

Judith A. Cohen, M.D., Anthony P. Mannarino, Ph.D.

Trauma-Fokussierte kognitive Verhaltenstherapie für traumatisierte Kinder und Jugendliche

Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Traumatized Children and Adolescents

Zusammenfassung

Obgleich die meisten Kinder traumatische Erfahrungen gut bewältigen, entwickeln einige negative psychische Auswirkungen wie posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Angsterkrankungen, Verhaltensstörungen, kognitive Störungen und fehlender Antrieb in die Zukunft zu investieren. Im TF-CBT-Modell können Kinder und ihre Eltern Fertigkeiten zur Belastungsbewältigung erwerben und werden angeregt, die traumatischen Erfahrungen miteinander zu besprechen und zu verarbeiten. Das Modell umfasst acht Komponenten, die dem Kind und seinen Eltern jeweils in parallelen Sitzungen vermittelt werden. Der vorliegende Artikel stellt dieses Behandlungsmodell vor.

Schlüsselbegriffe

Trauma – posttraumatische Belastung – Kinder – Jugendliche – kognitive Verhaltenstherapie

Summary

While most children who have experienced some sort of trauma are resilient, others develop negative psychological effects which may include posttraumatic stress disorder, depression, anxiety, behavioral problems, cognitive problems, and loss of investment in the future. The TF-CBT model provides children and parents with stress management skills and encourages direct discussion and processing of children's traumatic experiences. The model is comprised of eight components, each of which is provided to both the child and parents in parallel sessions. This article will focus on this treatment model.

Key words

trauma – posttraumatic stress – children – adolescents – cognitive behavioral therapy

■ Einführung

Traumatische Erfahrungen betreffen Kinder und Jugendliche (nachfolgend als „Kinder“ bezeichnet) gleichermaßen. Bis zu einem Viertel aller Kinder weltweit sind Opfer von sexuellem Missbrauch, körperlichen Misshandlungen oder häuslicher Gewalt (Alyahri & Goodman, 2008; Ammar, 2006; Chen, Dunne & Han, 2004; Fanslow, Robinson, Crengle, & Perese, 2007; Nelson, et al, 2002; Xu, Campbell & Xhu, 2001). Viele Kinder erleben Gewalt auch im sozialen Umfeld oder in der Schule (z. B. Lea, Shields, Nadesen & Pierce, 2008). In vielen Teilen der Welt sind außerdem Naturkatastrophen, Verkehrsunfälle, Krieg, Terrorakte und/oder Flucht an der Tagesordnung. Zwar bewältigen die meisten Kinder diese traumatischen Erfahrungen gut, einige entwickeln danach jedoch schwere und unter Umständen dauerhafte negative psychische Auswirkungen wie posttraumatische Belastungsstörung (PTSD), Depression, Angsterkrankungen oder sonstige affektive Regulationsstörungen, Verhaltensstörungen wie Aggression, Substanzmissbrauch, sexualisiertes oder gewalttätiges Verhalten, mit dem das Kind seine eigenen traumatischen Erfahrungen nachstellt, oder kognitive Störungen wie Selbstbeschuldigung,

Scham, Vertrauensverlust, Hoffnungslosigkeit, fehlender Antrieb in Zukunftspläne, Ziele oder den Zusammenschluss mit andersartigen Gleichaltrigen zu investieren aufgrund des Gefühls von mangelndem Selbstwert und Wertlosigkeit (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006, S. 3-19).

Bis zu einem gewissen Grad wird die Art und Weise, wie Kinder auf ein Trauma reagieren, durch genetische Faktoren bestimmt (z. B. Caspi et al, 2002). Weitere Determinanten können der Schweregrad der Trauma-Exposition sein, beispielsweise das Ausmaß, in dem das Kind oder der Jugendliche subjektiv der Meinung ist, dass sein Leben oder das einer nahestehenden Person in Gefahr war (oder tatsächlich jemand zu Tode kam), die Verfügbarkeit von Hilfe aus dem sozialen Umfeld während und nach dem traumatischen Ereignis, frühere Traumata, vorbestehende Angsterkrankungen des Kindes bzw. Jugendlichen, psychiatrische Erkrankungen der Eltern einschließlich PTSD sowie der Zeitraum, den das Kind bzw. der Jugendliche ggf. die Berichterstattung über das traumatische Ereignis im Fernsehen verfolgt hat (Pine & Cohen, 2002).

Zusätzlich zu diesen Faktoren lässt sich die langfristige Reaktion eines Kindes auf ein Trauma dadurch beeinflussen,

ob es wirksam behandelt wird oder nicht. Erfreulicherweise stehen heute evidenz-basierte Behandlungsformen (EBT) für Kinder mit signifikanten psychischen Störungen nach einem traumatischen Ereignis zur Verfügung. In diesem Artikel wird ein Prototyp einer solchen Behandlungsform, die Trauma-Fokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TF-CBT) für traumatisierte Kinder, beschrieben.

■ Für welche Kinder und Jugendlichen eignet sich TF-CBT?

TF-CBT wurde für Kinder konzipiert, deren im Vordergrund stehende Problematik in ihren traumatischen Lebenserfahrungen begründet ist. Zu diesen Problemen gehören typischerweise PTSD, Depression oder Angststörungen (ungeachtet dessen, ob das Kind alle Kriterien für eine dieser Erkrankungen erfüllt), Scham, negatives Selbstwertgefühl oder Verhaltensweisen, die eindeutig mit den traumatischen Erfahrungen in Zusammenhang stehen. TF-CBT wurde bislang an Kindern im Alter von 3 bis 17 Jahren erprobt und kam anekdotenhaft auch bei Kindern unter 2 Jahren und jungen Erwachsenen (im Alter von 20-30 Jahren) zur Anwendung. Das Behandlungsmodell wurde bei Familien aus den unterschiedlichsten Kulturkreisen (Nordamerika, Südamerika, Afrika, Asien und dem Nahen Osten) eingesetzt und das TF-CBT-Therapiehandbuch in verschiedene Sprachen (Niederländisch, Deutsch und Chinesisch) übersetzt (Inhalt auf Spanisch verfügbar, japanische und koreanische Übersetzung in Arbeit, arabische Übersetzung angedacht). TF-CBT wurde außerdem in unterschiedlichen Settings eingesetzt, beispielsweise in Kliniken, Heimen, Wohngruppen und Pflegefamilien, und hat sich bei Jugendlichen ethnischer Minderheiten als recht wirksam erwiesen (Huey & Polo, 2008).

TF-CBT wurde ursprünglich für Kinder mit sexuellen Missbrauchserfahrungen entwickelt. Randomisierte kontrollierte Studien (RCT) haben gezeigt, dass die Behandlung zu einer Besserung der PTSD und anderer Symptome bei Kindern, die sexuellen Missbrauch, multiple Traumata und häusliche Gewalt erlebt haben, führt; in quasi-kontrollierten und Wirksamkeitsstudien verbesserte TF-CBT erwiesenermaßen die PTSD bei Kindern, die Naturkatastrophen, Terrorismus und traumatischer Trauer ausgesetzt waren. Diese Studien werden nachfolgend beschrieben.

Wie alle Behandlungsmodelle eignet sich auch TF-CBT nicht für alle Kinder. Das Modell ist wahrscheinlich für Kinder, bei denen vor allem schwerwiegende und dauerhafte Verhaltensstörungen oder andere schwerwiegende psychiatrische Symptome (z. B. psychotische Symptome, Substanzmissbrauch, schwere Selbstverletzungen) im Vordergrund der Problematik stehen, nicht optimal, auch wenn klinisch vermutet wird, dass sie ihren Ursprung in frühen traumatischen Erfahrungen haben könnten. Bei diesen Kindern bzw. Jugendlichen ist es entscheidend zu eruieren, ob es sich bei der Trauma-Symptomatik um eine primäre Symptomatik handelt oder andere psychiatrische Probleme im Vordergrund stehen. Für gewöhnlich müssen zunächst diese anderen Probleme behandelt werden, so dass hier eine Stabilisierung eintritt, bevor die traumatischen Inhalte wirksam

bearbeitet werden können. Einige dieser Kinder haben womöglich kein primäres Trauma-Problem, sondern zu einem früheren Zeitpunkt ein Trauma erlebt, das aber nicht die Hauptursache für das zugrunde liegende aktuelle Problem ist. Dies unterstreicht, wie wichtig die sorgfältige Erstevaluation vor Beginn der TF-CBT-Therapie ist. Zusammengefasst stellt TF-CBT für Kinder bzw. Jugendliche, bei denen Selbstverletzungen oder andere schwerwiegende psychiatrische Störungen vorab stabilisiert werden müssen, kein optimales Modell dar und eignet sich auch nicht für die Behandlung schwerer Verhaltensstörungen. In diesem Fall sollten andere zur Verfügung stehende evidenzbasierte Modelle zum Einsatz kommen. TF-CBT eignet sich für Kinder bzw. Jugendliche mit trauma-spezifischen Symptomen wie PTSD, Depression, Angststörungen oder leichten bis mittelgradigen Verhaltensstörungen, die eindeutig mit der traumatischen Erfahrung zusammenhängen (z. B. sexualisierte Verhaltensweisen bei sexuellem Missbrauch).

■ Überblick über die TF-CBT-Therapie

Bei TF-CBT handelt es sich um ein Therapiemodell mit unterschiedlichen Komponenten, die mit dem Kind in Einzelsitzungen behandelt werden. Die Eltern werden wenn möglich ebenfalls in die Therapie mit einbezogen; sie erhalten parallel ebenfalls Einzelsitzungen. Die Komponenten sind in dem Akronym PRACTICE zusammengefasst. Das Grundprinzip der TF-CBT-Therapie ist die schrittweise Exposition (GE). Der Therapeut justiert und erhöht allmählich die Intensität und Dauer der Exposition in den einzelnen Komponenten. Auf diese Weise können das Kind und seine Eltern langsam lernen, sich den traumatischen Erinnerungen und Auslösern zu stellen, und so einem Vermeidungsverhalten entgegenwirken. Die PRACTICE-Komponenten umfassen Psychoedukation, Erziehungskompetenz, Entspannungstechniken, die Fähigkeit zur Affektexpression und -modulation, kognitive Bewältigungsstrategien, Trauma-Schilderung und Verarbeitung, in vivo-Kontrolle der Trauma-Auslöser, gemeinsame Sitzungen von Kind und Eltern sowie Stärkung der Sicherheit und Entwicklungskurve. Die einzelnen Komponenten werden nachfolgend beschrieben. Nähere Informationen zu diesem Modell entnehmen Sie bitte unserem kostenlosen Aufbaukurs im Internet (www.musc.edu/tfcbt). Unser Therapiehandbuch („Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents“), das unter www.guilford.com oder www.amazon.com verfügbar ist, liefert ebenfalls weitere Details zu dem Modell. Es liegt wie zuvor beschrieben in deutscher, niederländischer und chinesischer Übersetzung vor.

■ Komponenten der TF-CBT-Behandlung

Psychoedukation

Die Psychoedukation beginnt mit dem ersten telefonischen Kontakt mit der Familie und wird die gesamte Behandlung hindurch fortgesetzt. Im Rahmen der Psychoedukation werden das Kind bzw. der Jugendliche und die Eltern für gewöhnlich über die Art der traumatischen Erfahrung des Kindes und seine aktuellen Symptome informiert und die Hoffnung auf Genesung in Aussicht gestellt. Viele Eltern und Kinder fühlen

sich weniger isoliert, wenn sie über Fakten bezüglich der Art des Traumas, unter dem das Kind leidet, aufgeklärt werden. Kinder, die sexuellen Missbrauch erleben mussten, fühlen sich z. B. weniger einsam, wenn sie erfahren, dass ein Viertel aller Mädchen und ein Sechstel aller Jungen dieselbe Erfahrung machen. Mit Hilfe dieser Informationen über die Symptome des Kindes können sich Kinder und Eltern rückversichern, dass das Kind erwartungsgemäß auf die Belastung reagiert. Besonders hilfreich ist es, den Eltern schriftliche Informationen in Form von Handzetteln oder Broschüren auszuhändigen, auf die die Familie in Belastungssituationen zuhause zurückgreifen kann. Familien in ihrem Glauben, dass ihre Kinder wieder gesund werden, zu bestärken, kann bereits ein ausschlaggebender Faktor für den Heilungsprozess sein. Therapeuten, die bezüglich der Behandlung Optimismus ausstrahlen, werden wahrscheinlich positivere Ergebnisse erzielen als diejenigen, die an den Genesungsaussichten zweifeln. Die Aufklärung darüber, dass es bei 80% der Kinder nach 12 TF-CBT-Sitzungen zu einer Symptomremission kommt, macht den Familien Hoffnung.

Die schrittweise Exposition kommt in dieser Komponente nur in sehr geringem Maße zur Anwendung. Das Kind und seine Eltern werden z. B. zu diesem Zeitpunkt nicht aufgefordert, über die persönlichen Trauma-Erfahrungen des Kindes zu sprechen, vielmehr informiert der Therapeut die Eltern in dieser Komponente allgemein über die Art des Traumas, das das Kind erlebt hat, ohne sich dabei auf die Erfahrungen des Kindes zu beziehen. Der Therapeut verwendet den korrekten Ausdruck für die Art Trauma, die das Kind erfahren hat (z. B. „sexueller Missbrauch“, „körperliche Misshandlung“, „häusliche Gewalt“, „Autounfall“, „Tod“) und bewirkt auf diese Weise, dass das Gespräch über diese Art Trauma im Allgemeinen für das Kind und seine Eltern zunehmend weniger belastend ist. TF-CBT-Therapeuten sind zudem darin geschult, weder ihre Stimme zu senken noch wegzuschauen oder auf andere Weise unabsichtlich Scham oder Unbehagen im Gespräch über das vom Kind erlebte Trauma zu zeigen. Mit Hilfe dieser nonverbalen Techniken vermittelt der Therapeut auch, dass die Familie über die traumatische Erfahrung des Kindes sprechen darf und der Therapeut zuversichtlich ist, dass das Kind diese Erfahrung bewältigen und sich von ihrem negativen Einfluss lösen wird.

Erziehungskompetenz

Wie zuvor beschrieben, nehmen die Eltern unter normalen Umständen gemeinsam mit ihrem Kind in parallelen Einzelsitzungen an der TF-CBT-Therapie teil; sie werden also als aktive Mitglieder des Behandlungsteams betrachtet. Da der Therapeut das Kind lediglich eine Stunde in der Woche sieht, die Eltern dagegen fast die ganze restliche Zeit, verlässt sich der Therapeut darauf, dass die Eltern in der Woche zuhause das umsetzen, was sie in der Therapiestunde mit ihrem Kind gelernt haben. Es ist daher äußerst wichtig, die Eltern in den therapeutischen Prozess mit einzubinden und ihre Meinung bezüglich der bestmöglichen Umsetzung der TF-CBT-Komponenten bei ihrem Kind zu erfragen. Die TF-CBT-Therapie verleiht den Eltern Erziehungskompetenz, die Eltern wiederum leiten den Therapeuten optimal an, wie diese

Kompetenz speziell bei ihrem Kind umzusetzen ist, d.h. was bei den Problemen ihres Kindes in Anbetracht seiner Interessen, der Versuche der Familie in der Vergangenheit, unterschiedliche Verhaltensstrategien anzuwenden, der besonderen Stärken und Verletzlichkeiten des Kindes sowie der Fähigkeit bzw. des Interesses der Eltern an der Umsetzung verschiedener Strategien erfolgversprechend ist. Der Therapeut muss bei der Umsetzung bewährter Erziehungsstrategien wie Lob, selektiver Aufmerksamkeit und/oder Verhaltensweisen im Krisenfall, etc. all dies berücksichtigen. Indem er den Eltern bei der Bewältigung des fehlgeregelten Verhaltens des Kindes infolge der traumatischen Erfahrung hilft, verbessert er die Beziehung zwischen Kind und Eltern und befähigt die Eltern, sich als gute, beschützende und probate Erzieher zu fühlen, die ihr Kind auf dem Wege der Besserung unterstützend begleiten.

Die schrittweise Exposition kommt bei dieser Komponente zum Einsatz, indem der Einfluss der traumatischen Erfahrung des Kindes auf sein Verhalten direkt thematisiert wird und die Eltern in ihrem Glauben, dass diese Probleme mit den genannten Techniken erfolgreich bewältigt werden können, bestärkt werden. Durch Verknüpfung dieser Probleme mit der traumatischen Erfahrung des Kindes hilft der Therapeut den Eltern zu verstehen, dass das Kind nicht „böse“ ist, sondern unter trauma-induzierten Verhaltensstörungen leidet, die mit Hilfe einer positiven Vermittlung behoben werden können. Hierdurch fällt es den Eltern auch leichter, über die traumatischen Erfahrungen ihres Kindes zu sprechen.

Entspannung

Kindliche Traumata gehen auch mit physiologischen Veränderungen einher (DeBellis et al, 1999), beispielsweise mit erhöhter Herzfrequenz in Ruhe und bei Belastung, erhöhtem Blutdruck, erhöhtem Adrenalinausstoß und vielen anderen Veränderungen des zentralen Nervensystems, die oft zu dauerhaft starker Angst und Hypersensibilität gegenüber Gefahren führen. Diesen Veränderungen kann durch zahlreiche unterschiedliche Formen der Entspannung wirksam entgegengewirkt werden. Kindern hilft es oft bei körperlicher oder psychischer Angst, wenn sie oder ihre Eltern eine Reihe von Methoden „auf Lager haben“, um sich zu beruhigen bzw. zu entspannen. Der Therapeut passt diese Fertigkeiten möglichst an die Interessen des jeweiligen Kindes an und schert nicht alle Familien über einen Kamm. Zwar lassen sich z. B. physiologische Veränderungen im Zusammenhang mit einer PTSD durch konzentriertes tiefes Einatmen, wie es für gewöhnlich beim Yoga zur Anwendung kommt, erwiesenermaßen gut beeinflussen, nur wenige Kinder bzw. Jugendliche fühlen sich aber von sich aus zu einer solchen Technik hingezogen. Die meisten Kindern bevorzugen Aktivitäten, die Spaß machen, beispielsweise Sport und Freizeitbeschäftigungen (z. B. Fußball, Basketball, Hockey bei Jugendlichen; Lieder singen und Tanzen bei kleineren Kindern); daher könnte der Therapeut das Kind fragen, was es gerne macht, und es zur Ausübung dieser Aktivitäten in einem geeigneten Setting (z. B. nach der Schule) ermuntern. Die Entwicklung wirksamer Entspannungsstrategien für Settings, in denen Freizeitbeschäftigungen oder Sport nicht möglich sind, z. B. in der Schule oder am Abend

vor dem Zubettgehen, ist ebenfalls wichtig. Dazu gehört die Anwendung der progressiven Muskelrelaxation (allmähliches An- und Entspannen einzelner Muskelgruppen von den Füßen bis zum Kopf) bzw. progressiver Visualisierungsübungen (Visualisierung einer bestimmten Reihe von Bildern, z. B. das Meer, einen Schmetterling und den Sonnenuntergang). Diese Entspannungsstrategien können im Sitzen oder Liegen still erfolgen. Die Eltern erlernen diese Fähigkeiten und ermutigen ihr Kind, sie in Zeiten der Belastung anzuwenden

Die schrittweise Exposition wird während der Entspannung angewandt, damit sich das Kind mit den Trauma-Auslösern beschäftigen kann. Diese Auslöser können eine Person, ein Ort, eine Situation, ein Geruch, ein Lied, eine interne Erinnerung oder irgendetwas anderes, das eine Erinnerung an die traumatischen Erfahrungen des Kindes auslöst, sein. Treten diese Auslöser auf, erlebt das Kind häufig körperliche und/oder psychische Furcht bzw. Angst, was zu einem Vermeidungsverhalten führt. Der Therapeut und die Eltern ermutigen das Kind, für eine bestimmte Situation oder einen speziellen Auslöser gezielt eine der zuvor beschriebenen Entspannungstechniken auszuwählen, d.h. zu fragen, welche Technik sich für welchen Auslöser in welcher Situation eignet. Im Laufe der Zeit müssen unter Umständen weitere Strategien entwickelt werden, da in neuartigen Situationen neue Auslöser auftreten.

Affektexpression und -modulation

Kinder, die ein chronisches Trauma wie Kindesmissbrauch oder fortgesetzte Gewalt erlebt haben, vermeiden es häufig, ihre Gefühle auszudrücken, sind affektiv eingeeignet (d.h. geben an, dass sie „nichts fühlen“), haben Schwierigkeiten unterschiedliche Gefühle zu unterscheiden (sagen z. B. ungeachtet der Situation, dass sie „ärgerlich“ sind) bzw. sind überempfindlich gegenüber negativen affektiven Auslösereizen anderer (halten z. B. den neutralen, traurigen, besorgten oder beschäftigten Gesichtsausdruck eines Menschen fälschlicherweise für Ärger). Diese und andere traumatisierte Kinder haben häufig auch Schwierigkeiten negative Emotionen zu modulieren. Manche haben gelernt, diese Gefühle zu unterdrücken, bis es nicht mehr länger geht und es zu einem explosiven Gefühlsausbruch kommt, wohingegen andere ihre Gefühle erfolgreich unterdrücken können, was zu einer schweren emotionalen Einengung führt. Es ist von ausschlaggebender Bedeutung dem Kind dabei zu helfen, seine Gefühle richtig zu erkennen, auszudrücken und zu modulieren. Dies erreicht man mittels einer Vielzahl von Techniken; bei Spielen, bei denen es auf die Expression von Gefühlen ankommt, oder beim Malen (mit verschiedenen Farben für unterschiedliche Emotionen) erwerben die Kinder die Fähigkeit, eine Vielzahl unterschiedlicher Gefühle auszudrücken. Zu lernen, wie man sich Unterstützung im sozialen Umfeld sucht, und die Anwendung von Problemlösungstechniken, Bewältigungsstrategien sowie Humor, Optimismus und Vertrauen stellen in diesem Zusammenhang nützliche Techniken dar. Diese Techniken sind an anderer Stelle näher beschrieben (Cohen et al, 2006; www.musc.edu/tfcbt)

Die schrittweise Modulation wird bei der Affektexpression und -modulation angewandt, um den Kindern bei der Ver-

arbeitung der Trauma-Auslöser zu helfen. Therapeuten und Eltern sollten mit den Kindern zusammen erarbeiten, welche Strategien zur Affektmodulation bei einem diesbezüglichen Problem in einer bestimmten Situation (z. B. Besuch bei der Person, die die häusliche Gewalt ausübt; Gang zur Schule, wo man schikaniert wird; in anderen Settings, in denen der Trauma-Auslöser auftritt) am besten funktionieren. Dem Kind dabei zu helfen die Trauma-Auslöser zu erkennen, stellt einen wichtigen Schritt in diesem Prozess dar.

Kognitive Bewältigung

Sobald ein Kind in der Lage ist seine Gefühle zu modulieren, lernt es mittels kognitiver Bewältigung, den Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen in Alltagssituationen zu verstehen. Der Therapeut ermutigt das Kind und seine Eltern, Situationen, in denen aufgewühlte Gefühle im Zusammenhang mit Alltagserlebnissen auftreten (das Kind war beispielsweise nicht zu einer Party eingeladen), zu erkennen und die damit einhergehenden Gedanken und Gefühle zu überprüfen: Sind diese Gedanken zutreffend und hilfreich, und wenn nicht, kann das Kind zutreffendere und/oder hilfreichere Gedanken entwickeln, die dazu führen, dass es sich besser fühlt?

Das Kind denkt in dieser Situation z. B. „niemand mag mich“ (Gedanke), was dazu führt, dass sich das Kind traurig und einsam fühlt (Gefühl), zuhause bleibt und den Rest der Woche nichts unternimmt (Verhalten). Indem er den Gedanken untersucht, hilft der Therapeut dem Kind zu sehen, dass der Gedanke wahrscheinlich nicht stimmt (die meisten Kinder haben wenigstens eine Person, die sie mag) und bestimmt nicht hilfreich ist, d.h. nicht bewirkt, dass sich das Kind gut fühlt. Welchen anderen Gedanken könnte man in dieser Situation haben? Wenn dem Kind kein solcher einfällt (was häufig der Fall ist), kann der Therapeut z. B. vorschlagen „Vielleicht haben die Eltern ihrem Kind nur erlaubt, eine bestimmte Anzahl Freunde einzuladen, und du gehörst nicht zu seinem engsten Freundeskreis. Der Grund dafür, dass du nicht eingeladen bist, ist also, dass es eine kleine Party ist, und nicht, dass das Kind dich nicht mag.“ Wie würde sich das Kind bei diesem Gedanken fühlen? Vermutlich besser, vor allem, wenn es jemand anderen kennt, der auch nicht eingeladen ist. Das Kind könnte sich jetzt so verhalten, dass es dieses andere Kind, das auch nicht zu der Party eingeladen ist, anruft und mit ihm ausmacht, während der Woche etwas zu unternehmen. Auf diese Weise lernen Kinder und Eltern, dass sie ihre Gedanken und Gefühle steuern, und nicht umgekehrt. Die kognitive Bewältigung wird folglich zu einem weiteren Werkzeug, um negative affektive Zustände abzumildern.

Bei der kognitiven Bewältigung wird die schrittweise Exposition bei den Eltern, nicht aber bei den Kindern eingesetzt, d.h. der Therapeut wendet diese Technik zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht direkt auf die traumatischen Erfahrungen des Kindes an. Dies erfolgt erst in der nächsten Komponente.

Trauma-Schilderung und Verarbeitung

Haben das Kind und seine Eltern diese Kompetenz-Kompo-

nenten der TF-CBT-Therapie (üblicherweise 4 bis 8 Sitzungen) gemeistert, geht der Therapeut zu den trauma-spezifischen Komponenten über. In diesen Therapiestunden sprechen die Kinder konkreter über ihre persönlichen Trauma-Erfahrungen. Bei richtiger Anwendung der schrittweisen Exposition in den früheren Komponenten bedeutet dies keine signifikante Zunahme der Exposition, da die Intensität und Dauer der Beschäftigung mit den Trauma-Auslösern in den vorangegangenen Komponenten bereits langsam gesteigert worden waren.

In dieser Komponente schildern die Kinder ihre persönlichen Trauma-Erfahrungen, typischerweise indem sie ein Buch, ein Gedicht oder ein Lied schreiben bzw. eine andere Form der schriftlichen Schilderung wählen. Bei kleineren Kindern schreibt der Therapeut auf, was das Kind diktiert, was es spielt bzw. worüber es redet. Schriftliche Aufzeichnungen der Schilderung des Kindes sind wichtig, um sie später, wenn das Geschilderte erzählt wird, wobei die Exposition und Bewältigung erfolgen, mit dem Kind und seinen Eltern zu besprechen. Das Erstellen einer Schilderung hat folgende Gründe: 1) das Vermeiden traumatischer Erinnerungen wird überwunden; 2) maladaptive Kognitionen bezüglich des Traumas werden erkannt und verarbeitet, indem das Kind mit seinen eigenen Worten darüber berichtet, 3) die traumatischen Erfahrungen des Kindes werden in eine größere Lebensperspektive eingebunden, indem das Kind die Geschichte im Zusammenhang erzählt (d.h. das Kind kann dadurch, dass es erzählt, wie die Situation vor Beginn des Traumas war, wann das Trauma aufgetreten ist und seit wann es aufgehört hat, sehen, dass es nicht einfach nur ein Trauma-Opfer ist).

Die Trauma-Schilderung dauert für gewöhnlich 3 bis 5 Therapiestunden; sie beginnt üblicherweise mit dem Abschnitt „Wer bin ich“, dann wird die Beziehung des Kindes zum Täter bzw. das Leben des Kindes vor Beginn oder Auftreten des Traumas geschildert, schließlich wird mindestens eine Trauma-Episode im Detail beschrieben. Die Schilderung schließt mit dem Abschnitt „Wie ich mich verändert habe, was ich anderen Kindern, die dasselbe durchmachen mussten, sagen möchte“. Hat das Kind geschildert „was passiert ist“, geht der Therapeut die Schilderung mit dem Kind durch und fügt weitere Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen sowie die schlimmsten Momente der traumatischen Erfahrung hinzu. Dann geht der Therapeut kognitiv auf maladaptive Kognitionen ein, die eventuell zu negativen affektiven Zuständen führen, z. B. wenn das Kind bei der Schilderung Selbstzweifel, Selbstbeschuldigung, Scham oder andere Gedanken oder Gefühle geäußert hat, die auf maladaptive Kognitionen hindeuten, die es zu behandeln gilt. Die Eltern werden (mit Zustimmung des Kindes) in parallelen Therapiestunden über den Fortgang der Schilderung informiert, so dass sie sich auf die späteren gemeinsamen Eltern-Kind-Sitzungen vorbereiten können. Es ist wichtig zu verstehen, dass diese Schilderung für die Eltern oftmals mindestens so aufwühlend ist wie für die Kinder, da die Kinder die Geschichte selbst durchlebt haben und ihre Einzelheiten kennen, die Informationen für die Eltern aber häufig neu und möglicherweise schockierend sind. Dennoch profitieren die Eltern häufig auch von der kognitiven Verarbeitung der Schilderung.

In vivo-Bewältigung

Bei dieser Komponente kommt die schrittweise Exposition bei Kindern, die ein generalisiertes Vermeidungsverhalten bei harmlosen Auslösereizen entwickelt haben (z. B. Kinder, die im Badezimmer der Familie sexuell missbraucht wurden und sich jetzt generell vor der Benutzung von Badezimmern fürchten; Kindern, die in der Schule schikaniert wurden und nun Angst haben zur Schule zu gehen; Kinder, die einen Autounfall miterlebt haben und nun nicht mehr im Auto mitfahren wollen, etc.), zur Anwendung. Ein solches Vermeidungsverhalten kann zu Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen, physischen und/oder psychischen Bereichen führen und muss daher umgehend behandelt werden. Für eine in vivo-Exposition ist es unabdingbar, eine Hierarchie der gefürchteten Auslösereize zu entwickeln und dem Kind schrittweise dabei zu helfen, diese durch allmähliche Exposition zu bewältigen. Hierfür ist es notwendig, dass das Kind, seine Eltern, der Therapeut und ggf. die Lehrer sich verpflichten, das Expositionsprogramm einzuhalten und dafür zu sorgen, dass das jeweilige Setting frei von wirklichen Gefahren ist. Eine in vivo-Exposition darf nicht begonnen werden, solange der Täter oder eine andere Gefahr noch vorhanden sind (z. B. der Kinderschänder noch zuhause oder der Schulhofschläger noch in der Schule ist), da die erlernte und generalisierte Angst des Kindes hierdurch verstärkt wird und der Expositionsplan damit höchstwahrscheinlich nicht zum Erfolg führt.

Eltern-Kind-Sitzungen

Gegen Ende der TF-CBT-Therapie sind gemeinsame Sitzungen von Kind und Eltern sehr wichtig. Ziel ist es, die unmittelbare Verständigung zwischen dem Kind und seinen Eltern bezüglich des Traumas und anderer wichtiger Themen zu verbessern und die Erwartungen des Kindes und der Eltern dahingehend zu verschieben, dass sie den Therapeuten nicht länger benötigen, um das Ziel (dass es dem Kind besser geht) zu erreichen, sondern selbst dazu in der Lage sind, indem sie direkt miteinander sprechen. Bei diesen gemeinsamen Therapiestunden lassen die Kinder ihre Eltern für gewöhnlich direkt an ihrer Trauma-Schilderung teilhaben (der Therapeut hat den Eltern diese Schilderung bereits nahegebracht und sie gut auf die gemeinsamen Sitzungen mit ihrem Kind vorbereitet). Das Kind und seine Eltern sprechen auch über andere wichtige Themen wie Sicherheit, die Vorbereitung auf zukünftige Trauma-Auslöser und das Sich-in-die-Zukunft-Bewegen nach Beendigung der Therapie. Eventuell stellen sie einander auch weitere Fragen zu der traumatischen Erfahrung des Kindes (z. B. „Was empfindest du bezüglich der Geschehnisse?“ „Hätte ich deiner Meinung nach in der Lage sein müssen, der Situation ein Ende zu bereiten?“ „Bist du böse auf mich wegen dem, was geschehen ist?“), um im Raum stehende Probleme noch vor Abschluss der Therapie zu klären. Hierin liegt der Vorteil des Therapeuten, der sowohl das Kind als auch die Eltern behandelt: in den gemeinsamen Sitzungen ist er in der idealen Situation, solche bislang nicht angesprochenen, jedoch im Raum stehenden Probleme zu erkennen und einen Austausch darüber anzuregen. Zwar kann TF-CBT auch bei Kindern, deren Eltern nicht in die Therapie mit eingebunden werden, wirksam sein, optimale Ergebnisse werden jedoch erzielt, wenn beide – das Kind und seine Eltern – die Therapie gemeinsam bestreiten (Deblinger, Lippman & Steer, 1996; King et al, 2000).

Stärkung der Sicherheit und Entwicklungskurve

In den letzten PRACTICE-Komponenten geht es um die Optimierung der Sicherheit und die Wiederherstellung der optimalen Entwicklungskurve des Kindes. Traumatisierte Kinder entwickeln zuweilen Risikoverhaltensweisen (Pynoos, Steinberg, Layne, Briggs, Ostrowski & Fairbank, 2009). Indem man Kindern hilft, Gefahren realistisch einzuschätzen, Sicherheitskompetenz zu erwerben und gesundheitsfördernde Entscheidungen zu treffen, stellt man sicher, dass Kinder später nicht erneut zu Opfern werden bzw. sich andere als Opfer suchen. Wie zuvor beschrieben, kann sich der Therapeut dafür entscheiden, bei bestimmten Kindern und Jugendlichen das Thema Sicherheitskompetenz in den gemeinsamen Sitzungen mit den Eltern zu behandeln, er kann aber bei anderen Kindern auch der Ansicht sein, dass sich dieses Thema am besten in Einzelstunden besprechen lässt. Zur Verbesserung und Normalisierung der Entwicklungskurve des Kindes können vor Abschluss der Therapie ggf. auch noch andere Kompetenzbereiche behandelt werden. Eine möglicherweise notwendige Überweisung in eine sekundäre bzw. ergänzende psychiatrische Einrichtung sollte während bzw. nach Abschluss der TF-CBT-Behandlung erfolgen.

■ Forschungsstudien

Bei der TF-CBT-Therapie handelt es sich um die derzeit am gründlichsten untersuchte Psychotherapie für traumatisierte Kinder und Jugendliche. Sie wurde in 8 randomisierten kontrollierten Studien, 3 quasi-kontrollierten Studien, 2 offenen Studien sowie einer in zahlreichen Prüfzentren des von der US-amerikanischen SAMHSA (SAMHSA = Substance Abuse and Mental Health Services Administration) finanzierten National Child Traumatic Stress Network (www.nctsn.org) durchgeführten zentrumsübergreifenden Studie evaluiert. Diese Studien dokumentieren, dass TF-CBT

- 1) einer Vielzahl von Vergleichsbehandlungen (wie indirekte Therapie, kind-zentrierte Therapie und Community-Therapie, wie sie für gewöhnlich zur Verbesserung der vielfältigen Symptome wie PTSD, Depression, soziale Kompetenz, Verhaltensstörungen, Angst, Fakten zur sexuellen Sicherheit und Dissoziation bei sexuell missbrauchten Kindern im Alter von 3 bis 17 Jahren angewandt werden) überlegen ist und außerdem die Erziehungskompetenz der teilnehmenden Eltern verbessert (Cohen & Mannarino, 1996; Cohen, Mannarino & Knudsen, 2005; Deblinger, Lippman & Steer, 1996; Deblinger, Stauffer & Steer, 1999; Cohen, Deblinger, Mannarino & Steer, 2004; Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon & Steer, 2009; King et al, 2000)
- 2) der gewöhnlichen Community-Therapie bezüglich der Verbesserung der PTSD und anderer Symptome bei multipel traumatisierten Kindern (Cohen et al, 2004) bzw. bezüglich der Verbesserung der PTSD, Verhaltensstörungen und Probleme durch wechselnde Unterbringung bei Pflegekindern mit anfänglich schweren Verhaltensstörungen überlegen ist (Northwestern University, 2008)
- 3) der kind-zentrierten Behandlung in einem Community-Therapie-Setting bezüglich der Verbesserung der PTSD und

anderer Symptome im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt überlegen ist (Cohen, Mannarino & Iyengar, 2009)

- 4) die PTSD-Symptome von Kindern nach humanitären Katastrophen und Terrorangriffen wirksam verbessert (Jaycox et al, 2009; Hoagwood, im Druck) sowie
- 5) zu einer effektiven Besserung der Symptome der PTSD und traumatischen Trauer bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 17 Jahren führt (Cohen, Mannarino & Knudsen, 2004; Cohen, Mannarino & Staron, 2006). Diese Studien deuten darauf hin, dass TF-CBT bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit den verschiedensten Trauma-Typen Anwendung finden kann.

■ Internationale Umsetzung

Die TF-CBT-Forschung setzt allmählich auch international ein. Wie bereits erwähnt, wurde das TF-CBT-Therapiehandbuch bereits in mehrere Sprachen übersetzt, und TF-CBT-Studien laufen derzeit in Norwegen, den Niederlanden, Deutschland, Sambia und Kambodscha. Umgesetzt wird die TF-CBT-Therapie aktuell in China, Indonesien, Japan, Tansania, Amerikanisch-Samoa, Pakistan und einer Reihe anderer Länder. Mehr als 50.000 Therapeuten in über 60 Ländern haben bereits unseren kostenlosen TF-CBT-Kurs (TF-CBT*Web*) im Internet (www.musc.edu/tfcbt) besucht, um die kulturübergreifende Akzeptanz des Therapieverfahrens zu unterstützen. In dem Maße, wie sich Therapeuten weltweit mit diesem Modell vertraut machen, freuen wir uns zu erfahren, wie es bei Kindern mit zunehmend unterschiedlichem Hintergrund in den verschiedenen Ländern funktioniert.

■ Literatur

- Alyahri, A. & Goodman, R. (2008). Harsh corporal punishment of Yemmi children: Occurrence, type and associations. *Child Abuse and Neglect*, 32, 766-773.
- Ammar, N.H. (2006). Beyond the shadows: domestic spousal violence in a 'democratizing' Egypt. *Trauma, Violence and Abuse*, 7, 244-259.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T.E., Mill, J., Martin, J., Craig, I.W., Taylor, A., & Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297, 851-854.
- Chen, J., Dunne, M.P., & Han, P. (2004). Child sexual abuse in China: A study of adolescents in four provinces. *Child Abuse and Neglect*, 28, 1171-1186.
- Cohen, J.A., Deblinger, E., Mannarino, A.P., & Steer, R. (2004a). A multi-site randomized controlled trial for sexually abused children with PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 383-402.
- Cohen, J.A. & Mannarino, A.P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 42-50.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Cohen, J.A. Mannarino, A.P., & Knudsen, K. (2004b). Treating childhood traumatic grief: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1225-1233.

- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: One year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse and Neglect*, 29, 135-145.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Staron, V. (2006b). Modified cognitive behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG): A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1465-1473.
- DeBellis, M.D., Baum, A.S., Birmaher, B., Keshavan, M.S., Eccard, C.H., Tobing, A.M., Jenkins, F.J., & Ryan, N.D. (1999). Developmental traumatology Part I: Biological stress systems. *Biological Psychiatry*, 45, 1259-1270.
- Deblinger, E., Lippmann, J., & Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1, 310-321.
- Fanslow, J.L., Robinson, E.M., Crengle, S., & Perese, L. (2007). Prevalence of child sexual abuse reported by a cross-sectional sample of New Zealand women. *Child Abuse and Neglect*, 31, 935-945.
- Hoagwood, K.E., Radigan, M., Rodriguez, J., Levitt, J.M., Fernandez, D., Foster, J., et al. with NY State Office of Mental Health (2006). *Final Report on the Child and Adolescent Trauma Treatment Consortium (CATS) Project*. SAMHSA, unveröffentlichter Bericht.
- Kendall, P.C. (1990). *Coping cat manual*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- King, N.J., Tonge, B.J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., Martin, R., & Ollendick, T.H. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1347-1355.
- Murray, L.K. (2006). *HIV and child sexual abuse in Zambia: An intervention feasibility study*. Grant Number 1 K23 MH077532, National Institute of Mental Health (US).
- Nelson, E.C., Heath, A.C., Maden, P.A.F., Cooper, M.L., Dinwiddie, S.H., Bucholz, K.K., Glowinski, A., McLaughlin, T., Dunne, M.P., Statham, D.J., & Martin, N.G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 59, 139-145.
- Pine, D.C., & Cohen, J.A. (2002). Trauma in children: Risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, 51, 519-531.
- Pynoos, R.S., Steinberg, A.M., Layne, C.M., Briggs, E.C., Ostrowski, S.A., & Fairbank, J.A. (2009). DSM-V PTSD diagnostic criteria for children and adolescents: A developmental perspective and recommendations. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 311-398.
- Shields, N., Nadesen, K., & Pierce, L. (2008). The effects of community violence on children in Cape Town, South Africa. *Child Abuse and Neglect*, 32, 589-601.
- Xu, X., Campbell, J.C., & Xhu, F. (2001). Intimate partner violence against Chinese women. *Trauma, Violence and Abuse*, 2, 296-315.

■ Korrespondenzadresse

Judith A. Cohen, M.D. & Anthony P. Mannarino, Ph.D.
 Center for Traumatic Stress in Children and Adolescents
 Department of Psychiatry | Allegheny General Hospital
 Pittsburgh, PA | USA