

Einleitung

Jugendliche im Hochstress – dieses Phänomen ist kaum einer Zeitungsausgabe fremd und prägte bereits viele Schlagzeilen, insbesondere in den vergangenen fünf Jahren, in denen wir von Sprengstoffanschlägen, Messerattacken und Axtanschlägen lesen mussten. Allgemeine Aufregung ist eine natürliche Folge, löst aber das Problem nicht.

Die Bedürfnisse von schwer belasteten Kindern und Jugendlichen mit starken Stresserleben und Traumafolgen und auch den Belastungen nach Flucht und Kriegerlebnissen werden in Ausführungen in diesem Buch validiert. Wenn nach Stress- und Traumbelastungen vieles im Leben fremd geworden ist, Gefühle aus dem Gleichgewicht geraten sind, verändert sich nicht nur das eigene Leben gravierend, sondern auch die Partizipation am sozialen Leben. Nicht in jedem Fall entwickeln sich bei extrem bedrohlichen Ereignissen eine Posttraumatische Belastungsstörung, psychische Erkrankungen oder Traumafolgestörungen. Vielmehr befähigen Resilienzfaktoren Kinder und Jugendliche trotz belastender sozioökologischer Faktoren wie Armut, Gewalterfahrung und Traumatisierung, immer wieder eine ausreichende psychosoziale Anpassung zu erreichen und sich dennoch altersentsprechend entwickeln zu können.

Laut Shaffera et al. (2009) haben andererseits schwere Gewalterfahrungen zur Folge, dass die Fähigkeit zur Bewältigung typischer Entwicklungsschritte in den verschiedenen Altersstufen beeinträchtigt ist. In der Säuglings- und Kleinkindzeit führt Misshandlung zu Bindungsstörungen (Cicchetti und Barnett 1991). Dies bedeutet langandauernde, persistierende Störungen im Beziehungs- und Bindungsverhalten, insbesondere mit desorganisierten und/oder hochambivalenten Bindungsmustern. Im Kleinkindalter haben misshandelte oder anderweitig traumatisierte Kinder Schwierigkeiten, über innere Zustände und Gefühle von sich und anderen zu erzählen (Beeghly und Cicchetti 1994). In fortschreitender Kindheit und Adoleszenz treten vermehrt Verhaltensprobleme auf. In der Schulzeit kommt es zu Problemen im Umgang mit anderen Kindern: Die missbrauchten Kinder sind im Vorschulalter und in den ersten Schuljahren oft impulsiver, weniger beliebt und eher verschlossen oder distanzlos (Shaffera et al. 2009; Dodge et al. 1994). In der Adoleszenz zeigen sie dann vermehrt impulsives und/oder antisoziales Verhalten (Shaffera et al. 2009). Auch Selbstverletzungen oder Depressionen sind beschrieben. Impulshaft ausagierendes Verhalten wiederum kann zu Störungen in vielen Bereichen führen, insbesondere hinsichtlich Promiskuität, Drogen- und/oder Alkoholkonsum, Schulversagen, Delinquenz und/oder Weglauftendenzen.

Diese Kinder und Jugendliche, die aufgrund außergewöhnlicher und bedrohlicher Erlebnisse psychisch belastet sind, können von psychotherapeutischen und

psychiatrischen Hilfen sehr profitieren. Aber gerade auch die Schwere der Beeinträchtigungen und Erkrankungen verhindert häufig, dass sich Kinder und Jugendliche für eine weiterführende aufarbeitende Psychotherapie überhaupt entscheiden können. Sie greifen nicht selten zu maladaptiven Bewältigungsstrategien, die negative Auswirkungen auf die psychische Entwicklung und die soziale Integration in die Familie, Kindergarten, Schule, Ausbildungsstelle und in der Gruppe der Peers haben. Erste stabilisierende Hilfen sind wichtig bei schwer belasteten Jugendlichen, denen buchstäblich der Boden unter den Füßen weggezogen worden ist. Erste stabilisierende Hilfen, um Krisen selbstwirksam überstehen zu können, können der Türöffner zu weiteren Hilfen und Regulationsprozessen sein. Hier setzen niedrigschwellige Hilfen wie START an.

Interventionen bei psychischen Stress- und Traumafolgen im Kindesalter

Grundsätzlich gibt es zwei Schwerpunkte der Psychotraumatologie, die parallel oder aber auch einzeln zur Anwendung kommen können.

Schwerpunkt 1 – Ressourcenarbeit

Der Ressourcenarbeit kommt nicht nur in der Psychotherapie, sondern auch im häuslichen Umfeld, Schule, Jugendhilfe etc. eine wesentliche und wichtige Stabilisierungsfunktion zu. Letztere ist unerlässlich insbesondere bei schwer und komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen und arbeitet an Basis-Kompetenzen wie Affektregulation, Impulskontrolle, Selbstwertstärkung und Selbststeuerungskompetenzen sowie Selbstwirksamkeitserwartungen und den Objektbeziehungen, und insbesondere bei Patienten mit maladaptiven Bewältigungsversuchen wie z. B. Selbstverletzungen und impulsdurchbrechende Verhaltensweisen kommen diesen Kompetenzen eine Schlüsselrolle in der Therapie zu. Der Ressourcenarbeit, in ihren gesamten Aspekten, trägt ganz besonders das eigens von den Autorinnen entwickelte START-Programm Rechnung, dessen Komponenten im Einzelnen in diesem Buch beschrieben werden.

Schwerpunkt 2 – Traumatherapie-Verfahren im Rahmen der Psychotherapie

Trauma-Exposition, die auf verhaltenstherapeutische Trauma-Therapieverfahren basiert, funktioniert nach dem Prinzip der Habituation, bzw. Desensibilisierung.

Inwieweit eine Trauma-Exposition wichtig und anzustreben ist, muss der Therapeut¹ abwägen unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten des

1 Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit zumeist die männliche Schreibweise verwendet, es sind jedoch immer beide Formen gemeint. Wir danken für Ihr Verständnis.

Patienten, seines Umfelds, seiner Stabilität und nicht zuletzt auch seiner Motivation. Eine Exposition setzt in der Regel immer eine vorherige Stabilisierungsarbeit voraus im Sinne einer Stärkung der Ressourcen, z. B. hinsichtlich einer Regulation der bei einer Exposition unvermeidlich entstehenden heftigen Affekte. Auf Expositionsarbeit basiert unter anderem die traumafokussierte, kognitiv-behaviorale Therapie (TF-KVT), das am besten evaluierte Verfahren, dessen Einsatz auf der kinderpsychiatrischen Station wird im Folgenden beschrieben wird.

Die wertschätzende Wahrnehmung der jeweils anderen Perspektive, das konstruktive Aushandeln von Vereinbarungen und tragfähigen Kompromissen unter gleichzeitiger Beachtung von Beziehungssicherung und Selbstachtung sind zentrale Ziele dieser therapeutischen Arbeit.

Eine affektive Instabilität, aber insbesondere die Symptome von Trauma-Folgestörungen wie dissoziative Störungen, Wiedererleben in Form von Intrusionen, Flashbacks, Alpträume, Vermeiden/emotionale Taubheit als auch ein vegetatives Hyperarousal und damit einhergehende Reizbarkeit, Wutausbrüche und Konzentrationsprobleme sowie dysfunktionale Coping-Strategien wie Alkohol- und Cannabisabusus machen eine aufarbeitende Trauma-therapeutische Behandlung oft nicht möglich.

Vor der Exposition muss dabei immer und unbedingt auch eine Stabilisierung stattfinden.

Für eine spezifische expositionsbasierte Arbeit ist eine vorausgehende, ausführliche spezifische Diagnostik zu Traumatisierung und Trauma-Folgestörungen (CATS, IBS-KJ, KIDDIE-SADS) unerlässlich, denn nicht jedes Kind oder jeder Jugendliche, das oder der eine Traumatisierung erfahren hat, entwickelt auch eine Trauma-Folgestörung.

Weitere Voraussetzungen für eine traumatherapeutische Behandlung sind grundlegend die Wiedererlangung und Kontrolle über Bereiche wie Umgang mit Suizidalität, Selbstverletzungen und Dissoziationen. Ein Ziel besteht in der Verbesserung der Lebensqualität. Therapeuten sollten in einem trauma-therapeutischen Verfahren gut ausgebildet sein und über entsprechende Erfahrung verfügen.

Dieses Buch beschreibt daher auch Elemente der »Traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie« (Cohen et al. 2006, deutsche Übersetzung Goldbeck 2009) und der »Narrative Exposure Therapy« (Schauer et al. 2005) und EMDR (Shapiro 1999/2014) und als möglichen Ausblick auch im Adoleszentenbereich das Konzept der DBT-PTBS Behandlung (Bohus 2013, Steil et al. 2015).

Einen besonderen Schwerpunkt des Buches bildet die Darstellung von START, das kulturintegrierte, niedrigschwellige Erststabilisierungskonzept für Kinder und Jugendliche zur Arousalregulation und Bewältigung von Hochstressphasen. Die Intervention fokussiert im zweiten Schritt auf die Stärkung der Selbstwirksamkeit und Resilienzförderung.

Grundlagen und Basiswissen zum Thema Trauma, Stress und Behandlungsstrategien, sowie die besondere Situation von Kindern und Jugendlichen mit Fluchterfahrungen werden dem interessierten Laien und Fachmann in diesem Band im vermittelt. Besonders für die Anwendung des START-Programms wird eine fundierte Wissensbasis zugrunde gelegt.

Die Aktualität und Brisanz der Situation wird deutlich durch den Abschnitt über die psychosoziale und emotionale Situation von Flüchtlingskindern. Die Vorstellung des von den Autorinnen selbstentwickelten Stabilisierungsprogramm START, das für alle belasteten Kinder und Jugendlichen interkulturell und integrativ einsetzbar ist, sollte den Leser ermutigen, seine eigenen Schritte damit zu wagen.²

Neben den Grundlagen zu Trauma- und Stressfolgen und der Vorstellung des START-Programms werden in diesem Buch exemplarisch evidenzbasierte Therapiemethoden vorgestellt. Anhand von Fallbeispielen werden die einzelnen Themenschwerpunkte plastisch präsentiert.

Die Autorinnen haben ein Konzept entwickelt mit dem Titel »START – Stress-Traumasymptoms-Arousal-Regulation-Treatment«, das Kindern und Jugendlichen ermöglicht, Hochstressphasen und emotionale dauerhafte oder wiederkehrende Belastungszustände möglichst unbeschadet zu überwinden. Das Programm kann dabei helfen, Kurzschlussreaktionen und Übersprunghandlungen zu vermeiden und so größere Schäden für andere und für das Individuum selbst – z. B. selbstschädigendes Verhalten, Substanzkonsum, Suizidhandlungen, Impulsdurchbrüche – zu verhüten. Zumal problematische Verhaltensmuster und schwere Stresszustände eine Integration in psychosozialen Kontexten wie Schule, Wohngruppen und in der Gruppe von Peers erschweren.

Mit START wird im Rahmen einer Kurzintervention Kindern und Jugendlichen in ihrer emotionalen Not eine Hilfe zur Verfügung gestellt, einerseits um zunächst akute Krisen überstehen zu können und andererseits Selbstregulationsmöglichkeiten wiederzuerlangen. Zentral fokussiert START durch den Einsatz von Skills auf das Wiedererlangen von Selbstkontrolle und Steuerung des eigenen Verhaltens in Krisensituationen.

Anhand von Fallbeispielen und der Darstellung der angewendeten Methoden wird dem Leser auf einfache und verständliche Weise vermittelt, wie die Betroffenen Stress reduzieren können und auch Gefühle zu regulieren lernen. Strategien, um positive Erfahrungen und Gefühle wahrzunehmen und eigene Ressourcen zu erkennen und zu stärken, sind bedeutsam und finden explizite Berücksichtigung im Konzept. Eine Grundüberlegung ist, dass durch den Einsatz von Fertigkeiten und Skills das Erleben von Selbstwirksamkeit und Resilienz gefördert werden kann. Neben unmittelbaren Stressregulations- und Emotionsregulationsstrategien werden in START Achtsamkeitsübungen und Selbstberuhigungstechniken zur Anwendung gebracht.

Kinder und Jugendliche, die aufgrund von vielfältigen, vielleicht sehr belastenden, invalidierenden oder auch traumatischen Erfahrungen leiden, können von START profitieren.

Die rasche Verbreitung des START-Programms in Kliniken und Jugendhilfeeinrichtungen und in Schulen zeigte, dass es das richtige Konzept zur richtigen Zeit ist. Ein Effekt, den auch die in diesem Band vorgestellten Evaluationsdaten belegen.

2 Eine Schulung oder ein Workshop durch die Autorinnen kann jederzeit angefragt werden unter: www.startyourway.de.

Im Buch wird zudem der besonderen psychosozialen, klinischen und wissenschaftlichen Ausgangslage, in der sich auch die elementaren Grundzüge des START-Programmes begründen, ein weiterer großer Abschnitt gewidmet.

Wir wünschen viel Freude beim Lesen und der Umsetzung von Anregungen in Therapie und Pädagogik!

Andrea Dixius und Eva Möhler

Teil I – Trauma und Traumafolgestörungen

1 Was ist eigentlich ein Trauma?

Trauma (griechisch: »Wunde«) ist sowohl ein medizinischer, als auch ein psychologischer Begriff. Medizinisch definiert er größere körperliche Verletzungen oder Wunden und kann psychologisch analog als »seelische Wunde« beschrieben werden. Ein Trauma kann durch ein Ereignis oder durch mehrere extrem bedrohliche Erlebnisse verursacht werden, was zu einer tiefgehenden Erschütterung führen kann.

In diesem Moment der traumatischen Erlebnisse stehen vereinfacht ausgedrückt keine Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung. Fischer und Riedesser (1999, S. 84) beschreiben dies als ein »vitaler Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, welches mit dem Gefühl der Hilflosigkeit und schutzlosen Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt«.

Bereits in der Kindheit erlebte Traumata oder existentiell bedrohliche Erlebnisse können ihre Spuren während der gesamten Entwicklung hinterlassen, stressbedingte Störungen nach sich ziehen und im Erwachsenenalter den Gesundheitszustand beeinträchtigen (Felitti et al. 1998, Witt et al. 2017, Münzer et al. 2017).

Den Beschreibungen von Traumafolgen liegen verschiedene Theorien und Entwicklungsmodelle zugrunde. Im Folgenden soll an dieser Stelle auf die grundlegenden und übergreifenden Prozesse und Symptome, die mit einem Trauma in Verbindung gebracht werden, eingegangen werden.

Das Erleben von traumatisierten Menschen ist oft kräftezehrend. Das Gefühlserleben wird oft als fremd und unkontrollierbar wahrgenommen. Das emotionale Erleben von traumatisierten Personen ist häufig durch intensive Angst, Schuld, Scham, Traurigkeit, Ärger oder auch emotionale Taubheit geprägt, häufig existieren Entfremdungsgefühle, sozialer Rückzug, Symptome autonomer Übererregung, z. B. eine erhöhte Reaktionsbereitschaft, starke Schreckreaktionen, Reizbarkeit, Konzentrationsprobleme, Schlafstörungen und Alpträume. Aber auch selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität, Dissoziationen können als Folge eines Traumas auftreten (► Kap. 3).

Traumatische Belastungen haben Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Existentiell bedrohliche Lebensereignisse beeinflussen den psychischen und auch körperlichen Gesundheitszustand. Besonders Kinder und Jugendliche werden durch traumatische Erlebnisse in ihren Entwicklungsschritten eingeengt (Hensel 2017). Entwicklungsaufgaben wie sich an die Schule zu gewöhnen, sich von Eltern zu lösen, Selbstkonzept und Persönlichkeit auszubilden und weitere zentrale Entwicklungsaufgaben werden durch Traumatisierung eingeengt. Das Kind oder der Jugendliche kann seine Interessen verlieren

und in seiner Identitätsentwicklung negativ beeinträchtigt werden. Auch gesellschaftliche Anforderungen können oft nicht mehr gut erfüllt werden, wie z. B. Schulleistungen zu erbringen, Hobbies nachzugehen oder auch einfach im Kontakt mit Peers zu sein. Es ist leicht nachvollziehbar, dass dies zu weiteren Komplikationen und zu sozialen und psychischen Beeinträchtigungen und Störungen führen kann.

Die Ausprägung von Traumafolgen ist vom Entwicklungsstand und vom Alter des Kindes oder des Jugendlichen abhängig. Die Traumaerinnerungen bzw. fragmentierte Erinnerungen entsprechen dem physischen, mentalen, emotionalen und kognitiven Entwicklungsstand des Betroffenen zum Zeitpunkt des Traumas. Bei jüngeren Kindern sind Traumaerlebnisse oder Aspekte davon oft in Spielszenen wiederzuerkennen. Alpträume können ohne erinnerbaren Inhalt auftreten. Das Zusammenspiel von (Gehirn-)Entwicklung und Stressfaktoren und deren Interpretation sowie der Verarbeitung von traumatischen Ereignissen ist abhängig vom Entwicklungsstand des Kindes. Beobachtbare Symptome drücken sich zusätzlich in Rückzugsverhalten, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Trennungsängsten, Reizbarkeit, Wutausbrüchen, neu auftretenden Ängsten, externalisierenden Verhaltensproblemen und einem Verlust von schon erworbenen Fähigkeiten aus (Steil et al. 2009). Zudem kann ein Zurückverfallen in vergangenes Verhalten, wie z. B. erneutes Einnässen, Baby-Sprache, häufiges Weinen, bei Kindern beobachtet werden.

Sekundäre Stressoren, veränderte Lebensumstände, Beziehungsabbrüche und Trennungen oder auch psychisch belastete oder erkrankte Eltern spielen eine wichtige Rolle für die Entwicklung von psychischen Belastungen bzw. Erhöhung der Vulnerabilität bei Kindern.

Bei älteren Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sind dissoziative Zustände, Flashbacks, Vermeidungsverhalten, Entwicklung intensiver Ängste, somatoforme Beschwerden, emotionale Dysregulation, Depressionen, aggressive und impulsive Verhaltensweisen, Schlafstörungen, Alpträume, selbstverletzendes Verhalten, reduzierte Belastungstoleranz, Drogenkonsum, Suizidgedanken unter anderem zu beobachten (Steil et al. 2009).

Häufig fühlen sich Menschen nach einem erlebten traumatisierenden Ereignis sehr verändert. Dabei können Bereiche der Gefühlswahrnehmung, des Denkens, des Verhaltens und der Körperwahrnehmung beeinträchtigt sein. Manchmal können ungesteuert, willkürlich und plötzlich belastende »innere Bilder« oder »innere Filme« mit traumaassoziierten Inhalten auftreten. Selbst Stimmen, Gerüche, Körpersensationen, Geräusche und Gedanken, die mit dem traumatischen Ereignis gekoppelt sind, führen zu Beeinträchtigungen im Erleben und Verhalten. Letztlich reagieren Psyche und Körper auf einen erlebten Ausnahmezustand. Dies kann als eine Reaktion beschrieben werden, um mit dem »unfassbaren« traumatisierenden Ereignis einen Weg zu finden, das traumatisierende Ereignis zu überstehen. Plötzlich erscheint das Leben aus der Balance geraten.

Traumatisierende Ereignisse sind vielfältig. Eine Klassifikation nach Terr (1991) unterteilt Trauma dabei in *Typ I – Traumata* als ein kurzandauerndes, einmaliges Ereignis und in *Typ II – Traumata* als langandauernde, sich wiederholende Ereignisse (Landolt 2004, Landolt und Hensel 2008).

Typ I-Traumata umfassen schicksalhafte, meist einzelne Ereignisse wie z. B. den Tod eines geliebten Menschen, einen Unfall oder eine lebensbedrohliche Erkrankung, aber auch die Ansicht eines Films mit stark ängstigenden Inhalten kann zu einer außerordentlichen Belastung führen, genauso wie die Zeugenschaft eines Bedrohungsereignisses.

Typ II-Traumata beschreiben sogenannte »man-made-disasters« – von Menschen verursachte Traumata wie z. B. Kindesmisshandlung, intrafamiliäre Gewalt, sexuellen Missbrauch, schwere emotionale und körperliche Vernachlässigung, Kriegs-, Terror- und Fluchtbelastungen. »Man made disasters« sind besonders gravierend, da sie das basale Sicherheitsbedürfnis erschüttern, das Vertrauen zu anderen Menschen. Die von Menschen erzeugten Traumata sind häufig die Ursache einer schwerwiegenden, meist komplexen Traumatisierung. Die Folgen sind in einem breiten Spektrum psychischer Symptome und Störungen zu finden.

Entwicklungstraumata

Kinder sind während ihrer Entwicklung oft über Jahre hinweg chronischen, emotionalen und körperlichen Vernachlässigungen, Gewalt und Misshandlungen sowie inadäquater Versorgung ausgesetzt. Diese interpersonellen Traumata werden in bisherigen Klassifikationssystemen nicht entsprechend abgebildet.

Diskutiert wird die Einführung der Diagnose Entwicklungstrauma-Störung (Developmental Trauma Disorder – DTD; van der Kolk 2009). Belastende und traumatische Kindheitserfahrungen sind einengend und haben tiefgreifenden, negativen Einfluss auf die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes. Mangelnde Sicherheit, chronische Überforderung und permanenter Stress führen bei vielen Kindern und Jugendlichen zu massiven psychischen, psychosomatischen, körperlichen und emotionalen Störungen. In einer großen Studie – Adverse Childhood Experiences (ACE) von Felitti et al. (1998) – wurden 17.337 Personen im Alter von 19–92 Jahre retrospektiv nach ihren Kindheitsbelastungs-Erfahrungen im Alter unter 18 Jahren befragt. Die Studienergebnisse zeigten eine höhere alltägliche Belastung als angenommen und u. a. einen signifikanten Zusammenhang von Kindheitsbelastungen und psychischen Erkrankungen, Substanzabusus, psychosomatischen und körperlichen Erkrankungen und einer Vielzahl weiterer Erkrankungen (Felitti et al. 1998).

Wenn die wichtigsten Bezugspersonen intensiven, hochbelastenden Stress verursachen, dann führt dies zu Entwicklungsbeeinträchtigungen der betroffenen Kinder. Eine regelrechte, chronische Dauerüberforderung führt zum Gefühl des Ausgeliefertseins und der Hilflosigkeit. Bewältigungsstrategien sind noch nicht vorhanden oder können nicht altersentsprechend entwickelt werden. Das Kind befindet sich in dem Dilemma, sich einerseits auf Bezugspersonen nicht verlassen zu können und andererseits enormen emotionalen, psychischen oder physischen Belastungen ausgesetzt zu sein (van der Kolk 2009).

Fegert (2017) schildert, dass Misshandlungsformen am häufigsten in der eigenen Familie vorkommen. Bei einer repräsentativen Befragung mit dem Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) wurden 2510 Personen im Alter zwischen 14 und

94 Jahren in Deutschland interviewt. Die Ergebnisse der Befragung zeigte, dass 6,5 % der Befragten über 14 Jahre von erheblicher emotionaler Misshandlung, 6,7 % von körperlicher Misshandlung, 7,6 % von sexuellem Missbrauch, 13,3 % von emotionaler Vernachlässigung und 12,5 % von körperlicher Vernachlässigung nach Angaben im CTQ betroffen waren (Witt et al. 2018).

Fehlende soziale und familiäre Bezüge begünstigen die Entwicklung von Traumafolgen oder einer PTBS (Trickey et al. 2012). Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge sind davon besonders betroffen und können unter einer permanenten Überforderung leiden. Bezugspersonen können in der Regel ihren Kindern zur Wiedererlangung von Sicherheit nach belastenden oder traumatischen Erlebnissen beistehen (van der Kolk 2009) und maßgeblich zur Stabilisierung beitragen.

Die Zahl psychischer Störungen ist bei der besonders vulnerablen Gruppe der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge deutlich erhöht (Gavranidou et al. 2008, Fazel et al. 2005, Huemer et al. 2009, Derluyn und Broekaert 2009, Unterhitzer et al. 2015, Plener et al. 2017, Kaltenbach et al. 2017).

Die Mehrzahl der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge hat traumatische Erfahrungen, häufig Flucht- und Kriegserfahrungen.

Kinder und Jugendliche, denen durch traumatische Erfahrungen buchstäblich »der Boden unter den Füßen weggezogen wurde«, versuchen mit viel Angst, aber auch Mut und Kraft ins Leben (zurück) zu finden.

Einem hohen Anteil der Kinder und Jugendlichen begegnen wir in unserer Arbeit in der Kinder- und Jugendhilfe und in therapeutischen Kontexten und Kliniken.

Allerdings führen nicht bei jedem Menschen traumatische Ereignisse zu psychischen Störungen, belastenden Traumafolgen oder zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Vielmehr reagieren Menschen sehr unterschiedlich. Resilienzfaktoren, Stärken und individuelle Ressourcen spielen eine große Rolle bei der Krisenbewältigung und schützen vor dauerhafter Erkrankung oder starken Einschränkungen des Funktionsniveaus.

2 Stress und Trauma – eine kurze Einführung

2.1 Stress und seine Auswirkung auf die Entwicklung

Möhler et al. (2006) sowie Rothenberger, Resch und Möhler (2011) konnten in einer prospektiven Studie zeigen, dass »Early Life Stress« (ELS) die Cortisol-Ausschüttung aktiviert und dass dieses die Verhaltenshemmung von Kleinkindern vermindert. Dies lässt sich mittlerweile einordnen in einen ganzen Forschungsstrang zum Early Life Stress (Übersicht z. B. Lahti et al. 2017, Nolvi et al. 2017), in dem sich Hinweise mehren, dass prä- und postnataler Stress in der frühen Kindheit mit einem späteren Risiko für psychische Störungen einhergeht. Vorrangiger Befund ist ein Einfluss auf Selbstregulation und Exekutivfunktionen, sodass aktuell der »Early Life Stress« von vielen Autoren als ausgesprochen wichtiger Prädiktor für die spätere Entwicklung identifiziert wird (Korja et al. 2017, van den Bergh 2017). Den Ausgang fand dies unter anderem auch in der Arbeitsgruppe von Heim und Nemeroff (2001), die die neurobiologischen Veränderungen und psychopathologischen Konsequenzen im Zusammenhang früh einsetzender aversiver Entwicklungsbedingungen belegen konnten.

Auch de Bellis et al. (2001) haben in ihren umfassenden Arbeiten die Konsequenzen traumatischen Stresserlebens auf die Gehirnentwicklung untersucht und stressinduzierte Störungen der Gehirnreifung nachgewiesen. Untersuchungen am Tiermodell (Gorman et al. 2002) konnten nachweisen, dass postnatale Stressbedingungen zu überdauernden Veränderungen in der Regulation der Neurotransmission der biogenen Amine führt – verbunden mit einer Störung der exekutiven Funktionen. Ebenso wurde der Nachweis erbracht, dass chronische Stressbedingungen zu einer überdauernden Änderung der neuroendokrinen Stressreaktivität führen (Poustka et al. 2010, Liu et al. 2000) und gleichzeitig mit Störungen der exekutiven Kontrolle verbunden sind (Lyons et al. 2000). So bestehen zunehmend Hinweise darauf, dass Umweltbedingungen die adrenale Entwicklung und Sekretion stören, was wiederum Auswirkungen auf Hirnreifungsprozesse hat (Mirescu et al. 2004; Sanchez et al. 2001; Sapolsky 1997). Diese Daten legen einen dringenden Forschungsbedarf auf der Ebene der frühesten *Entstehungsbedingungen* dieser Funktionen und ihrer potentiellen Stressanfälligkeit nahe, insbesondere, da die ersten Lebensjahre durch das besonders starke Gehirnwachstum eine Phase stark erhöhter cerebraler Umgebungs-Sensitivität (O'Donnell und Meaney 2017) darstellt und somit unter Umständen strukturelle hirnphysiologische Veränderungen vulnerabler Bereiche mit entsprechenden psychopathologischen Konsequenzen denkbar wären.