



SCHOOL-SCOUT.DE

Unterrichtsmaterialien in digitaler und in gedruckter Form

Auszug aus:

Traumabedingte Entwicklungsstörung bei Kindern und Jugendlichen

Das komplette Material finden Sie hier:

School-Scout.de



4.1.22 Traumabedingte Entwicklungsstörung bei Kindern und Jugendlichen – ein traumapädagogischer Ansatz für Schule und Beratung

Dr. Astrid Deuchert

Inhaltsverzeichnis

1. Erscheinungsbild und Definition
 - 1.1 Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10
 - 1.2 Prävalenz und Komorbiditäten
 - 1.3 Neurobiologische Grundlagen
 - 1.3.1 Das dreieinige Gehirn
 - 1.3.2 Traumatische Ereignisse und ihre Auswirkungen im Gehirn
2. Besonderheiten der Diagnostik bei Kindern
 - 2.1 Einfache Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
 - 2.2 Traumabedingte Entwicklungsstörung
3. Was brauchen traumatisierte Kinder und Jugendliche? – Ansätze für die Beratung
 - 3.1 Trauma-sensible Haltung
 - 3.1.1 gegenüber den betroffenen Kindern und Jugendlichen
 - 3.1.2 gegenüber den pädagogischen Fachkräften
 - 3.2 Schule als „sicherer Ort“
 - 3.2.1 Strukturen, Regeln, Klarheit

4.1.22 Traumabedingte Entwicklungsstörung

3.2.2 Sichere Beziehungen

3.2.3 Von der äußeren zur inneren Sicherheit/Stabilität

3.3 Förderung von positivem Selbstbild und Ressourcenaktivierung

3.4 Unterstützung der Eltern

4. Literatur

In letzter Zeit ist in pädagogischen und sozialen Handlungsfeldern eine zunehmende Beachtung der Erkenntnisse und Erfahrungen der Psychotraumatologie zu beobachten. Dazu hat unter anderem der bemerkenswerte Fortschritt und Erkenntnisgewinn auf dem Feld der Neurobiologie beigetragen (vgl. Hüther, G. et al. 2012). Zum anderen ist das vermehrte Interesse Ausdruck einer insgesamt größeren gesellschaftlichen Sensibilisierung für psychische und seelische Belastungen von Kindern und Jugendlichen. Nicht zuletzt haben tragische Ereignisse wie das Zugunglück von Eschede 1998, der Amoklauf am Gutenberg-Gymnasium 2002 und in einem Münchner Einkaufszentrum 2016 sowie die zunehmende Zahl von jungen Flüchtlingen im Schulsystem eine erhöhte Sensibilität in der Öffentlichkeit bewirkt. Dieser Artikel hat das Ziel, die gesteigerte Trauma-Sensibilität auch auf diejenigen Kinder und Jugendlichen zu richten, die im Laufe ihrer Entwicklung zahlreichen traumatischen Erfahrungen im sozialen Nahbereich ausgesetzt waren und deren Bedürfnissen am besten mit dem **Konzept der traumabedingten Entwicklungsstörung** begegnet werden kann. Nicht zuletzt gibt dies auch den betreuenden Fachpersonen handlungsleitende Impulse zu einer besseren Bewältigung der Anforderungen, die diese Kinder im pädagogischen Alltag an sie stellen.

1. Erscheinungsbild und Definition

1.1 Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10

Nach ICD-10 gilt ein Ereignis als traumatisch, wenn es von so außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß ist, dass es nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde. Unterschieden wird zwischen kurz anhaltenden Begebenheiten (Monotrauma oder Schocktrauma) wie Unfällen, Trennung, Naturkatastrophen oder dem Verlust einer nahestehenden Person und lang anhaltenden, sich wiederholenden Vorfällen, wie dies etwa bei Kriegserlebnissen, häuslicher Gewalt, Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch der Fall ist. Die untenstehende Tabelle gibt einen Überblick über den der Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ (PTBS) zugrunde liegenden Kriterienkatalog. Grundsätzliche Voraussetzung dafür ist zunächst ein traumatisches Ereignis (Kriterium A). Die B-Kriterien, von denen nach DSM V mindestens eines nachgewiesen sein muss, umfassen das Spektrum der Intrusionen mit wiederkehrenden, nicht steuerbaren belastenden Erinnerungen, sich wiederholenden und belastenden Alpträumen, dissoziativen Symptomen (z. B. Flashbacks), intensiver und anhaltender psychischer Belastung bei der Konfrontation mit inneren oder äußeren Hinweisreizen (Trigger), intensive emotionale Reaktionen oder körperliche Reaktionen bei Trauma-Erinnerungen durch äußere oder innere Hinweisreize. Wichtig dabei ist zu betonen, dass der Begriff der Intrusion mitnichten die bloße Erinnerung an das traumatische Erlebnis beinhaltet. Bei Erinnerungen an traumatische Erlebnisse sind sich die betroffenen Personen bewusst, dass es sich dabei um abgeschlossene Erlebnisse aus der Vergangenheit handelt. Intrusionen dagegen umfassen Wahrnehmungen auf mehreren Sinneskanälen und sind eingebettet in starke emotionale und körperliche Reaktionen – gerade so, als würde die Situation im gegenwärtigen Moment noch einmal stattfinden. Beim Flashback verhält die Person sich so, als wäre sie aktuell wieder in der traumatischen Situation. Kinder, die aus Kriegsregionen zu uns kommen, können beispielsweise bei dem Geräusch eines Helikopters weglaufen oder sich auf den Boden werfen.

Die C-Kriterien umfassen das Cluster der Vermeidung, von denen mindestens eines nachgewiesen sein muss. Dazu gehört die aktive Vermeidung von Trauma-bezogenen Erinnerungen oder Situationen. Ein Beispiel dafür wäre, dass Kinder, denen im Umfeld eines Waschrums Gewalt angetan wurde, keine Waschräume mehr betreten können. Die weiteren diagnostischen Kriterien (D) sind eher unspezifisch und ergeben nur in Verbindung mit dem Trauma das typische Syndrom der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Die Symptomatik kann unmittelbar, teilweise aber auch mit (mehrjähriger) Verzögerung auftreten.

4.1.22 Traumabedingte Entwicklungsstörung

A	Die Betroffenen sind einem kurz oder lang anhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
B	Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
C	Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Ereignis.
D	Entweder 1. oder 2. 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, sich an einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern. 2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale: a) Ein- und Durchschlafstörungen b) Reizbarkeit oder Wutausbrüche c) Konzentrationsschwierigkeiten d) Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz) e) Erhöhte Schreckhaftigkeit
E	Die Kriterien B, C und D treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende der Belastungsperiode auf. In einigen speziellen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden.

Tabelle 1: Diagnostische Forschungskriterien einer PTBS nach ICD-10 (Rosner, R./Steil, R. 2013, S. 3)

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, F 43.1) ist eine spezifische Form einer Trauma-Folgestörung. **Verwandte Störungsbilder** sind die „Akute Belastungsreaktion“ (F 43.09), die „Anpassungsstörung“ (F 43.2) und die „Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ (F 62.0).

Die umfangreichen Folgen einer durch Traumatisierung gestörten Persönlichkeitsentwicklung werden aktuell unter den Begriffen „Komplexe Trauma-Folgestörung“, „Developmental Trauma Disorder“ oder „Komplexe Präsentation einer Posttraumatischen Belastungsstörung“ diskutiert, sind aber bisher in keinem der einschlägigen psychiatrischen Diagnosemanuale aufgeführt (Flatten, G. et al., 2011, S. 202) und werden im Folgenden noch genauer erörtert.

1.2 Prävalenz und Komorbiditäten

Hensel zitiert eine im Jahr 2013 durchgeführte Untersuchung aus der Schweiz, wonach bei den dort lebenden Jugendlichen mit einer **Prävalenzrate von 4,2%** das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) besteht. Demnach hatten 56% der Jugendlichen mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt. Das Risiko der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nimmt mit der Zunahme der traumatischen Erlebnisse zu. Für verschiedene Erfahrungsbereiche besteht ein unterschiedlich hohes Risiko, eine Posttrau-

matische Belastungsstörung (PTBS) zu entwickeln: bei zwischenmenschlicher Gewalt lag dies bei 20 bis 75 %, bei Naturkatastrophen zwischen 5 und 90 %, im Fall von Unfällen bei 6 bis 30 % und im Rahmen intensivmedizinischer Behandlungen bei einem Prozentsatz zwischen 10 und 28 %. Die große Streubreite der Zahlen zeigt die Differenzen im individuellen Erleben sowie Unterschiede im zugrunde gelegten Untersuchungsdesign. Grundsätzlich geht man davon aus, dass ein Drittel der Betroffenen bei einem oder mehreren Monotraumata eine Trauma-Folgestörung entwickelt, wohingegen zwei Drittel die Belastung gut bewältigen können (Hensel, T., 2017, S. 33). Die aktuelle Konzeption der diagnostischen Manuale beruht auf der Trennung der jeweiligen Störungsbilder und erschwert die Erkenntnis, dass unter Umständen eine traumatische Erfahrung zugrunde liegt. Die Vielfalt der Symptombildung (aggressives Verhalten, mangelnde Konzentrationsfähigkeit und motorische Unruhe) führt nicht selten zu fälschlichen Diagnosen wie einer hyperkinetischen Störung oder einer aggressiv-dissozialen Störung beziehungsweise Störungen des Sozialverhaltens und emotionalen Störungen und – bei Jugendlichen – beispielsweise Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Diese Diagnosen erfassen jeweils Aspekte der zugrunde liegenden posttraumatischen Symptomatik, womit das Komorbiditätskonzept letztendlich an seine Grenzen kommen muss. Weinberg (2015, S. 15 f.) rät aus diesem Grund dazu, bei folgenden Störungsbildern immer auch die **Möglichkeit einer im Vorfeld stattgefundenen Traumatisierung zumindest in Erwägung zu ziehen**:

- bei Angststörungen wie Trennungsangst, Überängstlichkeit, Phobien und Panikattacken,
- bei Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionell-aufsässigem Verhalten,
- bei hyperkinetisch-unaufmerksamen sowie verträumt-unaufmerksamen Störungsbildern,
- bei aggressiven und dissozialen Verhaltensweisen.

4.1.22 Traumabedingte Entwicklungsstörung

1.3 Neurobiologische Grundlagen

1.3.1 Das dreieinige Gehirn

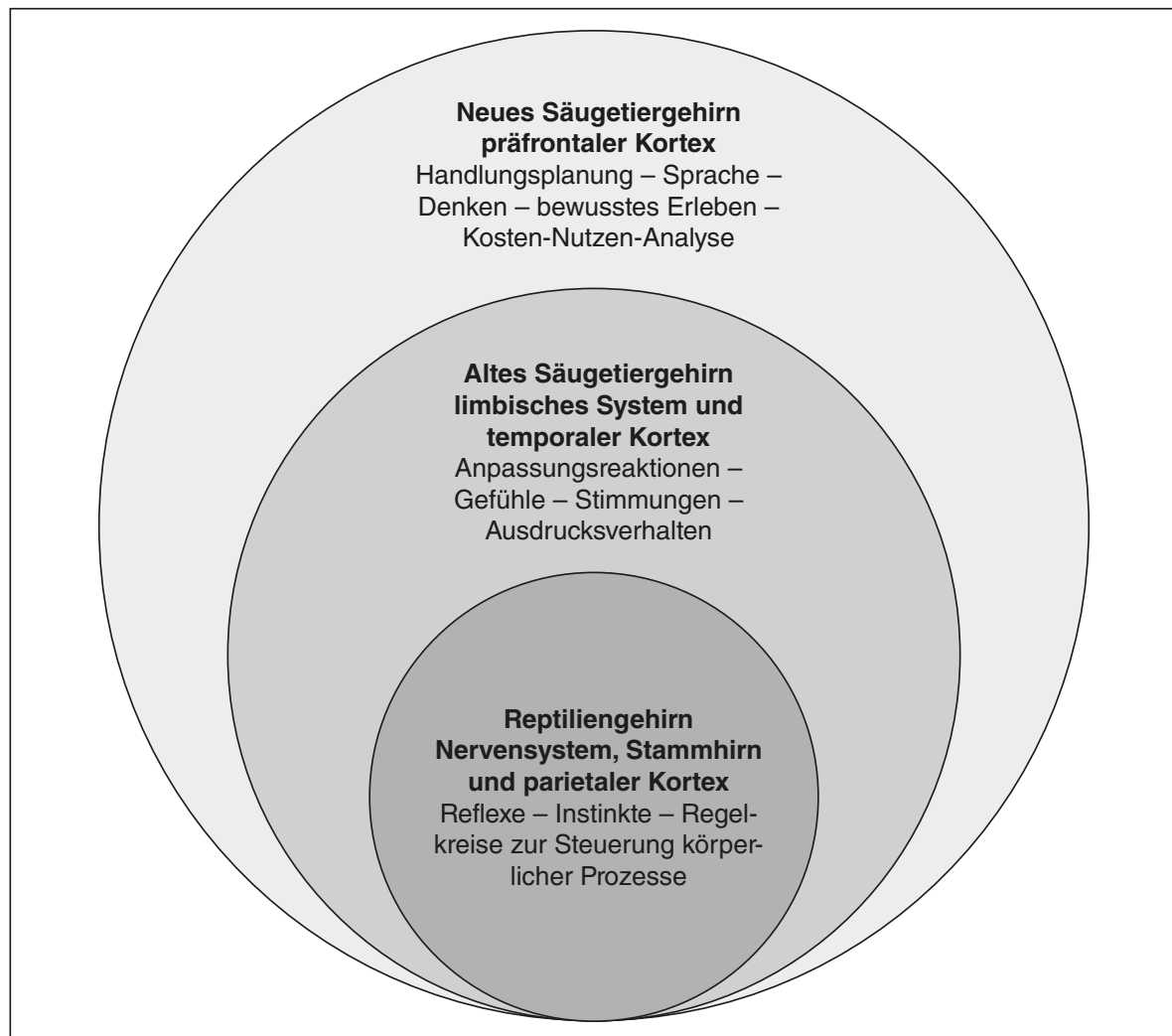


Abbildung 1: Zwiebelmodell des Gehirns in Anlehnung an die Ausführungen von Hüther, G. et al., 2012 und Bentzen, M. 2016

Hüther vergleicht die im Verlauf der Hirnentwicklung einzeln herausgeformten Verarbeitungsebenen mit dem Aufbau einer Zwiebel (Hüther, G. et al., 2012, vgl. Abbildung 1). Vergleichbar ist diese Betrachtungsweise mit dem Konzept des dreieinigen Gehirns, einem vereinfachten Gehirnmodell von Paul D. McLean, wonach sich das menschliche Gehirn im Wesentlichen in drei Entwicklungsebenen untergliedern lässt (vgl. Bentzen, M., 2016). Demnach besitzt der Mensch drei miteinander verbundene „Gehirne“ sehr unterschiedlicher Struktur und Neurochemie, die aus unterschiedlichen Epochen seiner evolutionären Vergangenheit stammen und die zusammen als ein „dreieiniges Gehirn“ (Bentzen, M., S. 15) funktionieren. Die evolutiv jüngeren Hirnteile werden dabei weiterhin von den älteren beeinflusst.



SCHOOL-SCOUT.DE

Unterrichtsmaterialien in digitaler und in gedruckter Form

Auszug aus:

Traumabedingte Entwicklungsstörung bei Kindern und Jugendlichen

Das komplette Material finden Sie hier:

School-Scout.de

