

Traumatische Ereignisse - und warum nicht alle Kinder psychische Folgestörungen entwickeln

Renate Schepker

Plattform Flucht des Nat. Zentrums Frühe Hilfen

Digitale Sprechstunde

12.1.2023

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Dieser Vortrag beruht auf

- Beschäftigung mit Kindern, Jugendlichen und Familien mit Migrationshintergrund seit 1994 in Praxis und Forschung
- Erfahrungen mit Traumafolgestörungen und Kinder-Trauma-Ambulanzen seit 1998
- Zahlreichen Begutachtungen zum Thema
- Interkultureller Offenheit
- Therapeutischem Optimismus
- UND den Erfahrungen unserer ukrainisch-muttersprachlichen Kollegin Nataliya Boshko mit geflüchteten Kindern aus der Ukraine im Sommer-Herbst 2022 in der PIA der KJPP des ZfP.

Kann man mit **präventiven Maßnahmen** Traumafolgestörungen vorbeugen?

- Israelische Studie versuchte in 90er Jahren nach Überfällen auf Schulklassen durch Vorwegnahme vorgetäuschter bewaffneter Überfälle Kinder zu „desensibilisieren“.
 - Eine Traumatisierung der Kinder und erhöhte Gefährdung für die Entwicklung von posttraumatischen Störungen war die Folge.
 - Auch eine Drogen-Alkoholeinwirkung schützt nicht.
- Die einzig wirksame Prävention von Traumafolgen ist die Verhinderung der Traumata selbst. Das macht Traumafolgestörungen zu politischen Präventionszielen!**

Psychische Folgen von Traumatisierungen bei Kindern

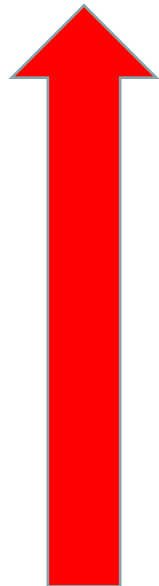
Sind abhängig von

- Traumabezogenen Faktoren
- Posttrauma- und Umgebungsfaktoren
- Prädisponierenden Faktoren

- Resilienzfaktoren (?)

Trauma

Trauma-
Impact



Durch Menschen verursachte Traumata

Überfall
Vergewaltigung

Kriegserlebnisse,
Geiselnahme, Folter,
sexuelle und
körperliche Gewalt in
der Kindheit

Typ 1
Traumata

Unfall, Brand,
Erdbeben, Flut

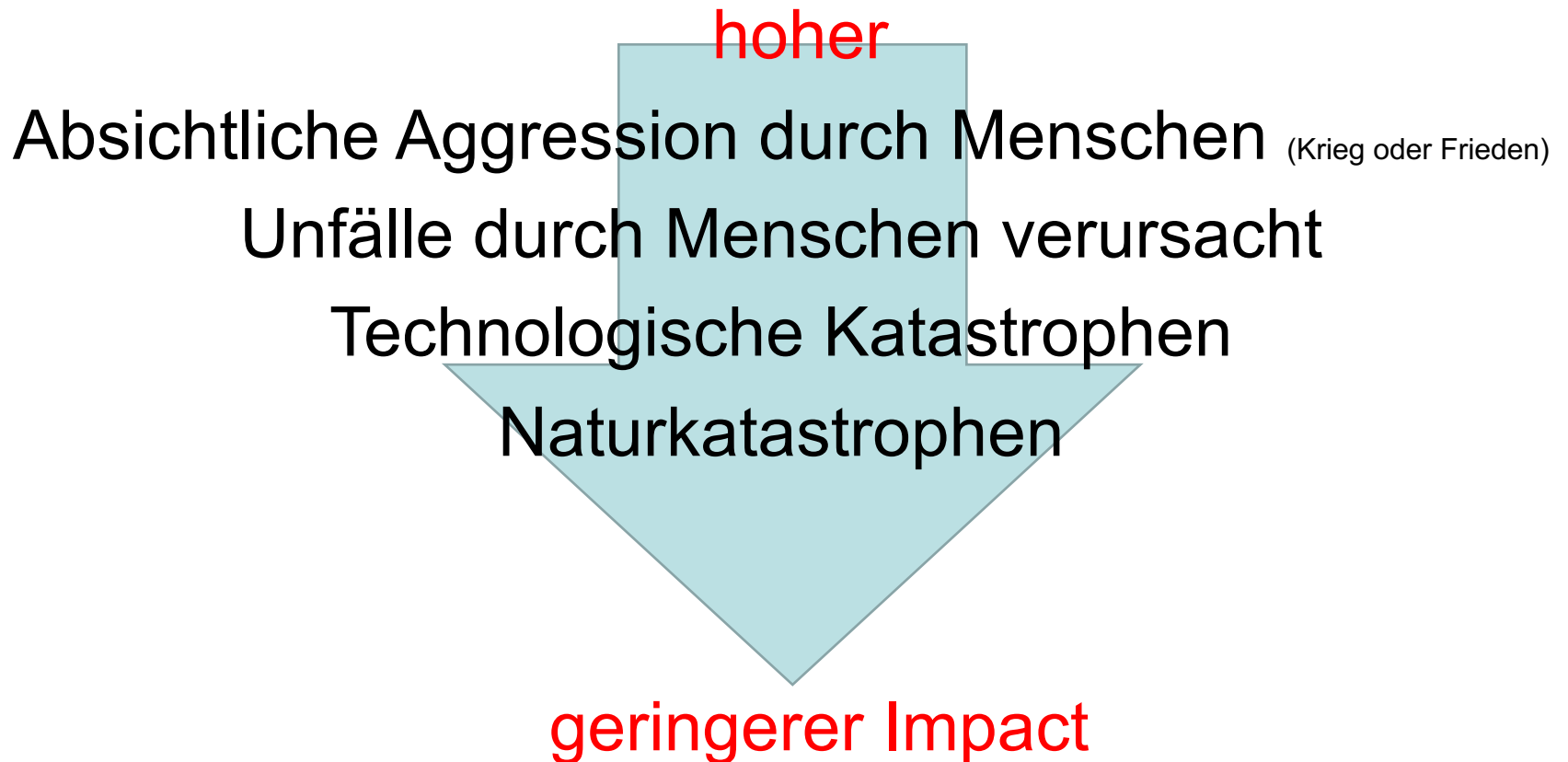
Typ 2
Traumata

Mehrfache
Naturkatastrophen
wie Dürre,
Überflutungen und
Hungersnot

Naturkatastrophen oder technische Katastrophen



Traumabezogene Faktoren



Traumabezogene Faktoren 2

ABER: Achtung Extremschwelle (Dosis-Wirkungsbeziehung) bei jedem Typ Trauma

- je mehr Leichen oder Schwerverletzte
- je mehr Bedrohung der eigenen körperlichen Integrität (oder der von nahen Bezugspersonen)
- je mehr erlebte Hilflosigkeit und Angstreaktion (und peritraumatische Dissoziation)

desto eindeutiger die psychische Traumatisierung.

(nach Pynoos et al 1987, Yule et al 1990, Green et al 1991 – für ukrainische Eltern unter Kriegserlebnissen: Karatzias et al 2023)

Posttrauma-/Umgebungsfaktoren

- Auswirkungen auf den Lebensalltag (Verlust der Wohnung, von persönlich wichtigen Gegenständen - auch Haustieren! etc.)
- Reaktion der Erwachsenen als „äußere Reizschutzschranke“ – Traumafolgestörungen bei Eltern als stärkster Prädiktor – stärker bei jüngeren Kindern
- Sequenzielle Traumatisierung (z.B. Umstände bei Flucht, Hunger, Armut, fehlende Anerkennung...)

Erst unterhalb der „Extremschwelle“

wirken prädisponierende Faktoren:

- Frühere Angststörungen (Kind oder Familie)
- **ADHS** (kann durch Trauma reaktiviert werden)
- Mädchen ab dem Latenzalter
- auch: frühere psychotische Störungen
- auch: frühere Traumatisierungen

Allgemeine Resilienzfaktoren

(nach der Kauai-Studie, E.Werner)

- Erstgeboren
- "Lebhafter" Säugling
- Fähigkeit zur Selbsthilfe
- Gute Kommunikation
- Ausgeprägte Interessen
- Positives Selbstkonzept
- viel Zuwendung
- positive Eltern-Kind-Beziehung
- weitere wesentliche Bezugspersonen außerhalb der Familie
- Freunde, Kameraden
- Geregelter, strukturierter Haushalt
- Zusammenhalt der Familie

Spezielle Resilienzfaktoren



Südwürttemberg

bei Geflüchteten können sein:

- Sicherheit/Struktur/Zuwendung gebende Erwachsene („begleitete“ geflüchtete Kinder mit aufrechterhaltenen Ritualen und Rollen / Regeln sowie psychisch gesunden Müttern)
- Fähigkeit zur Symbolisierung / offener Kommunikation und früher Verbalisierung der Geschehnisse
- mögliche Aktivität zur Bewältigung /Selbsthilfe
- Weiterführen von Interessen
- Neue Freunde und neue Bezugspersonen
- Religiöse / weltanschauliche Überzeugungen
- Integration und Arbeit der Eltern

Alles ebenfalls unterhalb der Extremschwelle

Erfahrungen aus der PIA

- Die meisten Vorstellungen ukrainischer Kinder erfolgten wegen psychiatrischer Vorerkrankungen mit stationärer Einweisung (!) durch den Kinderarzt, teils Verschlechterung der vorbestehenden Symptomatik
- Später auch bei Schulproblemen zur Diagnostik (hier z.B. bis dato unerkannte LRS)
- Später auch bei neuen Familienkonflikten i.R. beengter Wohnverhältnisse im Mehrgenerationenkontext

Es gab

viele Heimwehreaktionen, Trauer, Sehnsucht nach Vätern, Brüdern, Haustieren; psychosomatische Reaktionen und Schlafstörungen

Erfahrungen aus der PIA 2

- Wenige – geschätzt 20 % Patienten mit PTBS-Symptomatik hatten Bombenangriffe direkt oder auch vermittelt erlebt und zeigten typische Angst und Vermeidung
- Klar mögliche (Re-)traumatisierung durch Videos und Fernsehen mit „Wiedererkennung“ von Gefährdungs-Bildern aus der Heimat
- Mögliche neue Störungen durch Identifizierung mit Kämpfenden als Über-Ich-Konflikt (z.B. neu aufgetretene Essstörung)

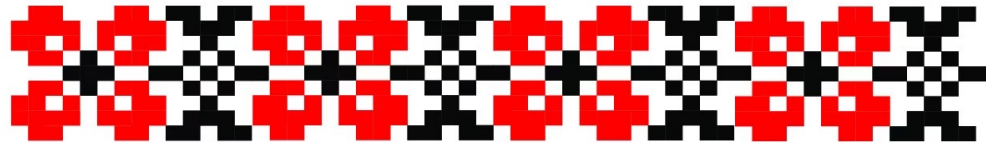
Was hat geholfen / geschützt?

- Sichere innere Bindungsrepräsentanzen (Bryant 2023)
- Aufnahme in eine einheimische Familie
- Vorhandensein hilfreicher Unterstützer / Netzwerke
- Kontakte zum früheren sozialen Umfeld und Schule (Medien sind hier hilfreich!)
- Reden und Weinen können in der Erstsprache – mit eigener Taktung bzgl des Zeitpunktes; Erhalt der Erstsprache
- Ambivalenztoleranz der Erwachsenen bzgl. Rückkehr oder Bleiben / Rollenvorbild der Ärztin
- Erlaubnis sich auf das neue Umfeld ganz einzulassen und neue Erfahrungen der Selbstwirksamkeit zu machen

Was noch wichtig ist

- Posttraumatische Störungen können sich bei Geflüchteten noch 2 Jahre nach der Flucht manifestieren –das Kriterium von 6 Mon. ist „out“
- Symptome können kurz nach der Flucht als Anpassungsleistung latent bleiben
- Die ersten 5 Jahre nach der Migration zeigen i.d.R. weniger Verhaltensauffälligkeiten und Suizidalität als die darauf folgenden 5 Jahre
- Wir bekommen wie bei anderen Wellen Geflüchteter ggfs. später noch viel zu tun

Danke fürs Zuhören



Дякую

