

Schmid, Marc und Goldbeck, Lutz

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze für die Behandlung von komplex traumatisierten Jugendlichen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 59 (2010) 6, S. 453-476

urn:nbn:de:bsz-psydok-50030

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze für die Behandlung von komplex traumatisierten Jugendlichen

Marc Schmid und Lutz Goldbeck

Summary

Cognitive Behavioral Therapy for Adolescents Suffering from Complex Trauma Disorder

Complex Posttraumatic Stress Disorder and Developmental Trauma Disorder are discussed as new diagnostic entities representing the broad spectrum of trauma-related symptoms of children and adolescents. However, the psychotherapy of severe and complex trauma during adolescence is challenging because trauma-associated symptoms like attachment problems, the expectation of self-inefficacy and dissociation may complicate therapeutic work and limit treatment outcome. Therefore it is necessary to develop evidence-based treatment approaches for these mental disorders. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy has been successfully evaluated for the treatment of posttraumatic stress disorder. Actual treatment approaches combine strategies from Dialectical Behavioral Therapy (DBT) with cognitive behavioral techniques of trauma therapy for the treatment of complex trauma disorder. This article gives a practical overview about cognitive-behavioral treatment approaches and discusses problems of their implementation in the clinical routine of child and adolescent psychiatrists/psychotherapists.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59/2010, 453-476

Keywords

Cognitive Behavioral Therapy – Complex Posttraumatic Stress Disorder – Developmental Trauma Disorder – Non-Suicidal Self Injury – trauma therapy

Zusammenfassung

Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung und die Traumaentwicklungsstörung werden als diagnostische Kategorien diskutiert, um das breite Spektrum der Traumfolgestörungen erfassen zu können. Die Psychotherapie von schwer und sequentiell traumatisierten Jugendlichen stellt eine besondere Herausforderung dar, da die vielfältigen Symptome einer Traumafolgestörung wie Bindungsprobleme, Dissoziationsneigung und Selbstunwirksamkeitserwartung sich auch direkt auf die psychotherapeutische Arbeit und den Therapieerfolg auswirken. Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung oder Traumaentwicklungsstörung ist daher ein für die klinische Praxis hoch relevantes Störungsbild, für das dringend evidenzbasierte Behandlungskonzepte entwickelt werden müssen. Für die Posttraumatische Belastungsstörung sind kognitiv-behaviorale Therapieansätze bereits sehr gut evaluiert. Momentan werden Behandlungsansätze, welche Elemente der kognitiv-behavioralen Trau-

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59: 453 – 476 (2010), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2010

mathérapie mit den Methoden der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) kombinieren, entwickelt und evaluiert. Dieser Beitrag gibt einen praxisnahen Überblick über kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze und diskutiert die Chancen und Schwierigkeiten bei der Umsetzung solcher Behandlungsansätze im kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Alltag.

Schlagwörter

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung – kognitiv-behaviorale Therapie – Selbstverletzung – Traumaentwicklungsstörung – Traumatherapie

1 Beschreibung des Störungsbildes

In der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Arbeit und im Rahmen der stationären Jugendhilfe wird man oft mit einer Patientengruppe konfrontiert, die seit frühester Kindheit mehrere oft über einen längeren Zeitraum anhaltende schwerste interpersonelle Traumata erlebt hat. Diese Patienten sind in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe massiv eingeschränkt und oft schwer zu behandeln, nicht zuletzt weil sie ambulante Psychotherapien sehr häufig abbrechen (Jerschke et al., 1998; Solomon u. Davidson, 1997; van Minnen, Arntz, Keijsers, 2002). Mehrere Therapiestudien zeigen zudem, dass sequentiell schwer interpersonell Traumatisierte langfristig einen schlechteren Verlauf aufweisen und von psychotherapeutischen Behandlungen in einem geringeren Maße zu profitieren scheinen (Thiel u. Szymalla, 2006; Zanarini et al., 2006), insbesondere wenn sie nie eine positive schützende Bezugsperson erlebt haben (Skodol et al., 2007). Auch die bei dieser Patientengruppe oft extrem stark ausgeprägte Dissoziationsneigung wirkt sich, wenn man sie nicht in der Therapie aufgreift, negativ auf den Therapieerfolg aus (Lynch et al., 2008). Nicht selten ist man insbesondere bei sexuell traumatisierten Mädchen und jungen Frauen mit einer Patientengruppe konfrontiert, die neben Erfahrungen von frühkindlicher Vernachlässigung, familiärer Gewalt und sexuellem Missbrauch in der Kindheit in der Adoleszenz erneut sexuelle Übergriffe erfahren haben (Classen et al., 2005; Spatz Widom et al., 2008).

Patienten mit sequentiellen, interpersonellen Traumatisierungen und frühkindlichen Vernachlässigungserlebnissen zeigen häufig eine Breitbandsymptomatik mit einer hohen Komorbidität, die sich sowohl im externalisierenden als auch im internalisierenden Symptombereich manifestieren. Viele Wissenschaftler sehen gerade in dieser Breitbandsymptomatik eine typische Folge von komplexer Traumatisierung (Brady et al., 2000; Essau et al., 1999; Ross, 2000). Viele schwer traumatisierte Jugendliche zeigen dabei derart gravierende Symptome (schwere Selbstverletzungen, Parasuizidalität, Hochrisikoverhalten), dass ihre soziale Integration und Teilhabe stark gefährdet ist und dies zum Beispiel auch in der stationären Jugendhilfe oft zu erheblichen pädagogischen Problemen führt (Schmid, 2008; Schmid, 2007a, b).

Um diese besonders stark und chronisch traumatisierte Patientengruppe besser beschreiben zu können, gibt es sowohl für das Erwachsenen- als auch für das Kindes- und Jugendalter Bestrebungen, eine Traumafolgestörung in die Diagnosemanuale aufzunehmen, welche die Symptomatik dieser Patientengruppe adäquat beschreibt (Sack, 2004; van der Kolk et al., 2005). Einige Autoren plädieren dafür, den Entwicklungsaspekt dieser Traumafolgestörung stärker zu betonen und haben das Konzept der Traumaentwicklungsstörung zur Aufnahme in das DSM-V vorgeschlagen (Cook et al, 2005; van der Kolk, 2009), da sich frühkindliche Traumatisierung in jeder Entwicklungsphase auf die Psychopathologie und die gesellschaftliche Teilhabe auswirken können (De Bellis, 2002; van der Kolk, 2009). Gewöhnlich wird im Erwachsenenbereich eher für die Einführung der komplexen PTSD Diagnose plädiert und im Kinder- und Jugendbereich besteht ein besonderes Interesse an der Betonung des Entwicklungsaspektes. Die beschriebenen Symptome sind im Wesentlichen identisch, weshalb in diesem auf Adoleszente fokussierten Artikel der Begriff der Traumaentwicklungsstörung verwendet wird, wenn der Entwicklungsaspekt betont wird, und der Begriff komplexe Traumatisierung immer dann benutzt wird, wenn eher die aktuelle Symptomatik und deren Behandlung beschrieben werden soll.

Im Sinne eines entwicklungsheterotopischen Ansatzes geht man davon aus, dass ein spezifisches Defizit (z. B. ein genetischer Risikofaktor) für die Ausbildung von unterschiedlichen Symptomen verantwortlich sein kann und sich somit im Entwicklungsverlauf unterschiedliche Krankheitsbilder ausbilden können. Wird dieser Ansatz auf die Traumafolgestörungen angewendet geht man davon aus, dass diese mit biologischen Faktoren interagieren und sich einige grundlegende Symptome, wie z. B. Dissoziationsneigung, Emotionsregulationsstörung, Selbstwertproblematik, Selbstunwirksamkeitserwartung sowie Bindungsprobleme in den verschiedenen Entwicklungsaltersstufen unterschiedlich auswirken und jeweils ganz unterschiedliche Symptome zur Folge haben können (Schmid, Fegert, Petermann, 2010). Ein Kind mit Emotionsregulationsproblemen und ausgeprägter Selbstunwirksamkeitserwartung wird vielleicht starr werden, häufig weinen oder weglaufen ein/e Jugendliche/r Drogen nehmen oder sich selbst verletzen.

Ein nicht unerheblicher Anteil dieser sequentiell und interpersonell traumatisierten Jugendlichen entwickelt oder erfüllt bereits die Diagnosekriterien für eine Borderline Persönlichkeitsstörung, wobei die Vergabe dieser Diagnose im Jugendalter nach wie vor umstritten bleibt (vgl. Schmid, Schmeck, Petermann, 2008). Durch die Entwicklung von störungsspezifischen Behandlungsansätzen für Jugendliche gewinnt die Diagnose im Jugendalter aber zunehmend an Bedeutung, da durch frühzeitige Intervention eine Chronifizierung und eine nachhaltige Teilhabebeeinträchtigung verhindert oder zumindest reduziert werden kann (vgl. Schlüter-Müller, Schmeck, Schmid, 2009; Schmid et al., 2008).

Zwar gibt es eine große Überlappung zwischen den Symptomen einer komplexen PTSD und einer Borderlinestörung, diese lassen sich aber differentialdiagnostisch durchaus voneinander abgrenzen (Sack, 2004; Sack et al., 2009). Fiedler (2000) plädiert dafür, bei der Borderlinestörung zwischen Patienten mit extremer Traumatisierung, Patienten mit „normaler“ oder ohne Traumatisierung zu unterscheiden.

Im Folgenden soll die Behandlung nach den Methoden der kognitiven Traumatherapie unter Einbeziehung von Elementen der Dialektisch Behavioralen Therapie für Jugendliche (DBT-A) vorgestellt werden. Der Beitrag orientiert sich an einem „prototypischen Fall einer 16-jährigen Patientin“, die aus einem psychosozial sehr belasteten Elternhaus kommt, bereits als Kind sexuellen Missbrauch durch ein Familienmitglied erfahren hat und nun in der Adoleszenz erneut einen sexuellen Übergriff durch eine Internetbekanntschaft durchleben musste. Sie verletzt sich mehrmals in der Woche selbst, indem sie sich mit Rasierklingen und Scherben in Arme und Beine „ritz“t, droht immer wieder mit Suizid und hat bereits zwei Suizidversuche mit Tabletten unternommen. Sie zeigt heftigste Stimmungseinbrüche, ein extrem negatives Selbstbild und Passivität und Scheu im Sozialkontakt. Die Patientin berichtet über extreme Albträume und Intrusionen von einzelnen traumatischen Lebenssituationen. Sie berichtet von einer großen „inneren Leere“ und dissoziiert auch in unangenehmen Gesprächssituationen oder unter Stress schnell. Die Beziehung zu ihren Eltern ist sehr konfliktbehaftet, ihre Eltern lebten seit ihrer frühesten Kindheit getrennt. Sie hat viele oberflächliche Bekanntschaften in ihrer Peergruppe, tiefere emotionale Beziehungen zu Gleichaltrigen vermeidet sie. Die Mutter ist selbst schwer traumatisiert, durch die Selbstverletzungen und Suizidversuche ihrer Tochter sehr belastet und in ihrem Erziehungsverhalten sehr verunsichert, weshalb nun eine Platzierung in einer sozialpädagogischen Institution in Erwägung gezogen wird.

Die Patientin zeigt somit eindrücklich typische Traumafolgestörungen (vgl. Schmid et al., 2010) wie zum Beispiel:

- Symptome einer PTSD
- Selbstunwirksamkeitserwartung
- Dissoziationsneigung
- Beeinträchtigte Emotionsregulation
- Beziehungsprobleme

2 Evidenzbasierte Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen

Die Traumatherapie entwickelte sich in den letzten Jahren sehr positiv und es liegen nun auch im deutschsprachigen Bereich mehrere Behandlungsmanuale vor, die ihre Wirksamkeit für die einfache Posttraumatische Belastungsstörung in randomisierten kontrollierten Studien bereits mehrfach nachweisen konnten, so dass die Datenlage für verschiedene Formen der Expositionsbehandlung inzwischen als gut bis sehr gut einzuschätzen ist (Kraft et al., 2006; Bradley et al., 2005; Rodenburg et al., 2009). Insbesondere die Ansätze von Cohen et al. (2009) im Kindesalter und Ehlers et al. (2005) im Erwachsenenalter haben sich bezüglich unterschiedlicher Zielkriterien als extrem wirksam und stabil erwiesen (z. B. Cohen et al., 2004). Beide Therapiemanuale wurden auch bei Menschen angewendet, die wiederholt schwerste zwischenmenschliche Gewalt erfahren haben. Teilweise

wird kritisiert, dass viele Traumatherapiestudien Patienten mit ausgeprägter Komorbidität und Suizidalität nicht adäquat berücksichtigen und daher die Studien in ihrer Übertragbarkeit für diese in der klinischen Praxis besonders häufig vorkommenden komplex traumatisierten Patienten eingeschränkt seien (Bradley et al., 2005; Spinazzolla et al., 2005).

Bei Patienten mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung stellt sich die Behandlung allerdings wesentlich schwieriger dar. Die Patienten benötigen in der Regel eine ausgeprägte Stabilisierungsphase und die Traumakonfrontation muss wesentlich besser vorbereitet werden. Neben dem Gefühl der Angst müssen im Rahmen der Expositionsbehandlung auch andere emotionale Aspekte des Traumas wie z. B. Scham, Ekel, Schuldgefühle beachtet und bearbeitet werden (vgl. Boos, 2005; Steil u. Rosner, 2009). Außerdem muss bei der therapeutischen Beziehungsgestaltung die besondere Bindungsproblematik vieler traumatisierter Menschen beachtet werden (vgl. Boos, 2005; Huber, 2003b). Für die Verbesserung der Emotionsregulation, die Reduktion von Selbstverletzungen sowie die Stabilisierung eignen sich die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) (Linehan, 1996; Miller et al., 2006) und deren Weiterentwicklung mit einem spezifischen Selbstwertmodul und PC-gestütztem Fertigkeitentraining (Bohus u. Wolf, 2009).

Linehan (1996) selbst sieht in der Aufarbeitung von traumatischen Erlebnissen und deren adäquater emotionaler und kognitiver Bewertung einen zentralen Teil der Behandlung. In ihrem therapeutischen Modell wird der Vermeidung von Suizid, Selbstverletzung und therapiegefährdendem Verhalten sinnvollerweise Priorität eingeräumt, so dass dieser traumatherapeutische Teil der DBT noch nicht vergleichbar gut manualisiert ist wie die klassische DBT. Es liegen aber bereits erste Konzeptionen für eine engere Verbindung von der Dialektisch Behavioralen Therapie mit klassischen verhaltenstherapeutischen Techniken wie Expositionsbehandlung und Diskriminationstraining vor (Dyer, Priebe, Steil, Krüger, Bohus, 2009; Steil u. Rosner, 2009; Steil et al., 2010).

Die klassische DBT enthält bereits sehr viele Elemente, die sich direkt sehr positiv auf traumatisierte Jugendliche auswirken. So werden die zentralen Traumafolgestörungen (Beziehungsprobleme, Dissoziationsneigung, Emotionsregulationsstörung, Impulskontrollstörung) durch ein DBT-Fertigkeitentraining erreicht, wobei den Wahrnehmungs- und Achtsamkeitsübungen zum Abbau der Dissoziationsneigung ein besonders hoher Stellenwert zukommt. Für den Jugendbereich legten Miller, Rathus und Linehan (2006) eine adaptierte DBT-Version vor, welche einerseits ein Konzept und Interventionen speziell für den Einbezug der Bezugspersonen hat, etwas kürzer ist und jugendspezifische Arbeitmaterialien anbietet. Die Jugendversion hat sich im Rahmen von Prä-Post-Untersuchungen und in der Einjahreskatamnese bei suizidalen, sich selbst verletzenden Jugendlichen als sehr wirksam erwiesen; insbesondere scheint es zu weniger Therapieabbrüchen und einer deutlichen Reduktion des selbstverletzenden Verhaltens zu kommen (Fleischhaker et al., 2005; Rathus u. Miller, 2002).

3 Therapieplanung und Schaffung von günstigen Ausgangsbedingungen

3.1 Therapeutische Beziehungsgestaltung und die besondere Bedeutung von Scham

Die therapeutische Beziehungsgestaltung stellt bei schwer traumatisierten Jugendlichen eine besondere Herausforderung dar. Oft entwickeln sich besonders intensive Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle (Dalenberg, 2000). Es ist gar möglich, dass der Therapeut selbst immer wieder Intrusionen der belastenden Bilder seiner Patienten und eine höheres Arousal erlebt – weshalb das Konzept der sekundären (stellvertretenden) Traumatisierung von psychosozialen Helfern/Therapeuten beschrieben wurde (vgl. Lempke, 2006). Die therapeutische Beziehung wird oft von Fragen wie „glaubt mir die Therapeutin?“ oder „kann sie das aushalten?“ beeinflusst.

Gerade bei Patienten mit chronischen Traumata, die ihnen im Geheimen durch Bezugspersonen zugefügt wurden, ist Scham ein vorherrschendes Gefühl, was bei der therapeutischen Beziehungsgestaltung beachtet und gewürdigt werden muss. Entscheidend ist, dass traumatisierte Menschen, die sehr häufig völligen Kontrollverlust erfahren haben, in der therapeutischen Beziehung die Erfahrung machen an der Therapieplanung und -durchführung zu partizipieren und dadurch die größtmögliche Kontrolle über den Therapieverlauf haben.

Bei der Entwicklung der therapeutischen Beziehung spielt das Geschlecht eine wichtige Rolle. Prinzipiell spricht nichts gegen einen männlichen Therapeuten. Ein emphatisches, auf maximale Partizipation und Transparenz achtendes männliches Gegenüber kann für sexuell traumatisierte Frauen eine äußerst wichtige korrigierende Beziehungserfahrung darstellen. Die Frage, ob es möglich ist, eine ausreichend stabile therapeutische Beziehung für eine Traumabearbeitung zu einem männlichen Psychotherapeuten aufzubauen, sollte von Seiten des männlichen Therapeuten aber möglichst früh bedacht und aktiv angesprochen werden. Schwierig wäre es, wenn das Geschlecht des Therapeuten dazu führen würde, dass bestimmte Aspekte des Traumas oder eine sexuelle Traumatisierung aus der Therapie ausgeklammert blieben oder die Therapie dann abgebrochen wird, wenn die Traumatisierung bearbeitet werden sollte. Therapieabbrüche können in dieser Therapiephase auch bei gleichgeschlechtlichen Therapeuten häufig vorkommen (van Minnen, Aarntz, Keijsers, 2002). Teilweise reagieren die Patienten dabei auch auf die Verunsicherung und Vermeidung des Therapeuten, der selbst großen Respekt vor der Traumakonfrontation hat, weshalb es wichtig ist, dass die behandelnden Therapeuten einerseits über eine gewisse Sicherheit in der Anwendung von traumatherapeutischen Techniken verfügen und sich selbst „sicher“ und ausreichend unterstützt fühlen (Supervision, Intervention). Van Minnen, Hendriks und Olf (2010) konnten zeigen, dass die Sicherheit und Erfahrung des Therapeuten bei der Anwendung von Traumaexpositionstechniken auch noch bei „Experten“ mit der Wahl und Anwendung dieser Methode bei schwierigen Fällen korreliert.

Für die Schaffung von und das Festhalten an erfolgsversprechenden Rahmenbedingungen haben sich schriftliche Therapievereinbarungen bewährt, wobei ein Vertrag immer die Verantwortlichkeiten von beiden Seiten betont (vgl. Dyer et al., 2009; Steil u. Rosner, 2009). Unter einem Fokus auf die stationäre Traumatherapie scheint es vor allem auch wichtig zu sein, im Rahmen eines Therapievertrages zu regeln, unter welchen Bedingungen Patienten untereinander über ihre belastenden Erlebnisse oder auch Spannungszustände sprechen können. Dabei scheint es viel effektiver zu sein, klare Rahmenbedingungen zu beschreiben als den sowieso in der Regel kaum erfolgreichen Versuch zu starten, diesen Kommunikationsweg gänzlich verbieten zu wollen.

3.2 Phasen der Traumatherapie

Eines der wichtigsten Erkenntnisse sowohl der analytisch-humanistischen als auch der kognitiv-behavioral orientierten traumatherapeutischen Schulen ist die Aufteilung der Therapie in drei Phasen:

- Eine Stabilisierungsphase
- Eine Phase der Traumabearbeitung
- Eine Phase der Integration und Rückfallprophylaxe

In der Stabilisierungsphase sollen die Voraussetzungen für eine Traumabehandlung auf psychischer, sozialer und somatisch-physiologischer Ebene geschaffen werden. In der Regel bedeutet dies auch, dass eine interpersonelle Traumatisierung beendet, die soziale Situation des Patienten geklärt ist und er in stabilen Verhältnissen wohnt, keinen Kontakt mehr zu Tätern hat und Gefährdungssituationen mit dem realen Risiko einer Retraumatisierung vermieden werden. Somatische Stabilisierung bedeutet, dass die Behandlung der körperlichen Behandlung der Traumafolgen abgeschlossen und der somatische Heilungsprozesses beendet bzw. die Gesundheit abzusehen ist, was vor allem bei Unfallopfern oder den Opfern von schwerer zwischenmenschlicher Gewalt von Bedeutung ist. Psychische Stabilisierung bedeutet, dass die schwerwiegenden psychischen Symptome von den Patienten kontrolliert werden können, was bedeutet, dass keine Suizidalität, kein selbstverletzendes Verhalten, Substanzkonsum und keine schweren dissoziativen Symptome mehr vorliegen sollen.

Gerade bei der Behandlung von schwerst traumatisierten Patienten mit extremster Selbstverletzung und chronischen Suizidgedanken fällt es oft schwer, eine absolute Symptommfreiheit herzustellen, da sich oft ein Teufelskreis abbildet, der sich dadurch auszeichnet, dass posttraumatische Intrusionen und Alpträume direkt das selbstverletzende Verhalten bedingen, so dass ohne Behandlung der PTSD nur sehr schwer eine Reduktion der Selbstverletzungen oder gar eine Symptommfreiheit erreicht werden kann. Aus diesem Grund wird zunehmend diskutiert, die Konfrontation und Stabilisierung stärker miteinander zu kombinieren und das selbstverletzende Verhalten bei Patienten, die von posttraumatischen Symptomen als Auslöser berichten, lediglich als relative Kontraindikation einer Expositionstherapie anzusehen. Traum-

akonfrontationen bei labilen Patienten mit schweren Selbstverletzungen und Suizidgedanken (der letzte schwere Suizidversuch sollte mindestens vier Monate zurückliegen) sollten aber immer im Rahmen einer stationären psychotherapeutischen Behandlung erfolgen (Dyer et al., 2009; Frommberger u. Keller, 2007; Sachsse et al., 2006).

3.3 Einbezug der Eltern

Die Eltern von jugendlichen Patienten mit einer komplexen PTSD oder Borderlinestörung sind oft psychisch sehr belastet und häufig haben sie selbst massive Traumatisierung durchlebt (Capaldi et al., 2003). Viele Eltern leiden unter starken Schuldgefühlen und sind mit der Kommunikation emotionaler Erlebnisinhalte überfordert, weshalb es in der Familienarbeit zunächst wichtig ist, die Kommunikation zwischen Eltern und Kind zu fördern (Schmid u. Libal, 2010).

Es ist sehr wichtig, dass die nicht misshandelnden Eltern in die Therapie einbezogen werden und lernen, die traumaspezifischen Symptome ihrer Kinder zu verstehen und ihr eigenes Verhalten auf deren Bedürfnisse abzustimmen (vgl. Schepker, 2006; Schmid, 2008). Die Traumatherapiemanuale von Cohen et al. (2009) sowie Delbinger und Heflin (1996) beziehen daher die Eltern ausdrücklich ein. Um ihren Kindern in einer entsprechenden Haltung begegnen zu können, müssen Eltern ähnliche Fertigkeiten der Kommunikation und Emotionsregulation wie ihre Kinder lernen, weshalb im Rahmen der DBT-A die Eltern am Fertigkeitentraining teilnehmen. Fruzzetti et al. (2005, 2007) haben auf Basis der DBT ein Fertigkeitentraining entwickelt, das Bezugspersonen hilft, sich selbst besser zu regulieren und den betroffenen Indexpatienten besser zu verstehen und emotional zu validieren.

4 Diagnostikphase

Neben einer ausführlichen allgemeinen klinischen Diagnostik nach dem Multiaxialen System (Remschmidt et al. 2001) gibt es mehrere Interviews und Fragebögen, mit deren Hilfe man Emotionsregulationsfähigkeit, Dissoziationsneigung und posttraumatische Symptomatik erfassen kann (Überblick bei Steil u. Rosner, 2009; Goldbeck u. Stieglitz, 2009). Auch international verbreitet für die störungsspezifische klinische Diagnostik und als deutschsprachige Fassung validiert ist das Interview für Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-KJ; Steil u. Fücksel, 2006), eine deutschsprachige Version der an DSM-IV Kriterien orientierten Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA; Nader et al., 2002). Für Erwachsene und Adoleszente liegt mit dem Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS; Boroske-Leiner et al., 2008) ein weiteres, deutschsprachiges diagnostisches Interview mit ausreichend guten Testgütekriterien vor. Es stellt eine Übersetzung und Weiterentwicklung des SIDES (Pelcovitz et al., 1997) dar.

4.1 Bedeutung von Verhaltensanalysen

Gerade bei der Arbeit mit schwer traumatisierten Jugendlichen kommt der konsequenten Durchführung von Verhaltensanalysen eine besondere Bedeutung zu. Bei dieser Patientengruppe ist die Selbstwahrnehmung oft nur rudimentär entwickelt und empathische, geduldige und unterstützende Verhaltensanalysen helfen diesen Patienten, ihre oft impulsiven Reaktionen zu erkennen, zu verstehen und Therapie-schritte darauf aufzubauen. Gewöhnlich wird direkt vor dem explorierten Symptom nur eine immens hohe Anspannung mit einem recht unklaren Sammelsurium an Gefühlen beschrieben, aus dem sich schwer ein klarer Handlungsimpuls ableiten lässt. Die primäre Emotion bei einem auslösenden Ereignis wird häufig gar nicht wahrgenommen und negiert. Diese Emotion könnte aber einen wichtigen und der Situation angemessenen Handlungsimpuls auslösen, weshalb es besonders bedeutsam ist, mit den Verhaltensanalysen weit genug zurückzugehen.

Selbstverständlich ist es auch wichtig, die beteiligten Gedanken und Körperempfindungen zu erfassen. Gerade über den Körper oder über innere Bilder kann oft am ehesten eine Brücke zu den Gefühlen hergestellt werden (vgl. Lazarus, 2000). Außerdem gibt das Erfragen von Körperempfindungen Hinweise auf den Grad der Dissoziationsneigung des Patienten.

Gerade bei traumatisierten Menschen können mit dem Trauma assoziierte Schlüsselreize (dies können harmlose Gegenstände, Stimmungen, Töne und Gerüche sein) plötzlich heftigste Anspannungsgefühle auslösen, weshalb es wichtig ist, Verhaltensanalysen während der gesamten Therapie immer wieder durchzuführen. Im Therapieverlauf sollte die Verhaltensanalyse immer stärker therapeutisch im Sinne eines Problemlösungsansatzes genutzt werden und es sollten zu jedem Zeitpunkt der Verhaltensanalysen alternative Handlungsmöglichkeiten entwickelt werden.

4.2 Störungsmodell und eine dem Entwicklungsstand entsprechende Psychoedukation

Das kognitiv-behaviorale Störungsmodell orientiert sich in erster Linie am klassischen und operanten Konditionieren, aber auch an Kognitionstheorien. Am weitesten verbreitet ist das Londoner Modell der Posttraumatischen Belastungsstörung (Ehlers, 1999). Vermutlich zeigen die Mechanismen des klassischen Konditionierens unter den extremen Belastungen einer Traumatisierung eine besondere Wirkung (z. B. Täter hatte Bart und rote Jacke – Angst vor allen roten Jacken und Männern mit Bart). Evolutionstbiologisch würde es durchaus Sinn machen, dass alle Ereignisse und Gegenstände, die mit einer lebensgefährlichen Situation einhergehen, auch künftig schnell mit Gefahr und einem höheren Arousal assoziiert werden, weshalb es sinnvoll ist, dass traumatisierte Menschen auf viele Aspekte, die mit dem Trauma assoziiert sind, auch in harmlosen Zusammenhängen mit extremer Angst reagieren. Dies begünstigt über operantes Konditionieren ein Vermeidungsverhalten,

woraufhin es unmöglich bleibt, die Assoziationen aufzulösen und zu erfahren, dass die Angst unbegründet ist.

Das kognitive Modell von Ehlers (1999) beruht auf dem Prozess der Dissoziation und der während des Traumas veränderten kognitiven Informationsverarbeitung, welche sich vor allem auf die Verknüpfung von traumatischen Erlebnisinhalten mit dem autobiographischen Gedächtnis auswirken, was in der Folge gemeinsam mit den oben beschriebenen Konditionierungsprozessen zu einem permanenten Gefühl der Bedrohung führt. Dysfunktionale kognitive Prozesse (z. B. Fehlbewertungen, Übergeneralisierung, Grübeln) verstärken das Erregungsniveau noch. Kognitive Bewältigungsversuche (Gedankenvermeidung, Grübeln, etc.) (Ehlers, Mayou, Bryant, 2003), welche kurzfristig das irrationale Gefühl der erneuten Bedrohung und einen Erregungsanstieg verhindern, führen langfristig aber zu einer Chronifizierung der Symptomatik.

Die Erfahrung zeigt, dass es gut möglich ist, auch Kindern diese Prinzipien altersgerecht zu erklären und daraus ein Rational für die Behandlung abzuleiten („das ist wie ein Film bei dem jemand eine Schere genommen und ihn in einzelne Bilder zerschnitten und durcheinander geworfen hat.“).

5 Die Therapie in der Stabilisierungsphase

5.1 Interventionen zur Reduktion von Dissoziation und Hyperarousal

Wenn man chronische Dissoziation als eine Verlagerung der Aufmerksamkeit und Wahrnehmung von äußeren Realitäten hin zu inneren Vorstellungsbildern versteht, wird deutlich, dass ein Zugang über eine Schulung der Achtsamkeit hin zur gezielten Wahrnehmung von äußeren Reizen eine hervorragende Möglichkeit darstellt, die Dissoziationsneigung im Alltag zu reduzieren. Außerdem wirken sich Achtsamkeitsübungen und das bewusste Konzentrieren auf die Sinneswahrnehmungen auch auf das Hyperarousal aus. Cohen et al. (2009) empfehlen zur Reduktion des Hyperarousal ein kontinuierliches Entspannungstraining. Stark dissoziierende Borderlinepatienten haben aber oft immense Probleme mit längeren Entspannungssequenzen und scheinen mit einfachen aufmerksamkeitsfokussierenden Wahrnehmungsübungen leichter zu erreichen zu sein.

Eine der besonderen Stärken des Achtsamkeitsansatzes liegt darin, dass er sich gut vermitteln lässt und relativ gut langfristig in den Alltag integriert werden kann. Viele der Achtsamkeitsübungen lassen sich auch gut zum Aufbau von Selbstfürsorge nutzen.

Im Rahmen der Psychotherapie ist es sinnvoll, eine ausführliche Psychoedukation über die Funktion von Dissoziation und Hyperarousal vorzuschalten, so dass man im Rahmen der Therapiestunden auf Anzeichen von Dissoziation hinweisen und sensibilisieren kann. Im Sinne einer Ressourcenorientierung ist es besonders sinnvoll, auch die Reduktion der Dissoziationsneigung in der Therapiestunde anzusprechen („Mir ist aufgefallen, dass Sie/Du in den ersten Stunden, immer wenn wir über Deine Familie sprachen, eher angespannt, fast starr und sprachlos geworden bist. Heute konntest

Du hingegen sehr offen über Deine Familie sprechen, wie hast Du das heute geschafft, was hat sich verändert?“).

5.2 Interventionen zur Verbesserung der Stresstoleranz und zur Reduktion von Selbstverletzungen und anderen Symptomen

Zur Unterbrechung des selbstverletzenden Verhaltens oder anderer Problemverhaltensweisen bietet es sich an, das Verlangen nach Selbstverletzung, Drogen oder Erbrechen auf einer Skala (z. B. 0-10) in Rahmen von Selbstbeobachtungsprotokollen beobachten zu lassen. Kritische Situationen sollte man dann lösungsorientierten Verhaltensanalysen zuführen, wobei es natürlich sehr sinnvoll ist, gelungene Bewältigungssituationen bei diesen Auswertungsgesprächen zu würdigen.

Für die verschieden starken Ausprägungen des Verlangens und der Anspannungszustände kann man dann nach alternativen Fertigkeiten suchen, die mit der selbstschädigenden Handlung unvereinbar sind. Bei geringen Anspannungszuständen stehen gewöhnlich eine breiteres Repertoire an Verhaltensalternativen (Ablenkung, kognitive Techniken, soziale Beziehungen, Aggressionsausdruck) zur Verfügung, unter extremer Anspannung helfen für gewöhnlich nur noch das Setzen von extremen Sinnesreizen (Scharfe Speisen wie Wasabi, Senf, Chilli, Eiswasser, extreme Gerüche, Tigerbalsam) um die immer stärker einsetzenden dissoziativen Zustände zu beenden. Eine ausführliche Darstellung von unterschiedlichen Möglichkeiten der Stressreduktion findet man bei Bohus und Wolf (2009), Cohen et al. (2009), In-Albon u. Schmid, im Druck), Linehan (1996), Miller et al. (2006).

5.3 Interventionen zur Verbesserung der Emotionsregulationsfähigkeit

Voraussetzung für eine Verbesserung der Emotionsregulationsfähigkeit ist eine bessere Kenntnis und Verständnis der einzelnen Emotionen und deren interpersoneller Funktion, weshalb es sinnvoll ist, einen psychoedukativen Teil über die verschiedenen Emotionen vorzuschalten und dabei auch zu verdeutlichen, welchen Sinn diese Gefühle für unser Zusammenleben und unsere Handlungsmotivation haben. Die Biosoziale Theorie bildet zudem eine gute Erklärung, weshalb gerade diese Patientengruppe solche Schwierigkeiten mit der Emotionsregulation hat. Man kann diese Gefühle in angenehme und unangenehme Gefühle unterteilen oder die Häufigkeit, mit denen die Patientin diese Gefühle empfindet, einschätzen lassen. Es ist sinnvoll, gemeinsam nach typischen Situationen zu suchen, in denen diese Gefühle auftreten und auch die Wahrnehmung dieser Gefühle im Körper und in der Mimik ausführlich zu besprechen. Dieser Abschnitt ist in dem Manual von Bohus und Wolf (2009) sehr eindrücklich und praxisnah mit einem hohen Aufforderungscharakter auch für Jugendliche dargestellt.

Vielleicht kann man auch überlegen, wieso manche Emotionen weniger wahrgenommen werden und wie man die verschiedenen Gefühle verstärken und abschwächen kann. Nach einer solchen ausführlichen Psychoedukation sollte mit Emotions-

protokollen gearbeitet werden. Bei der Vergabe von Selbstbeobachtungsaufgaben sollte man darauf achten, die Patienten nicht zu über- oder unterfordern und die Dokumentation anhand von Beispielen aus der Vorwoche genau erklären.

6 Phase der Traumakonfrontation und -bearbeitung

Unabdingbare Voraussetzung für eine Traumakonfrontation ist, dass die Patienten das Behandlungsrational verstanden bzw. verinnerlicht haben und für diese Form der Intervention motiviert sind, weshalb einer guten Diagnostik und Psychoedukation bei dieser Form der Behandlung besonders Bedeutung zukommt.

Cohen et al. (2009) empfehlen die Analogie zum Auswaschen einer Wunde, um Kindern und Jugendlichen zu verdeutlichen, dass es notwendig sein kann, sich noch einmal mit dem schmerzhaften Ereignis zu konfrontieren, um eine endgültige Heilung erreichen zu können. Der Mut für den Schritt, über das Trauma zu sprechen und derart schwierige Lebenssituationen gemeistert zu haben, kann gar nicht häufig genug positiv honoriert werden.

Für die Erarbeitung des Traumanarrativs sollten sich Therapeut und Patient Zeit lassen und der Patient sollte die Kontrolle über die Geschwindigkeit des Prozesses behalten. Am Ende der Therapiestunde sollte noch ausreichend Zeit zur Stabilisierung im „Hier und Jetzt“ verbleiben. Falls die Rekonstruktion des traumatischen Erlebens stockt und der Patient sehr belastet ist, kann es sinnvoll sein, Ruhebilder und/oder Entspannungsübungen zu verwenden oder immer bewusst zwischen Trauma und Ruhebildern bzw. Ressourcenbildern (Helden, Unterstützer, sicherer Ort) zu wechseln.

6.1 Das Traumanarrativ mit allen „Hot Spots“

Der wichtigste Teil der kognitiv-behavioralen Traumatherapie nach Cohen et al. (2009) ist die Erarbeitung eines Traumanarrativs. Auch in den Manualen für das Erwachsenenalter kommt der Ausarbeitung eines chronologischen Ablaufs des Traumas zentrale Bedeutung zu (vgl. Ehlers, 1999; Boos, 2005). Cohen et al. (2009) sehen vor, das Trauma zu erarbeiten, aufzuschreiben und immer wieder laut vorzulesen.

Die Entwicklung eines solchen Traumanarrativs verfolgt im Wesentlichen zwei Ziele. 1. Die Schaffung der Voraussetzung für eine Expositionsbehandlung, wobei natürlich schon die Erarbeitung und das Vorlesen eines Traumanarrativs das Vermeidungsverhalten unterbindet und an sich bereits eine Expositionsbehandlung darstellt (Delbinger et al., 1990). 2. Die Möglichkeit das traumatische Erlebnis in seine Biographie einzuordnen und Fragmente der traumatischen Erinnerung in Form eines zusammenhängenden konsistenten Teils seiner Lebensgeschichte zusammenzuführen und letztlich „ablegen“ zu können (Pennebaker u. Francis, 1996).

Natürlich soll der Therapeut dabei das Kind oder den Jugendlichen beim Schreiben des Traumanarrativs unterstützen und sowohl die Exploration steuern als auch gege-

benenfalls für den Jugendlichen schreiben. Es kann notwendig und sinnvoll sein, auch andere Möglichkeiten wie das Malen (z. B. Bilder oder Comics) zur Beschreibung des traumatischen Erlebnisses heranzuziehen.

Es ist besonders wichtig, bei der Erarbeitung des Traumanarrativs den Raum für alle belastenden Gedanken und Empfindungen zu öffnen, um alle Aspekte des traumatischen Erlebens abbilden zu können. Zentral ist es bei der Erarbeitung des Narrativs, den Aspekt des Überlebens und der Leistung mit diesem traumatischen Erlebnis umzugehen, zu würdigen und die Symptome als normale Reaktion auf ein abnormes Erlebnis einzuordnen.

Das erarbeitete Traumanarrativ muss, um die beiden zentralen Ziele zu erreichen, sowohl alle besonders traumatisierten Details des traumatischen Erlebnisses mit Gedanken, zentralen Sinneseindrücken, Körperempfindungen und emotionaler Reaktion abbilden oder zumindest ein vertieftes Gespräch darüber ermöglichen und zweitens die Einbindung des Traumas in die eigene Lebensgeschichte ermöglichen. Ein geeignetes Traumanarrativ hat folgende Kapitel:

1. Beschreibung des Kindes/Jugendlichen und der Lebenssituation vor der Traumatisierung.
2. Chronologische Beschreibung des traumatischen Erlebnisses von Beginn bis zum Wiedererlangen von Sicherheit (Wahrnehmung, Kognition, Emotion).
3. Beschreibung der aktuellen Lebenssituation nach dem Trauma.
4. Beschreibung der Erfahrungen und der Entlastung durch die Bearbeitung der traumatischen Erfahrung mit dem Therapeuten.

6.2 Exposition

Wie oben bereits erwähnt, stellt die Erarbeitung, das Aufschreiben und mehrmalige laute Vorlesen eines Traumanarrativs eine Exposition dar, die häufig schon ausreicht, um die posttraumatische Symptomatik und das Vermeidungsverhalten völlig abzubauen. Man kann die Exposition aber noch wesentlich stärker betonen, z. B. durch mehrmaliges Anhören der Sitzungen, die zum Traumanarrativ führen. Auf Tonband kann der Habituationseffekt noch wesentlich verstärkt und sehr effektiv sein (Boos, 2005; Ehlers, 1999; Steil u. Rosner, 2009).

Es ist in der Regel sinnvoll, im Verlauf der Therapie auch Elemente einer In-vivo-Konfrontation aufzunehmen, insbesondere wenn ein funktionseinschränkendes Vermeidungsverhalten gezeigt wird, z. B. durch Aufsuchen des Ortes der Traumatisierung und eine dadurch intensivierte Auseinandersetzung mit wichtigen Aspekten des Traumas. Falls dies nicht möglich ist, könnte man vielleicht andere reale Aspekte des Traumas (wie Kleidung etc.) für eine In-vivo-Konfrontation nutzen. Gewöhnlich wird die In-vivo-Konfrontation graduell durchgeführt, wobei es sinnvoll sein kann, in einer verlängerten Sitzung mehrere Aspekte der traumatisierenden Situation zu bearbeiten.

Wie bei jeder Konfrontationsbehandlung ist es wichtig, dass der Patient wirklich habituieret und die Situation nicht „nur“ aushält. Insbesondere bei chronisch trau-

matisierten Patienten besteht zudem die Möglichkeit, dass diese im Rahmen der Konfrontationsbehandlung äußerst stark dissoziieren, weshalb die Patienten vor der Konfrontationsbehandlung Fertigkeiten entwickeln müssen, wie sie mit Dissoziation umgehen können. Dies ist eines der Hauptprinzipien von Distanzierungstechniken/Ruhebildern und Begleitern, die immer wieder eine Orientierung im Hier und Jetzt ermöglichen sollen. Besonders geeignet hierfür ist das Setzen von heftigen Sinnesreizen oder Bewegung (z. B. Umhergehen im Therapieraum, während man vom Trauma berichtet) (vgl. Boos, 2005; Dyer et al., 2009).

6.3 Auswahl des schlimmsten Ereignisses

Bei Patienten, die sehr viele traumatische Erlebnisse erlebt haben, sollte man jenes Ereignis in das Traumanarrativ aufnehmen, welches als besonders belastend erlebt wird und mit welchem der Patient beginnen möchte. Häufig sind dies besonders grausame Ereignisse, die sowohl mit besonders intensiven Gefühlen (Angst, Schuld, Scham, Ekel etc.) als auch im Anschluss an das Trauma lange Zeit mit großer Einsamkeit und der Verleugnung der Tat durch die Bezugspersonen einhergingen (vgl. Huber, 2003a).

Eventuell muss man später dann für andere traumatische Erlebnisse weitere Traumanarrative ausarbeiten. Boos (2005) empfiehlt, falls der Patient keine eindeutige Präferenz hat, bei mehreren ähnlich belastenden traumatischen Erlebnissen mit dem biographisch früheren zu beginnen. Das traumatische Erlebnis sollte aber verbalisierbar sein, weshalb sich Traumatisierungen im vorsprachlichen Alter nicht für die Erstellung eines Traumanarrativs eignen, obwohl diese natürlich trotzdem therapeutisch hoch relevant sind. Bei Menschen mit derart frühen Traumatisierungen ist es sinnvoll, ein Lebensnarrativ zu erarbeiten, in dem von Geburt an noch mal wichtige Stationen des Lebens mit den jeweiligen Bezugspersonen beschrieben und eventuell auch in Form von Lebenslinien oder eines Lebensbuchs dargestellt werden (vgl. Cohen et al. 2009; Ryan u. Walker, 1997).

6.4 Kognitive Bewertungen des traumatischen Erlebnisses

Die Korrektur kognitiver Verzerrungen und ungünstiger traumabezogener Kognitionen während des Durcharbeitens des Traumas ist neben der Habituation und der Einbindung des Traumas in das biographische Gedächtnis der zentralste Wirkfaktor einer kognitiv-behavioralen Traumatherapie. Dabei werden die Zusammenhänge zwischen Situation, Gedanken und Gefühlen erklärt und dann für die Gedanken innerhalb der traumatischen Situation exploriert und gegebenenfalls verändert.

6.5 Arbeit mit dem Selbstwert und der Selbstwirksamkeitserwartung

Bei den meisten komplex traumatisierten Jugendlichen ist die Selbstwertentwicklung massiv beeinträchtigt, weshalb es wichtig ist, dieser im Rahmen der Therapie einen zentralen Stellenwert einzuräumen und eine sehr ressourcenorientierte Grundhal-

tung einzunehmen. Hierfür bietet die Verhaltenstherapie ein breites Reservoir von Techniken an. Insbesondere die Methoden der gezielten Beobachtung von positiven Ereignissen, der kognitiven Umstrukturierung und Rollenspielspechniken eignen sich sehr gut zum Aufbau von Selbstwert und -wirksamkeit.

Gerade in ihrem Selbstwert und ihrer Selbstwahrnehmung sehr eingeschränkte Patienten benötigen bei der kognitiven Umstrukturierung viel Unterstützung und Hilfsmittel. Es kann helfen mit inneren Dialogen und Briefen an sich selbst zu arbeiten. Auch Bilder und Metaphern, die im Therapieprozess immer wieder aufgegriffen werden, können sehr hilfreich sein. Potreck-Rose und Jacob (2003) beschreiben viele wertvolle Interventionen zum Aufbau von Selbstzuwendung. Es ist sinnvoll, sich die vielen irrationalen Selbstzuschreibungen einmal zu vergegenwärtigen und dann systematisch zu entkräften, alternative Sätze zu suchen und möglichst auch schriftlich festzuhalten. In den DBT-Manualen werden solche Sätze vorgegeben.

Beaulieu (2007) beschreibt eine eindrucksvolle therapeutische Intervention für Menschen, deren Selbstwert durch andere Menschen herabgesetzt wurde. Die Übung besteht darin, dass der Therapeut dem Patienten einen Geldschein zeigt und diese nach dem Wert des Geldscheines fragt, der Patient wird daraufhin etwas irritiert den Wert des Geldscheines benennen. Daraufhin beginnt der Therapeut den Geldschein zu zerknittern und auf ihm rumzutrampeln. Am besten beschimpft der Therapeut den Geldschein noch lautstark mit typischen Sätzen, die der Patient immer zu hören bekam. Nachdem der Therapeut seine „Schimpftirade“ auf den Geldschein beendet hat, wird er den zerknüllten und deutlich lädierten Geldschein wieder glatt streichen und die Patientin erneut nach dem Wert des Geldscheines fragen. Diese Übung eignet sich folglich gut, um ein Gespräch über Selbstbewertungen einzuleiten und zu überlegen, ob der Wert eines Menschen „wirklich“ davon abhängig sein kann, wie andere Menschen mit diesem umgehen.

Immens wichtig bei allen Umstrukturierungstechniken ist es, diese nicht nur auf der Verständnisebene abzuarbeiten, sondern auch auf die Verhaltensebene zu übertragen. Was bedeutet ein etwas besseres Selbstwertgefühl? Ganz konkret auf der Verhaltensebene, wie könnte man diesen Schritt nächste Woche umsetzen? Hier sollten dann so oft wie möglich auch konkrete Verhaltensübungen und Rollenspiele im Sinne der DBT (Bohus u. Wolf, 2009; Linehan, 1996) oder von klassischen sozialen Kompetenztrainings (z. B. Hinsch u. Pfingsten, 2002; Nestler u. Goldbeck, 2009) durchgeführt werden, da diese größte Effekte zeigen und eine Übertragung in den Alltag sicherstellen (Fiedler, 2000).

6.6 Kognitiv-behaviorale Strategien zum Umgang mit Schuldgefühlen

Sehr viele traumatisierte Menschen machen sich Vorwürfe oder haben Schuldgefühle wegen des traumatischen Erlebnisses. Häufig werfen sie sich vor, dass ihr Verhalten vor dem traumatischen Erlebnis die Situation begünstigt habe, dass sie erste Anzeichen oder Warnsignale nicht ernst genug genommen oder sie sich nicht intensiv genug gewehrt hätten. Therapeuten sollten der Verlockung widerstehen, sofort gegen diese irrationale Schuld zu argumentieren, sondern diese erst einmal in aller Konsequenz

explorieren und erst dann beginnen, diese Aussagen systematisch zu widerlegen. Bedeutsam und sinnvoll kann es sein, die Schuld vor und nach der Sammlung von Argumenten Für und Wider diese vermeintliche Schuld auch symbolisieren zu lassen, z. B. in Form von Tortendiagrammen oder Prozentzahlen (vgl. Ehlers, 1999). Sinnvolle Fragen an ein sich selbst beschuldigendes Traumaopfer wären beispielsweise: „Gibt es noch andere Erklärungen? Würden das andere Menschen auch so sehen? Was waren Ihre Gründe sich in dieser Situation so und nicht anders zu Verhalten? Was würden Sie Ihrer besten Freundin sagen, wenn sie sich für XY schuldig fühlen würde?“

Beaulieu (2007) symbolisiert Schuld mit Kugeln aus Knete, da die klebrige Konsistenz gut mit der Art des Gefühls einhergehe. Der Patient nimmt dann immer etwas Knete weg, wenn er Argumente gefunden hat, die gegen seine Schuld sprechen, so dass der Patient am Anfang der Therapiestunde eine große Knetkugel in Händen hält und am Ende der Intervention eine wesentlich kleinere und viele andere Knetkugeln vor sich liegen hat.

6.7 Diskriminationstrainings zum Umgang mit Ekel

Viele traumatisierte Patienten empfinden intensiven Ekel vor Speisen, die in ihrer Konsistenz, Farbe und Temperatur an das traumatische Erlebnis erinnern und profitieren von einem gezielten Diskriminationstraining. Gerade jene Menschen, die Opfer von oralem sexuellen Missbrauch geworden sind, reagieren oft sehr stark auf alles, was sie auch nur entfernt an Samenflüssigkeit erinnert und vermeiden auch deshalb viele Nahrungsmittel oder zeigen eine zwanghafte Mundhygiene nach diesen Speisen.

Im Rahmen eines Diskriminationstrainings wird der Patient nach einer ausführlichen Aufklärung über das Behandlungsrational dazu motiviert, sich mit den sensorischen Eigenschaften vermiedener Speisen oder Gegenstände intensiv auseinanderzusetzen (in sensu und in vivo) und diese laut zu beschreiben. Sinnvoll ist es, diese achtsame Beschreibung der sensorischen Eigenschaften von Speisen an neutralen Lebensmitteln zu üben und erst dann zu ekelnden Lebensmitteln überzugehen (Steil u. Rosner, 2009).

Es soll dabei herausgearbeitet werden, welche Unterschiede zwischen der Sinneswahrnehmung während des Traumas und dem Gegenstand in der aktuellen Situation bestehen, wobei natürlich schon die klare Fokussierung auf das Hier und Jetzt im Vergleich zur traumatischen Situation eine starke Intervention darstellt.

6.8 Arbeit mit Albträumen

Für die Arbeit mit Albträumen bietet sich das von Krakow und Zadra (2006) beschriebene Vorgehen an, bei welchem die Patienten gebeten werden, sich den Albtraum genau vor das innere Auge zu führen, aufzuschreiben und dem Traum dann in der Imagination und beim Aufschreiben eine positive Wendung zu geben. Diese veränderte Albtraumgeschichte mit einem besseren Ende wird dann täglich imaginiert, was in der Regel relativ schnell eine deutliche Entlastung bringt, wie auch Studien an weiblichen Jugendlichen eindrücklich belegen (Krakow et al., 2001).

7 Arbeit in der Integrationsphase

Die Integrationsphase und die Vorbereitung des Therapieendes ist eine überaus wichtige Therapiephase, die darauf abzielt, das Gelernte zu wiederholen und die traumatischen Erlebnisse in ihrer Bedeutung für die weitere Lebensgeschichte zu würdigen. Im Idealfall gelingt es, das Überwinden des Traumas als Leistung und wichtige Erfahrung zu definieren, die für zukünftige Ereignisse eine wichtige Bedeutung haben kann, z. B. besser auf mich und meine Grenzen achten, Gefühl für andere Menschen entwickeln etc. Es kann in dieser Phase auch sinnvoll sein, Übungen der Selbstbehauptung einzusetzen und konkret zu überlegen, wie man Situationen lösen kann, bei denen man ein ungutes Gefühl bekommen könnte und somit das Risiko von Reviktimisierungen zu verringern. Eine zentrale Aufgabe ist es in dieser Phase auch, sich das Leben zurückzuerobern und viele Dinge, die man aufgrund des Vermeidungsverhaltens nicht mehr unternehmen konnte, wieder auszuprobieren sowie natürlich auch die schulische und berufliche Reintegration voranzutreiben.

8 Überlegungen zur Beteiligung von Cotherapien

Im Rahmen von stationären Behandlungskonzepten können gerade bei diesem Störungsbild Co-Therapien sehr gut genutzt werden. Mit musik- und kreativtherapeutischen Angeboten kann der Emotionsausdruck gefördert und Selbstausdruck und Selbstbehauptung symbolisiert werden. Das häufig nachhaltig beeinträchtigte Körpergefühl (Haaf et al., 2001; Joraschky u. Pohlmann, 2005) kann in Form von achtsamkeitsorientierten Körperübungen gefördert werden, welche über ein besseres Körpergefühl natürlich auch für dissoziative Zustände im Alltag sensibilisieren und die Emotionswahrnehmung fördern (Bohus u. Brokuslaus, 2006). Aufdeckende und stark emotionsauslösende körpertherapeutische Interventionen sind in der Regel kontraindiziert (Downing, 1996).

9 Schlussfolgerungen für die Versorgung komplex traumatisierter Jugendlicher

Verglichen mit der immensen klinischen und gesellschaftspolitischen Relevanz dieses Störungsbildes ist der Forschungsstand der Psychotherapieforschung sowohl im Bereich der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung/Traumaentwicklungsstörung als auch der Borderlinestörung im Jugendalter als sehr enttäuschend einzuschätzen. Dies ist sicher an der nicht abebbenden Diskussion um diese Diagnosen (vgl. Schmid et al., 2008, 2010) in der Adoleszenz zurückzuführen. Aufgrund der klinischen Relevanz dieses Störungsbildes werden dringend randomisierte und kontrollierte Psychotherapiestudien benötigt.

Gerade diese Störungsbilder, die oft auch mit einer immensen psychosozialen Belastung des Elternhauses einhergehen, führen dazu, dass viele Patienten nicht in ihren Ursprungsfamilien, sondern in stationären Jugendhilfemaßnahmen leben, weshalb es wichtig zu sein scheint, geeignete Kooperationsmodelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie zu implementieren, die gerade bei dieser für alle psychosozialen Helfer äußerst herausfordernden Patientengruppe ein überdauerndes stabiles Lebensumfeld ermöglicht und eine Vielzahl von Beziehungsabbrüchen und eine Drehtürpsychiatrie vermeidet. Gerade Jugendliche mit parasuizidalem oder selbstverletzendem Verhalten stellen eine besondere Herausforderung für die stationäre Jugendhilfe dar, und wenn es nicht gelingt, die Übergänge zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe erfolgreich zu gestalten, besteht die Gefahr, dass die Jugendlichen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie regredieren und sich deren gesellschaftliche Wiedereingliederung immer schwieriger gestaltet. Viele dieser Jugendlichen benötigen sowohl eine langfristige milieutherapeutische Förderung als auch eine kontinuierliche ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung. Besier, Fegert und Goldbeck (2009) konnten zeigen, dass durch ein engmaschiges aufsuchendes kinder- und jugendpsychiatrisches Liaisonangebot stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungstage reduziert werden können.

Symptomspezifische sozialpädagogische bzw. traumapädagogische Ansätze können den Stabilisierungsprozess in der stationären Jugendhilfe unterstützen. Im Rahmen solcher sozial-pädagogischer Ansätze werden die pädagogischen Bezugspersonen in ihrer Interaktion mit den Jugendlichen durch standardisierte Interaktionsanalysen unterstützt und Sinneswahrnehmung, Emotionsregulation, Selbstwirksamkeit und Resilienzfaktoren werden im pädagogischen Gruppenalltag spezifisch gefördert (Schmid et al., 2007; Schmid u. Fegert, 2008, 2009). Aus diesem Grund wäre es sinnvoll, eine noch engere Kooperation zwischen ambulanter und stationärer kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Behandlungsangeboten und der stationären Jugendhilfe und Pflegefamilien anzustreben (Oswald u. Goldbeck, 2009), wobei langfristig zu prüfen wäre, ob in solchen Kooperationsbeziehungen die stationäre Kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Behandlung nicht vermehrt stationäre traumatherapeutische Angebote (z. B. Dyer et al., 2009) vorhalten sollte, da besonders schwer betroffene Patientinnen in der Regel nur im stationären Behandlungsrahmen erfolgreich konfrontiert werden können und momentan viele schwer betroffenen Patienten zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe hin- und herplatziert werden, ohne jemals eine evidenzbasierte Traumatherapie zu erhalten.

In unserem derzeitigen Versorgungskontext wird deutlich, dass es einen besorgniserregenden Mangel an traumaspezifischen stationären kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Behandlungskonzepten im Jugendalter gibt. Für den Erwachsenenbereich wurden hierfür von Frommberger und Keller (2004) Standards definiert und es gibt mehrere Kliniken, die sich auf die stationäre Behandlung von komplex traumatisierten Patienten oder die symptomspezifische Behandlung von Borderlinepatienten spezialisiert haben (Überblick bei Fabian, Dulz, Martius, 2009). Diese stationären The-

rapiekonzepte könnten auch in Form von stationären traumatherapeutischen Intervalltherapien (vgl. Frommberger u. Keller, 2004; Sachsse et al., 2006) aus einer stabilisierend arbeitenden Jugendhilfeeinrichtung heraus realisiert werden.

Gerade bei diesen schwer zu behandelnden Störungsbildern scheint dabei auch der Ausbildungsgrad des Therapeuten und dessen Supervision eine entscheidende Rolle zu spielen (Barnow, 2008), weshalb es wichtig ist, spezialisierte therapeutische Angebote mit entsprechend qualifizierten und supervidierten Therapeuten vorzuhalten. Im Jugendbereich bilden solch spezialisierte Angebote noch die absolute Ausnahme (z. B. von Auer et al., 2007), obwohl es keinen Nachweis dafür gibt, dass die derzeit oft praktizierten unspezifischen stationären Behandlungen bei diesem Störungsbild nachhaltige Wirksamkeit entfalten.

Die symptomspezifischen (teil-)stationären Konzepte der Mentalisierungsbasierten Therapie und Dialektisch Behavioralen Therapie haben ihre Wirksamkeit im stationären Rahmen aber eindrücklich nachgewiesen (Bateman u. Fonagy, 2008; Bohus et al., 2004). Es wäre deshalb dringend notwendig, mehrere solcher stärker spezialisierter Behandlungseinheiten auch für Jugendliche aufzubauen, dort gezielte stationäre Psychotherapie und Krisenintervention stärker zu trennen und die symptomspezifische stationäre Psychotherapie wie im Erwachsenenalter zeitlich klar auf drei Monate zu begrenzen. Im Falle von suizidalen Krisen können die Patienten dann gegebenenfalls von der Psychotherapiestation auf eine Aufnahmestation zurück verlegt werden, so dass suizidales Verhalten nicht durch vermehrte Zuwendung und einer Verlängerung der Behandlung verstärkt wird und die therapeutische Beziehung gezielt als Verstärker für Schritte in Richtung Entlassung eingesetzt werden kann. Gerade im Jugendbereich führen inhomogene Patientengruppen, in welchen hoch traumatisierte Patienten nicht selten gemeinsam mit stark externalisierenden und eventuell die persönlichen Grenzen verletzenden Jugendlichen behandelt werden, zu einer solchen Dynamik unter den Patienten, dass es sehr schwierig ist, einen therapeutischen Schutzraum („ein sicherer Ort“) zu gewährleisten. Bei einem einheitlicheren Patientenkollektiv könnte man dieser Dynamik eher durch ein klares milieutherapeutisches und psychotherapeutisches Behandlungskonzept begegnen.

Literatur

- Barnow, S. (2008). Dialektisch-Behaviorale Therapie: Vorstellung einer stationären 3-Stufen-DBT Intervallbehandlung. In S. Barnow (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlung* (S. 335-345). Bern: Hans Huber.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631-638.
- Beaulieu, D. (2007). *Impact-Techniken für die Psychotherapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Besier, T., Fegert, J. M., Goldbeck, L. (2009). Evaluation of psychiatric liaison-services for adolescents in residential group homes. *European Psychiatry*, 24, 483-489.

- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., et al. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 42, 487-499.
- Bohus, M., Brokuslaus, I. (2006). Körpertherapie im Rahmen der Dialektisch Behavioralen Therapie. In A. Remmel (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit* (S. 272-284). Stuttgart: Schattauer.
- Bohus, M., Wolf, M. (2009). *Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten. Manual zur CD-ROM für die therapeutische Arbeit*. Stuttgart: Schattauer.
- Boos, A. (2005). *Kognitive Verhaltenstherapie bei chronischen Traumatisierungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Boroske-Leiner, K., Hofmann, A., Sack, M. (2008). Ergebnisse zur internen und externen Validität des Interviews zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, 192-199.
- Bradley, R., Zittel Conklin, C., Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*, 46, 1006-1019.
- Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T., Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (Suppl. 7), 22-32.
- Capaldi, D. M., Pears, K. C., Patterson, G. R., Owen, L. D. (2003). Continuity of parenting practices across generations in an at-risk sample: a prospective comparison of direct and mediated associations. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 127-142.
- Classen, C. C., Palesh, O. G., Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: a review of the empirical literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 6, 103-129.
- Cohen, J., Mannarino, A., Deblinger, E. (2009). *Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Springer.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 393-402.
- Cook, W. L., Snyder, D. K. (2005). Analyzing Nonindependent Outcomes in Couple Therapy Using the Actor-Partner Interdependence Model. *Journal of Family Psychology*, 19, 133-141.
- Dalenberg, C. J. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington: American Psychological Association.
- De Bellis, M. D. (2002). Developmental traumatology: a contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 27, 155-170.
- Downing, G. (1996). *Körper und Wort in der Psychotherapie*. München: Kösel.
- Dyer, A., Priebe, K., Steil, R., Krüger, A., Bohus, M. (2009). Dialektisch-Behaviorale Therapie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung mit schweren Störungen der Emotionsregulation. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 42, 283-307.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 413-431.
- Ehlers, A., Mayou, R. A., Bryant, B. (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: results of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1-10.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.

- Essau, C. A., Conradt, J., Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Fabian, E., Dulz, B., Martius, P. (2009). Stationäre Psychotherapie der Borderline-Störungen. *Therapiespektrum und klinikspezifische Behandlungskonzepte* Stuttgart: Schattauer.
- Fiedler, P. (2000). *Dissoziative Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fleischhaker, C., Bohme, R., Sixt, B., Schulz, E. (2005). Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzende Verhaltensweisen von Patientinnen mit Symptomen einer Borderline-Störung. Erste Daten einer Pilotstudie zur Dialektisch-Behavioralen Therapie für Adoleszente (DBT-A). *Kindheit und Entwicklung*, 14, 112-127.
- Frommberger, U., Keller, R. (2007). Empfehlungen von Qualitätsstandards für stationäre Traumatherapie. Indikation, Methoden und Evaluation stationärer Traumatherapie in Rehabilitation, Akutpsychosomatik und Psychiatrie. Lengerich: Pabst.
- Fruzzetti, A. E., Santisteban, D. A., Hoffman, P. D. (2007). Dialectical behavior therapy with families. In L. A. Dimeff & K. Koerner (Eds.), *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice. Applications across disorders and settings* (S. 222-244). New York: Guilford Press.
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17, 1007-1030.
- Goldbeck, L., Stieglitz, R.-D. (2009). Diagnostische Verfahren. In J. M. Fegert, A. Streeck-Fischer, H. Freyberger (Hrsg.), *Adoleszenzpsychiatrie* (S. 215-222). Stuttgart: Schattauer.
- Haaf, B., Pohl, U., Deusinger, I. M., Bohus, M. (2001). Untersuchungen zum Körperkonzept bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51, 246-254.
- Hinsch, R., Pfingsten, U. (2002). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)*. Weinheim: Beltz.
- Huber, M. (2003a). Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. Paderborn: Junfermann.
- Huber, M. (2003b). Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung. Teil 2. Paderborn: Junfermann.
- In-Albon, T., Schmid, M. (im Druck). Materialien zum selbstverletzenden Verhalten. In G. Meinlschmidt, S. Schneider, J. Margraf (Hrsg.), *Materialien für die Psychotherapie. Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Vol. 4). Berlin: Springer.
- Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H., Bohus, M. (1998). Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 66, 545-552.
- Joraschky, P., Pohlmann, K. (2005). Die Auswirkungen von Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung auf Selbstwert und Körperbild. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann, P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung* (3. Aufl., S. 194-207). Stuttgart: Schattauer.
- Kraft, S., Schepker, R., Goldbeck, L., Fegert, J. M. (2006). Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht empirischer Wirksamkeitsstudien. *Nervenheilkunde*, 25, 709-716.
- Krakow, B., Zadra, A. (2006). Clinical management of chronic nightmares: imagery rehearsal therapy. *Behavioral Sleep Medicine*, 4, 45-70.
- Krakow, B., Sandoval, D., Schrader, R., Keuhne, B., McBride, L., Yau, C. L., et al. (2001). Treatment of chronic nightmares in adjudicated adolescent girls in a residential facility. *Journal of Adolescent Health*, 29, 94-100.

- Lazarus, A. A. (2000). Multimodale Kurztherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lempke, J. (2006). Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung. Heidelberg: Asanger.
- Linehan, M. M. (1996). Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.
- Lynch, S. M., Forman, E., Mendelsohn, M., Herman, J. (2008). Attending to dissociation: assessing change in dissociation and predicting treatment outcome. *Journal of Trauma & Dissociation*, 9, 301-319.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M. (2006). Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York: Guilford Press.
- Nader, K., Kriegler, J., Blake, D. (2002). The clinica n-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents for DSM-IV (CAPS-CA). White River Junction, VT: National Center for PTSD.
- Nestler, J., Goldbeck, L. (2009). Soziale Kompetenz: Training für lernbehinderte Jugendliche SOKO. Weinheim: Beltz/PVU.
- Oswald, S. H., Goldbeck, L. (2009). Traumatisierung und psychische Auffälligkeiten bei Pflegekindern. *Trauma & Gewalt*, 3, 304-314.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3-16.
- Pennebaker, J. W., Francis, M. (1996). Cognitive, emotional and language processes in disclosure. *Cognition & Emotion*, 10, 601-626.
- Potreck-Rose, F., Jacob, G. (2003). Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen: Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Rathus, J. H., Miller, A. L. (2002). Dialectical Behavior Therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 146-157.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H., Poustka, F. (2001). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Göttingen: Hogrefe.
- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A. M., Stams, G. J. (2009). Efficacy of EMDR in children: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 599-606.
- Ross, C. A. (2000). The trauma model: a solution to the problem of comorbidity in psychiatry. Richardson: Manitou Communications.
- Ryan, T., Walker, R. (1997). Wo gehöre ich hin? Biographiearbeit mit Kindern und Jugendlichen. Weinheim: Beltz.
- Sachsse, U., Vogel, C., Leichenring, F. (2006). Results of psychodynamically oriented trauma-focused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorder (PTSD) and borderline personality disorder (BPD). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70, 125-144.
- Sack, M. (2004). Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Der Nervenarzt*, 75, 451-459.
- Sack, M., Sachsse, U., Dulz, B. (2009). Störungen der Sexualität bei Patientinnen und Patienten mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung. In B. Dulz, C. Benecke, H. Richter-Appelt (Hrsg.), *Borderline-Störungen und Sexualität. Ätiologie – Störungsbild – Therapie* (S. 134-140). Stuttgart: Schattauer.
- Schepker, R. (2006). Tipps für Eltern traumatisierter Kinder und ihre empirischen Grundlagen. *Nervenheilkunde*, 25, 731-738.

- Schlüter-Müller, S., Schmeck, K., Schmid, M. (2009). Borderline-Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie*(4), 20-24.
- Schmid, M., Libal, G. (2010). Zur familientherapeutischen Arbeit mit Jugendlichen, die unter Borderlinepersönlichkeitsstörung leiden. *Kontext – Zeitschrift für Familientherapie und systemische Therapie*, 41.
- Schmid, M., Fegert, J. M., Petermann, F. (2010). Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 1-17.
- Schmid, M., Fegert, J. M. (2008). Sonderheft Traumapädagogik I. Trauma und Gewalt. 2. Stuttgart. Klett-Cotta
- Schmid, M., Fegert, J. M. (2009) Sonderheft Traumapädagogik II. Trauma und Gewalt. 3. Stuttgart. Klett-Cotta
- Schmid, M. (2008). Children and Adolescents in German Youth Welfare Institutions - A Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy Perspective. *European Psychiatric Review*, 1, 10-12.
- Schmid, M. (2008). Entwicklungspsychopathologische Grundlagen einer Traumapädagogik. *Trauma & Gewalt*, 2, 288-309.
- Schmid, M., Schmeck, K. (2008). Persönlichkeitsstörungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (6 ed., S. 495-512). Göttingen: Hogrefe.
- Schmid, M., Schmeck, K., Petermann, F. (2008). Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter? *Kindheit und Entwicklung*, 17, 190-202.
- Schmid, M. (2007a). Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim: Juventa.
- Schmid, M. (2007b). Stationärer Kontext - Kooperation zwischen stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie und stationärer Jugendhilfe bei Adoleszenten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. In R. Brunner, F. Resch (Hrsg.), *Borderline-Störung und Selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. Ätiologie, Diagnostik und Therapie* (S. 195-229). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Skodol, A. E., Bender, D. S., Pagano, M. E., Shea, M. T., Yen, S., Sanislow, C. A., et al. (2007). Positive childhood experiences: resilience and recovery from personality disorder in early adulthood. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1102-1108.
- Skodol, A. W., Johnson, J. G., Cohen, P., Sneed, J. R., Crawford, T. N. (2007). Personality disorder and impaired functioning from adolescence to adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 190, 415-420.
- Solomon, S. D., Davidson, J. R. (1997). Trauma: prevalence, impairment, service use, and cost. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 58(Suppl 9), 5-11.
- Spatz Widom, C., Czaja, S. J., Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 32, 785-796.
- Spinazzola, J., Blaustein, M., van der Kolk, B. A. (2005). Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: The study of unrepresentative samples? *Journal of Traumatic Stress*, 18, 425-436.
- Steil, R., Füchsel, G. (2006). IBS-KJ. Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Diagnostik der Akuten und der Posttraumatischen Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe.
- Steil, R., Krüger, A., Dryer, A., Feldmann, R. E., Bohus, M. (2010). DBT-PTSD Dialektisch Behaviorale Therapie zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung mit schwerer Störung der Emotionsregulation nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit und Jugend. *Trauma & Gewalt*, 4, 106-117.

- Steil, R., Rosner, R. (2009). Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe.
- Thiel, G., Szymalla, S. (2006). Belastende Lebenserfahrungen und Therapieergebnisse: Eine explorative Studie in einer stationären Drogentherapieeinrichtung. Suchttherapie, 7, 125-131.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. Journal of Traumatic Stress, 18, 389-399.
- van der Kolk, B. A. (2009). Entwicklungstrauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 58, 572-586.
- van Minnen, A., Arntz, A., Keijsers, G. P. (2002). Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: predictors of treatment outcome and dropout. Behaviour Research and Therapy, 40, 439-457.
- van Minnen, A., Hendriks, L., Olff, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. Behaviour Research and Therapy.
- vonAuer, K. (2007). Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT-A) auf einer jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Station („Wellenreiter“). Paper presented at the Borderline-Tagung vom 27.09.2007, Basel.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, 163, 827-832.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Marc Schmid, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, Schaffhauser Rheinweg 55, CH-4058 Basel;
E-Mail: Marc.Schmid@upkbs.ch
Prof. Dr. Lutz Goldbeck, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie Universitätsklinikum Ulm, Steinhövelstr. 5, 89075 Ulm;
E-Mail: Lutz.Goldbeck@uniklinik-ulm.de

Marc Schmid, Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel;
Lutz Goldbeck, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm.