

Krüger, Andreas; Brüggemann, Annika; Holst, Peter; Schulte-Markwort, Michael

## **Psychisch traumatisierte Kinder: Vernetzung unabdingbar**

Deutsches Ärzteblatt 103, Ausgabe 34-35 vom 28.08.2006, Seite A-2230  
THEMEN DER ZEIT

Das Hamburger Modell: Traumapsychologisch fundierte Frühintervention in einer multiprofessionellen Versorgungskette

Psychotrauma-Folgestörungen bei Kindern und Jugendlichen finden seit einigen Jahren eine zunehmende klinische und wissenschaftliche Beachtung. Auch die Opferhilfe und öffentliche Einrichtungen, die mit der Versorgung von Kindern betraut sind, widmen dem Thema mehr Aufmerksamkeit. Dabei werden kindliche Reaktionen auf traumatischen Stress durch menschliche Grausamkeit, Technik- oder Naturkatastrophen von Reaktionen erwachsener Patienten wie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder dissoziativen Störungen nach DSM IV oder ICD-10 zunehmend differenziert betrachtet. Eine seelische Traumatisierung in frühen Lebensjahren unterliegt den Besonderheiten der seelischen, sozialen und körperlichen, einschließlich neurophysiologischen Entwicklung – dies muss bei Diagnose und Behandlung berücksichtigt werden (4, 7, 8).

Hilflosigkeit bei Betroffenen

Langzeit-Katamnesestudien legen nahe, dass frühkindliche Traumatisierungen die Prävalenz von psychischen Störungen, sozialem Scheitern und auch körperlicher Erkrankung im Erwachsenenalter erhöhen (1, 2). Die therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen zeigt, dass auch das familiäre und weitere soziale Umfeld unter den Folgen der Symptomatik des betroffenen Kindes leidet. Familienmitglieder, Lehrer und andere erwachsene Bezugspersonen verfügen in der Regel nicht über psychotraumatologisches Wissen und stehen der Symptomatik hilflos gegenüber. Hieraus ergeben sich Circuli vitiosi des Scheiterns hinsichtlich der psychischen, sozialen und schulischen Situation sowie der körperlichen Verfassung der betroffenen Heranwachsenden. Nicht selten ist ein Drogenkonsum oder ein Suizidversuch Ausdruck der Verzweiflung des unerkannten Leides des jugendlichen Patienten, wenn ihm keine Hilfe zuteil wird (3).

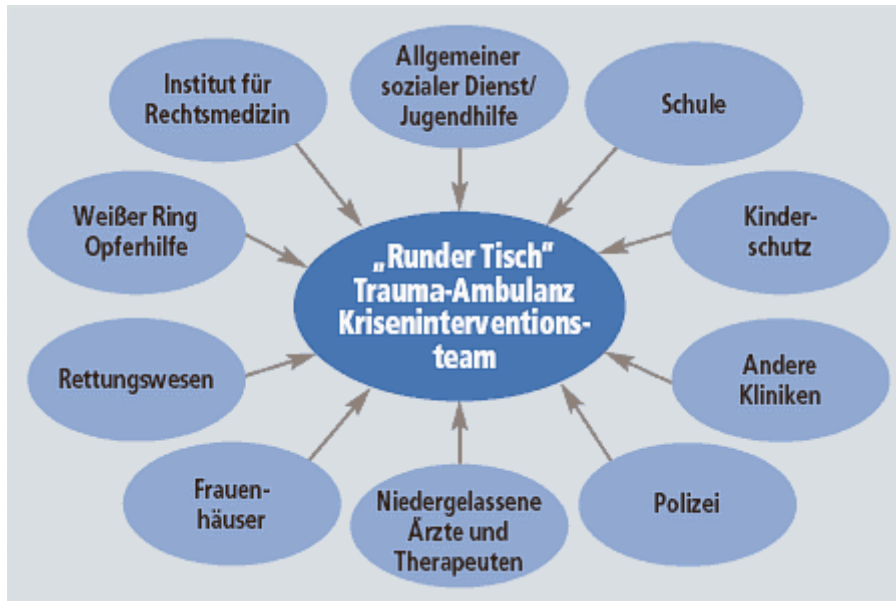
Die Betreuung psychisch traumatisierter junger Menschen bedarf einer vernetzten multiprofessionellen Versorgungsstruktur aus

- akut tätigen Institutionen wie Polizei, Rettungswesen, Notfallseelsorge, Rechtsmedizin, Kinder- und Jugendnotdienst, der sozialen Dienste und einer ambulanten traumapsychologisch-psychiatrischen Frühintervention (6) auf der einen Seite sowie
- zumeist subakut agierenden Einrichtungen der allgemeinen sozialen Dienste (ASD), Jugendhilfe, Opferhilfe und der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung auf der anderen Seite, um dem Leid angemessen begegnen und weitergehende Belastungen vermeiden zu können.

Keine monoprofessionelle Sichtweise wird dem komplexen Problem einer kindlichen häuslichen Gewalterfahrung gerecht. Deshalb ist eine interagierende Versorgungskette von gut informierten Professionellen der unterschiedlichen Disziplinen im Rettungswesen, bei der Polizei, der Opferhilfe und in psychotherapeutischen Einrichtungen notwendig.

Um die Kooperation der genannten Instanzen zu optimieren, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedlichen Kontexten mit dem akut betroffenen Kind und seiner Familie betraut sind, wurde am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) von der Trauma-Ambulanz in Kooperation mit dem Kriseninterventionsteam (KIT) des Deutschen

Roten Kreuzes ein multiprofessioneller „runder Tisch“ im Sinne einer Trauma-Fallkonferenz initiiert (5). Der Trauma-Ambulanz kommt dabei beispielsweise bei massiven häuslichen Gewalterfahrungen mit Polizei- und Rettungsdiensteinsatz eine beratende traumapsychologisch-kinderpsychiatrische Case-Management-Funktion in Kooperation mit



Traumatischen Stress minimieren

Am runden Tisch werden effektive Handlungsansätze in der Zusammenschau aus traumapsychologischer Perspektive und anderen professionellen Sichtweisen im Sinne des Kindeswohls erarbeitet. Ziel ist die Minimierung von traumatischem Stress für das Kind in allen Versorgungsphasen.

Am runden Tisch wurde im weiteren Verlauf des Fallbeispiels gemeinsam mit Polizeibeamten und den anderen Berufsgruppen ein optimales Vorgehen im Sinne aller Beteiligten unter dem Blickwinkel einer sozialen und traumapsychologischen Perspektive erörtert. Eine Optimierung und Koordinierung des Vorgehens aller Professionen vom Tatort bis zur endgültigen Unterbringung der Kinder konnte erarbeitet werden. In der Trauma-Ambulanz wurde neben einem individuellen traumazentrierten therapeutischen Angebot für die beteiligten Kinder zeitnah und weitgehend außergerichtlich mit dem Jugendamt und den Bezugspersonen gemeinsam eine für alle Kinder optimale Lösung bezüglich ihrer weiteren Wohnort- und Lebensperspektive erzielt. Immer war bei der Argumentation die psychotraumatologische Dimension richtungweisend und stieß letztlich bei allen Beteiligten auf Verständnis. Versorgungsabläufe konnten in der Notfallsituation im Sinne der Ämter, aber vor allem im Sinne der Kinder und der Verwandten zeitnah optimiert und so psychischer Stress reduziert werden.

Katastrophale Erlebnisse erzeugen bei Kindern in der Regel psychische Symptome von besonderer Schwere, ohne dass die Kinder in der Lage wären, ihre innere Not zu artikulieren. Ohne Behandlung resultieren Langzeitfolgen für die gesamte psychosoziale und körperliche Entwicklung. Der Diagnose, Behandlung und weiteren Erforschung von Traumatisierungen im frühen Lebensalter sollte auf multiprofessioneller ärztlicher und nichtärztlicher Ebene in Zukunft mehr Interesse gewidmet werden. Die Gesundheit der Kinder ist das kreative Potenzial unserer Gesellschaft von morgen.

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das beim Verfasser

erhältlich oder im Internet unter [www.aerzteblatt.de/lit3406](http://www.aerzteblatt.de/lit3406) abrufbar ist.

Anschrift für die Verfasser:

Dr. med. Andreas Krüger  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,  
Klinik und Poliklinik für Kinder- und  
Jugendpsychosomatik  
Martinistraße 52, 20246 Hamburg

Ein Fallbeispiel: Tom 14, Marie 7, Lars 2 und Freundin Clara 7

Es ist Nacht, die Halbgeschwister Tom, Marie und Lars schlafen in ihren Kinderzimmern. Marie hat Schlafbesuch von ihrer Freundin Clara. Plötzlich hören die Kinder Schüsse. Tom rennt ins Zimmer der Mutter und findet sie in einer lebensbedrohlichen Auseinandersetzung mit Lars' Vater, der auf sie schießt. Die Mutter hatte sich kürzlich von ihm getrennt. Der Täter flieht. Tom schirmt Marie und ihre Freundin vom Tatort ab. Er wendet sich der Mutter zu, die noch einige Worte sagt und dann in seinen Armen verblutet. Tom funktioniert in der Situation „perfekt“, versorgt die kleineren Kinder und verständigt die Polizei. Seine Rettungsversuche der Mutter versagen. Polizei und Kriseninterventionsteam treffen etwa zeitgleich ein. Jetzt bricht Tom zusammen, weint, ist erschöpft, zeigt „Schockzeichen“ und erhält vom Notarzt Sedativa. Die Großeltern treffen am frühen Morgen ein und übernehmen die Kinder aus der Obhut einer Nachbarin, der Mutter von Clara. Die Großmutter wird von einer Mitarbeiterin des Weißen Rings betreut.

Das Mordopfer hat drei Kinder von drei verschiedenen türkischen Vätern. Das Verhältnis der mütterlichen Großeltern zu den Vätern ist angespannt, Interessenkonflikte um den weiteren Verbleib der Kinder werden deutlich, ökonomische und konfessionell-kulturelle Barrieren führen zu Konflikten unter den beteiligten Parteien. Die Väter hatten zuvor keinen Kontakt untereinander und kaum Kontakt zu ihren Kindern. Alle Kinder, auch Clara, zeigen bei der akuten Vorstellung in der Trauma-Ambulanz erhebliche Auffälligkeiten bis hin zu schweren Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Eine reale Sicherheit kann den größeren Kindern nur bedingt vermittelt werden, da der Täter lange Zeit auf der Flucht ist und ein Zugang zur Wohnung der Großeltern befürchtet wird. Eines der Kinder soll auf Wunsch seines Vaters zu diesem gegeben werden, was eine erneute schwere seelische Belastung aller Kinder bedeuten würde.