema Gewalt oftmals noch ein Nischenthema in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist, würde ich gerne dazu aufrufen, dass das Thema Gewalt und Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter ein selbstverständliches Thema wird und fester Bestandteil einer jeden kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Anamnese.

Unter Gewalterfahrung verstehe ich an dieser Stelle nicht nur körperliche, sondern auch sexualisierte und emotionale Gewalt sowie emotionale oder körperliche Vernachlässigung. Und gerade Vernachlässigung ist häufig und die Folgeschäden sind von großem Ausmaß. Die Konsequenz müsste für alle Fachkräfte sein, grundsätzlich nach Gewalterfahrung zu fragen und nach Wegen zu suchen, diese negativen Einflüsse zu reduzieren und die familiäre Unterstützung zu erhöhen. So wie wir selbstverständlich psychopathologische Befunde erfassen, eigen- und familienanamnestische Daten erfragen, genauso selbstverständlich sollte es sein, auch nach Gewalt- und Vernachlässigungserfahrungen zu fragen. Für mich ist einer der Hauptgründe, warum die Gesellschaft eine große Schwierigkeit mit dem Thema Gewalt hat, dass innerhalb der Gesellschaft rein statistisch sehr viele Menschen selbst betroffen sind. Die Vermeidung als Abwehrmechanismus spielt hier sicherlich eine große Rolle. Dies ist allerdings ein Teufelskreis. Wenn wir das Sprechen über die Gewalt in der Gesellschaft und in der Familie vermeiden, geben wir den Kindern und Jugendlichen nicht die Chance, einen heilsamen Weg im Umgang mit der Gewalterfahrung zu finden.

Aktuell ist die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen noch unzureichend. Zudem scheinen einige Personengruppen bisher nicht ausreichend berücksichtigt: Jüngere Kinder im Baby- und Kleinkindalter sind in der Versorgung stark unterrepräsentiert. Gerade diese erfahren zum Teil schwere körperliche Gewalt, die häufig stationäre Krankenhausaufenthalte erfordert. Psychotherapeutische Angebote für diese Kinder sind wenig vorhanden. Insofern sollten auch für jüngere Kinder in der Traumaambulanz modifizierte traumatherapeutische Angebote zur Verfügung stehen. In diesem Zusammenhang scheint mir auch eine engere Kooperation mit den Traumaambulanzen für Erwachsene sehr wichtig, da häufig die gesamte Familie hochbelastet ist und eine gleichzeitige Behandlung indiziert ist. Im Rahmen der Transgenerationalität von Gewalt muss auch daran gedacht werden, dass Eltern ebenfalls in ihrer Kindheit Gewalt erfahren haben. Insofern wäre eine Kooperation unter einem Dach, sodass Kind und Bezugsperson gleichzeitig behandelt werden können, sehr empfehlenswert. Ein erstes Modellprojekt zur gemeinsamen Behandlung von Müttern

mit ihren Kindern gibt es in Berlin im stationären Bereich innerhalb dreier psychiatrischer Kliniken zur Behandlung schwerer posttraumatischer Störungen, die über die Jugendhilfe eine »Mitaufnahme« von Kindern und Jugendlichen ermöglichen. Auch Kinder mit geistiger oder körperlicher Beeinträchtigung sind in der Versorgung unterrepräsentiert. Es ist bekannt, dass gerade geistig behinderte Kinder gehäuft Opfer sexualisierter Gewalt werden können. Für diese Kinder sind modifizierte Angebote, wie nonverbale kunst- und musiktherapeutische Angebote, sehr wichtig und sollten in Traumaambulanzen ebenfalls bei Bedarf zur Verfügung stehen.

Neben modifizierten Angeboten für bestimmte Personengruppen wäre es wünschenswert, im Leistungsangebot der Traumaambulanzen auch gruppentherapeutische Angebote zu berücksichtigen. Diese könnten sehr gut für die Psychoedukation eingesetzt werden und zudem ein ganz wichtiges Signal aussenden: Du bist nicht allein!

Für eine qualitativ gute Arbeit sollten die Traumaambulanzen in ein Netzwerk eingebettet sein. Gerade bei Kindern und Jugendlichen sind unter Umständen weiterführende stationäre Einrichtungen, ambulante Psychotherapien und Angebote der Kinder- und Jugendhilfe unverzichtbar.

Für die Zukunft wünsche ich mir für alle Bereiche, die mit Kindern arbeiten, eine aktive Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt. Dies gilt für Kliniken, Praxen, Jugendämter, aber auch für Kitas oder Schulen. Diese Auseinandersetzung sollte zum Ziel haben, dass das Thema Gewalt enttabuisiert wird und Ängste abgebaut werden. Im nächsten Schritt sollten Kinder und Jugendliche grundsätzlich nach Traumata befragt werden und dann bei Indikation weiterführende Maßnahmen eingeleitet werden, seien es Schutzmaßnahmen und/oder eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung.

Ich wünsche mir, dass Kinder und Jugendliche nicht alleingelassen werden. Mit den Kindern und Jugendlichen noch mal gemeinsam den Weg des Traumas in einem geschützten Rahmen zu gehen, ist oft ein heilsamer Weg. Die Traumaambulanz sollte der Ort sein, den alle Kinder und Jugendlichen und ihre Eltern kennen, an dem niederschwellig und schnell Hilfe angeboten wird, sodass die Integration des Traumas in den Lebenssteppich als richtungsweisender lebenslanger Prozess nachhaltig unterstützt werden kann.

Die Autor:innen

Sascha Bos, Diplom-Kunsttherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (TP), leitet gemeinsam mit Sibylle M. Winter die Sektion »Fragen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter« der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Charité – Universitätsmedizin Berlin und ist in der dortigen Traumaambulanz tätig.

Claudia Calvano, Prof. Dr. phil., Diplom-Psychologin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT), ist Universitätsprofessorin für Klinische Kinder- und Jugendpsychologie und -psychotherapie und Leiterin der Hochschulambulanz für Kinder und Jugendliche an der Freien Universität Berlin.

Christine Heim, Prof. Dr. rer. nat., ist Professorin und Direktorin des Instituts für Medizinische Psychologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin sowie Mitglied im Exzellenzcluster NeuroCure und im Deutschen Zentrum für Psychische Gesundheit.

Birgid Hollatz, Diplom-Juristin, ist Referentin für das Soziale Entschädigungsrecht in der Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung Berlin.

Kathrin Reiter, Diplom-Sozialpädagogin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, arbeitet in der Traumaambulanz an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité – Universitätsmedizin Berlin und in eigener Praxis.

Simone Wasmer, Diplom-Pädagogin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, leitete viele Jahre die Kinder- und Jugendabteilung des Zentrums ÜBERLEBEN, Berlin. Dort war sie neben den lei-

tenden Tätigkeiten als Psychotherapeutin in der Behandlung von minderjährigen komplex traumatisierten Geflüchteten tätig. Sie arbeitet nun in eigener Praxis in Berlin.

Sibylle Maria Winter, Prof. Dr. med., Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutin (TP) mit Psychotraumatologischer Zusatzweiterbildung (VT), ist stellvertretende Klinikdirektorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Charité – Universitätsmedizin Berlin und Sektionsleitung des Bereiches Traumafolgen und Kinderschutz. Sie ist Initiatorin und Leitung des Childhood-Haus Berlin sowie der Trauma- und Kinderschutzambulanz und hat die Professur für Traumafolgen und Kinderschutz der Charité – Universitätsmedizin Berlin inne.

Persönliche Danksagung

Zum Schluss möchte ich mich bei meiner Familie bedanken: Mein ganz persönlicher Dank gilt meinem viel zu früh verstorbenen Mann Uğur Özbay für sein unermüdliches Engagement für all die Themen, die mich beruflich bewegt haben, sowie meinen Töchtern Sarah-Maria Melike und Anna-Sophia Aylin Winter, von denen ich viel gelernt habe und die mich aufgrund meiner beruflichen Aktivitäten häufig entbehren mussten.

Sibylle Maria Winter