

Einleitung

Bereits 2016 haben wir das START-Programm (*START: Stress-Trauma-Symptoms-Arousal-Regulation-Treatment, Dixius und Möhler, 2016, 2017a, 2017b*) für Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren entwickelt. Die Wirksamkeit wurde in klinischen Studien (Dixius und Möhler 2017, 2018, 2019, 2021a, 2021b) evaluiert und seit 2020 ist START für Jugendliche Grundlage der vom Bundesministerium für Forschung und Bildung (BMBF) geförderte Multicenterstudie. Den positiven Erfahrungen von START folgend, haben wir im Abschluss »START-Kids« für Kinder im Alter von 6-12 Jahren ausgearbeitet. Das an der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) orientierte Interventionsprogramm fokussiert auf die Förderung von Stressresilienz, Selbstwirksamkeit, Stressregulation und Emotionsregulation bei Kindern. Das Programm ist sowohl für den therapeutischen als auch für den pädagogischen Einsatz konzipiert. START-Kids kann primär bis tertiär präventiv eingesetzt werden (Dixius et al. 2021). Die Förderung von Resilienz ist ein zentrales Anliegen des Konzepts. Die im Manual beschriebenen Übungen sind spielerisch gestaltet und leicht erlernbar. In klar strukturierten, niedrigschwülligen Gruppensettings (oder auch Einzelsetting) üben Kinder Strategien zur Stress- und Emotionsregulation, die einfach und praktisch ausprobiert werden können.

Kinder haben in ihrem Alltag vielfältige Anforderungen in Schule, Freizeit und Familie zu meistern. Die meisten Kinder kommen mit Anforderungen gut zurecht, wachsen mit ihren Herausforderungen und entwickeln Resilienz.

Auch die COVID-19-Pandemie hat unseren Lebensalltag verändert und stellt vieles auf den Kopf. In der »COPSY«-Studie (Ravens-Sieberer et al. 2021) werden die psychischen Folgen der Pandemie bei Kindern und Jugendlichen beschrieben. Unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie mussten die meisten Menschen viele Lebensgewohnheiten und Alltagsroutinen drastisch einschränken. Häufig entstanden durch massive Veränderungen Dauerstress und psychische Belastungen auch bei Kindern und Jugendlichen. Natürlich sind nicht alle Kinder und Jugendlichen unter Dauerstress, viele verfügen über genügend Widerstandskraft und Resilienz.

Die Stressdosis ist relevant. Stress kann durch Vielfalt und Dauer Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche von Menschen haben. Unterforderung kann genauso wie Überforderung zu Stress führen. Stress kann natürlich auch fördernd sein, sofern die Herausforderungen sich positiv auf Ressourcen, Selbstwert und Entwicklung auswirken.

Wenn sich stressige Situationen gut bewältigen lassen und geeignete Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, dann kann die Bewältigung von Anforderungen, Krisen, Stresssituationen und belastenden Gefühlen sogar wesentlich zur Entwicklung persönlicher Stärken, Resilienz,

Stressstoleranz und Emotionsregulation beitragen (Luthar und Rutter 2000; Welter-Enderlein 2006; Wustmann 2004).

Manchmal überwiegt jedoch der Stress. Dies kann zur Belastung werden. Streitigkeiten, Auseinandersetzungen, innerfamiliäre Konflikte, Mobbingerfahrungen oder traumatische Erlebnisse, emotionale, körperliche oder sexuelle Gewalt und Missbrauch, überhöhter Medienkonsum, Pandemien (COVID-19-Pandemie), belastende Gefühle und Gedanken können Stress erzeugen. Sind die Stressbedingungen dauerhaft, dann ist ihre Wirkung häufig vulnerabel. Die Entwicklung und Aufrechterhaltung von psychischen Belastungen und Symptomen können die Folge sein (Felitti et al. 1998; Schmid et al. 2010) und zu einer Vielzahl von psychischen und körperlichen Symptomen und Störungen führen. Präventive und frühzeitige Hilfen können hingegen einer Chronifizierung entgegenwirken (Krüsmann und Müller-Cyran 2005).

Invalidierende und traumatische Ereignisse und deren Folgen: Die Prävalenz von Misshandlungserfahrungen in der Kindheit zeigt je nach Studie eine Varianz auf, allerdings ist die Zahl generell hoch. Witt et al. (2017; 2019) fanden in ihren Studien heraus, dass 31 % der Befragten mindestens eine Form von Misshandlung mit mindestens moderatem Schweregrad erlebt haben. Andere Studien (Herrenkohl und Herrenkohl 2009) zeigen, dass verschiedene Formen von Misshandlung häufig gemeinsam auftreten und höhere Risiken aufweisen, andere belastende Erfahrungen zu erleben (Finkelhor et al. 2007). In der Studie von Felliti et al. (1998) werden eindrücklich die Langzeitfolgen von traumatischen »Life Events« geschildert.

In einer besonderen Situation befinden sich Kinder mit Fluchterfahrungen und Migrationshintergrund. Sie haben oftmals einen erschwerten Weg, geeignete Hilfen bei bestehender Belastung zu finden. Minderjährige geflüchtete Kinder leiden häufig an gravierenden psychischen Belastungen (Witt et al. 2015; Möhler et al. 2015; Dixius und Möhler 2017a) wie Ängsten, Depressionen, Dissoziationen, Intrusionen, Schlafstörungen, Albträumen oder psychosomatischen Störungen.

Die Prävalenzzahlen für psychische Auffälligkeiten bei unbegleiteten geflüchteten Minderjährigen liegen zwischen 20 % und 81,5 % (Witt et al. 2015; Vervliet et al. 2014). Dies kann zu schweren psychischen Beeinträchtigungen und massiven Einschränkungen des allgemeinen Funktionsniveaus (Möhler et al. 2015; Dixius und Möhler 2016) führen und zu einer relativ hohen subjektiven Belastung durch Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Hodes et al. 2008).

Eltern, Bezugspersonen und »Primary Caregiver« werden in START-Kids begleitet und erhalten hilfreiche Tipps in drei Workshops. Wissenschaftliche Erkenntnisse und

adaptierte Interventionen inspirierten die Arbeit mit Eltern und wichtigen Bezugspersonen (Bachmann et al. 2011; Biringen und Robinson 1991; Biringen 2000; Fruzetti 2016). In drei Modulen erfahren Eltern und/oder wichtige Bezugspersonen, wie sie Kinder im Alltag unterstützen und natürlich auch eigene Skills für sich nutzen können. Neben Psychoedukation zu zentralen Themen wie Validieren, Skills, wirkungsvoll Loben, Positiv verstärken und Unterstützung in Erziehungsfragen wird das START-Kids Konzept vorgestellt. Die Eltern-/BetreuerInnen-Module sind niedrigschwellig konzipiert und validieren die Bezugspersonen. Auch hier wurden neben einer langjährigen Praxiserfahrung Inspirationen aus DBT-orientierten »Family Skills« (Fruzetti 2006) und Elementen aus Konzepten zur emotionalen Verfügbarkeit in der Eltern-Kind-Beziehung (Biringen 1985, 2000; Bachmann et al. 2011) genutzt. Das gemeinsame Üben zwischen Eltern, Bezugspersonen, Betreuern/Betreuerinnen und Kindern soll dazu beitragen, adaptive und hilfreiche Fertigkeiten im Umgang mit Stress und emotionaler Balance zu fördern. Im Workshop (in Präsenzform oder online) werden neben dem »Handout für Kinder« auch Materialien aus dem START-Kids-Reader für Eltern-/BetreuerInnen genutzt.

Um auch in einschränkenden Zeiten wie zum Beispiel der COVID-19-Pandemie die Arbeit mit Eltern, Familienmitgliedern und BetreuerInnen ermöglichen zu können, sind diese Module sowohl als Präsenz- wie auch als Online-Workshops konzipiert. »Hilfreiche Tipps für Eltern zur Stressprävention in Zeiten des Corona-Virus« (Dixius und Möhler 2021) wurden über Homepages (www.startyourway.de) bereits frühzeitig zur Verfügung gestellt.

START-Kids in Schulen: In Modellschulen wurde START im Nachmittagsbereich implementiert, womit gute Erfahrungen gemacht wurden.

Auch als Schulfach (Dixius und Möhler 2022) kann START-Kids im Rahmen der Gesundheitsförderung in Grundschulen die psychische Gesundheit von Kindern frühzeitig stärken und fördern. Als Primärprävention können den Schülerinnen und Schülern mit START-Kids frühzeitig Copingstrategien in der Stressbewältigung zur Verfügung gestellt werden. Dadurch wird ermöglicht, den Kindern in ihrem Lebensalltag Hilfen zur Stress- und Emotionsregulation anzubieten. Einfache Zugangswege für primär präventive Angebote und frühe Hilfen nach zum Beispiel belastenden Ereignissen werden eröffnet. Besonders wichtig ist, dass präventive Maßnahmen Kinder wirklich frühzeitig erreichen. In der Schule können Konzentration, Motivation und Lernen durch Stressfaktoren deutlich beeinträchtigt werden. START-Kids lässt sich sowohl in den bestehenden Schulunterricht integrieren als auch als spezielles Zusatzangebot in der Schule implementieren. LehrerInnen, SchulsozialarbeiterInnen oder BetreuerInnen¹ können die Funktion von »Gatekeepern«

einnehmen und auf Bedürfnisse der Kinder reagieren. Auch die Zusammenarbeit mit Eltern kann durch START-Kids unterstützt werden.

START-Kids und Jugendhilfe: START-Kids ist, ebenso wie bereits – national und international – »START für Jugendliche«, leicht in Jugendhilfeeinrichtungen zu implementieren. BetreuerInnen der Jugendhilfe können frühzeitig präventiv mit Skills arbeiten und im pädagogischen Prozess kontinuierlich Strategien und Skills mit den Kindern üben, Stressresilienz fördern und die Interaktionen im Alltag mit den Kindern stärken. Dies kann sowohl in Bezugspersonenzeiten, Gruppenabenden als auch in übergreifenden Gruppenangeboten stattfinden. Gerade Kinder, die mit Belastungen in Einrichtungen der Jugendhilfe oder in Pflegefamilien aufgenommen werden, haben in ihrer Biografie häufig emotional belastende Ereignisse erlebt und große Herausforderungen zu bewältigen, umso mehr ist eine profunde validierende Grundhaltung, wie in START-Kids verankert, wichtig. START-Kids-Skills sollen die Handlungssicherheit von BetreuerInnen unterstützen und nicht nur in Krisensituationen das Spektrum der validierenden Interventionsmöglichkeiten erweitern.

START-Kids und Psychotherapie: START-Kids ist ein stabilisierendes Interventionsprogramm und eignet sich sehr gut zur ersten stabilisierenden Therapie von Stressbelastungen und zur Emotionsregulation (Dixius et al. 2021). Oftmals zeigen Kinder nach START-Kids – so Beobachtungen aus der klinischen Praxis – ein Commitment (► Kap. 6.4) zur weiteren Therapiearbeit, wie zum Beispiel bei einer vorliegenden Posttraumatischen Belastungsstörung zur »Traumafokussierten-Kognitiven Verhaltenstherapie« (Tf-KVT; Cohen et al. 2009) oder zu »KIDNET – Narrative Expositionstherapie für Kinder« (Schauer et al. 2011) oder zu anderen aufarbeitenden Psychotherapieverfahren.

Die Interventionen im vorliegenden Manual sind leicht zu erlernen. Sie gründen auf einer validierenden, dialektischen und ressourcenorientierten Grundhaltung.

Struktur und Inhalte der START-Kids Module: In acht Modulen für Kinder und drei Modulen für Eltern/Bezugspersonen/Betreuende werden altersentsprechend und mit spielerischen Strategien und Übungen Stressregulation, Gefühlswahrnehmung und Emotionsregulation sowie zwischenmenschliche Kompetenzen für Kinder vermittelt.

Im Manual erleichtern bildreiche Materialien und auch Audiofiles (multilinguales Zusatzmaterial zum Manual erhältlich über: www.startyourway.de), die praxisnahe und einfache Anwendbarkeit der Übungen. Zudem sind integrative und partizipatorische Wege für Kinder mit Migrationshintergrund im Manual explizit berücksichtigt.

Um auch in einschränkenden Zeiten wie zum Beispiel der COVID-19-Pandemie »Hilfreiche Tipps für Eltern zur Stressprävention in Zeiten des Corona-Virus« (Dixius und Möhler 2020) zu geben, wurden diese über die START-Homepage (www.startyourway.de) bereitgestellt.

Schwerpunkte in START-Kids: Im zentralen Fokus von START-Kids sind die Bereiche Achtsamkeit, Stressregulati-

¹ Da wir Sie alle gendersprachlich ausgewogen ansprechen möchten, verwenden wir in der Regel eine Schreibweise mit Binnen-I. Wenn zur besseren Lesbarkeit in einigen Fällen abweichend jeweils nur die weibliche oder die männliche Form verwendet wird, sind jedoch alle Geschlechtsformen gemeint.

on, Emotionswahrnehmung und Emotionsregulation, Selbstwirksamkeit, Resilienzförderung, zwischenmenschliche Fertigkeiten. START-Kids validiert die Bedürfnisse zur Stress- und Emotionsregulation altersentsprechend für Kinder von 6 bis 12 Jahren.

In START-Kids sind Interventionen aus der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) (Auer und Bohus 2017; Bohus und Wolf 2011; Linehan 1996, 2015; Rathus und Miller 2014) adaptiert worden. Die dialektische Grundhaltung und schnellwirksame Skills aus den DBT-Modulen inspirierten die Entwicklung von START-Kids. Erfahrungen in der Psychotherapie (z.B. Tf-KVT) traumatisch erlebter Ereignisse oder »Life Events« haben das START-Kids-Konzept bereichert und beeinflusst. Auch Elemente aus der von Francine Shapiro entwickelten Therapiemethode »Eye Movement Desensitization and Reprocessing« (EMDR; Shapiro 1999, 2001, 2014) werden implizit in den aktiven Achtsamkeitsübungen zur bilateralen Stimulierung der Hirnstruktur berücksichtigt. Stress und belastende Gefühle beeinträchtigen Wahrnehmung und Lernkapazitäten der Kinder. Übungen, welche die bilaterale Hirn-Hemisphären-Stimulation begünstigen, können sich hilfreich auf die Stressverarbeitung auswirken und sind anti-dissoziativ (Greenwald 2002; Hase et al. 2015; Hensel 2020). Die Wahrnehmung und Psychoedukation der Kinder über den Zusammenhang von Körper und Psyche wird zudem im Manual aufgegriffen.

Module und Inhalte: In den ersten vier Modulen werden Achtsamkeit, Stabilisierungsmaßnahmen zur Stressregulation, Übungen zur Selbstwirksamkeit und für den Umgang mit Krisen durch die Anwendung von schnellwirksamen Skills geübt. Ressourcenaktivierung und Resilienzförderung sind Grundlagen aller Module.

In den Modulen sechs bis acht stehen Wahrnehmung und Regulation von Emotionen im Vordergrund. Die Module sind thematisch in den strukturierten Übungsphasen aufeinander abgestimmt. Nach den grundlegenden Übungen erlernen die Kinder Skills zur Emotionswahrnehmung und adaptive (angemessene) Strategien zur Emotionsregulation.

In allen Modulen wird die Mitwirkung der Kinder in den interaktiv gestalteten Gruppensessions (oder auch in der Einzelsitzung) gefördert und gestützt. Spaß und spielerische Didaktik fördern das Interesse für die START-Kids-Übungen.

»KIM« – die Leitfigur in START-Kids: KIM ist eine »gendergerechte« Figur, die im Manual und im begleitenden Arbeitsheft für Kinder Übungen und Themen »erklärt«. Auf diese Weise wird Kindern auf einfache Weise eine transparente Orientierung zu den Übungen angeboten. Das farbig gestaltete Arbeitsheft zum Manual richtet sich

primär an Kinder, aber auch Eltern und »Caregiver« können die Übungen gemeinsam mit den Kindern im Alltag üben. Bei der Entwicklung der Figur KIM war es uns wichtig, dass sowohl Gesichtsausdruck als auch Körperhaltung verändert werden können. Auf diese Weise können sich Kinder dem Thema Emotionen im ersten Schritt spielerisch nähern. Das Thema Emotionswahrnehmung und -regulation wird vereinfacht in START-Kids aufgegriffen, Kinder und letztlich auch Bezugspersonen haben mit KIM ein niedrigschwelliges und unmittelbares, tatsächlich »greifbares« Arbeitsmedium. KIM kann zudem als eine Art »Übergangsobjekt« (wie z.B. ein Kuscheltier) fungieren und an Übungen erinnern und zur Beruhigung beitragen. KIM kann auch als Sprachrohr (Distanzierungstechnik) zum leichten Ausdruck von Gefühlen in der Interaktion genutzt werden. Jedes Kind bastelt zu Beginn von START-Kids eine eigene »KIM-Figur«.

Die Grundhaltung: Die pädagogische und therapeutische Grundhaltung in START-Kids ist validierend, dialektisch und positiv verstärkend.

Mehrjährige Erfahrungen aus klinisch-therapeutischer Arbeit mit START und skillsbasierten Übungen in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen prägten die Entwicklung des START-Kids-Manuals. Die Rückmeldungen der »eigentlichen ExpertInnen« – also der Kinder – wurden bei der Erstellung des Manuals und den Interventionen/Übungen berücksichtigt. Auch das Feedback von Eltern/Caregivern, BetreuerInnen, TrainerInnen, LehrerInnen und SchoolworkerInnen ist während der Entwicklungsphase in START-Kids eingeflossen.

Die Wirksamkeit von START-Kids wurde bereits in ersten Pilotstudien evaluiert und veröffentlicht (Dixius et al. 2021). Die Studienergebnisse werden zudem auf nationalen und internationalen wissenschaftlichen Fachkongressen vorgestellt.

Wir freuen uns, mit START-Kids ein innovatives Programm, Manual und begleitendes Arbeitshelfer für Kinder im Alter von 6–12 Jahren und deren Eltern sowie wichtigen Bezugspersonen zur Verfügung stellen zu können. Besonders wichtig war uns bei der Entwicklung des Programms, dass START-Kids sowohl pädagogisch als auch therapeutisch genutzt werden kann.

Bedanken möchten wir uns auch bei allen Kindern, Eltern und Bezugspersonen, die uns an ihren Erfahrungen mit START-Kids partizipieren ließen.

Unser besonderer Dank gilt allen KollegInnen, die uns dabei unterstützt haben, START-Kids zu entwickeln, die es in der praktischen Arbeit angewendet und ihre Erfahrungen mit uns geteilt haben.

Andrea Dixius und Eva Möhler

Teil I – Theoretischer Informationsteil

In diesem Teil werden die theoretischen Schwerpunkte Emotionen, Stress, Traumafolgen und Resilienz kurz skizziert.

1 Emotionen

Emotionen sind komplexe Muster, die durch psychische sowie physische Zustände und Prozesse bestimmt werden. Wahrnehmung und Bewertung von Situationen haben Einfluss auf die Entstehung und Ausprägung von Gefühlen (Emotionen) und korrelieren mit dem Ausmaß des physiologischen Hyperarousal (körperliche Übererregbarkeit mit hoher Anspannung). Emotionen, Selbstkonzepte, Identitätsüberzeugungen, Grundüberzeugungen, Kognitionen (Gedanken) und Verhalten beeinflussen sich untereinander (Petermann et al. 2017). Jede Emotion hat ein anderes Muster, so unterscheiden sich die Muster von Freude, Trauer, Wut, Ekel, Scham und Schuld.

Die Regulierung von Emotionen kann als ein mentaler Prozess mit unterschiedlichen Strategien verstanden werden und in adaptive (angepasste, angemessene) und maladaptive (wenig passende) Strategien (Barnow 2012; Heinrichs et al. 2017) unterschieden werden. Emotionsregulationsstrategien werden eingesetzt, um die affektive Erfahrung zu verstärken, aufrechtzuerhalten oder in ihrer Ausprägung zu reduzieren (Gross et al. 1998, 2015). Gefühle, Wahrnehmung, Körperreaktionen und Verhalten stehen dabei im Zusammenhang. Kinder und Jugendliche können mit Hilfe von eigenen Ressourcen und positivem Denken adaptive Problembewältigungsfertigkeiten nutzen (Compass et al. 2001). Emotionen werden durch die Bewertung von Situationen oder Ereignissen evoziert. Die Bewertung kann als Zugang zur Emotion verstanden werden. Verändert sich die Bewertung, dann kann sich auch die Emotion verändern und Auswirkungen auf subjektive Wahrnehmung, Kognitionen, Verhalten und auf die physiologischen Parameter haben (Gross 2015).

Die Fähigkeit, Emotionen adaptiv regulieren zu können, ist für die mentale und psychische Stabilität bedeutsam und wird als funktionale Strategie im Umgang mit Gefühlen verstanden. Maladaptive Strategien werden als dysfunktionale Versuche verstanden, um Stress und aversive Emotionen (unangenehm erlebte Gefühle) zum Beispiel mit selbstverletzendem Verhalten (In-Albon et al. 2015; Klonsky 2007), impulsivem Verhalten, »high-risk«-Verhaltensweisen bis hin zu präsuizidalen Handlungen zu verändern bzw. zu regulieren. Maladaptive Emotionsregulationsstrategien haben Einfluss auf das Funktionsniveau der betroffenen Personen. Beeinträchtigungen der Emotionsregulation etwa durch das Erleben von traumatischen Ereignissen spielen eine zentrale Rolle in der Entwicklung und Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankungen und Traumafolgesymptomen (Cohen et al. 2009; Rosner 2013; Steil und Rosner 2009).

Adaptive Strategien dienen der Bewältigung und der Regulierung emotionaler Anspannung. Skills, zum Beispiel Sport treiben, Aktivitätenaufbau, gezielte Wahrneh-

mung positiver Erlebnisse, Musik hören, sich Ablenken, Entspannungstechniken, »Emotionssurfing« (Metapher zur Emotionsregulation: Sensibilisierung bzw. Verständnis für den Vorgang, wie sich Emotionen in Qualität und Quantität wie eine Welle aufbauen und wieder abschwächen) usw., können als adaptive Fertigkeiten eingesetzt werden (Linehan 2014). Belastende Situationen und Stressoren in Anspannungssituationen können häufig nicht (unmittelbar) verändert werden. Skills (Fertigkeiten, die kurz- und langfristig helfen können und nicht schädlich sind) können einerseits zur Reduktion von krisengenerierenden Verhaltensweisen eingesetzt werden und andererseits adaptive Strategien zur Krisenbewältigung bereitstellen.

Die Inzidenz von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen, insbesondere Störungen der Emotionsregulation (Axelson et al. 2012), nimmt bei Kindern kontinuierlich zu (Chabrol 2001). Emotionale Dysregulation (ED) ist definiert als die Unfähigkeit, Emotionen adaptiv zu regulieren und zu organisieren. Adaptive Emotionsregulationsstrategien hingegen tragen dazu bei, nach einschließender hoher Anspannung wieder zur Anspannungs-Baseline zurückzukehren (Copeland et al. 2013). ED stellt auf Dauer ein großes Gesundheitsrisiko dar, das bei etwa 5 % der Kinder und Jugendlichen besteht (Brunner et al. 2007; Fegert et al. 2019). ED ist mit verschiedenen Formen von psychiatrischen Störungen und Symptomen im Kindesalter verbunden wie Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, oppositionelle Verhaltensstörungen, Persönlichkeitsstörungen, selbstverletzendes Verhalten und Suizid. In klinischen Situationen konnte gezeigt werden, dass Dysregulationsstrategien besonders ausgeprägt (Copeland et al. 2014) bei 26,0–30,5 % der Kinder auftreten, die in psychiatrischen Kliniken für Kinder und Jugendliche oder in psychosozialen Einrichtungen aufgenommen wurden. Das Auftreten typischer, mit ED verbundener Symptome wie Impulsdurchbrüche, reduzierte Frustrationstoleranz, aggressive Verhaltensweisen, Depressionen, Störungen der Emotionen und Suizidalität ist sogar höher als das vollständige ED-Syndrom, mit Schätzungen von etwa 45 % der in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken untergebrachten Kinder und Jugendlichen zwischen sechs und 18 Jahren (Nigg 2017).

Bis dato ist die Datenlage in Bezug auf durch Stress verursachte psychische Beeinträchtigungen und Erkrankungen Kinder und Jugendlicher (Möhler und Resch 2019) nicht erschöpfend untersucht. Möhler et al. (2006) sowie Möhler und Resch (2018) haben in Studien den Einfluss von Stress im frühen Entwicklungsalter auf Impulskontrolle und Emotionsdysregulation nachweisen können. Auch Henschel, deBruin und Möhler (2014) konnten

zeigen, dass die Emotionsregulation bei dreijährigen Kindern mit den stressbedingten Belastungen der Mutter zusammenhängt. Im Jahr 2011 konnten Rothenberger et al. in einer prospektiven Studie zeigen, dass vorgeburtlicher Stress die Verhaltenshemmung bei Säuglingen reduziert.

Frühe Interventionen sind von entscheidender Bedeutung, um die psychosoziale Funktion bei Kindern und Jugendlichen zu verbessern (Möhler und Resch 2019).

Eine hohe Anspannung ist ein häufiges Motiv für selbstverletzendes Verhalten (SVV) (Klonsky 2007). In einer retrospektiven Befragung gaben 30 % der Erwachsenen mit emotionaler Instabilität an, sich im Grundschulalter bereits selbst verletzt zu haben (Bohus und Schmahl 2006). Eine Studie von Brunner und KollegInnen (2007) zeigte, dass 8 % der 15-jährigen Mädchen mit emotionaler Dysregulation (ED) bereits einen Suizidversuch unternommen hatten. 6 % der 15-jährigen Mädchen mit ED gaben an, sich seit Kindheit regelmäßig selbst zu verletzen.

In ähnlicher Weise wurden Stress und ungünstige Bedingungen in der Kindheit mit der Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in Verbindung gebracht (Bourvis et al. 2017; Cohen et al. 2005; Johnson et al. 1999; Jucksch et al. 2009; Kaess et al. 2016). In der Literatur wird wiederholt darauf hingewiesen, dass insbesondere das Erleben traumatischer Ereignisse und emotionaler Vernachlässigung in der Kindheit oder Jugend eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Emotionsdysregulation spielt (Axelson et al. 2012; Brunner et al. 2001; Helgeland und Torgersen 2004; Herman et al. 1989; Kaess und Brunner 2016; Kernberg 1967; Bernstein et al. 1996, Ogata et al. 1990; Zanarini et al. 1998). Belastende »Life Events« in der Kindheit können zu einer Vielzahl von entwicklungsbedingten und psychosozialen Folgen führen (Felitti et al. 1998; Ruf et al. 2010; Schmid et al. 2010; Witt et al. 2019). In Familien mit ausgeprägter Emotionsdysregulation wie Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) werden signifikant häufiger Probleme in der Bindung zwischen Kindern und ihren Eltern beobachtet (Paris et al. 1994; Posner et al. 2005). Den Grundannahmen der Bindungstheorie nach Bowlby (1979) folgend, bilden zwischenmenschliche Interaktionen die Grundlage für die Entwicklung der emotionalen Gesundheit. Ein gestörtes Bindungsverhalten kann Interaktionsschwierigkeiten und Störungen der Selbstkontrolle in der Entwicklung des Kindes forcieren (Fornagy et al. 1996). Desorganisierter

Erziehungsstil und chaotische, konfliktreiche familiäre Interaktionen schaffen eine familiäre Atmosphäre, in der Gefühle, Gedanken und Verhalten des Kindes invalidiert werden (Beraldi 2010; Buchheim et al. 2002). Die Emotionsregulation des Kindes wird durch Eltern oder wichtige Bezugspersonen beeinflusst (Morris et al. 2007). Kinder lernen so am Modell den Umgang mit Gefühlen, was sich zum Beispiel auch in der »emotionalen Atmosphäre« der Familie wiederfinden kann. Die emotionale Verfügbarkeit (Biringen et al. 1991, 2014) der Eltern oder »Primary Caregiver« (bedeutsame erste Bezugspersonen) ist von zentraler Bedeutung für die Entwicklung des Kindes und dessen Vermögen zur Emotionsregulation.

Schon Felliti und KollegInnen (1998) konnten in der Adverse Childhood Experiences-Study zeigen, dass Kinder mit invalidierenden Erlebnissen oder traumatischen und belastenden Lebensereignissen ein höheres Risiko im späteren Leben haben, physische oder psychische Pathologien und Diktationen zu entwickeln. Schmid und KollegInnen (2010) beschreiben die Kumulierungen von Belastungen im Trauma-Developmental-Heterotopia-Framework. Der Einfluss von Stress auf die Emotionsregulation scheint ein wichtiges Bindeglied zwischen Stress und Psychopathologie einzunehmen. Wie beschrieben, können bereits frühe Stressbelastungen und Traumata Struktur und Aufbau des Nervensystems beeinträchtigen. Neurobiologische (Hirn-)Strukturen und Funktionen, die im Zusammenhang mit der Emotionsregulation stehen, wie der Gyrus orbitofrontalis und frontolimbische Verbindungen können durch Stress und Traumata nachweislich beeinträchtigt werden (Möhler und Resch 2018; Herpertz et al. 2001). Ein Training dieser Strukturen und Funktionen für emotional belastete Kinder scheint von großem Nutzen zu sein. Eine längerfristige Erfahrung von emotionaler, physischer oder sexueller Misshandlung während der unvollendeten Entwicklung von Regulierungs- und Bewältigungsmechanismen führt zu Einschränkungen einer angemessenen Affekt- und Verhaltenskontrolle (Beraldi 2010). Belastungen in den frühen Entwicklungsjahren (Bourvis et al. 2017) haben Auswirkungen auf Gehirnstruktur und Gehirnfunktion. Dies kann zu einer Fehlregulation physiologischer Mediatoren – autonom und neuroendokrin, metabolisch und immun – führen und spätere Lern- und Verhaltensstörungen evozieren. Die Ergebnisse von Studien (Michael et al. 2006) sprechen für frühe Interventionen.

2 Stress

Stress wird allgemein als eine natürliche Reaktion auf psychische oder körperliche Belastungen beschrieben. Die »Alarmsbereitschaft« des Körpers, als evolutionär angelegte Reaktion auf belastende Ereignisse und traumatische Auslöser, erhöht kurzfristig die Leistungsbereitschaft des Körpers.

Stress kann sich einerseits positiv auswirken und dazu befähigen, schwierige Ereignisse und Herausforderungen zu bewältigen und neue wichtige Resilienzerfahrungen zu machen. Besonders in Alltagssituationen findet sich dies häufig. Verläuft die Stressverarbeitung also günstig, dann kann sich das positiv auf Schutzfaktoren auswirken (Rutter 2000; Rönnau-Böse und Fröhlich-Gildhoff 2015; Welter-Enderlein 2006; Wustmann 2004).

Setzt allerdings keine Erholungsphase ein und bleibt das Distresserleben dauerhaft bestehen, dann ist von chronischem und schädlichem Stress auszugehen. Bereits GrundschülerInnen erleben Stress, in einer Studie von Lohaus (1990) berichteten 70 % von ihnen bereits Stresserlebnisse.

Nach dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus (1990) spielt die Bewertung von Situationen eine individuelle und zentrale Rolle im Stresserleben. Individuelle Ressourcen und die Fähigkeit zur Emotionsregulation und Resilienz beeinflussen die Stressregulation. Kinder reagieren sehr unterschiedlich auf belastende und verunsichrende Situationen. Können Stressoren oder belastende Ereignisse nicht verändert werden, so führt dies oft zu Dauерstress, mit möglicherweise körperlichen und psychischen Beschwerden. Kinder, die unter anhaltendem Stress stehen, berichten häufig körperliche Symptome wie z. B. Bauchschmerzen, Übelkeit, Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Verspannungen oder Erschöpfungsgefühle (► Tab. 1). Psychische und Verhaltensauffälligkeiten sind recht vielfältig – einige Beispiele dazu: Gereiztheit, aggressive Verhaltensweisen, Depressionen, Selbstwertprobleme, Interessenverluste, Ängste, Denkblockaden, Vermeidungsverhalten, Trennungsängste, Alpträume und Schlafstörungen, stark erhöhter Medienkonsum und Gaming Disorder (PC-Spielsucht) oder Essstörungen. Das Alltagsleben und die Entwicklung können dadurch nachhaltig beeinträchtigt

werden. Stressbewältigung ist bereits auch für junge Kinder wichtig, um mit stressauslösenden Situationen zurechtzukommen. Stress kann manchmal regelrecht ansteckend wirken.

Bei Stressreaktionen, die dem Körper oftmals höchste Aufmerksamkeit und Fluchtbereitschaft abverlangen, sorgt die Aktivierung des Sympathikus für eine Stimulation der Nebennieren und des Nebennierenmarks, welches eine Hormonausschüttung von Kortisol, Adrenalin und Noradrenalin bewirkt. Diese Hormone werden auch als Stresshormone bezeichnet. Die Ausschüttung der Stresshormone bewirkt beim Individuum selbst bemerkenswerte Reaktionen wie beispielsweise die Beschleunigung der Herzrate (Roozendaal et al. 1997).

Ein ausgeprägtes Stresserleben ist bereits bei Kindern im Grundschulalter zu beobachten, dazu tragen Stressoren wie vielfältige Anforderungen in Schule, Freizeit und Familie (Heinrichs et al. 2017; Klein- Heßling und Lohaus 2012; Petermann und Kullik 2011) bei. Traumatische Erlebnisse (Witt et al. 2016, 2018), überhöhter Medienkonsum, Streitigkeiten, Auseinandersetzungen, Mobbingfahrungen oder belastende Gefühle und Gedanken erzeugen Stress. Sind die Stressbedingungen dauerhaft, dann ist ihre Wirkung häufig vulnerabel (van der Kolk 2014) mit Auswirkungen auf die Entwicklung oder Aufrechterhaltung von psychischen Belastungen und Symptomen (Felliti et al. 1998; Schmid et al. 2010).

Unter Stress sinkt oftmals die Reizschwelle für starke emotionale Reaktionen. Es kann schneller zu stressgelenkten impulsiven Verhaltensweisen kommen. Gestresste Menschen bleiben häufig in Gedankenkreisen hängen und soziale Konflikte wie zum Beispiel in der Eltern-Kind-Interaktion sind die Folge. Zudem sind Wahrnehmung, Konzentration und Lernverhalten oftmals deutlich beeinträchtigt (Lohaus et al. 2004).

Auch die COVID-19-Pandemie hat den Lebensalltag verändert und vieles auf den Kopf gestellt. In der »COPSY«-Studie (Ravens-Sieberer et al. 2021) werden die für eine Vielzahl von Kindern und Jugendlichen psychisch belastenden Folgen der Pandemie beschrieben.

Tab. 1: Beispiele für typische Stressreaktionen

Kognitive Reaktionen	Muskuläre Reaktionen
<p>Einengung des Denkens:</p> <ul style="list-style-type: none">• Leere im Kopf (Blackout)• Konzentrationsmangel• Denkblockaden• Gedankenkreisen, Grübeln	<p>Skelettmuskulatur in »Habachtstellung«:</p> <ul style="list-style-type: none">• mit den Fingern nesteln• zittern• Zähnekirschen• Fußwippen• zucken

Tab. 1: Beispiele für typische Stressreaktionen – Fortsetzung

Kognitive Reaktionen	Muskuläre Reaktionen
gedankliche Bewertungen: <ul style="list-style-type: none"> »Ich muss maximal aufpassen!« »Das geht bestimmt schief« »Das schaffe ich nicht!« »Das ist einfach zu viel!« 	<ul style="list-style-type: none"> Spannungskopfschmerz Rückenschmerzen Faustballen stottern nervöse oder starre Gestik/Mimik Anspannung
Emotionale Reaktionen	Vegetativ-hormonelle Aktivierung
unterschiedliche Gefühle, häufig bei Hilflosigkeit, hohem Distress, Hochstress: <ul style="list-style-type: none"> Angst Panik Nervosität Unsicherheit Ärger Wut Gereiztheit 	<ul style="list-style-type: none"> Herz schlägt schneller Pupillen weiten sich Erhöhung des Blutdrucks und der Atmungsfrequenz Erhöhung der Durchblutung des Gehirns Blutzuckerspiegel ist erhöht Hemmung: Verdauungsprozesse und Immunabwehr Gehör und Sehvermögen sind schärfer Adern treten hervor Schweißausbrüche Mundtrockenheit Kloß im Hals Herzklopfen, Herzstiche

2.1 Stressreaktionen und physiologische Aspekte

Die physiologischen, biochemischen und hormonellen Prozesse beeinflussen täglich unsere Körperreaktionen und unterliegen Schwankungen im Tagesverlauf. Dies ist eine normale Reaktion. Treten Stressoren auf, können diese Prozesse als Anpassungsprozesse interpretiert werden, um Stressoren zu bewältigen.

Unser Nervensystem besteht aus zwei Hauptbereichen, dem peripheren und dem zentralen Nervensystem.

Die zwei Hauptbereiche des Nervensystems sind das periphere (PNS) und das zentrale Nervensystem (ZNS), bestehend aus Gehirn und Rückenmark. Das autonome Nervensystem (ANS) ist dem peripheren Nervensystem zugeordnet, hat aber auch Zellverbindungen zum ZNS. Vereinfacht ausgedrückt, das autonome Nervensystem teilt sich in das parasympathische und das sympathische System und reguliert die Körperprozesse und die Organe. Das sympathische System ist aktivierend und das parasympathische System »beruhigend«, letzteres dient auch der Wiederherstellung normaler Körperfunktionen (Herzrate, Puls, Muskeltonus usw.) nach einer Stresssituation (van der Kolk 2014).

In einer prospektiven Studie konnte durch Rothenberger et al. (2011a) gezeigt werden, dass »Early Life Stress« (ELS) die Kortisol-Ausschüttung aktiviert und dass dadurch die Verhaltenshemmung von Kleinkindern vermindert wird (Möhler et al. 2006). Dies lässt sich mittlerweile in einen ganzen Forschungsstrang zum »Early Life Stress« einordnen (Lahti et al. 2017, Nolvi et al. 2017), in dem sich Hinweise mehrten, dass prä- und postnataler Stress in der frühen Kindheit mit einem späteren Risiko für psychische Störungen ein-

hergeht. Vorrangiger Befund ist ein Einfluss auf Selbstregulation und Exekutivfunktionen, sodass der »Early Life Stress« aktuell von vielen AutorInnen als ausgesprochen wichtiger Prädiktor für die spätere Entwicklung identifiziert wird (Korja et al. 2017; van den Bergh et al. 2017). Die Arbeitsgruppe von Nemeroff und Heim (2009) konnten die neurobiologischen Veränderungen und psychopathologischen Konsequenzen im Zusammenhang früh einsetzender aversiver Entwicklungsbedingungen belegen (Sanchez et al. 2001; Sapolsky 1996).

De Bellis (2001) hat in umfassenden Arbeiten die Konsequenzen traumatischen Stresserlebens auf die Gehirnentwicklung untersucht und stressinduzierte Störungen der Gehirnreifung nachgewiesen. Ebenso wurde der Nachweis erbracht, dass chronische Stressbedingungen zu einer überdauernden Änderung der neuroendokrinen Stressreaktivität führen (Pousta et al. 2011) und gleichzeitig mit Störungen der exekutiven Kontrolle verbunden sind (Lyons et al. 2000). Zunehmend ergeben sich Hinweise, dass Umweltbedingungen die adrenale Entwicklung und Sekretion stören, dies wiederum mit Auswirkungen auf Hirnreifungsprozesse (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 zerebraler Umgebungs-Sensitivität (O'Donnell und Meaney 2017) darstellt und somit unter Umständen strukturelle hirnphysiologische Veränderungen vul-

nerabler Bereiche mit entsprechenden psychopathologischen Konsequenzen denkbar wären. Die Kortisol- und Katecholaminsensitivität frontolimbischer Strukturen ist eine mehrfach replizierte Erkenntnis (Kolb et al.

2017; Thijssen et al. 2017). Posner und Rothbart (2009) stellen Befunde zusammen, die dort auch den Sitz der Exekutivfunktionen und der Emotionsregulation belegen.

3 Traumafolgen und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

3.1 Was ist ein Trauma?

Ein Trauma ist sowohl ein medizinischer als auch ein psychologischer Begriff. Medizinisch definiert er größere körperliche Verletzungen oder Wunden.

Aus psychologischer Sicht lässt sich Trauma bzw. die *Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)* als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein kurz- oder langanhaltendes belastendes Ereignis oder eine Situation bezeichnen mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophärenartigen Ausmaßes, die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde (ICD-10-GM, 2016).

Bereits in der Kindheit erlebte Traumata wie existentiell bedrohliche Erlebnisse können ihre Spuren während der gesamten Entwicklung hinterlassen, stressbedingte Störungen nach sich ziehen und im Erwachsenenalter den Gesundheitszustand beeinträchtigen.

Das emotionale Erleben von Personen mit PTBS ist häufig durch intensive Angst, Schuld, Scham, Traurigkeit, Ärger sowie emotionale Taubheit geprägt, häufig mit Entfremdungsgefühlen mit sozialem Rückzug, Symptomen autonomer Übererregung, z. B. eine erhöhte Reaktionsbereitschaft, starke Schreckreaktionen, Reizbarkeit, Konzentrationsprobleme und Schlafstörungen.

Aber auch selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität und Dissoziationen können als Folge eines Traumas auftreten (Cohen et al. 2009; Maercker et al. 2017; Rosner und Steil 2010).

Traumatische Belastungen haben Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Existentiell bedrohliche Lebensereignisse beeinflussen den psychischen und auch körperlichen Gesundheitszustand. 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 traumaaussoziierten Inhalten auftreten (Cohen et al. 2009). Selbst Stimmen hören, 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 Ausnahmestand. Plötzlich erscheint das Leben aus der Balance geraten.

Traumatisierende Ereignisse sind vielfältig. Eine Klassifikation nach Terr (1991) unterteilt Traumata dabei in *Typ I-Traumata* als kurzandauernde, einmalige Ereignisse und in *Typ II-Traumata* als langandauernde, sich wiederholende

Ereignisse (Landolt 2004; Landolt und Hensel 2008) (► Abb. 1).

Typ I-Traumata umfassen schicksalhafte Ereignisse wie zum Beispiel den Tod eines geliebten Menschen, einen Unfall oder lebensbedrohliche Erkrankungen. Typ II-Traumata beschreiben sogenannte »Man-made disasters« – von Menschen verursachte Traumata wie z. B. Kindesmisshandlung, intrafamiliäre Gewalt, sexuellen Missbrauch, schwere Vernachlässigung, Kriegs-, Terror- und Fluchtbefestigungen. »Man-made disasters« sind besonders gravierend, da sie das basale persönliche Sicherheitsbedürfnis und das Vertrauen in andere Menschen erschüttern. Die von Menschen erzeugten Traumata sind häufig die Ursache einer schwerwiegenden, meist komplexen Traumatisierung oder PTBS.

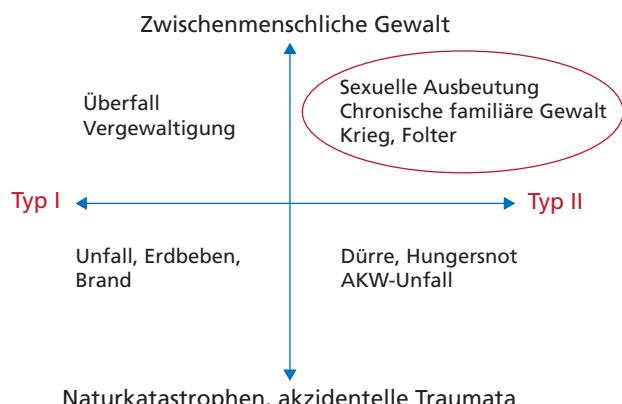


Abb. 1: Klassifikation traumatischer Lebensereignisse (nach Landolt 2004)

Die Ausprägung und die Symptome der Traumafolgen sind vom Entwicklungsstand und Alter des Kindes oder des Jugendlichen abhängig.

Fehlende soziale und familiäre Bezüge begünstigen die Entwicklung einer PTBS (Trickey et al. 2012). Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge sind davon besonders betroffen. Die Zahl psychischer Störungen ist bei minderjährigen Geflüchteten deutlich erhöht (Gavranidou et al. 2008; Fazel et al. 2005), und unbegleitete minderjährige Flüchtlinge sind eine besonders vulnerable Gruppe für die Entwicklung einer PTBS (Huemer et al. 2009; Derluyn et al. 2009; Sobanski et al. 2021; Sukale et al. 2022; Witt et al. 2015).

Kinder und Jugendliche, denen durch traumatische Erfahrungen buchstäblich »der Boden unter den Füßen weggezogen wurde«, versuchen häufig mit viel Angst und