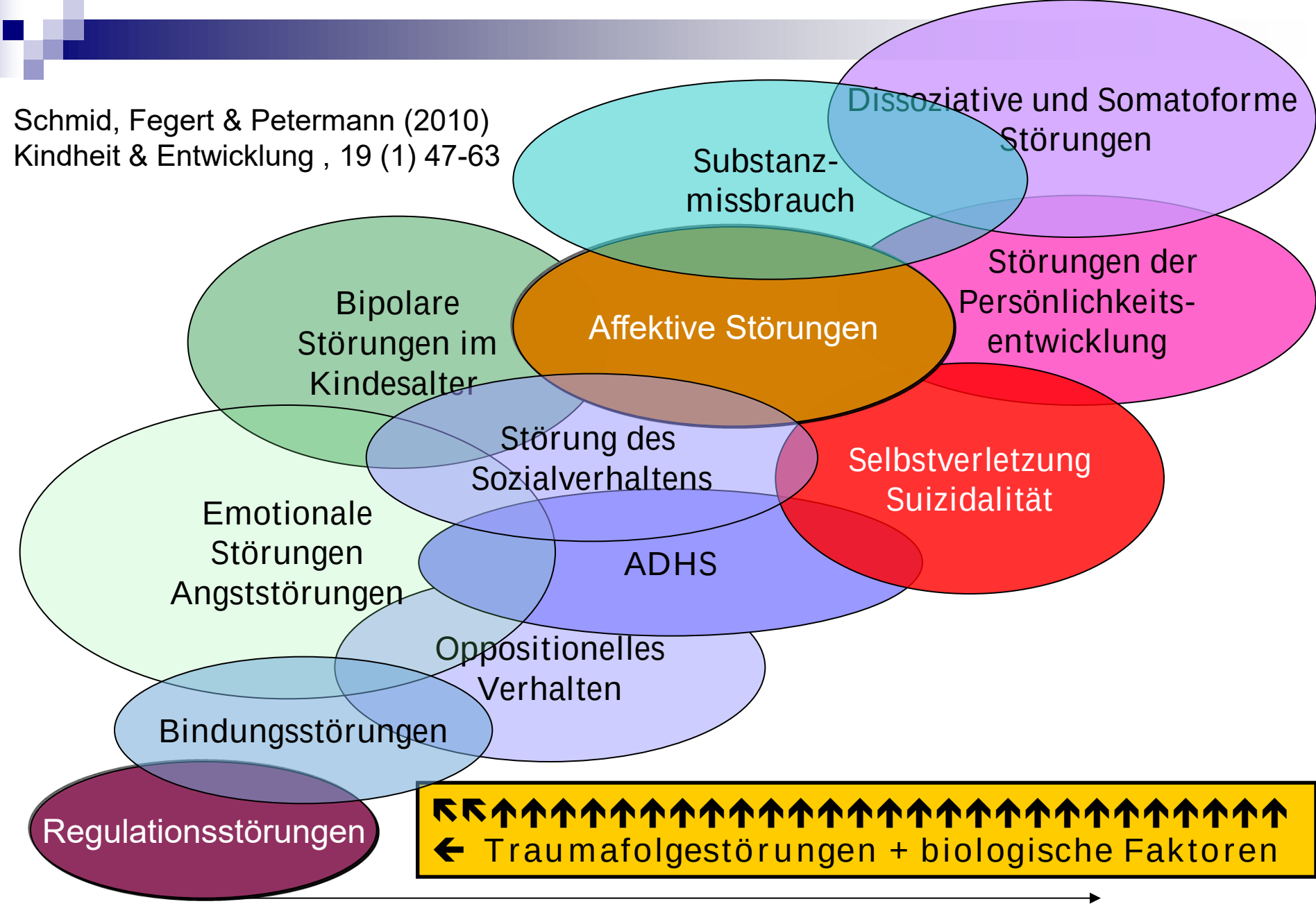
Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach traumatischen Ereignissen

Dr. Ahrens-Eipper
Halle, Saale

Was steht im Fokus der Behandlung? Störungsbilder

Schmid, Fegert & Petermann (2010)
Kindheit & Entwicklung , 19 (1) 47-63



Diagnosen

DSM-V

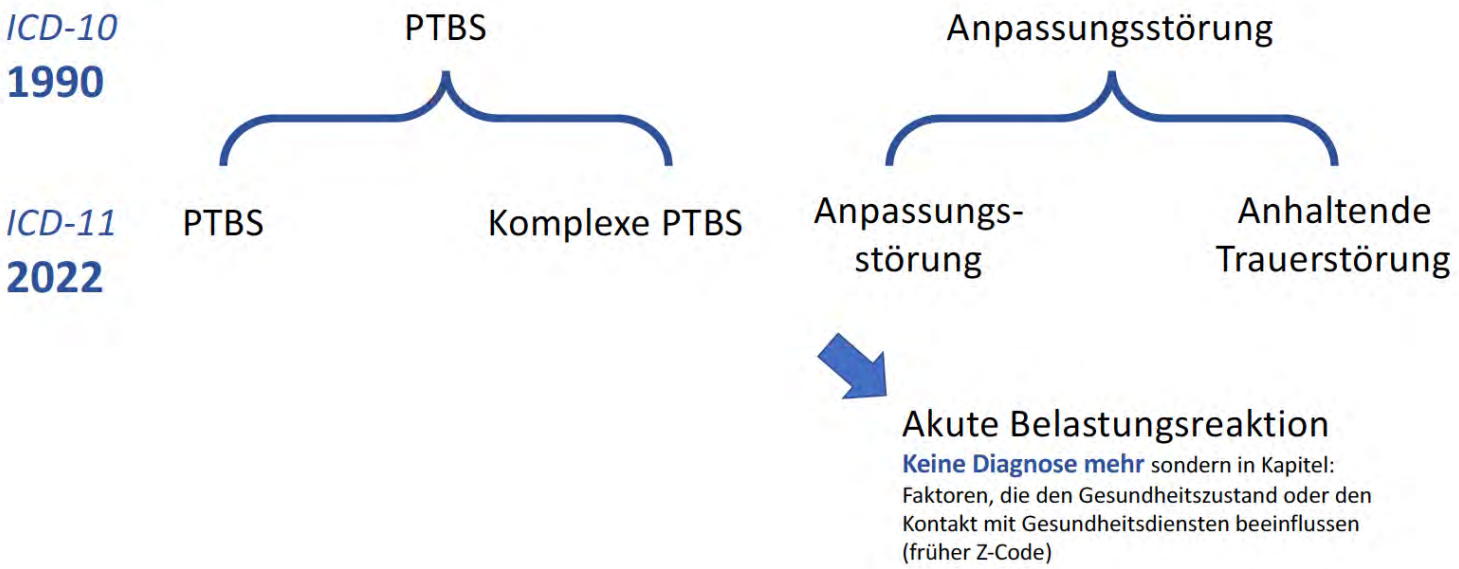
- **Akute Belastungsstörung**
- **Posttraumatische Belastungsstörung**

ICD 10

- **Akute Belastungsreaktion**
- **Posttraumatische Belastungsstörung**
- **Reaktive Bindungsstörung**
- **Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung**
- **Anpassungsstörung**

Diagnosen

Psychotraumatologie-Entwicklung: neues Kapitel
“Spezifisch belastungs-assoziierte Störungen“ (6B4)



Quelle: Maercker, 2025

Kinderspezifische Symptomatik

Symptome des Wiedererlebens

- wiederholtes und lustloses Nachspielen
- Anklammerndes oder aggressives Verhalten, Angst vor Dunkelheit und Alleinsein, Bauch- und Kopfschmerzen

Symptome der Vermeidung

- Bei Kindern schwerer erkennbar

Symptome der emotionalen Taubheit

- Bei Kindern seltener als bei Jugendlichen und Erwachsenen, Automutilation
- Verkürzte Zukunft

Hyperarousalsymptome

- Leistungsstörungen und Schulprobleme

Andere Symptome

- Verlust bereits erworbener Fertigkeiten
- Plötzlich auftretendes aggressives Verhalten, Trennungsängste

Kinderspezifische Symptomatik

Diskutierte alternative Kriterien bei Vorschulkindern (vergleiche auch Scheeringa et al., 2003)

- Neue und plötzlich auftretende Trennungsangst
- Neue und plötzlich auftretende aggressive Verhaltensweisen
- Neue und plötzlich auftretende Ängste, die möglicherweise keine direkten inhaltlichen Verbindungen mit dem Trauma haben (z.B. altersinadäquate Dunkelangst)
- Verlust von prätraumatisch schon erworbenen Fähigkeiten (z.B. lesen oder schreiben), regressives Verhalten (z.B. Daumenlutschen, sekundäre Enuresis oder Enkopresis)



Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche (Pynoos, Steinberg & Wraith, 1995)

Spielverhalten

- durch das Wiederinszenieren der traumatischen Situation wird die Flexibilität des Spiels zu anderen Entwicklungszwecken limitiert

Balance zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit in der Eltern-Kind-Beziehung: das Kind / der Jugendliche:

- verliert das Vertrauen in seine durch die Eltern gewährleistete Sicherheit
- kann sich schwer von den Eltern lösen; fürchtet um deren Sicherheit
- nimmt eigene Entwicklungsrückschritte wahr

Beziehungen zu Gleichaltrigen: das Kind / der Jugendliche

- ist aufgrund reduzierter Impulskontrolle aggressiv und erfährt dadurch Ablehnung
- wird aufgrund körperlicher Entstellung, Entwicklungsrückschritten, internalisierender Symptome von Gleichaltrigen abgelehnt
- schließt sich einer kritischen Gruppierung an, weil er sich davon Schutz und Sicherheit verspricht
- erfährt aufgrund von Konzentrationsstörungen Lernschwierigkeiten in der Schule, die wiederum wirken sich negativ auf sein Selbstwertempfinden aus

Entwicklung persönlicher Schemata zu Gerechtigkeit, persönlicher Sicherheit und Kontrolle: das Kind / der Jugendliche

- erfährt, dass der Mörder eines Elternteils ungestraft bleibt

Planung der Zukunft, Motivation

- dem Kind erscheint die Zukunft völlig unplanbar, es entscheidet, dass es sich nicht lohnt, sich z.B. in der Schule anzustrengen.

Quelle: Steil, 2008

Forschungsstand:
Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter

- Neben der klassischen Traumafolgestörung in Form der posttraumatischen Belastungsstörung treten bei Kindern komorbid auf:
  - Internalisierende und externalisierende Verhaltensprobleme
  - Schlechtere schulische Leistungen
  - Suizidgedanken und Suizidversuche
  - Interpersonelle Schwierigkeiten
  - Körperliche Beschwerden
- Depression, Drogenmissbrauch und somatoforme Störungen bestehen bei etwa 20% der betroffenen Kinder parallel zur PTB
- Die PTB-Symptome können als Symptome anderer Störungen erscheinen (z.B. chronische Übererregung als ADHS oder geringe Impulskontrolle; Aggression als oppositionelles Trotzverhalten)
- Eltern neigen dazu, die PTB-Symptomatik des Kindes zu unterschätzen. Es muss immer auch das Kind selbst befragt werden.

Forschungsstand:
Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter

In Deutschland nimmt **nur ein geringer Anteil** der von PTBS betroffenen Kinder psychologische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch.

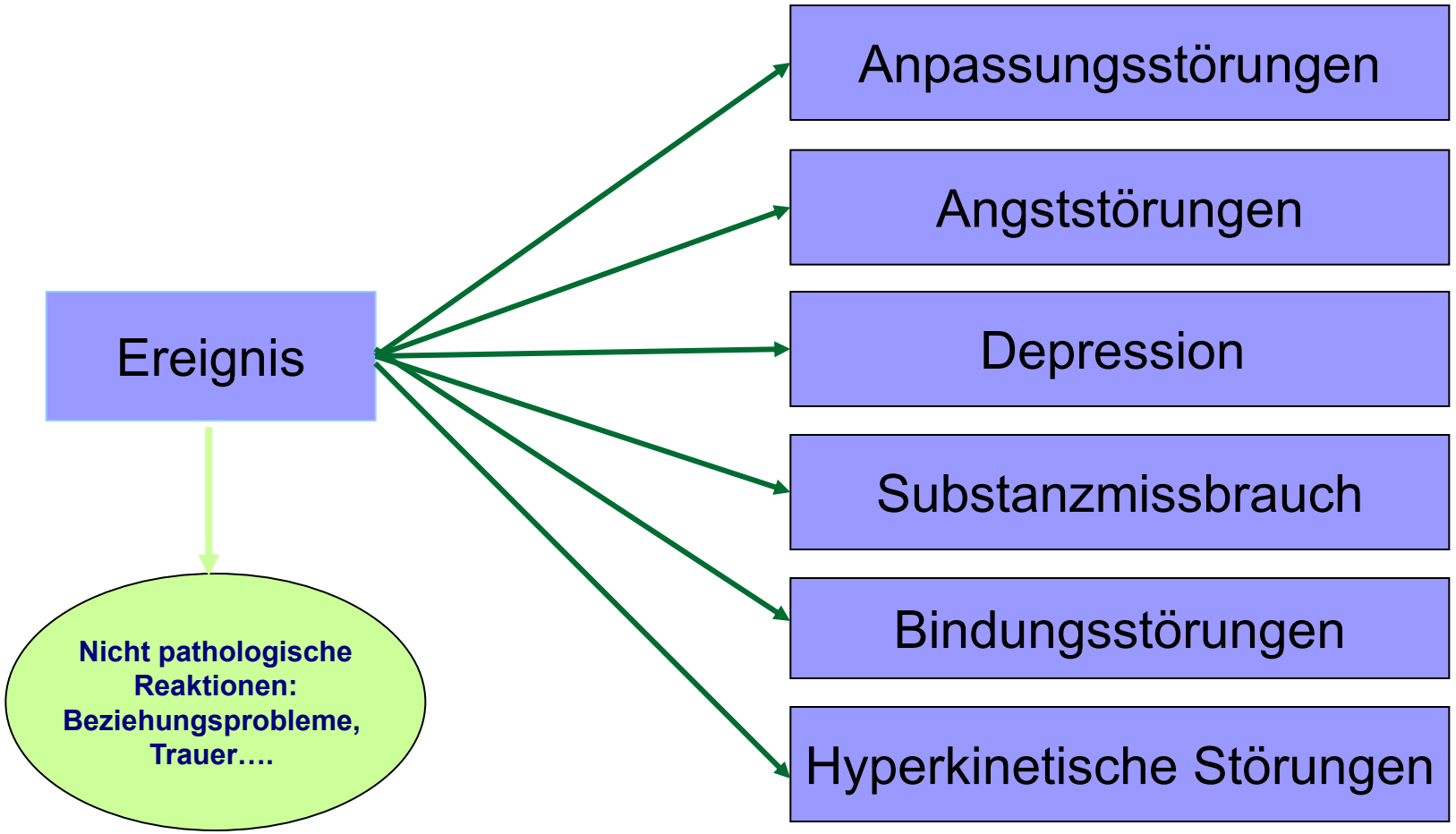
Essau et al 1999: nur **24%** der Jugendlichen mit PTBS waren oder sind in psychologisch/psychiatrischer Behandlung irgendeiner Art.

Münzer et al 2018: 65% derjenigen, die auf Grund des Missbrauchs an einer PTBS litten, nahmen keine therapeutische Hilfe in Anspruch genommen.

Möglicherweise nehmen weder sie noch ihre Eltern die Behandlungsbedürftigkeit bzw. die Behandlungsmöglichkeit war.

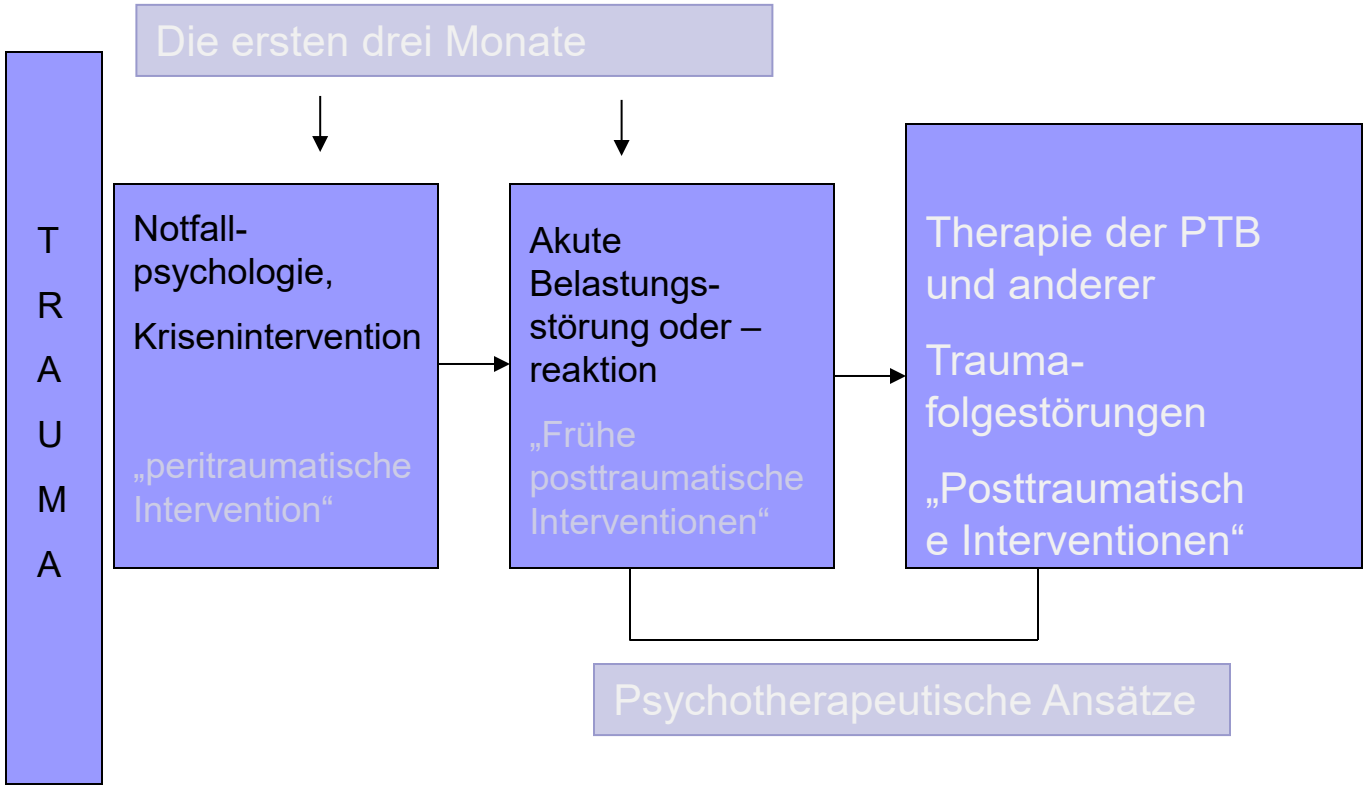
Daher kommen Therapieforscher*innen zu dem Schluss, dass Kindern und Jugendlichen **aktiv Behandlungsangebote gemacht werden müssen**

Häufigste psychopathologische Folgen traumatischer Ereignisse nach Rosner



Quelle: Rosner, 2003

Interventionen nach dem Erleben eines traumatischen Ereignisses



Leitliniengemäßes Vorgehen

Varianten zur direkten Modifikation traumatischer Erfahrungen

Maercker erstellte eine Systematik der Expositionsverfahren, geordnet nach ihrer emotionalen Intensität (nach Maercker & Köllner, 2005; Maercker, 2006).

Hauptvarianten:

- Verlängerte Exposition in sensu
- In-vivo-Exposition
- Exposition plus kognitive Umstrukturierung
- EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing
- Imagery Rescripting and Reprocessing

Weitere imaginative Expositionstechniken

- Screen- oder Bildschirmtechnik
- Imaginative psychodynamische Therapie (Reddemann)

Narrative Exposition

- Testimony-Methode („Narrative exposure“)
- Internetgestützte Therapie („Interapy“)

Übersicht

Behandlungsrelevante Lebensabschnitte

Neugeborenes	(0-4 Wochen)
Säugling	(0-12 Monate)
Kleinkind	(1-3 Jahre)
Vorschulkind	(4-6 Jahre)
Schulkind	(6-14 Jahre)
Jugendliche*r	(14-18 Jahre)
Heranwachsende*r	(18-25 Jahre)
junges Erwachsenenalter	(25-39 Jahre)
Mittleres Erwachsenenalter	(40-65 Jahre)
Nachruhestandsalter	(66-89 Jahre)
Sehr hohes Alter	(> 90 Jahre)

Übersicht

- Behandlungsrelevante Lebensabschnitte

  - Neugeborenes (0-4 Wochen)
  - Säugling (0-12 Monate)
  - Kleinkind (1-3 Jahre)




Randomized Controlled Trial > J Child Psychol Psychiatry. 2020 Sep;61(9):988-997.
doi: 10.1111/jcpp.13193. Epub 2020 Jan 8.

Preventive intervention for trauma reactions in young injured children: results of a multi-site randomised controlled trial

Ann-Christin Haag [1 2], Markus A Landolt [1 3], Justin A Kenardy [4], Clemens M S
Roy M Kimble [6 7 8], Alexandra C De Young [4 6]

Affiliations + expand
PMID: 31912485 DOI: 10.1111/jcpp.13193





Randomized Controlled Trial > Trials. 2016 Jul 28:17:362. doi: 10.1186/s13063-016-1490-2.

Coping with Accident Reactions (CARE) early intervention programme for preventing traumatic stress reactions in young injured children: study protocol for two randomised controlled trials

Alexandra C De Young [1], Ann-Christin Haag [2], Justin A Kenardy [3], Roy M Kimble [4], Markus A Landolt [2 5]

Affiliations + expand

PMID: 27464735 PMCID: PMC4964020 DOI: 10.1186/s13063-016-1490-2

Abstract

Background: Accidental injury represents the most common type of traumatic event experienced by children under the age of 6 years. Around 10-30 % of young injured children will go on to develop post-traumatic stress disorder (PTSD) and other co-morbid conditions. Parents of injured children are also at risk of PTSD, and this is associated with short- and long-term consequences for their children's physical and psychological recovery. Despite the significance of this problem, to date, the mental health needs of injured young children have been neglected. One reason for this is due to the uncertainty and considerable debate around how to best provide early psychological intervention to traumatised children and adults. To address these gaps, researchers and psychologists in Australia and Switzerland have developed the Coping with Accident Reactions (CARE) programme, which is a two-session early intervention designed to prevent persistent PTSD reactions in young injured children screened as 'at risk'. Two separate international studies are being conducted to evaluate the effectiveness and feasibility of this programme.

Eltern-Kind-Psychotherapie für Kleinkinder (0-5 Jahre)

Liebermann & VanHorn

- für Säuglinge und Kleinkinder entwickelt, die Zeugen häuslicher Gewalt wurden
- Die grundlegende Annahme besteht darin, dass emotionale und Verhaltensprobleme im Säuglings- und Kleinkindesalter im Kontext der Beziehung mit der primären Bezugsperson anzugehen sind.
- Als spezifische Strategien kommen neben einer entwicklungsbezogenen Beratung verhaltens- und spieltherapeutische Mittel zum Einsatz.
- Als traumaspezifische Ziele der Eltern-Kind-Psychotherapie gelten z. B.
  - die Förderung von adäquater Bewertung von Gefahr und Reaktionen auf Bedrohung,
  - die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Emotionsregulation,
  - die Wiederherstellung von Vertrauen in körperliche Empfindungen,
  - die Wiederherstellung von Gegenseitigkeit in engen Beziehungen etc.

(PDF) Posttraumatische Belastungsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Available from: https://www.researchgate.net/publication/275566175_Posttraumatische_Belastungsstorungen_bei_Sauglingen_und_Kleinkindern[accessed May 05 2025].

Eltern-Kind-Psychotherapie für Kleinkinder (0-5Jahre)



- Die Wirksamkeit der Eltern-Kind-Psychotherapie wurde in zwei kontrollierten Therapiestudien nachgewiesen: signifikant weniger posttraumatischen Belastungssymptomen, weniger Verhaltensproblemen bei den Kindern sowie weniger posttraumatischen Belastungssymptomen, reduziertem psychischem Stress und einer verbesserten Erziehungskompetenz bei den Müttern

- Eine Nachfolgestudie bestätigt die Überlegenheit der Eltern-Kind-Therapie gegenüber einer gemeindeüblichen Primärversorgung auch sechs Monate nach Abschluss der Behandlung (Lieberman, Ghosh Ippen, Van Horn, 2005, 2006).

(PDF) Posttraumatische Belastungsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Available from: https://www.researchgate.net/publication/275566175_Posttraumatische_Belastungsstorungen_bei_Sauglingen_und_Kleinkindern[accessed May 05 2025].

PHASE 2: Bearbeitung des traumatischen Ereignisses in-sensu & in vivo

Traumabearbeitung:

Alle bisher empirisch überprüften erfolgreichen Interventionsverfahren verwenden Methoden der direkten Auseinandersetzung mit dem traumatischen Ereignis und der Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen.

Wie die Auseinandersetzung erfolgt und in welchem Ausmaß, variiert allerdings beträchtlich.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen berücksichtigen insbesondere die zentrale Rolle von Bewertungsprozessen und dysfunktionalen Kognitionen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik. Die Interventionen sind dabei eng an die entsprechenden Modelle der PTB gebunden wie etwa dem Modell von Ehlers und Clark (2000).

Varianten zur direkten Modifikation traumatischer Erfahrungen

Maercker erstellte eine Systematik der Expositionsverfahren, geordnet nach ihrer emotionalen Intensität (nach Maercker und Köllner 2005, Maercker 2006).

Hauptvarianten:

- – Verlängerte Exposition in sensu
- – In-vivo-Exposition
- – Exposition plus kognitive Umstrukturierung
- – EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing
- – Imagery Rescripting and Reprocessing

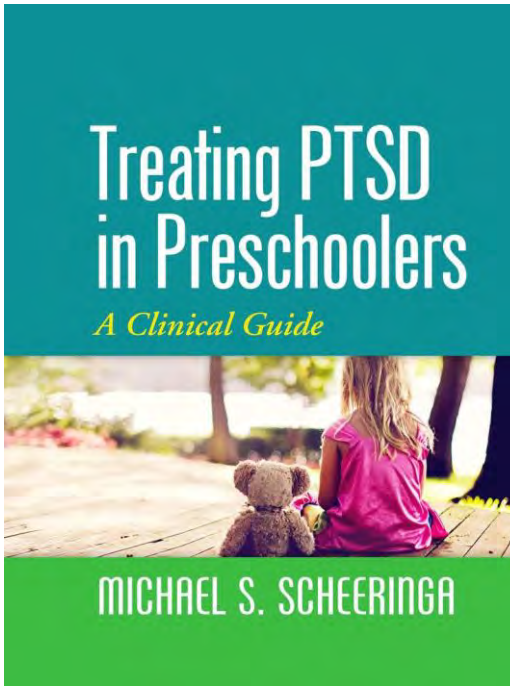
Weitere imaginative Expositionstechniken

- – Screen- oder Bildschirmtechnik
- – Imaginative psychodynamische Therapie (Reddemann)

Narrative Exposition

- – Testimony-Methode („Narrative exposure“)
- – Internetgestützte Therapie („Interapy“)

- Dieses Vorgehen wurde von der Forschungsgruppe um Michael Scheeringa spezifisch für die Behandlung von PTBS bei Säuglingen und Kleinkindern entwickelt und kann ab drei Jahren eingesetzt werden (Scheeringa et al., 2006).
- Es beruht auf dem TF-KBT (Cohen, Mannarino, Deblinger, 2006) sowie auf dem Ansatz des traumafokussierten Copings für ältere Kinder (March, Amaya-Jackson, Murray,Schulte, 1998).
- Die Behandlung wird auf 12 Sitzungen aufgeteilt
- Die Sitzungen finden gemeinsam mit dem Kind und einem oder beiden Elternteilen statt.
- Die ersten vier Sitzungen dienen neben der Psychoedukation einer angeleitete Identifikation und Bewertung von eigenen Gefühlen sowie der Einübung von Entspannungsübungen.
- In Sitzung 5 erfolgt die Erarbeitung eines Traumanarrativs – sowohl durch die Kinder als auch durch ihre Bezugspersonen
- In den Sitzungen 6-10 finden graduelle Expositionen statt, welche in vivo als Hausaufgaben weitergeführt werden sollen

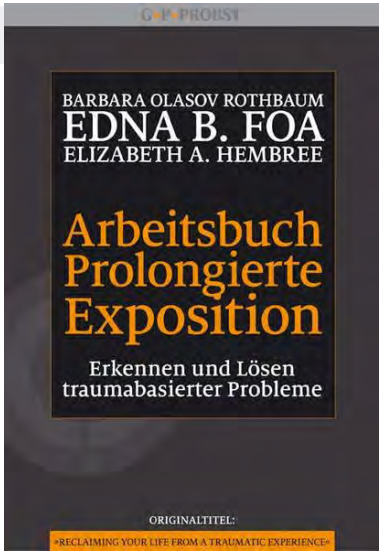


Leitliniengerechte Behandlung





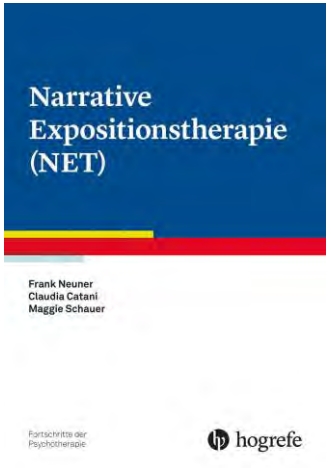












- Grundlage: Betont die Bedeutung von kognitiven Bewertungen

- Rational: imaginative Intervention als kognitive Methode
- Methode: Imaginatives Umschreiben der schlimmsten Momente des Traumas





Ansätze aus der Praxis, Evaluation noch ausstehend





Cognitve Processing Therapy (kognitive Verarbeitunstherapie)



- Betont die Bedeutung von kognitiven Bewertungen bzgl. der traumatischen Erfahrungen
- Rational: Früher: kognitive Interventionen + Konfrontation via Schreiben über das Erlebte
- jetzt: rein kognitive Variante (CPT-C; war genauso wirksam wie die Kombination!) (Resick et al., 2008)
- Methode: kognitives Impact Statement, (schriftlicher Traumabericht), kognitive Bearbeitung von Themen zu Sicherheit, Vertrauen, Intimität, Kontrolle





Trauma First:

Traumatherapie für

- Winzis (2-5 Jahre)
- 6-10 Jahre
- Jugendliche
- Junge Frauen

Patientinnen und Patienten

- Katja, 15, Sexuelle Gewalt durch Fremdtäter
- Tom, 7, war im Alter von 2 Jahren bei der Ermordung der Mutter anwesend
- Jonathan, 5, Vernachlässigung, Mutter prostituiert sich
- Sven, 16 Jahre, mehrmals durch Fremdtäter zusammen geschlagen
- Markus, 4 Jahre, Vernachlässigung, Misshandlung & Vergewaltigung der Mutter vor den Augen des Kindes
- Svea, 4 Jahre, wird von Mutter in Sado-Maso Prostitution miteinbezogen
- Thomas, 7 Jahre, Geschwisterkind verstarb in Anwesenheit des Kindes durch elterliche Gewalt
- Anna, 6, misshandelt, Knochenbrüche, Schädelbasisbruch, jetzt bei Pflegeeltern
- Klaus (8) und Patrick (12) finden ihren Bruder auf, der sich suizidiert hat



Trauma first: Diagnostik

Es erfolgt eine umfangreiche Diagnostik zu folgenden Messzeitpunkten: prä, peri, post, follow-up I (3 Monate nach Behandlungsende) und follow-up II (12 Monate nach Behandlungsende).

Checkliste für 7 Jahre

Name, Vorname: .....

Begleitheft „Trauma First": ☐ mitgegeben / Datum:_____

Verhaltenstagebuch Eltern: ☐ mitgegeben / Datum:_____

Patient / in

	Test durchgeführt / Datum
Konzentrationstest bp Test aus BUEGA	
KINDL (Selbstwert, Lebensqualität)	
CDRS-R (Depression)	
Kinder-DIPS (Psychische Störungen)	
BUEGA (umschriebene Entwicklungsstörungen)	
BAV (Ängste & Strategien)	
Revised Child Impact of Events Scale- D (PTB Symptome)	

Eltern

	Mitgegeben/Datum	Zurückerhalten/Datum
KINDL (Selbstwert, Lebensqualität)		
CBCL (Verhaltensauffälligkeiten)		
FTF (Verhalten/Entwicklung)		
BAV (Ängste & Strategien) Erst nach Durchführung mit Kind		
	Test durchgeführt/Datum	
ETI- Eltern (Traumatische Erlebnisse, PTB Symptome)		
Kinder-Dips Eltern (Psychische Störungen)		

Lehrer/in

	Mitgegeben/Datum	Zurückerhalten/Datum
TRF – Lehrerfragebogen (Verhaltensauffälligkeiten)		

Checkliste für 10 Jahre

Name, Vorname: .....

Begleitheft „Trauma First": ☐ mitgegeben / Datum:_____

Verhaltenstagebuch Eltern: ☐ mitgegeben / Datum:_____

Patient / in

	Test durchgeführt / Datum
D2-Test (Konzentration)	
IVE (Impulsivität, Risiko, Empathie)	
FEEL-KJ (Emotionsregulation)	
KINDL (Selbstwert, Lebensqualität)	
CDRS-R oder DIKJ (Depression)	
SSK (Stresserleben)	
SPAIK (Soziale Phobie)	
SASCR-D (Soziale Ängste)	
Kinder-DIPS (Psychische Störungen)	
BUEGA (umschriebene Entwicklungsstörungen)	
Revised Child Impact of Events Scale- D (PTB Symptome)	
PHOKI (Phobische Ängste)	
EBF-KJ (Eltern-Kind Beziehung)	

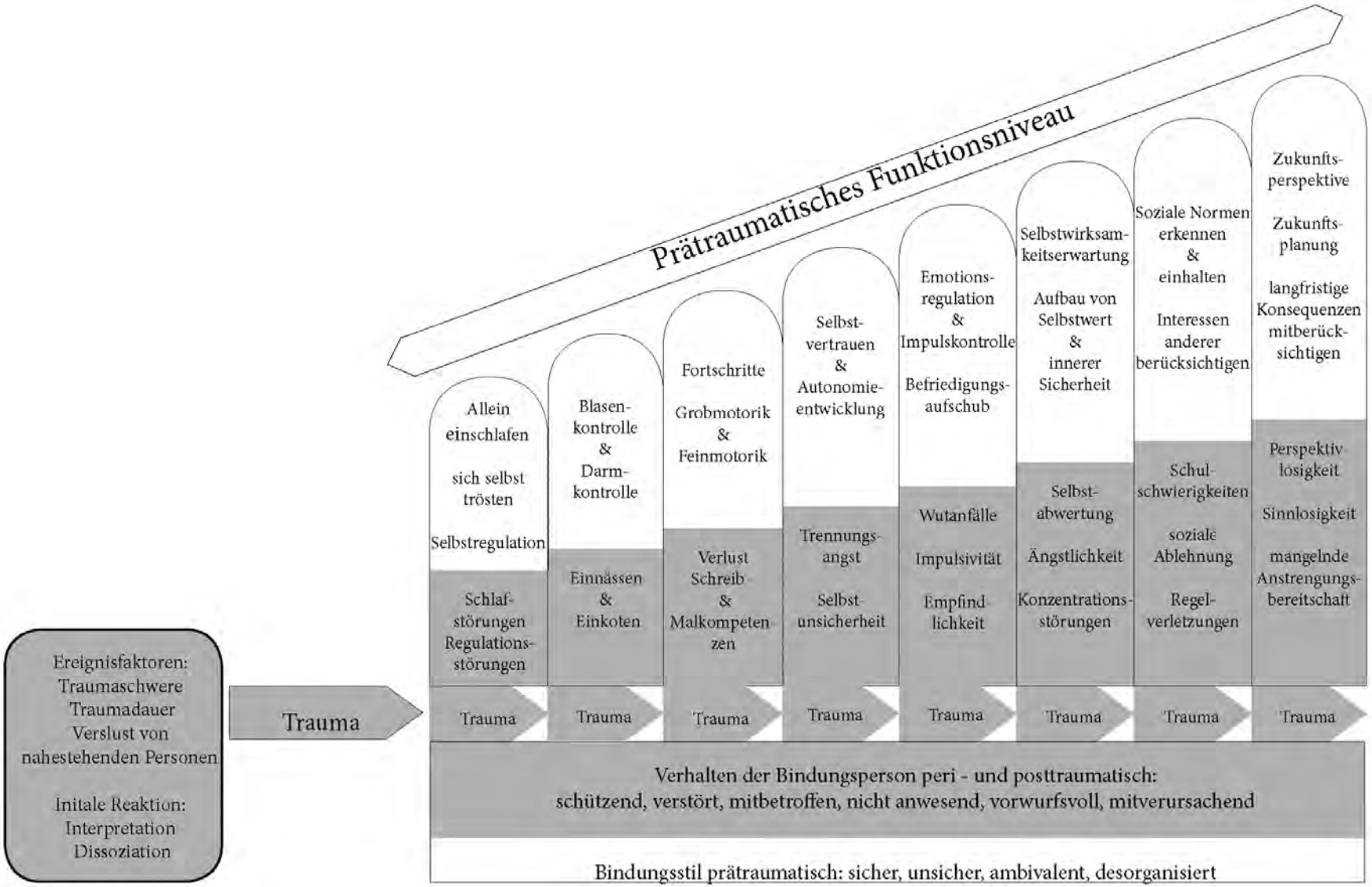
Eltern

	Mitgegeben / Datum	Zurückerhalten/Datum
KINDL (Selbstwert, Lebensqualität)		
CBCL (Verhaltensauffälligkeiten)		
FTF (Verhalten/Entwicklung)		
BAV (Ängste & Strategien) Erst nach Durchführung mit Kind		
	Test durchgeführt / Datum	
Kinder-Dips Eltern (Psychische Störungen)		
ETI- Eltern (Traumatische Erlebnisse, PTB Symptome)		

LehrerIn

	Mitgegeben/Datum	Zurückerhalten/Datum
TRF – Lehrerfragebogen (Verhaltensauffälligkeiten)		

Trauma first: entwicklungspsychologisches Ätiologiemodell



Das Seefahrercamp 6-10 Jahre

Stundenablauf:

- Begrüßung & Spiel
- Sammeln im Schiff: Wochenrückblick, Seefahrerkarte, Gefühlstrgesichter
- Drache führt ins Thema ein, erzählt Trollgeschichte: z.B. Insel der Gefühle, Die Seefahrt: Kapitän bestimmen, Checkliste abarbeiten, Anker einholen

  singen des Seefahrerliedes, rudern zur Insel,
- Auf der Insel angekommen werden die Entdeckeraufgaben gelöst, um den Schatz finden zu können.

  Beispiel: „Finde deinen inneren sicheren Ort“
- Picknick
- Schatz suchen
- Rückfahrt: Ruderboote, Checkliste, Lied
- Eintrag ins persönliche Logbuch
- Gefühlstrolle: Wie geht es mir gerade?
- Schatzkiste öffnen, Schatz verteilen
- Verabschiedungsritual



Das Seefahrercamp 6-10 Jahre



Checkliste Kapitän

Vor dem Ablegen:

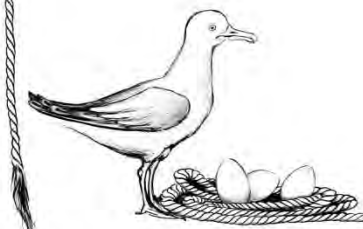
- Sind alle Seefahrer an Bord?
- Proviant & Wasser an Bord?
- Rettungsring an Bord?

Alles geprüft?

Dann Anker einholen und Segel hissen!

Auf der Fahrt:

- Kurs einhalten
- gefährliche Stellen umfahren
- alle müssen heil ankommen





ÄNGSTLICH



EKELIG



ENTTÄUSCHT



ÜBERRASCHT



AUFGEREGT



GLÜCKLICH



STOLZ



WÜTEND



EINSAM



FRÖHLICH



TRAURIG

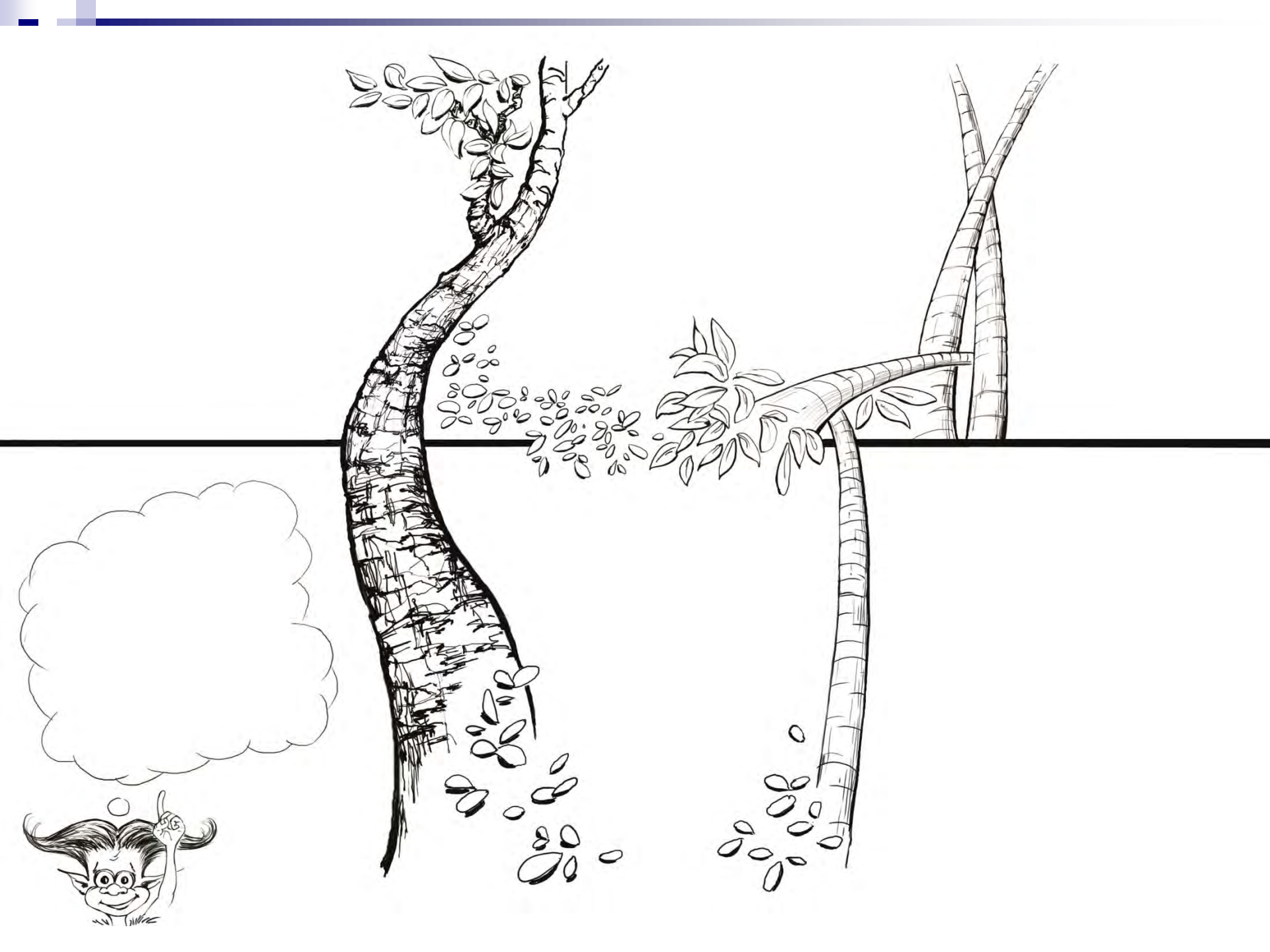


ZUFRIEDEN



Das Seefahrercamp 6-10 Jahre





Das Seefahrercamp 6-10 Jahre

Überblick über das Seefahrercamp		
1. Die Seefahrt beginnt	6. Insel der Angst	11. Insel der Wut
2. Insel der Gefühle	7. Insel der Träume	12. Insel der Traurigkeit
3. Insel der Wünsche und Ziele	8. Insel des Problemlösens	13. Fakultativ
4. Insel der Entspannung	9. Insel der Stärken	14. Fakultativ
5. Insel des Sicheren Ortes	10. Botschaft an die Eltern	15. Abschlussstunde

Bei den insgesamt 15 Gruppensitzungen werden 13 der Themen immer durchgeführt, für die 2 fakultativen Sitzungen stehen fünfModule zur Auswahl, die je nachdem, wie sich die Gruppe zusammensetzt und was für diese Kinder hilfreich ist, eingesetzt werden.

Zusatzmodule für die Gruppenstunden 13 und 14

Insel des Schlafes	Insel des Helfertiers	Berechtigte Forderung und Nein sagen
Insel Hänseleien und Hilfe	Insel der Freundschaft	





Zentrales Behandlungselement

Traumabearbeitung in den Einzelsitzungen

- Exposition: in-sensu und in-vivo Expositionen finden ausschließlich im Einzelsetting statt.

- Dazu werden die belastenden Lebensereignisse in sensu intensiv nacherlebt oder bei den Kindern <8 Jahren nachgespielt mittels Playmobil (Krankenhaus, Rettungswagen, Hubschrauber, Polizeiauto), Arztkoffer, Stofftieren etc.

- Für die In-sensu Exposition wird prolonged exposure nach Foa in Kombination mit IRRT nach Schmucker eingesetzt. Gemeinsam mit Prof. M. Schmucker wurden entwicklungsangepasste Varianten der IRRT für Kinder ab 2 Jahren entwickelt:
- Phase 2: Auseinandersetzung mit dem Aggressor/Verstorbenen/Unfallverursacher
- Phase 3: Auseinandersetzung/Kümmern um das jüngere Ich

- In den Einzelsitzungen werden die Themen der Gruppensitzungen vertieft.
- Die Entwicklungstypischen Besonderheiten und Bedürfnisse und spezielle Entwicklungsrückschritte infolge der Traumatisierung werden gesondert berücksichtigt
- Die Bearbeitung von Schuld- & Schamgefühlen findet ausschließlich im Einzelsetting statt.

Inhalte Gruppe 11-15 Jahre

- 1.Gruppenstunde: Kennenlernen- Gruppenregeln
- 2. Gruppenstunde: Ziele Therapie
- 3. Gruppenstunde: Stressmodell
- 4. Gruppenstunde: Entspannung- Meine Stärken & positiven Eigenschaften
- 5. Gruppenstunde: Video Botschaft an die Eltern
- 6. Gruppenstunde: Phantasiereise Sicherer Ort
- 7. Gruppenstunde: Angsthierarchie – Strategien zur Angstbewältigung
- 8. Gruppenstunde: Gefühlsregulation: Umgang mit Traurigkeit
- 9. Gruppenstunde: Problemlösen
- 10. Gruppenstunde: Freundschaften / Umgang mit Gruppen / Meine Schulklasse – wie komme ich mit anderen gut zurecht
- 11. Gruppenstunde: Phantasiereise „Mein Helfertier“
- 12. Gruppenstunde: Gefühlsregulation: Umgang mit Wut – warum gibt es die-
- 13. Gruppenstunde: Schlaf / Träume / Alpträume
- **14. Gemeinsamer Ausflug- Kletterwald**
- **15. Abschluss: Ressourcen/Stärken/ positive Eigenschaften / wie geht es weiter**

Trauma first: Elterngruppe

- Methoden: Bei den Elternsitzungen handelt es sich um eine Mischung zwischen Psychoedukation, praktischen Übungen, Rollenspielen und Auswertung von Alltagssituationen der Familie.

- Inhaltliche Themen sind „Normale Reaktionen auf unnormale Ereignisse“, „Umgang mit den Ängsten der Kinder“, „Wie verhalte ich mich bei Alpträumen“, „Was kann ich bei Überforderung tun“, „Förderung der Autonomie des Kindes“, „positive Familienaktivitäten“ und aktuelle Herausforderungen des Familienalltages.

- Die Eltern werden engmaschig begleitet, um die Familie beim Abbau ungünstigen Erziehungsverhaltens (wie Überbehütung oder aggressives Verhalten) und dem Aufbau von unterstützendem Erziehungsverhalten und einem günstigen Umgang mit den Symptomen des Kindes und den übrigen Problembereichen zu unterstützen. Weiterhin werden die Eltern auch zur Selbstfürsorge angeregt, um als stabile Eltern die Kinder stützen zu können.

- Klima: Auf ein entspanntes, wertschätzendes und positives Klima wird besonderen Wert gelegt.

Trauma first: Stabilisierung & Rückfallprophlaxe

- regelmäßigen, sukzessiven sich verlängernden Abständen Familien- und Einzelgespräche stattfinden.

- In dieser Phase soll die Familie zunehmend autonomer werden, eigenständig Hilfestrategien entwickeln.

- Zum Ende der Behandlung soll die resümierende Zusammenfassung des Erreichten und antizipatorische Bearbeitung von Rückfällen erfolgen, anschließend soll die perspektivische Planung besprochen werden.

- Bei akuten Krisen (Rückfälle, Gefährdung des Kindeswohls, Gewalt gegen andere...) wird eine Krisenintervention angesetzt, um notwendige Verhaltensänderungen oder einzuleitende Maßnahmen zeitnah besprechen und einleiten zu können.



Psychoedukation: Der große Schreck



Der große Schreck

Psychoedukation für Kinder nach traumatischen Ereignissen

Sabine Ahrens-Eipper
Katrin Nelius

kjp verlag

Die Drachengeschichte „Der große Schreck" wurde als Psychoedukation für Kinder im Vor- und Grundschulalter entwickelt, die traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren.

Die Informationen zu verschiedenen Arten von traumatischen Ereignissen und deren mögliche Auswirkungen sollen den Kindern die Möglichkeit geben, das Erlebte und dessen Folgen einzuordnen und zu erfahren, dass die Reaktionen, die sie bei sich selbst feststellen, normale Reaktionen auf Extrembelastungen sind. Als Medium zur Informationsübermittlung wird die Geschichte von Amie, dem Drachen und seinen Freunden, den Trollen eingesetzt. Die fantasievolle Rahmengeschichte dient dazu, die Informationen auf eine Weise zu vermitteln, die dem entwicklungspsychologischen Stand der Kinder entspricht. Gleichzeitig erlaubt die Geschichte den Kindern, das Thema im ersten Schritt aus einer schützenden Distanz zu betrachten, Informationen zur eigenen Entlastung zu erhalten und erst in einem zweiten Schritt den Bezug zur eigenen Situation und zur eigenen Person herzustellen.

Einsatzmöglichkeiten:

- Identifikation von Risikokindern nach Großschadenslagen
- Krisenintervention
- Traumaspezifische Psychotherapie
- Traumapädagogik & -beratung



kjp verlag
Kinder - und Jugendpsychotherapieverlag Halle / Saale
ISBN : 978-3-946001-00-3

Psychoedukation: Der große Schreck Kinder-Trauma-Karten-Inventar



Psychoedukation: Der große Schreck

Ich wollte meine Verwandten, die Bergdrachen besuchen. Da der Weg ins Drachengebirge sehr, sehr weit ist, hatte ich die Idee, bei meinen Freunden, den Abrolaxas, eine Pause einzulegen. Als ich auf ihrem Marktplatz landete, hatten sie sich schon versammelt und stürmten auf mich zu. Da waren Pu, El, Lo und Su.



Psychoedukation: Der große Schreck

Altersentsprechendes Vorgehen

„Amie, Amie, wir brauchen deine Hilfe!", riefen sie. Sie waren völlig aus dem Häuschen. „Was ist denn los mit euch?", fragte ich besorgt. „Stell Dir vor, Ro, Wa und Xi haben heute Morgen ein Floß gebaut und sind damit losgeschippert. Kurz danach begann ein schlimmer Sturm, es hat getost und gebebt und gewittert und geblitzt und das Unwetter hat Bäume ausgerissen und sie herum geworfen.

Seither haben wir keine Spur von unseren drei Freunden gesehen!", erzählte Pu aufgeregt. „Hoffentlich ist ihnen nichts passiert!", rief El.

Psychoedukation: Der große Schreck

Altersentsprechendes Vorgehen

Schließlich seufzten sie erleichtert auf, als die drei dann zu sehen waren. Ro hockte am Rand des Floßes, hatte sich in ein Stück Segel gewickelt und schaute verwundert um sich. Xi klammerte sich an den Mast und hatte die Augen fest zugekniffen und Wa schwamm hinter dem Floß, schob es vor sich her und schimpfte ganz fürchterlich.



Psychoedukation: Der große Schreck

Altersentsprechendes Vorgehen

„Was ist denn bloß mit den Dreien los?", fragte Pu. „Die sind ganz anders als sonst. Irgendwie seltsam." „Hm, hm, hm", sagte ich, legte die Stirn in Falten und überlegte. „Ich denke, ich weiß, was das sein könnte. Ich glaube, sie haben einen großen Schreck erlebt."



Psychoedukation: Der große Schreck

Altersentsprechendes Vorgehen

Definition Trauma

In den Klassifikationssystemen (ICD-10 und DSM-V), ist der Begriff „Trauma“ definiert und schließt allein Ereignisse mit ein, die

- objektiv "mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß" (ICD-10) einhergehen oder
- "die tatsächlichen oder drohenden Tod, tatsächliche oder drohende ernsthafte Körperverletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit von einem selbst oder Anderen" (DSM-V) einschließt, sowie
- subjektiv "bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (ICD-10) beziehungsweise mit "starker Angst, Hilflosigkeit oder Grauen" erlebt wurde.

Psychoedukation: Der große Schreck

Altersentsprechendes Vorgehen

Was ist ein traumatisches Ereignis?

„Nun liebe Freunde, in allen Ländern und zu allen Zeiten gab es schon Begebenheiten, die man „den großen Schreck" nannte. Das waren Gefahren, die jedem, ob Troll oder Riese, ob Drache oder Elfe, ob groß oder klein, so viel Angst machten, dass niemand sich mehr zu helfen wusste. Hat man so einen großen Schreck erlebt, kann es gut sein, dass man sich ungewöhnlich verhält, ganz anders als sonst."

„Ach herrje!", rief El. „Und was ist denn so ein großer Schreck zum Beispiel?"



Schreckarten







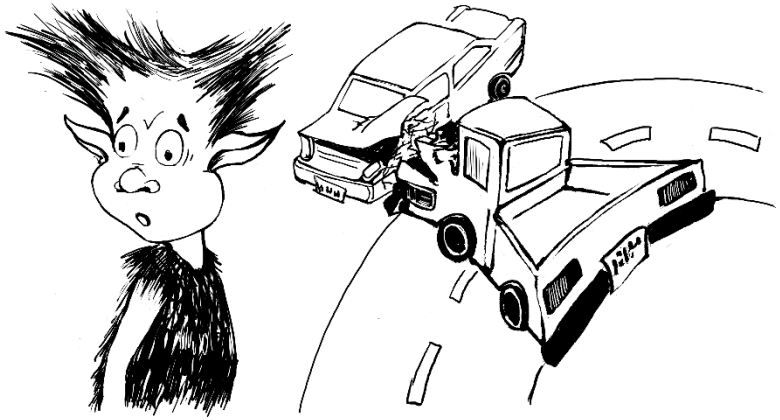




Schreckarten







Schreckfolgen











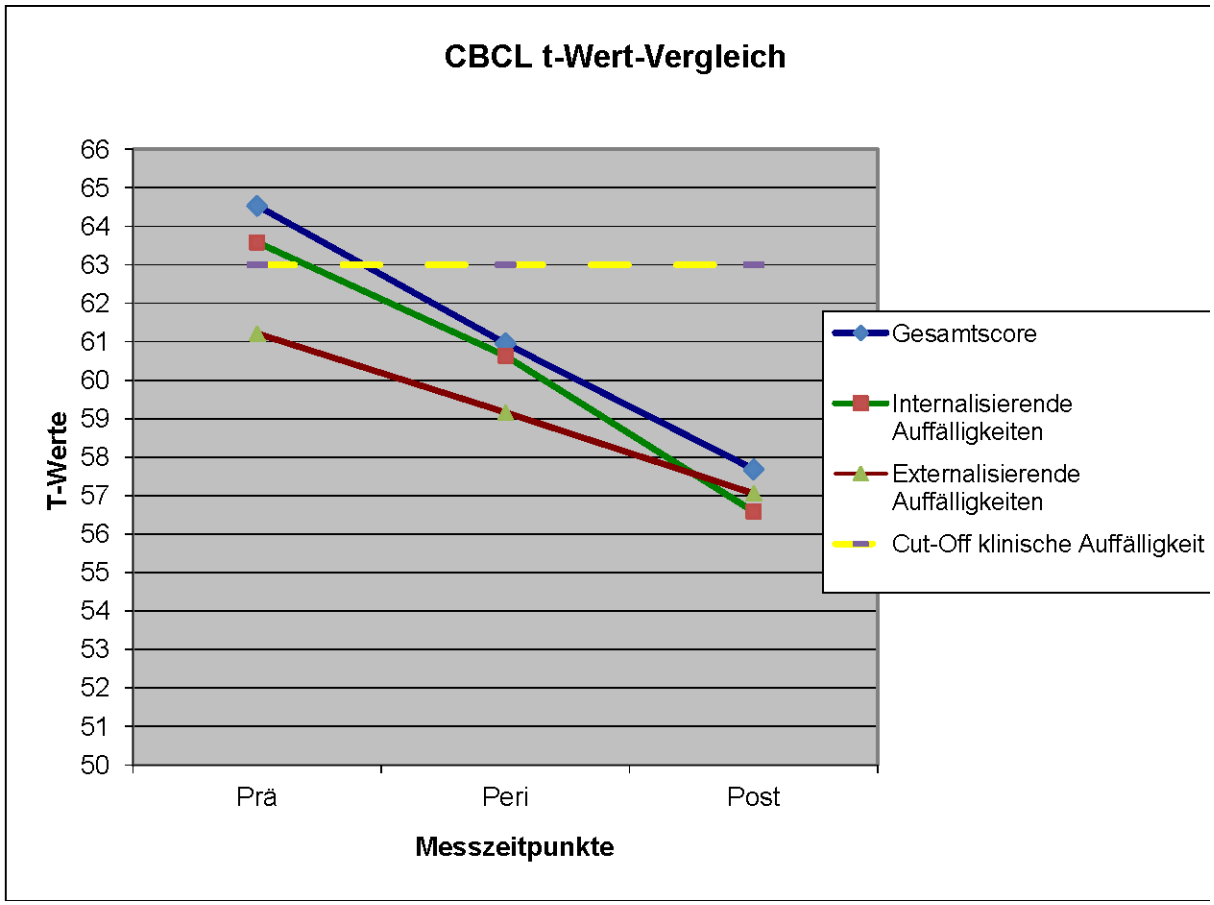




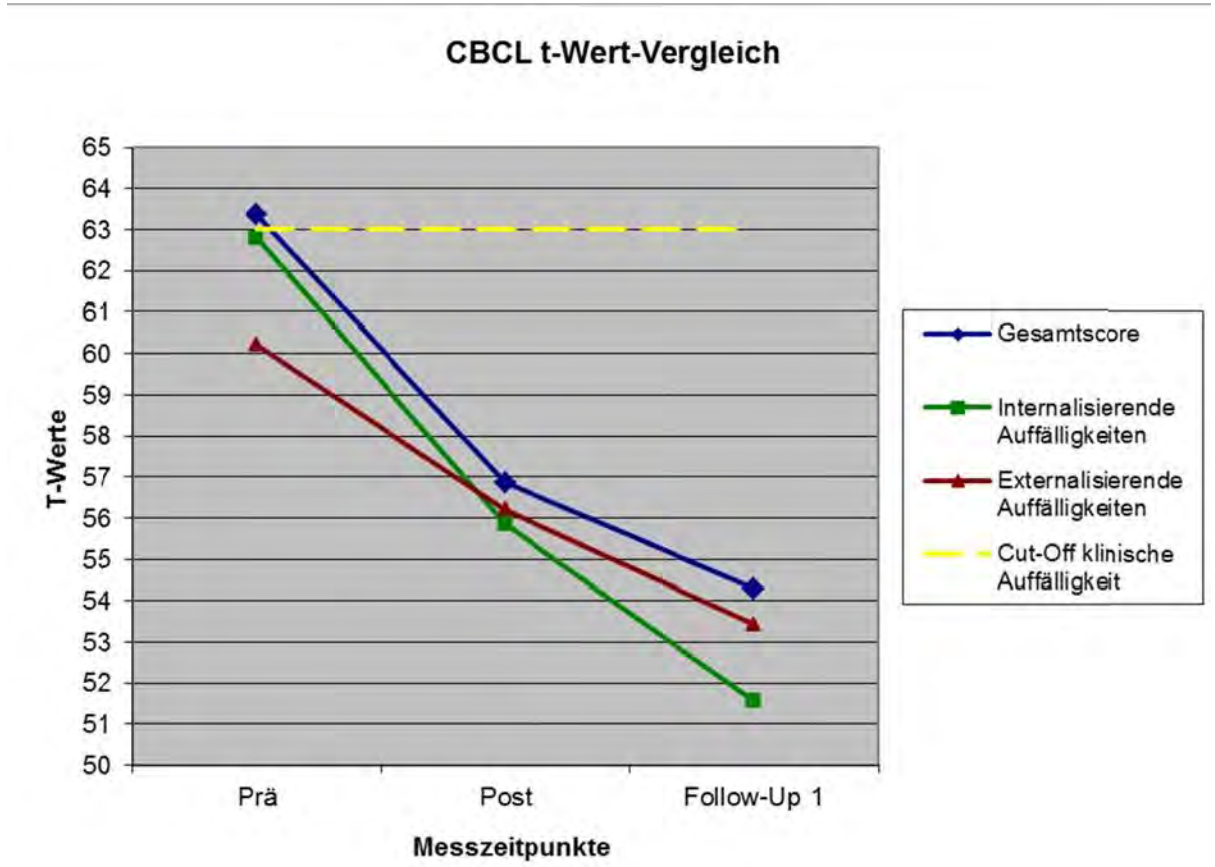
Traumatische Ereignisse und ihre Folgen

Art des traumatischen Ereignisses	Traumafolgestörungen
Stalking durch Fremden	F43.1
Auffinden des suizidierten Bruders	F43.1
Mobbing, Bedrohung durch Peers	F43.22
Körperliche Misshandlung durch Großmutter, Vernachlässigung	F43.1
Vernachlässigung, Tod des Geschwisters vor den Augen des Kindes	F43.1, F94.1
Selbstverletzung KM vor den Augen des Kindes, häusliche Gewalt, Vernachlässigung, Ablehnung	F94.2
Ermordung der KM vor den Augen des Kindes	F93.8, F98.8
Vernachlässigung, sexueller Missbrauch	F94.1
Körperliche Misshandlung	F41.2, F98.8
Mobbing, körperliche Misshandlung durch Peers	F43.1, F81.1, F90.0, F34.1
Körperliche Misshandlung, seelische Misshandlung durch Eltern	F43.1, F94.1
Häusliche Gewalt	F43.1
Vernachlässigung, körperliche Misshandlung, seelische Misshandlung	F94.1
Tod Vater, psychische Gewalt durch späteren LG der Mutter	F93.2
Vernachlässigung, Tod des Geschwisters vor den Augen des Kindes	F43.23, F98.02
Sexueller Missbrauch	F43.1, F81.1, F98.8
Geriet in Hooligan Gruppe, Zerstörungswut	F43.1, F93.0
Sexueller Missbrauch	F43.1, F98.0
Vernachlässigung, exzessive körperliche Misshandlung	F94.1

Seefahrercamp 6-10



Seefahrercamp 6-10



Seefahrercamp 6-10



Tabelle 2

Stichprobengrößen (n), Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) vor (T_0) und nach der Behandlung (T_2) durch „Trauma First", Prüfgrößen (S) und exakte Irrtumswahrscheinlichkeiten (p) der Randomisierungstests, sowie T_0-T_2-Effektstärken ($g_{0;2}$)*

		T_0	T_2	Signifikanz		
Skala	***n***	***M (SD)***	***M (SD)***	***S***	***p***	$g_{0;2}$*
CBCLtotal	20	47.12 (21.71)	31.37 (20.34)	315.07	.000	0.76
CBCLext	20	16.47 (10.84)	11.83 (9.17)	92.88	.001	0.52
CBCLint	20	12.70 (6.92)	8.08 (5.72)	92.47	.001	0.71
TRFtotal	13	35.41 (26.05)	23.65 (13.92)	152.9	.025	0.57
TRFext	13	10.92 (10.34)	7.10 (5.30)	49.65	.050	0.37
TRFint	13	9.06 (9.76)	6.00 (6.65)	39.85	.090	0.51
CRIES-13	7	25.14 (11.57)	3.14 (4.49)	154	.008	2.35
DIKJ	7	11.00 (6.00)	5.43 (3.15)	39	.016	1.18
PHOKI	12	50.00 (37.08)	36.51 (39.53)	162.88	.111	0.36
BAVse	8	23.39 (5.92)	12.65 (5.75)	85.94	.004	2.08
KINDL$^{R\,a}$	14	89.87 (10.20)	95.35 (6.10)	-76.75	.017	0.63

Ergebnisse Masterarbeit:
Laura Ulbrich; TU Braunschweig

- Unter den Kindern mit jeweiliger Therapieindikation konnte ein signifikanter Rückgang mit großer Effektstärke an selbstbeurteilten PTBS- und Depressionssymptomen gefunden werden.

- In der vorliegenden Stichprobe waren die Effekte für die Abnahme an PTBS- und Depressionssymptomen größer als die metaanalytischen Effekten von Cary und McMillen (2012), sowie die der Tf-KVT in Deutschland (Kirsch et al., 2011).

- Bezüglich der Angstsymptome zeigte sich eine signifikante Reduktion nach Therapieabschluss verglichen mit den Werten vor der Therapie im Bezugspersonenurteil mit großer Effektstärke
- nach Therapieabschluss konnte eine signifikant höhere Lebensqualität im Bezugspersonenurteil als vor der Therapie verzeichnet werden. Die Effektstärke lag im mittleren Bereich.

- Hinsichtlich der Katamneseuntersuchung konnte eine Stabilität bzw. weitere Verbesserung der Effekte 6 Monate nach Therapieabschluss gefunden werden

42-5403/a000262 - Christoph Kröger <christoph.kroeger@uni-hildesheim.de> - Friday, August 24, 2018 3:48:55 AM - IP Address:84.150.34.215

Studie

„Seefahrercamp" – Effektivität eines kognitiv-behavioralen Behandlungsprogramms für Kinder mit Traumafolgestörungen von 5 bis 13 Jahren

Eine Pilotstudie

Christoph Kröger[1], Laura Ulbrich[1], Sabine Ahrens-Eipper[2] und Katrin Nelius[2]

[1]Universität Hildesheim, Institut für Psychologie, Hildesheim

[2]Gemeinschaftspraxis für Psychotherapie, Halle

Zusammenfassung: Ein traumafokussiertes kognitiv-behaviorales Behandlungsprogramm mit spielerischen Therapiebausteinen wurde für Kinder mit Traumafolgestörungen und ihre Bezugspersonen entwickelt. Untersucht wurde, ob eine Verminderung der posttraumatischen und phobischen Symptomatik sowie weiterer Verhaltensauffälligkeiten erreicht werden konnte. Die Daten von 47 Kindern im Alter von 5 bis 13 Jahren (61.7% männlich) wurden vor und nach der Therapie sowie sechs Monate im Anschluss erhoben. Nach der Behandlung waren die selbstbeurteilten posttraumatischen und fremdbeurteilten phobischen Symptome, sowie die fremdbeurteilten Auffälligkeiten signifikant verbessert. Die Effektstärken fielen erwartungsgemäß moderat bzw. hoch aus; die Responsersten für die posttraumatischen und phobischen Symptome betrugen 70.4% bzw. 19.2%. Alle Kinder wiesen am Behandlungsende eine Remission der posttraumatischen Symptome auf. Das Behandlungsprogramm sollte zukünftig in randomisiert-kontrollierten Studien untersucht werden.

Schlüsselwörter: zwischenmenschliche Traumata, Gruppentherapie, kognitiv-behaviorale Intervention, Traumafolgestörungen, Effektivität

„Seafarers' Camp" – Effectiveness of a Cognitive Behavioral Treatment Program for Children Aged 5–13 Years With Posttraumatic Disorders: A Pilot Study

Abstract: Various meta-analyses found that trauma-focused cognitive behavioral treatments (TF-CBT) are effective for children and adolescents with posttraumatic stress disorders. A TF-CBT-oriented treatment program for children (up to 10 years of age) and their

Evaluation Trauma first 2018 :

Jugendliche 10-15

Sierau, Knabe, Ahrens-Eipper, Nelius & Glaesmer

Tabelle 4. Veränderung der Summenmittelwerte vom Therapiebeginn (T_1) zum Therapieende (T_2)

		T_1	T_2	Signifikanz		Effekt-stärke
Skala	*n*	M_1 (SD_1)	M_2 (SD_2)	*t*	*p*	Cohens *d*
ETI-KJ	18	26.50 (13.10)	10.28 (10.41)	5.55	>.0001*	1.09
ETI-KJ-F	15	18.86 (11.34)	5.57 (7.43)	5.45	>.0001*	1.41
DIKJ	22	14.77 (7.24)	12.09 (7.31)	1.59	.127	0.37
PHOKI	27	56.26 (24.53)	26.56 (20.83)	7.71	>.0001*	1.29
CBCLgesamt	28	52.64 (25.16)	28.93 (20.34)	5.75	>.0001*	1.02
CBCLint	28	17.93 (9.36)	8.61 (6.81)	5.87	>.0001*	1.12
CBCLext	26	13.50 (10.11)	8.58 (7.87)	2.86	>.0001*	0.51
CBCLad	28	9.25 (5.26)	4.11 (3.06)	5.58	>.0001*	1.14
YSRgesamt	27	76.70 (23.67)	50.85 (20.64)	7.23	>.0001*	1.18
YSRint	27	18.07 (7.24)	8.33 (7.56)	7.67	>.0001*	1.34
YSRext	26	15.42 (10.60)	9.50 (7.10)	4.57	>.0001*	0.59
YSRad	27	10.30 (4.82)	3.74 (3.90)	6.80	>.0001*	1.49
KINDL-KJ	18	83.92 (11.03)	91.07 (11.65)	−2.80	.011	−0.63
KINDL-EL	25	84.10 (8.43)	93.58 (13.78)	−3.01	.006	−0.83

Anmerkung. Stichprobengrößen (*n*), Summenmittelwerte (*M*) und Standardabweichungen (*SD*) vor (T_1) und nach der Behandlung (T_2), Prüfgröße (*t*)

Evaluation Trauma first 2018 : Jugendliche 10-15

Sierau, Knabe, Ahrens-Eipper, Nelius & Glaesmer

Sierau, Susan <susan.sierau@medizin.uni-leipzig.de> - Tuesday, January 23, 2018 12:06:06 PM - IP Address:91.63.21.213

Originalarbeit

„Trauma First" – ein ambulantes, kognitiv-behaviorales Behandlungsprogamm für Kinder und Jugendliche mit Traumafolge-störungen – Eine Pilotstudie

Susan Sierau[1], Alena Knabe[1,2], Sabine Ahrens-Eipper[2], Katrin Nelius[2] und Heide Glaesmer[1]

[1] Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig, Leipzig
[2] Gemeinschaftspraxis für Psychotherapie, Halle/Saale

Zusammenfassung *Fragestellung:* Obwohl traumatische Erfahrungen eine der wichtigsten Ursachen für psychische Erkrankungen in der Kindheit und im Erwachsenenalter sind, finden traumaspezifische Behandlungsansätze in der deutschen Versorgungspraxis momentan zu wenig Anwendung. Daher war das Ziel der vorliegenden Pilotstudie die Evaluation eines manualisierten, ambulanten, kognitiv-behavioralen Behandlungsangebots („Trauma First") für Kinder und Jugendliche mit Traumafolgestörungen. Die Annahme war, dass sich die Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sowie depressive Symptome, Ängste und Verhaltensauffälligkeiten durch ein solches intensives, strukturiertes Behandlungsprogramm signifikant verbessern lassen. *Methodik:* In der Pilotstudie wurde ein Prä-Post-Testdesign ohne Kontrollgruppe durchgeführt. Die Symptombelastung von 38 Kindern und Jugendlichen (Alter: 10–16 Jahre; 84,5 % weiblich) mit traumatischen Erfahrungen wurde mittels störungsspezifischer Diagnostik und Breitbanddiagnostik vor und nach der Behandlung in Selbst- und Fremdeinschätzung erfasst. *Ergebnisse:* Nach der Behandlung wurde ein Rückgang von selbst- und fremdbeurteilten PTBS-Symptomen, Depressivität, Angst und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen festgestellt (Cohens d: 0,51–1,40). In der selbst- und fremdbeurteilten Lebensqualität konnte eine Tendenz in Richtung einer positiven Veränderung verzeichnet werden. Die identifizierten Effektstärken unter Versorgungsbedingungen waren überwiegend vergleichbar mit denen aus Metaanalysen. *Schlussfolgerungen:* Die vorliegende Pilotstudie liefert erste Hinweise zur Effektivität des „Trauma First"-Programms unter ökologisch validen Bedingungen. Sie dient als Vorstufe der psychotherapeutischen Wirksamkeitsprüfung, die in einem randomisiert-kontrollierten Studiendesign weiterverfolgt werden sollte.

Schlüsselwörter: Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) im Kindes- und Jugendalter, Gruppentherapie, Elterntraining, Prä-Post-Design, Evaluierung

Trauma First – an Outpatient, Cognitive- Behavioural Intervention for Children and Adolescents With Trauma-Related Disorders: a Pilot Study

Abstract: *Objective:* Although traumatic experiences are one of the most important causes for psychiatric disorders in childhood and adult-

Evaluation Trauma First 2022 : Seefahrercamp Winzis 2-6

Tabelle 3: Evaluation Kindergarten & Vorschulkinder

Schulz, Ahrens-Eipper, Pilz & Nelius, 2023

		T_0	T_1	Signifikanz		Effektstärke
Skala	n	M_2 (SD_2)	M_1 (SD_1)	z/ t(df)	p	Cohen's d
ETI-KJ-F	16	18.30 (8.65)	7.56 (11.28)	z = -2.74	.006*	1.70
$CBCL_{int}$	31	62.75 (10.62)	53.25 (12.91)	z = -4.48	.001**	2.71
TRF_{int}	14	56.33 (11.14)	52.53 (13.64)	z = - .60	.550	0.32
$CBCL_{ext\ 1.5\text{-}5}$	13	55.55 (10.44)	45.54 (9.10)	z = -3.81	.001**	3.75
$CBCL_{ext\ 4\text{-}18}$	11	66.33 (13.73)	61.06 (12.74)	z = -1.87	.062	1.36
TRF_{ext}	14	56.78 (10.27)	56.29 (8.95)	z = -1.20	.232	0.67
$BAV\text{-}_{selbst}$	19	47.79 (12.97)	47.00 (9.18)	z = -0.55	.586	0.25
$BAV\text{-}_{EL}$	19	55.18 (17.92)	47.68 (13.91)	z = -1.81	.070	-0.91
$VBV\text{-}_{EL}$	30	3.76 (3.81)	2.47 (3.88)	z = -2.83	.005*	2.21

Effektivität eines multimodalen psychotherapeutischen Behandlungsprogramms für Kindergarten- und Vorschulkinder mit Traumafolgestörungen

Eva Schulz, Sabine Ahrens-Eipper, Katrin Nelius und Wolfgang Pilz

Summary

Effectiveness of a Multidimensional Psychotherapeutic Treatment for Kindergardeners and Preschoolers with Post-Traumatic Stress Disorder

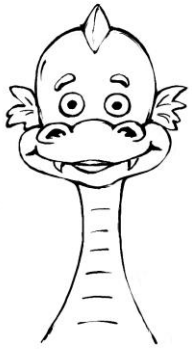
Despite the increased vulnerability of very young children when confronted with traumatic experiences, and also the massive impact on their development, this topic has been much neglected in German health care research so far; in fact trauma-related treatments are particularly low. Due to this, we are exploring in this pilot study the evaluation of a standard health care system in the community ("Trauma first") for very young children suffering from the impact of traumatic experiences. Our analysis looks at the effectiveness of a cognitive-behavioural treatment for the age group 2-6 suffering from trauma disorders. A pre-post test design without a control group was carried out. The severity of symptoms of 39 children (age: 2-6 years; 46.2 % female) with traumatic experiences was recorded using disorder-specific diagnostics and broad-spectrum diagnostics before and after the therapy treatment, and was both self-assessed and externally assessed. The results show a significant reduction in children's PTSD symptoms, and internalizing behaviour problems, and some regressive behaviours in the caregiver rating, but not in the education rating. The effect sizes were between Cohen's d = 0.89 and d = 2.71. With regard to externalizing behavior and anxiety symptoms, positive tendencies could be found after treatment, but there was no significant decrease. The present pilot study provides initial indications of the effectiveness of the "Trauma First" care program under ecologically valid conditions in children between the ages of 2 and 6 years. It serves as a preliminary stage of analyzing the psychotherapeutic effectiveness of traumatherapy treatment in young children, which should be followed up by a randomized-controlled study design.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 72/2023, 208-230

Fazit

Die traumatherapeutische Behandlung von Kindern mit Traumafolgestörungen kann bereits im Kindergarten- und Vorschulalter eingesetzt werden und erzielt eine signifikante Reduktion der PTBS-Symptome.

Jedem Kind, das traumatischen Ereignissen ausgesetzt war und unter Traumafolgen leidet, sollte eine auf sein Alter und seinen Entwicklungsstand abgestimmte traumaspezifische Behandlung angeboten werden, um ihm die Chance zu geben, wieder ein stressfreies, psychisch gesundes Leben zu führen.







Quelle: make a meme. org

teratur

- Schulz, E., Ahrens-Eipper, S., Nelius, K. & Pilz, W. (2023). Effektivität eines multimodalen psychotherapeutischen Behandlungsprogramms für Kindergarten- und Vorschulkinder mit Traumafolgestörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *72*(3), 208-230.
- Ahrens-Eipper, S. & Bräutigam, B. (2022). Psychotherapie mit Jugendlichen, jungen Erwachsenen und ihren Familien. In A. Werner, K. Giertz & M. Kölch (Hrsg.), *Adoleszenzpsychiatrie in Klinik und Gemeinde*, (S. 150-160). Bonn: Psychiatrieverlag.
- Ahrens-Eipper, S. & Nelius, K. (2020): Traumatherapie mit Kindern im Vorschul- & Kindergartenalter (2-6). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, 16. Jg. (1), 9–23.
- Kröger, C., Ulbrich, L., Ahrens-Eipper, S. & Nelius, K. (2018). „Seefahrercamp" – Effektivität eines kognitiv-behavioralen Behandlungsprogramms für Kinder mit Traumafolgestörungen von 5 bis 13 Jahren. Eine Pilotstudie. Kindheit und Entwicklung, 27, 229-242.
- Sierau, S., Knabe, A., Ahrens-Eipper, S., Nelius, K., & Glaesmer, H. (2018). „Trauma First" – ein ambulantes, kognitivbehaviorales Behandlungsprogamm für Kinder und Jugendliche mit Traumafolgestörungen – Eine Pilotstudie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 1–10. https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000568
- Ahrens-Eipper, S., & Nelius, K. (2017). Posttraumatische Belastungsstörung bei körperlichen Erkrankungen und medizinischen Eingriffen im Kindesalter: Trauma und Gewalt, 11(4), 268–278. https://doi.org/10.21706/tg-11-4-268
- Ahrens-Eipper, S., & Nelius, K. (2017). IRRT mit Kindern. In: Stressorbasierte Psychotherapie Belastungssymptome Wirksam Transformieren – Ein Integrativer Ansatz. Kohlhammer Verlag.
- Münzer, Annika/ Rosner, Rita, u. a., Usual Care for Maltreatment-Related Pediatric Posttraumatic Stress Disorder in Ger- many, in: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2018