

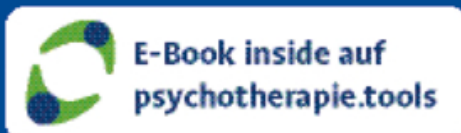


Tewes • Rosner • Pfeiffer

THERAPIE-TOOLS



Posttraumatische Belastungsstörung im Kindes- und Jugendalter



BELTZ



Dr. Alexander Tewes, Dipl.-Psych., Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, ist Leiter des Lüneburger Ausbildungsinstituts für Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie (LAKIJU-VT) an der Psychiatrischen Klinik Lüneburg (PKL).



Prof. Dr. Rita Rosner, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin, Inhaberin des Lehrstuhls für Klinische und Biologische Psychologie an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. Frau Rosner war Präsidentin der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) und im Vorstand der European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS). Sie ist Mitgründerin und war Mitherausgeberin des European Journal of Psychotraumatology (EJPT).



Prof. Dr. M.Sc.-Psych. Elisa Pfeiffer ist Lehrstuhlinhaberin für Klinische Psychologie und Kinder- und Jugendpsychotherapie an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt und leitet eine wissenschaftliche Arbeitsgruppe zum Thema Trauma bei Kindern und Jugendlichen am Universitätsklinikum Ulm. Sie ist außerdem als approbierte Psychotherapeutin und Supervisorin tätig.

Dr. Alexander Tewes
Lüneburger Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie (LAKIJU-VT)
Psychiatrische Klinik Lüneburg (PKL)
Am Wienebütteler Weg 1
21339 Lüneburg
E-Mail: Alexander.Tewes@pk.lueneburg.de

Prof. Dr. Rita Rosner
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt
Lehrstuhl für Klinische und Biologische Psychologie
Ostenstr. 25
D-85072 Eichstätt
E-Mail: rita.rosner@ku.de

Prof. Dr. Elisa Pfeiffer
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt
Lehrstuhl für Klinische Psychologie und
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Levelingstr. 1
85049 Ingolstadt
E-Mail: Elisa.Pfeiffer@ku.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Beltz Verlagsgruppe behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor. Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29156-9 Print
ISBN 978-3-621-29157-6 E-Book (PDF)

1. Auflage 2026

© 2026 Programm Beltz Psychotherapie & Psychologie
Beltz Verlagsgruppe GmbH & Co. KG
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Karin Ohms
Umschlagbild: Lina-Marie Oberdorfer
Herstellung: Uta Euler
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort	10
Einführung	12
1 Diagnostik, (Trauma-)Anamnese und Biografie	22
2 Beziehungen, Motivation, Ressourcen und Ziele	39
3 Rahmenbedingungen für Traumatherapie	51
4 Familie, Eltern, Bezugspersonenarbeit	77
5 Psychoedukation, Aufklärung und Störungsmodell	100
6 Entspannung und Achtsamkeit	123
7 Gedanken, Gefühle und Verhalten	137
8 Traumabearbeitung	177
9 Zukünftige Sicherheit und Entwicklung, Abschluss der Behandlung	230
10 Besonderheiten der Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen	257
Literatur	271
Bildnachweis	275

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

1 Diagnostik, (Trauma-)Anamnese und Biografie

AB 1	Checkliste für potenziell traumatisierende Ereignisse	25
AB 2	Checkliste potenziell traumatisierender Ereignisse (Fachpersonal)	26
AB 3	Das Leben seit dem Trauma (Jugendliche)	27
AB 4	Das Leben seit dem Trauma (Eltern)	29
AB 5	Trauma-Landkarte	31
AB 6	Trauma-Landkarte (mit Ressourcen)	33
AB 7	Tagebuchkarte	35
AB 8	Trigger-Tagebuch	36
AB 9	Intrusionsliste	37
INFO 1	Übersicht Diagnostikinstrumente	38

2 Beziehungen, Motivation, Ressourcen und Ziele

AB 10	Das bin ich!	42
AB 11	Meine Ziele und Stärken	43
AB 12	Meine Ziele und Stärken als Eltern	44
AB 13	Unsere Ziele als Team	45
AB 14	Schönes und Belastendes	46
INFO 2	Validierungsstufen	47
INFO 3	Commitmentstrategien	49
AB 15	Vermeidungsstrategien – funktionieren sie?	50

3 Rahmenbedingungen für Traumatherapie

AB 16	Therapievertrag und Notfallplan	54
INFO 4	Täterkontakte	56
INFO 5	Gerichtsverfahren	59
AB 17	Meine Sicherheit	64
AB 18	Die Sicherheit meines Kindes	67
AB 19	Meine Sicherheitsstrategien	70
INFO 6	Mögliche Anlaufstellen zur Begleitung	72
INFO 7	Umgang mit Mobbing	74

4 Familie, Eltern, Bezugspersonenarbeit

INFO 8	Aktives Zuhören und Gefühlsausdruck	80
INFO 9	Ignorieren (Selektive Aufmerksamkeit)	81
INFO 10	Auszeit	82
INFO 11	Effektive Anweisungen geben	83
INFO 12	Konstruktives Feedback	84
INFO 13	Richtig loben	85
AB 20	Richtig loben	86
INFO 14	Dialektische Zwickmühlen	88

INFO 15	Was ist »normal« bei Jugendlichen?	89
INFO 16	Was ist Validierung?	90
AB 21	Mein Kind validieren	92
AB 22	Sich selbst validieren	93
AB 23	Validierende und invalidierende Aussagen	94
INFO 17	Tipps für Eltern	95
AB 24	Eigene Ressourcen stärken	97

5 Psychoedukation, Aufklärung und Störungsmodell

INFO 18	Hinweise zur Psychoedukation	103
INFO 19	Altersentsprechende Traumareaktionen	106
INFO 20	Was ist eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)?	109
INFO 21	Häusliche Gewalt	111
INFO 22	Sexuelle Gewalt	114
INFO 23	Unfall	116
INFO 24	Vernachlässigung	117
AB 25	Ablauf der Therapie	119
AB 26	Mein Weg zum Therapieerfolg	120
INFO 25	Hinweise zum Ausarbeiten des individuellen Störungsmodells	121
AB 27	Mein Störungsmodell	122

6 Entspannung und Achtsamkeit

INFO 26	Warum ist Entspannung wichtig?	125
AB 28	Progressive Muskelentspannung (PMR)	126
AB 29	Bauchatmung	127
INFO 27	Konzentriertes Atmen (Entspannung für kleine Kinder)	128
AB 30	Wochenplan Entspannung	130
AB 31	Tagebuch Entspannung	132
INFO 28	Entspannung vs. Achtsamkeit	133
AB 32	5-4-3-2-1	135
INFO 29	Check-in	136

7 Gedanken, Gefühle und Verhalten

INFO 30	Warum arbeiten wir an Gedanken, Gefühlen und Verhalten?	141
AB 33	Welche Gefühle gibt es?	142
INFO 31	Gefühlsarbeit bei Trauma	143
AB 34	Colour your life	147
AB 35	Colour your life (mit Vorgabe)	148
AB 36	Colour my body	149
AB 37	Gefühlsthermometer	150
AB 38	Gefühlsthermometer (mit Ankerpunkten)	151
AB 39	Gefühle in Situationen	152
AB 40	Mein Werkzeugkoffer für Gefühle	153
AB 41	Gefühlspantomime	154
AB 42	Gefühle in Bewegung	155
AB 43	Gefühlsmemo	156

AB 44	Gedanken, Gefühle, Handlung	157
AB 45	Das Denken-Fühlen-Handeln-Spiel	158
AB 46	Das magische Dreieck	159
AB 47	Das magische Dreieck – aus Alt mach Neu!	160
AB 48	Kognitives Dreieck – der Boden ist Lava!	161
AB 49	4-Felder-Tafel	162
AB 50	Die ABC-Methode	163
INFO 32	Das »Wie denkst du?«-Team erkennen	164
AB 51	Das »Wie denkst du?«-Team erkennen – Trainingsaufgabe	166
INFO 33	Das »Wie denkst du?«-Team herausfordern	167
AB 52	Das »Wie denkst du?«-Team herausfordern – Trainingsaufgabe	168
AB 53	Hilfreiche Gedanken finden	169
AB 54	Mein Sorgenhirn	172
AB 55	Gedanken erforschen	173
AB 56	Probleme lösen	174
AB 57	Rote und grüne Gedanken	176

8 Traumabearbeitung

INFO 34	Das Traumanarrativ	182
INFO 35	Warum erzählen wir die Geschichte?	188
INFO 36	Wundenmetapher	190
INFO 37	Kleiderschrankmetapher	191
AB 58	Meine Lebenslinie	192
AB 59	Meine Traumageschichte: Die ersten Seiten	194
AB 60	Meine Fluchtgeschichte: Die ersten Seiten	197
AB 61	Mein Erinnerungsbuch	200
AB 62	Meine Traumageschichte: Comic-Vorlage	204
AB 63	Belastungseinschätzung	205
AB 64	Belastungseinschätzung im Verlauf der Therapiesitzung	206
AB 65	Belastungseinschätzung (mehrere Gefühle)	207
INFO 38	Hilfe bei Startschwierigkeiten ins Traumanarrativ	209
AB 66	Meine Gedanken über das Trauma	210
AB 67	Meine Gedanken über das Trauma (Eltern)	212
INFO 39	Vorbereitung der gemeinsamen Sitzung	214
AB 68	Gemeinsame Sitzung – Meine Fragen an meine Bezugsperson	216
AB 69	Gemeinsame Sitzung – Meine Antworten auf deine Fragen	217
AB 70	Gemeinsame Sitzung – Meine Fragen an dich	218
AB 71	Gemeinsame Sitzung – Meine Antworten auf die Fragen meiner Bezugsperson	219
AB 72	Gemeinsame Sitzung – Meine Sorgen und Ängste	220
INFO 40	In-vivo-Training	221
AB 73	Meine Angstpyramide	223
AB 74	Verhaltensexperiment	224
INFO 41	Übung zur Hauterneuerung (CRIM-Technik)	225
INFO 42	Posttraumatisches Wachstum	227
AB 75	Brief an den Täter (wie ich es jetzt sehe)	228
AB 76	Übung Posttraumatisches Wachstum – »Boyfriend / Girlfriend Checklist«	229

9 Zukünftige Sicherheit und Entwicklung, Abschluss der Behandlung

AB 77	Gute und schlechte Geheimnisse	233
AB 78	Mein Kreis der Sicherheit	234
AB 79	Sich sicher fühlen und sich schützen	235
INFO 43	Deine Grenzen schützen	237
INFO 44	Berührungen – okay oder nicht okay?	238
AB 80	Red Flags	240
AB 81	Das Paket für eine gute Zukunft	241
AB 82	Hilfe bei Problemen I	242
AB 83	Hilfe bei Problemen II	243
AB 84	Was hilft mir bei einem Problem?	245
AB 85	Meine Gefühle damals und heute	246
AB 86	Am Ziel: ein Rückblick	247
AB 87	Ein Brief an mich selbst	248
AB 88	Rückfallprophylaxe Familienübung	249
AB 89	Abschied nehmen	250
AB 90	Was habe ich als Therapeut:in geschafft?	251
AB 91	Fragebogen zur Therapieauswertung – Eltern	253
AB 92	Fragebogen zur Therapieauswertung – Betroffene	255

10 Besonderheiten der Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen

INFO 45	Practice what you preach – Sich selbst Gutes tun	259
AB 93	Meine kleinen Helfer	260
AB 94	Sammlung positiver Aktivitäten	261
AB 95	Stille Viertelstunde	263
INFO 46	Traumatherapie bei komplexer PTBS im Kindes- und Jugendalter	264
INFO 47	PTBS-Therapie bei Flucht und Migration	267
INFO 48	TF-KVT bei Kindern und Jugendlichen mit anhaltender Trauerstörung nach traumatischem Verlust	269

Vorwort

Therapie-Tools entstehen in der Regel zunächst als »Lose-Blatt-Sammlungen«. Wie auch andere Autor:innen haben wir im Rahmen unserer Ausbildung, Forschung und praktischen Tätigkeit im Laufe der Jahre diverse Arbeitsmaterialien gesammelt, mit denen wir unsere tägliche Arbeit umsetzen. Im Rahmen von Workshops und Supervisionen wurden wir immer wieder angefragt, ob diese Arbeitsmaterialien auch für die eigene psychotherapeutische Arbeit zugänglich gemacht werden können. Daher liegt es nahe, diese in einem Band zusammenzuführen. Derartige Arbeitshilfen bieten offensichtliche Vorteile, jedoch auch Risiken, auf die wir an dieser Stelle explizit hinweisen wollen. Mögen sie noch so gut strukturiert sein, so ersetzen derartige Materialsammlungen auf keinen Fall die adäquate Ausbildung in einem evidenzbasierten psychotherapeutischen Verfahren. Dies gilt für die Psychotherapie im Allgemeinen und für die Therapie von Traumafolgestörungen nochmals mehr. Da dieses Thema in den vergangenen Jahren eminent an Relevanz gewonnen hat, ist auf dem »therapeutischen Markt« auch entsprechend viel an Ideen entwickelt worden. Vieles davon ist gut und hilfreich, einiges schädlich und bei einigen Methoden gibt es schlichtweg noch nicht genug Forschung, um die Interventionen abschließend beurteilen zu können. Als Autor:innenteam fühlen wir uns sowohl der gelebten Praxis als auch dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung verpflichtet. Wir haben diverse Verfahren erlernen dürfen, die im Rahmen der Behandlung von Traumafolgestörungen zum Einsatz kommen können, z. B. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente ([DBT(A)], Entwicklungsangepasste kognitive Verhaltenstherapie [E-KVT], Prolongierte Exposition [PE] und nicht zuletzt auch die Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie [TF-KVT] nach Cohen et al., 2009). Eine Anerkennung von EMDR als abrechenbare Therapiemethode bei Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) im Kindes- und Jugendalter wurde beantragt. Wir haben uns entschieden, den Fokus hier auf die Arbeit mit der Methode der TF-KVT zu legen, da diese Methode nach derzeitigem Stand der Forschung die Methode der Wahl darstellt (AWMF, 2025). Die aktuelle S 3-Leitlinie befindet sich derzeit in Überarbeitung. Ein weiterer Grund für diesen Fokus ist, dass von allen Expert:innen empfohlen wird, unterschiedliche Therapieverfahren nicht zu mischen, sondern sich für ein Verfahren zu entscheiden: nämlich das, was am besten der eigenen Kompetenz entspricht, für die zu behandelnde Person passend ist und dessen Wirkung wissenschaftlich als erwiesen gilt. Da wir sowohl im Alltag am häufigsten mit der vorgestellten Methode arbeiten als auch alle in zum Teil federführender Rolle an den Studien beteiligt waren, die zur Leitlinienempfehlung geführt haben, erschien es uns nur sinnvoll, diese Methode zur Grundlage dieses Buches zu machen. Einige der Arbeitsblätter sind im Rahmen der oben genannten Studien erstellt worden, an denen wir beteiligt waren. Diesbezüglich möchten wir uns bei den damals beteiligten Kolleg:innen Lutz Goldbeck, Veronica Kirsch, Cedric Sachser, Thorsten Sukale, Patrick Fornaro und Johanna Unterhitzberger, die auch an der Entwicklung einiger der vorliegenden Arbeitsblätter beteiligt waren, ganz herzlich bedanken. Am liebsten hätten wir sie auch mit in unser Autor:innenteam aufgenommen, das hätte dann jedoch leider den Rahmen gesprengt. Besonderer Dank gilt auch Verona Pircher, die uns bei der Durchsicht der diversen Arbeitsmaterialien geholfen hat, sowie Evelyn König vom Opferhilfebüro Lüneburg, die ein Arbeitsblatt beigesteuert hat, und Frau Karin Ohms, die seitens des Beltz Verlags das Lektorat übernommen hat.

Unserer Erfahrung nach wird die Therapie von PTBS im Kindes- und Jugendalter von diversen Mythen begleitet. Unter anderem wird immer wieder kolportiert, dass eine Traumatherapie ausschließlich als Langzeittherapie mit mehrjähriger Zusatzausbildung nach abgeschlossener Approbation in diversen Verfahren ausgeübt werden könne. Unsere praktische wie auch wissenschaftliche Erfahrung lehrt uns jedoch anderes: Es benötigt unseres Erachtens nach die allgemeine Psychotherapieausbildung, eine adäquate Schulung (bei einer entsprechend zertifizierten Person oder z. B. mittels des kostenlosen On-

linetrainings der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt; <https://tfkvt.ku.de>) und dann vor allem die praktische Umsetzung in der Therapie unter qualifizierter Supervision. So haben wir dieses Verfahren erlernt und erfolgreich anwenden können.

Unser besonderer Dank gilt denjenigen, von und mit denen wir über all die Jahre lernen durften. Alle zu nennen, würde den Rahmen sprengen, besonders aber bedanken wir uns bei dem leider viel zu früh verstorbenen Lutz Goldbeck, Regina Steil, Judith A. Cohen, Anthony P. Mannarino, Esther Deblinger, all den Kolleginnen und Kollegen, mit denen wir gemeinsam gelernt und behandelt haben, und vor allem unseren Patient:innen und deren Familien. Von nichts lernt man so viel wie vom wirklichen Leben!

Lüneburg, Eichstätt und Ingolstadt, im Januar 2026

Alexander Tewes

Rita Rosner

Elisa Pfeiffer

Einführung

Beschreibung der Störung

Kinder und Jugendliche können einer Vielzahl von traumatischen Erlebnissen ausgesetzt sein, die zu einer Traumafolgestörung wie der PTBS führen können. Traumatische Erlebnisse werden nach DSM-5 (APA, 2015) definiert als »Konfrontation mit dem tatsächlichen oder drohenden Tod, ernsthafter Verletzung oder sexualisierter Gewalt« (s. Abb. 0.2) und können in interpersonelle und akzidentelle Traumata sowie Typ 1 (einmalig) vs. Typ 2 (wiederholt) Traumata unterteilt werden (s. Abb. 0.1). Vielen Kindern und Jugendlichen widerfährt mindestens ein potenziell traumatisches Ereignis bis zu ihrem 18. Lebensjahr (Copeland et al., 2007). Insbesondere interpersonelle traumatische Erlebnisse (z. B. physische oder sexualisierte Gewalt) und sich wiederholende Erlebnisse (z. B. häusliche Gewalt über mehrere Jahre hinweg) erhöhen die Wahrscheinlichkeit, eine PTBS zu entwickeln.

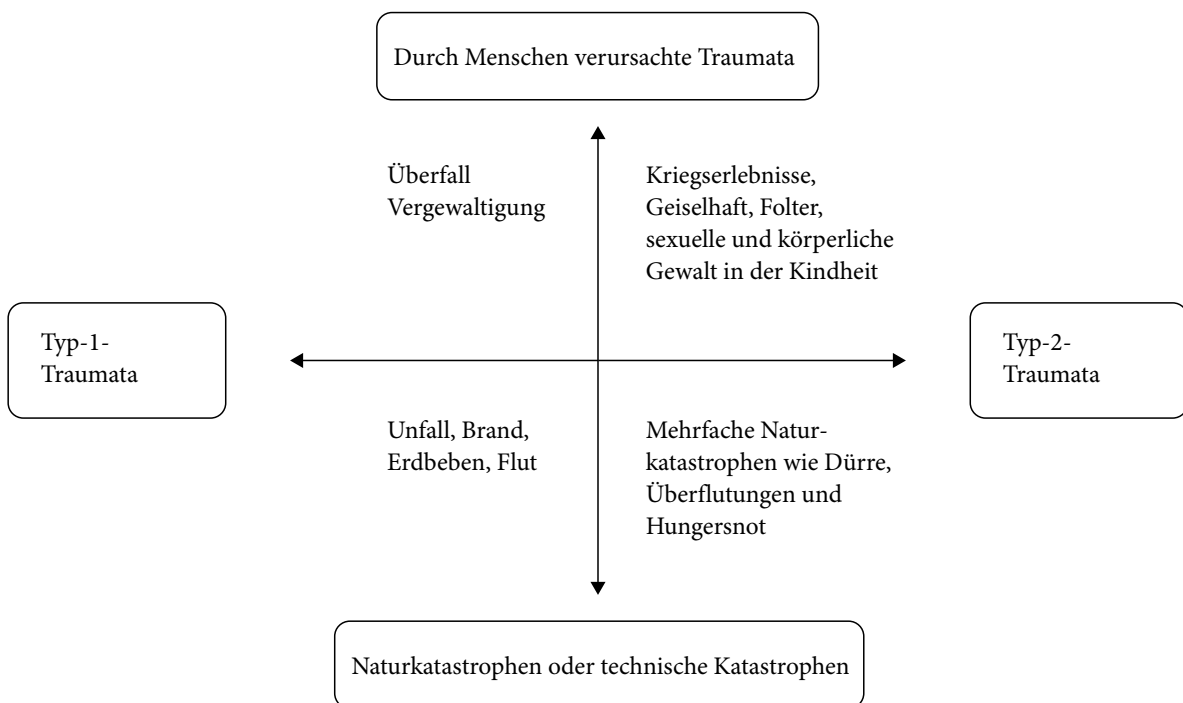


Abbildung 0.1 Kategorisierung von traumatischen Erlebnissen nach Terr (1991)

In den drei verfügbaren deutschsprachigen epidemiologischen Studien liegen die Häufigkeiten (Perkonig et al., 2000; Landolt et al., 2013) für potenziell traumatische Ereignisse zwischen 17 % (Mädchen bei Perkonig et al., 2000) und 56 % (bei Landolt et al., 2013). Die entsprechenden Prävalenzen liegen bei Perkonig et al. bei 2,2 % bei Mädchen und 1 % bei Jungen und bei Landolt et al. 6,2 % bei Mädchen und 4,2 % bei Jungen. Diese Zahlen liegen deutlich niedriger als in vielen internationalen Vergleichsstudien, zeigen aber dennoch, dass Kinder und Jugendliche eine besonders vulnerable Population sind, da sie durch traumatische und andere kritische Lebensereignisse in ihrer sozialen und emotionalen Entwicklung gefährdet sein können (für eine Übersicht der PTBS-Symptome nach DSM-5 und ICD-11 s. Abb. 0.2 und 0.3). Während die DSM-5-Kriterien überwiegend in der Forschung angewendet und damit in den meisten Psychotherapiestudien angewendet werden, werden die ICD-11-Kriterien überwiegend in der klinischen Praxis verwendet.

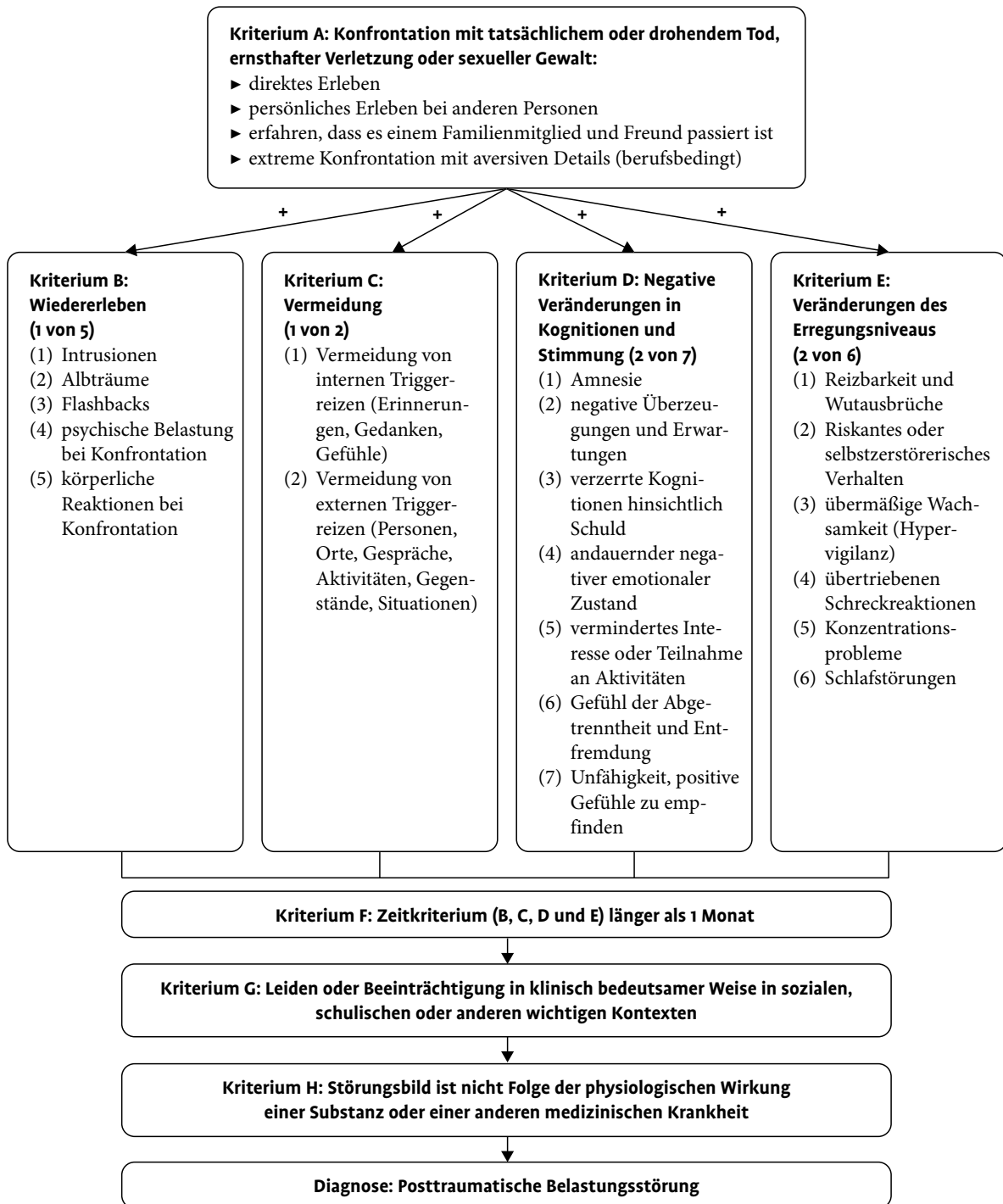


Abbildung 0.2 Darstellung der PTBS nach DSM-5-Kriterien

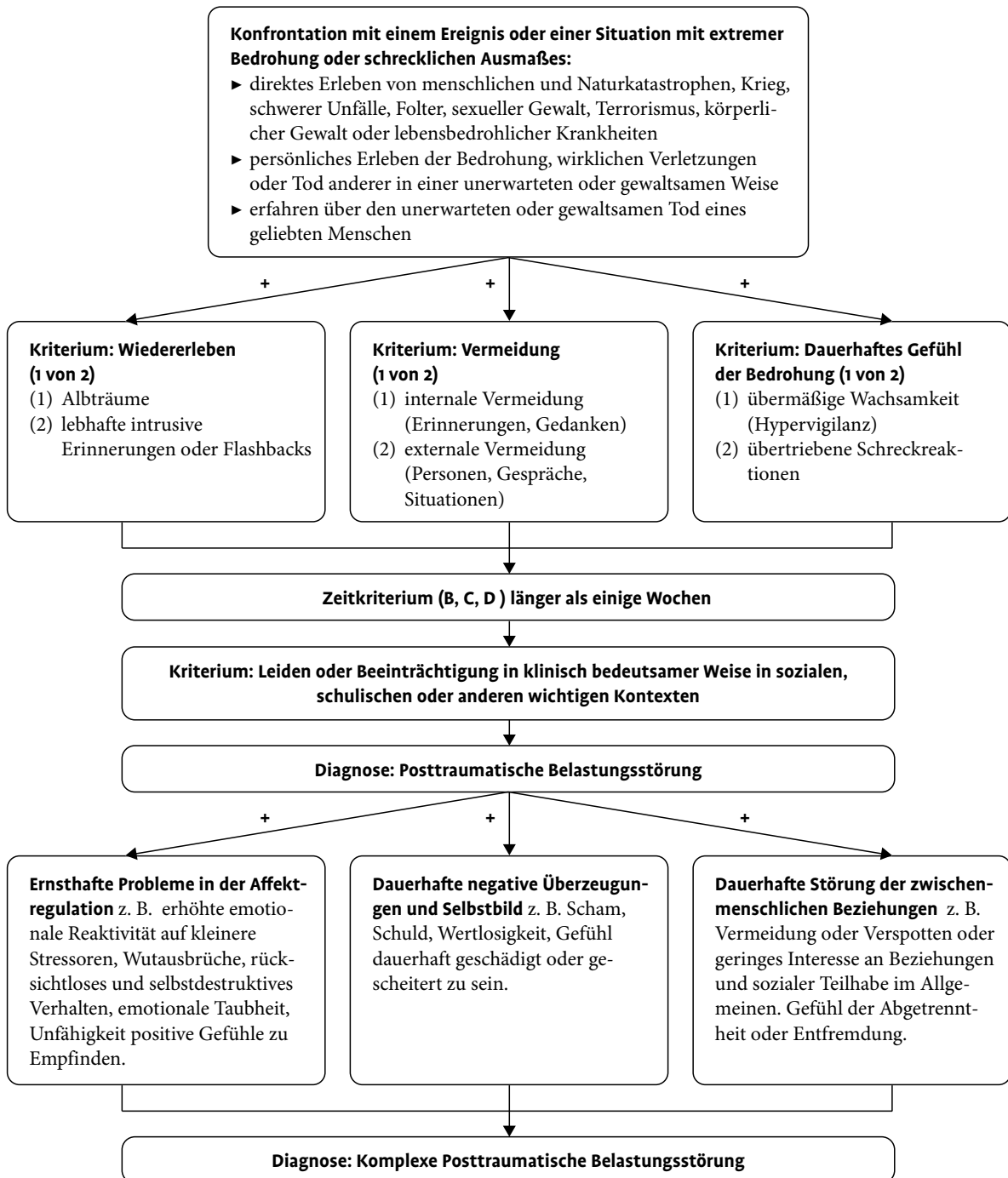


Abbildung 0.3 Darstellung der PTBS und der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS) nach ICD-11-Kriterien

Zusammenfassend haben die Autor:innen des DSM-5 die »komplexen« Symptome unter der Symptomgruppe »Negative Veränderungen von Kognitionen und Emotionen« eingeführt, während die ICD-11-Kriterien eine zusätzliche Diagnose, die kPTBS, enthalten (vgl. Abb. 0.3). Das klinische Bild der PTBS unterscheidet sich stark vor dem Hintergrund verschiedener Alters- und Entwicklungsstufen. So zeigen junge Kinder häufig regressives Verhalten, traumatisches Spiel oder Trennungsängste, wohingegen Jugendliche sich teilweise stärker zurückziehen oder Hochrisikoverhaltensweisen zeigen. Ebenso abhängig vom Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder Jugendlichen können diese neben einer PTBS weitere komorbide Störungen entwickeln. Häufige komorbide Störungen sind Trennungs-

angst oder andere Angststörungen, Depression, Substanzmissbrauch, externalisierende Störungen oder dissoziative Störungen.

Epidemiologie und Verlauf

Prävalenz. Die PTBS im Kindes- und Jugendalter hat in den vergangenen Jahren rasant an Relevanz in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen gewonnen. Nicht zuletzt durch die Herausforderungen, mit denen sich Schule, Gesellschaft, Gesundheitssystem und vor allem die Betroffenen selbst im Rahmen von Pandemie, Krieg und Vertreibung konfrontiert sehen, wurde die Sensibilität im Hinblick auf dieses Störungsbild zunehmend geschärft. Hierbei wurde nachdrücklich deutlich, wie häufig die Störung auch unabhängig von diesem Kontext auftritt. Wenn man die Prävalenzraten betrachtet, wird deutlich, wie hoch das Risiko ist, eine entsprechende Störung zu entwickeln. So liegt das Risiko, im Verlauf des Lebens ein potenziell traumatisierendes Ereignis zu erleben, je nach Diagnosekriterien bei 40–60 % oder deutlich höher. 25–30 % aller Betroffenen entwickeln Symptome einer PTBS, die Lebenszeitprävalenz für die Entwicklung einer PTBS nach einem traumatischen Ereignis liegt bei etwa 4 % in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (Kessler et al., 2017). Damit gehört die PTBS zu den häufigeren psychischen Störungen. Zwischen 2008 und 2017 hat sich die Diagnosehäufigkeit der PTBS in Deutschland mehr als verdoppelt. Dennoch werden immer noch viele Fälle nicht diagnostiziert.

Ob ein Mensch eine PTBS entwickelt, hängt von vielen Faktoren ab, insbesondere jedoch auch von der Art der Traumatisierung, dem Alter und ihrer Dauer. So führt vor allem sexualisierte Gewalt neben physischer Gewalt in der Kindheit am wahrscheinlichsten zur Entwicklung einer PTBS. Letztendlich steigt das Risiko für eine psychische Störung, je jünger die Opfer zum Zeitpunkt der sexualisierten Gewalt sind (Kessler et al., 2010).

Komorbidität. Komorbide Störungsbilder (insbesondere Angst- und depressive Erkrankungen, aber auch Störungen des Sozialverhaltens etc.) sind eher die Regel als die Ausnahme (vgl. Rosner & Unterhitzberger, 2018). Die Autor:innen bezeichnen die PTBS folgerichtig auch als »Gatekeeper-Störung«, da in Folge nicht behandelter PTBS häufig andere psychische Störungen entstehen können. So erfüllen im klinischen Setting 87,5 % der Patient:innen die Diagnosekriterien für mindestens ein weiteres Störungsbild, 77,5 % erfüllen gar die Kriterien für zwei oder mehr zusätzliche Diagnosen (Perkonig et al., 2000). Auf Symptomebene zeigen sich am häufigsten Probleme der Affektregulation, dissoziative Symptome, Störungen des Sozialverhaltens, selbstverletzendes Verhalten und Substanzmissbrauch. Infolgedessen treffen Therapeut:innen im Alltag eher auf Patient:innen, die mit anderen Verdachtsdiagnosen überwiesen werden. Häufig wird am vordergründigen Symptom (z. B. mangelnde Impulskontrolle) und damit an der eigentlichen Ursache (der PTBS) vorbeibehandelt.

Erklärungskonzepte

In den letzten Jahrzehnten entwickelten sich eine Reihe von Erklärungskonzepten, die allerdings fast alle aus Befunden für Erwachsene abgeleitet und dann zum Teil für Kinder und Jugendliche angepasst wurden. Lerntheoretische und biologische Modelle greifen dabei am besten auf empirische Befunde zurück, während für manch andere Modelle keine oder sogar negative Befunde vorliegen. Da dies ein praxisorientiertes Buch ist, erwähnen wir hier nur ein paar ausgewählte Modelle.

Zwei-Faktoren-Theorie. Eines der ältesten Modelle ist die Zwei-Faktoren-Theorie nach Mowrer (1947), die für Angststörungen formuliert wurde. Dabei wird angenommen, dass es in einem ersten Schritt zu einer Koppelung von neutralen und bedrohlichen Reizen durch klassische Konditionierung kommt, wodurch eine intensive Angstreaktion auf die konditionierten Reize ausgelöst wird. In einem zweiten Schritt, der operanten Konditionierung, lernen die Betroffenen, dass die Vermeidung dieser Reize die Angst verhindert oder zumindest verringert. Diese Erklärung für die Aufrechterhaltung der Vermeidung ist in der Psychoedukation von fast allen KVT-Interventionen enthalten.

Gedächtnisprozesse. Weitere kognitive Modelle beziehen sich zusätzlich auf die Gedächtnisprozesse, die bei der PTBS-Symptomatik deutlich erkennbar verändert sind. Angenommen wird, dass das trau-

matische Ereignis sowohl das Gedächtnis verändert als auch grundlegende Annahmen über die Welt und das Selbst. Das am besten untersuchte Modell, zu dem auch kinderspezifische Studien vorliegen, ist das Kognitive Modell von Ehlers und Clark (2000), bei dem Gedächtniseffekte (Koppelung von Reizen), kognitive Bewertungen und die Aufrechterhaltung dysfunktionaler Bewertung und Verhaltensweisen zur Aufrechterhaltung der PTBS führen. Für das Gedächtnis beschreiben die Autor:innen zwei wesentliche Prozesse: Zum einen die ungenügende Elaboration und Einbettung des traumatischen Ereignisses in die Struktur des autobiografischen Gedächtnisses (sodass das Ereignis nicht als vergangen erlebt wird) und zum anderen starke assoziative Gedächtnis-Verbindungen während des Ereignisses, wodurch besonders Reiz-Reiz- und Reiz-Reaktions-Verbindungen für Reize entstehen, die mit dem traumatischen Ereignis verbunden sind. Diese Verbindungen müssen den Betroffenen nicht unbedingt bewusst sein. Zudem kommt es zu einem starken Priming, wodurch diese Verbindungen immer wieder und schnell ausgelöst werden. Das Ereignis wird dadurch nicht als vergangen erlebt, sondern als Hinweis auf aktuelle Gefahr. Des Weiteren folgen dem traumatischen Ereignis bzw. seinen Konsequenzen verschiedene negative Interpretationen, woraus die Wahrnehmung einer schwerwiegenden gegenwärtigen Bedrohung resultiert. Diese Bedrohung kann sowohl extern (überall lauern Gefahren) als auch intern (bspw. eigene Person als akzeptabel zu sehen) lokalisiert werden.

Furchtnetzwerkmodell. Das Furchtnetzwerkmodell nach Foa et al. (1989) ergänzt das obige Modell durch die besondere Berücksichtigung der Koppelung von Reizen mit physiologischen Reaktionen. Ein Furchtnetzwerk kann viele Elemente umfassen und ist durch jedes seiner Elemente leicht aktivierbar. Eine Veränderung des Furchtnetzwerkes kann nur durch die Aktivierung und anschließendes Umlernen innerhalb der Konfrontation erreicht werden.

Cognitive Processing Therapy. Andere kognitive Modelle wie die von Patricia Resick entwickelte Cognitive Processing Therapy (CPT; Resick et al., 2017, 2025; deutsches Manual von König et al., 2012; vgl. Jericho et al., 2021) betonen wiederum spezifische kognitive Prozesse der Entstehung und Aufrechterhaltung einer PTBS. Die Verarbeitung eines traumatischen Ereignisses wird dabei im Rahmen bereits vorher bestehender Überzeugungen verarbeitet. Resick geht davon aus, dass Menschen ihre schon prätraumatisch vorhandenen Bewertungen und Überzeugungen aufrechterhalten bzw. ihre Schemata an die Realität anpassen wollen. Dabei kann es zum Entstehen dysfunktionaler Kognitionen (sog. »Stuck-Points« oder Hängepunkte) kommen, die eine Verbesserung der Symptomatik verhindern. Das Trauma kann auf ungünstige Weise so bewertet werden, dass es in bestehende Schemata passt (Assimilation: »Es ist passiert, weil ich so wertlos bin«) oder Schemata dauerhaft ungünstig verändern (Über-Akkommodation: »Alle Menschen sind gefährlich«).

Alle traumafokussierten Interventionen beziehen sich auf die obigen Modelle und je nach Schwerpunkt beziehen sie sich eher auf Expositionselemente oder kognitive Elemente oder kombinieren beide. Dabei ist die Anpassung auf Kinder und Jugendliche unterschiedlich stark ausgeprägt.

Neurobiologische Modelle

Diese Modelle beziehen sich auf hormonelle, neurophysiologische und immunologische Veränderungen, die bei Menschen in der Folge des Erlebens potenziell traumatischer Ereignisse (PTE) gefunden wurden. Auch hier beziehen sich die meisten Studien auf Erwachsene und nur ein sehr kleiner Teil auf Kinder und Jugendliche. Des Weiteren ist bisher nicht geklärt, ob die gefundenen Veränderungen die Folge eines potenziell traumatischen Ereignisses sind oder ob es sich um bereits vorher bestehende Risikofaktoren handelt. Bisher haben die neurobiologischen Befunde nicht zu einer erfolgreichen Behandlung geführt, sodass es sich hier noch um Grundlagenbefunde handelt.

Aus diesem Grund möchten wir hier nur ein paar prominente Befunde erwähnen. Für manche Patient:innen kann allerdings die Kenntnis darüber, dass eine PTBS mit »tatsächlichen« physiologischen Veränderungen assoziiert ist, eine große Erleichterung sein. Es kann sein, dass es für sie die Kognition widerlegt, nicht wirklich krank zu sein.

Potenziell traumatische Ereignisse gehen auf endokriner Ebene mit Veränderungen in der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse einher, wobei die prominenteste die Veränderung des Cortisolhaushaltes ist. Allerdings sind die Befunde für Kinder auch hier nicht so eindeutig wie für Erwachsene. Verschiedene Übersichtsarbeiten aus den letzten Jahren thematisieren strukturelle und funktionale Veränderungen, mögliche sensible Phasen in der Entwicklung, und sie beziehen das Bindungssystem über den Oxytocin-Stoffwechsel mit ein (Teicher et al., 2016; Tomoda et al., 2020, 2024). Neben Veränderungen in der grauen Substanz werden reduzierte Konnektivität, Volumenveränderungen und Veränderungen im Hippocampus und der Amygdala berichtet.

Risikofaktoren

Nicht alle Menschen, die potenziell traumatische Lebensereignisse erleben, entwickeln auch eine PTBS. Ob dies geschieht, kann im Sinne eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses auf unterschiedliche Faktoren zurückzuführen sein. Grob können diese in prä-, peri-, posttraumatische (vor/während/nach dem Trauma) und generelle Risikofaktoren unterteilt werden (s. Abb. 0.4).

Generelle Risikofaktoren	▶ Weibliches Geschlecht ▶ Interpersonelles Trauma ▶ Generelle Vulnerabilität
Vor dem Trauma	▶ Vorangegangene Traumata ▶ Psychische Störung ▶ Funktionsniveau der Familie
Während des Traumas	▶ Kontrollverlust ▶ Dissoziation ▶ Stresserleben ▶ Interpersonelle Traumata ▶ Trennung von der Familie ▶ Physiologische Reaktion ▶ Kognitionen
Nach dem Trauma	▶ Soziale Unterstützung ▶ Dysfunktionale posttraumatische Kognitionen

Abbildung 0.4 Risikofaktoren zur Entwicklung einer PTBS

Psychotherapie

Aktuell werden die Ansätze zur Behandlung einer PTBS in zwei Gruppen eingeteilt: traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Interventionen. Diese werden in der neuen AWMF-Leitlinie (2025) wie folgt definiert: »Traumafokussierte Interventionen sind definiert als Therapieansätze, bei denen der Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder der Veränderung seiner Bedeutung für das heutige Leben liegt.« »Nicht-traumafokussierte Interventionen sind dagegen Therapieansätze, bei welchen der Fokus auf die Vermittlung von Fertigkeiten der Emotionsregulation und/oder dem Umgang mit posttraumatischen Belastungssymptomen (Psychoedukation) liegt.« Die AWMF-Leitlinien basieren auf einer Literaturübersicht zu den Metaanalysen und Einzelstudien der letzten Jahre und stimmen trotz unabhängiger Literatursuche und Bewertung mit anderen internationalen Leitlinien überein, wie etwa der des National Institute for Health and Care Excellence (NICE, Großbritannien), der International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) und dem Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health (Phoenix Australia, Australien). Für einen Überblick siehe Steil et al. (2021).

■ Definition

Die Begriffe »Konfrontation«, »Exposition« und »Traumanarrativ« können im Kontext der Traumatherapie synonym verwendet werden. In diesem Buch haben wir uns dazu entschlossen, vor allem den Begriff »Traumanarrativ« zu verwenden.

Während die AWMF (2025) pharmakologische Interventionen **nicht** empfiehlt, liegt für Kinder und Jugendliche eindeutig die umfassendste Evidenz für die TF-KVT nach Cohen et al. (2009) vor. Weitere Evidenz liegt bei Kindern für EMDR und die Narrative Expositionstherapie (KidNET) bei spezifischen Populationen vor. Für Jugendliche liegt weitere Evidenz für EMDR, KidNET bei kriegstraumatisierten Kindern aus Low-and-Middle-Income-Countries (LMICs), Prolongierte Exposition (PE), Cognitive Processing Therapy (CPT) und Kognitive Therapie (CT-PTSD) vor (Xiang et al., 2021; Hoppen et al., 2023; De Haan et al., 2024; Huang et al., 2022). Mit Ausnahme von EMDR sind sich die Interventionen recht ähnlich und unterscheiden sich nur darin, ob sie den Schwerpunkt auf das Traumanarrativ oder kognitive Umstrukturierung legen.

TF-KVT (Cohen et al., 2009). Das spezifische TF-KVT-Manual nach Cohen et al. (2017) sollte nicht mit dem Überbegriff der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie verwechselt werden, da es sich hier um eine spezifische Zusammenstellung von Interventionen handelt, die sowohl allgemeine Interventionen wie z. B. Psychoedukation, Traumanarrativ und kognitive Umstrukturierung enthält. Das Besondere des Manuals ist, dass es die Eltern oder wichtige Bezugspersonen mit ca. 50 % der Zeit mit einbezieht.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro, 2018) »ist eine traumafokussierte Intervention, die nach einem strukturierten Fokussierungsprozess in einen assoziativen Prozess der Verarbeitung mündet. Beide werden von rhythmischen, durch den Therapeuten bzw. die Therapeutin mit der Hand geführten Augenbewegungen begleitet« (Schäfer et al., 2019; S. 22).

Narrative Expositionstherapie für Kinder (KidNET). KidNET ist die kinder- und jugendlichenspezifische Anpassung der Narrativen Expositionstherapie (Schauer et al., 2011), die überwiegend mit Geflüchteten und in Low-and-Middle-Income-Countries (LMICs) untersucht wurde. Neben einer Lebenslinie zu Beginn der Therapie, bei der auch positive Lebensereignisse besprochen und in einen zeitlichen Kontext mit belastenden und potenziell traumatischen Ereignissen gestellt werden, besteht KidNET aus einem intensiven Traumanarrativteil zu den unterschiedlichen traumatischen Ereignissen.

Entwicklungsangepasste kognitive Verhaltenstherapie (E-KVT; Steil et al., 2023). Bei der E-KVT handelt es sich um eine an Jugendliche angepasste Version der Cognitive Processing Therapy, die um eine Motivationsphase und eine Emotionsregulationsphase vor der eigentlichen intensiven CPT-Phase erweitert wurde. Zum Abschluss folgen noch vier Therapiestunden zu Entwicklungsaufgaben. Die intensive CPT-Phase, die mit bis zu fünf Therapiestunden pro Woche durchgeführt werden kann und aus ca. 15 Therapiestunden besteht, hat das Ziel, mittels kognitiver Umstrukturierung der Bewertung vergangener und aktueller Reaktionen der Patient:innen letztendlich ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle im eigenen Umfeld wiederherzustellen. Die E-KVT enthält zwei Traumanarrativsitzungen und arbeitet sehr viel mit Arbeitsblättern.

Prolongierte Exposition für Jugendliche (Prolonged Exposure für Adolescents, PE-A; Foa et al., 2009; dt. 2016) basiert auf dem PE-Manual für Erwachsene (Foa et al., 2009) und legt einen Schwerpunkt auf die Exposition des oder der traumatischen Ereignisse. Hauptwirkmechanismus ist hier die Habituation an das traumatische Geschehen, das in Doppelstunden immer wieder konfrontiert wird. Dieses Vorgehen verändert das Furchtnetzwerk und die Patient:innen lernen, dass bestimmte Reize nicht mehr gefährlich sind.

Kognitive Therapie (Smith et al., 2014) basiert auf dem Modell von Ehlers und Clark (2000). Das Manual enthält keine festen Inhalte für bestimmte Stunden, sondern fokussiert auf die kognitive Umstrukturierung von Bewertungen, die mithilfe eines Traumanarrativs identifiziert wurden. Sitzungen z. B. zu Entspannungsverfahren oder Angstmanagement sind nicht Teil der Therapie.

Evidenz und Versorgungslücke

Obwohl es auch im Rahmen der Behandlung von PTBS sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche umfassende, gut erforschte Empfehlungen gibt, die von den S3-Leitlinien empfohlen werden (AWMF, 2025), so ist der Disseminationsgrad im Rahmen der behandelnden Therapeut:innen leider immer noch bedauernd gering. So äußern sich viele in der Routineversorgung tätige Psychotherapeut:innen gegenüber evidenzbasierten Behandlungen im Allgemeinen kritisch (»science-practitioner-gap«; Lilienfeld et al., 2013). Im Bereich der PTBS-Versorgung ist diese Lücke aufgrund mangelhafter Dissemination besonders groß (Steil et al., 2021). Wenn man also einerseits den Bedarf an entsprechenden Therapieformen dem aktuellen Angebot gegenüberstellt, so wird schnell deutlich, dass hier dringender Handlungsbedarf besteht. Glücklicherweise wird hieran bereits umfassend gearbeitet: So konnte im Rahmen einer bundesweiten Multicenterstudie die Wirksamkeit der TF-KVT für Kinder und Jugendliche nachgewiesen werden (Goldbeck et al., 2016b), derzeit laufen zwei bundesweite Disseminationsstudien (BESTFORCAN; Rosner et al., 2020a; BETTERCARE; Rosner et al., 2020b). Neben entsprechenden Publikationen (v.a. Cohen et al., 2009; Fornaro et al., 2023; Pfeiffer et al., 2024) und frei verfügbaren Therapiematerialien (<https://www.nctsn.org/> und <https://tfcbt.org/resources/implementation/>), einem kostenlosen Onlinetraining der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt (<https://tfkvt.ku.de>) mit ebenfalls frei verfügbaren Materialien in mehreren Sprachen, soll der vorliegende Therapie-Tools-Band diese Versorgungslücke weiter schließen und angehenden oder bereits approbierten Psychotherapeut:innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen Arbeitsmaterialien zur Behandlung der Betroffenen an die Seite stellen.

Hinweise zum Aufbau des Buches

Das Konzept der Therapie-Tools begreift sich als Sammlung von Interventionen und Materialien, die therapeutisches Arbeiten einerseits standardisieren und andererseits vielfältige, kreative Optionen in der Praxis eröffnen wollen. Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass ein Therapie-Tools-Buch weder eine adäquate Aus- oder Weiterbildung in einem wissenschaftlichen Verfahren noch ein evidenzbasiertes Vorgehen wie bei einem evaluierten Manual ersetzen kann. Die vorliegende Materialsammlung eignet sich jedoch hervorragend als Ergänzung zu einer Ausbildung im Verfahren der TF-KVT, da diese Therapiemethode auf einem evidenzbasierten modularen Konzept basiert (vgl. Cohen et al., 2009, 2017), das individuell auf die Bedürfnisse der Patient:innen maßgeschneidert werden kann. Hierfür kann eine angemessene Vielzahl an Methoden hilfreich sein. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass durch die Anzahl an angebotenen Methoden die Therapie nicht unnötig in die Länge gezogen werden sollte. Die meisten der oben beschriebenen Verfahren sind als kurzzeittherapeutische Interventionen konzipiert worden. Das bedeutet, dass angestrebt werden sollte, die Vorbereitungsphase auf das Traumanarrativ so lang wie nötig und so kurz wie möglich zu gestalten. Es reicht, die Familie und den/ die Patient:in »gut genug« auf das Traumanarrativ vorzubereiten. Wie umfassend diese Vorbereitung im Einzelfall sein muss, sollte im Rahmen einer angemessenen Supervision oder Intervention durch erfahrene Kolleg:innen geklärt werden (s. u.). Der Aufbau dieses Bandes orientiert sich folglich am Ablauf einer Traumatherapie entsprechend der TF-KVT. Deren Aufbau orientiert sich am Akronym PRACTICE:

- P: Psychoedukation
- R: Entspannung (Relaxation)
- A: Affektmodulation (Affect Modulation)
- C: Kognitive Bewältigung (Cognitive Processing)
- T: Traumanarrativ und kognitive Verarbeitung
- I: In-vivo-Training
- C: Gemeinsame Eltern-Kind-Sitzungen (Conjoined Sessions)
- E: Rückfallprophylaxe und Sicherheit (Enhancing Safety)

Durch diesen Aufbau inklusive der Diagnostik ist die gesamte TF-KVT im Sinne einer graduierten Expositionsbehandlung konzipiert.

Kapitel Therapie-Tools	Entsprechung Modul TF-KVT (PRACTICE)
(1) Diagnostik, (Trauma-)Anamnese und Biografie	Probatorik
(2) Beziehungen, Motivation, Ressourcen und Ziele	
(3) Rahmenbedingungen für die Traumatherapie	Modul E (Sicherheit)
(4) Familie, Eltern, Bezugspersonenarbeit	Modul P (Elterntraining)
(5) Psychoedukation, Aufklärung und Störungsmodell	Modul P (Psychoedukation)
(6) Entspannung und Achtsamkeit	Modul R (Entspannung)
(7) Gedanken, Gefühle und Verhalten	Module A & C (Affektmodulation & Kognitive Bewältigung)
(8) Traumabearbeitung	Module T, I & C (Traumanarrativ & In-vivo-Bewältigung, Gemeinsame Eltern-Kind-Sitzung)
(9) Zukünftige Sicherheit und Entwicklung, Abschluss der Behandlung	Module C & E (Gemeinsame Eltern-Kind-Sitzungen, Sicherheit & Rückfallprophylaxe)
(11) Besonderheiten der Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen	Exkurs, Supervision, Intervention

Die Therapie-Tools richten sich vor allem an erfahrene oder ausgebildete bzw. sich in Ausbildung befindende Psychotherapeut:innen und Beratende. Die Nutzung einzelner Materialien und Bausteine sollte in der Regel in ein leitlinienkonformes, individuell zugeschnittenes Behandlungskonzept eingebettet sein. Die angemessene Anwendung einzelner Interventionen setzt praktische und theoretische Kenntnisse voraus. Daher empfehlen wir dringend eine qualifizierte Weiterbildung im Verfahren der TF-KVT. Diese kann in Seminaren bei entsprechend zertifizierten Trainer:innen und im kostenlosen E-Learning der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt erfolgen. Sowohl das Onlinetraining als auch eine Liste zertifizierter Therapeut:innen, Dozent:innen und Supervisor:innen finden sich auf der entsprechenden Homepage (www.tfkvt.ku.de). Des Weiteren kann ein qualifizierter Austausch mit angeleiteten Fallkonferenzen auf der Onlineplattform »trauma.help« erfolgen (<https://trauma.help/>).

Gestaltung und Einsatz der Tools. Die hier ausgewählten Arbeitsmaterialien basieren auf der jahrelangen Erfahrung im Rahmen der praktischen Arbeit im ambulanten, stationären und Forschungssetting und wurden von uns zusammengestellt. Diverse Materialien sind angelehnt an eine umfassende Materialsammlung der amerikanischen Kolleg:innen (<https://oklahomatfcbt.org>), Arbeitsblättern aus dem oben genannten E-Learning, den Studien, die wir gemeinsam durchgeführt haben, und Arbeitsmaterialien aus dem klinischen Alltag. Einige Arbeitsblätter sind nicht traumaspezifisch und können sicher auch in einem transdiagnostischen Sinne Verwendung finden (z. B. zur Behandlung von Angststörungen oder depressiven Erkrankungen). Wir verweisen zudem auf entsprechende störungsübergreifende oder störungsspezifische Therapie-Tools, aus denen Materialien ergänzend genutzt werden können, z. B.:

- Eltern- und Familienarbeit (Petermann, 2025)
- Depression im Kindes- und Jugendalter (Groen et al., 2025)

- Angststörungen im Kindes- und Jugendalter (Traub & In-Albon, 2024)
- Aggressives und expansives Verhalten im Kindes- und Jugendalter (Grasman & Euler, 2025)
- Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (Grasman et al., 2025)
- Psychotherapie für Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung (Gräßer et al., 2017)

Um sich bei den Arbeitsblättern schnell zu orientieren, sind alle mit verschiedenen Icons gekennzeichnet. So können Sie sofort erkennen, für wen das jeweilige Arbeitsblatt gedacht ist und wie die Handhabung erfolgen sollte. Viele der Materialien für Kinder, Jugendliche oder Eltern können auch gemeinsam mit dem / der Therapeut:in bearbeitet werden. Eine alleinige Bearbeitung durch Patient:innen oder ihre Bezugspersonen sollte ausreichend vorbereitet sein. Neben einer Bearbeitung in der Stunde können viele der Materialien auch als »Hausaufgabe« bzw. zur Nach- oder Vorbereitung genutzt werden oder sind speziell dafür gedacht.

Folgende Icons werden Ihnen auf den Arbeitsblättern begegnen:

- T** **»Therapeut:in«:** Dieses Icon kennzeichnet, dass das Arbeitsblatt von den Therapeut:innen selbst verwendet werden soll.
- K** **»Kind«:** Mit diesem Icon ausgezeichnete Arbeitsblätter werden den jüngeren Patient:innen zur Bearbeitung ausgehändigt.
- J** **»Jugendliche:r«:** Mit diesem Icon ausgezeichnete Arbeitsblätter werden den jugendlichen Patient:innen zur Bearbeitung ausgehändigt.
- E** **»Eltern«:** Mit diesem Icon ausgezeichnete Arbeitsblätter werden den Eltern zur Bearbeitung ausgehändigt. Bei Kindern und Jugendlichen, die in der stationären Jugendhilfe oder Pflegefamilien untergebracht sind, können diese Materialien von den primären Bezugspersonen genutzt werden.
-  **»Wie sag ich's?«:** Dieses Icon kennzeichnet Beispiele in wörtlicher Rede als Beispielformulierungen für Therapeut:innen.

1 Diagnostik, (Trauma-)Anamnese und Biografie

Hintergrund und Ziele

Die Diagnostik von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen ist nicht trivial. Sie erfordert eine entsprechende Ausbildung und dient, sachgemäß durchgeführt, einer leitliniengerechten Diagnosestellung und Behandlungsplanung. Die Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter erfolgt stets multimodal auf folgenden Ebenen (vgl. Döpfner et al., 2024):

- (1) Exploration der Patient:innen
- (2) Exploration der Bezugspersonen (insbesondere der Eltern, falls möglich, ergänzt durch Lehrkräfte, Erzieher:innen etc.)
- (3) Verhaltensbeobachtung und psychischer Befund im Kontakt mit Kind und Bezugspersonen
- (4) Testpsychologische Diagnostik (Fragebögen und Leistungsdiagnostik)
- (5) Sichtung von Vorbefunden und vorliegenden Aufzeichnungen (z. B. Zeugnisse, Arztbriefe, U-Heft etc.)

Entsprechend müssen Symptome und mögliche Ursachen gegenüber differenzialdiagnostischen Ursachen (z. B. organische Ursachen mittels ärztlichem Konsiliarbericht) abgeklärt und im Sinne eines biopsychosozialen Störungsmodells unter Berücksichtigung individueller Ressourcen zusammengeführt werden. Die testpsychologischen Untersuchungen sollten unter Berücksichtigung von Testgütekriterien (insbesondere auch der Testökonomie) zunächst im Sinne eines allgemeinen Screenings und im weiteren Verlauf auch hypothesengeleitet mittels störungsspezifischer Verfahren erfolgen. Da die meisten Patient:innen in der Regel wegen anderer Verdachtsdiagnosen im klinisch-therapeutischen Kontext vorstellig werden und die Dunkelziffer von nicht erkannten Traumafolgestörungen entsprechend hoch ist, wird empfohlen, bei allen Vorstellungen ein Traumascreening durchzuführen (Eilers et al., 2024). Wir empfehlen hier entsprechend der Leitlinien (AWMF, 2025) den Fragebogen *Child and Adolescent Trauma Screen Version 2* (CATS-2; Sachser, 2022), der auf der Homepage der Universität Ulm zum kostenlosen Download zur Verfügung gestellt wird (www.ku.de/trauma). Spezifische Fragebögen, wie der *UCLA-PTSD-Reaction Index* (Steinberg et al., 2004) oder der *ETI-KJ* (Tagay et al., 2011), können auch durch klinische Interviews (z. B. *Kinder-DIPS*; Schneider et al., 2017) oder das *Klinische Interview für PTBS für Kinder und Jugendliche CAPS-CA-5*, das frei verfügbar ist (www.ku.de/trauma), abgesichert werden. Auf Basis der genannten Informationen sollte dann eine abschließende Diagnostik nach ICD-10 bzw. ICD-11 erfolgen. Es ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass die Diagnosestellung nach den bereits veröffentlichten Kriterien der ICD-11 dazu führen wird, dass viele Kinder und Jugendliche die neuen Diagnosekriterien verfehlen werden und ihnen eine evidenzbasierte Behandlung vorenthalten werden könnte (Eilers & Rosner, 2021; Eilers et al., 2024). Das DSM-5 bietet darüber hinaus spezielle »Kinder-Kriterien« für Kinder einschließlich 6 Jahren und jünger und einen breiteren Symptomkatalog, der die heterogene Symptomatik der Kinder und Jugendlichen noch besser abbildet (s. oben).

Komorbidität. Komorbide psychische Erkrankungen sind eher die Regel: So kann davon ausgegangen werden, dass im klinischen Setting 87,5 % der Patient:innen mindestens ein weiteres Störungsbild zeigen und sogar 77,5 % der Kinder und Jugendlichen mit PTBS zwei oder gar mehr Diagnosen aufweisen (Perkonig et al., 2000). Daher ist dringend zu empfehlen, differenzialdiagnostisch u. a. Angststörungen, Depressionen und Störungen des Sozialverhaltens mit abzuklären und dies ggf. in der Behandlungsplanung zu berücksichtigen. An dieser Stelle möchten wir darauf hinweisen, dass die evidenzbasierten Traumatherapien, insbesondere die TF-KVT, auch bei komorbiden Störungen einen hohen Wirkungsgrad haben (Goldbeck et al., 2016; Thielmann et al., 2022; Hoppen et al., 2023).

Können Fragen zu Trauma schaden?

Nicht nur Laien, sondern teilweise auch Fachkräfte haben gewisse Ängste davor, Kinder und Jugendliche (direkt) nach traumatischen Erlebnissen zu fragen. Hier bestehen beispielsweise Sorgen, dass die Kinder und Jugendlichen eine starke Stressreaktion zeigen könnten (bis hin zur Dissoziation) oder ein Gespräch über Trauma sich negativ auf die (therapeutische) Beziehung auswirken könnte. Diese Ängste und Sorgen sind im Normalfall unbegründet, führen aber dazu, dass Traumata und Traumafolgestörungen unerkannt und unbehandelt bleiben. Ähnlich wie bei dem häufig emotional besetzten Thema Suizidalität stellt sich bei Betroffenen auf Nachfrage zu ihren Traumata eher eine Entlastung ein (»Endlich interessiert sich jemand dafür«). Ein Screening-Tool wie der CATS-2 kann die Hemmschwelle nochmals deutlich senken, da die Betroffenen allein den Fragebogen ausfüllen und nur eine Kategorie ankreuzen, anstatt direkt viel darüber zu erzählen. Ein anschließendes Gespräch über die angekreuzten Traumata in einem sicheren therapeutischen Raum ist zwingend notwendig und hilfreich, um die Erlebnisse besser verstehen zu können. Bei einer ersten Diagnostik muss allerdings nicht im Detail über die Erlebnisse gesprochen werden, was entlastend für Patient:innen sein kann. Es gibt bereits verschiedene Studien, die zeigen konnten, dass das Ausfüllen einer Trauma-Checkliste nicht mit erhöhten Sicherheitsrisiken verbunden ist. Beispielsweise wurden in einer norwegischen Studie (Skar et al., 2019) insgesamt mehr als 10.000 Kinder und Jugendliche in der Routineversorgung beim Ausfüllen des CATS-2 befragt, wie belastend das Ausfüllen der Trauma-Checkliste für sie war. Nur etwa 4,5 % der Teilnehmenden berichteten von einem hohen Stresserleben, ein Großteil (68,4 %) gab an, kein oder nur ein geringfügiges Stresserleben gehabt zu haben. Insbesondere eine hohe Anzahl an traumatischen Erlebnissen war ein Prädiktor für höheres Stresserleben. Eine Metaanalyse zu erwachsenen Patient:innen berichtet ähnliche Ergebnisse (Jaffe et al., 2015). Wir empfehlen somit, alle Patient:innen nach möglichen Traumata anhand von validierten Instrumenten und im klinischen Gespräch zu fragen und ihnen somit die Möglichkeit zu geben, in einem sicheren Raum passende Hilfe zu bekommen.

Anwendungshinweise

Bei dem oben beschriebenen gestuften Vorgehen (Screening, Exploration, störungsübergreifende und störungsspezifische Diagnostik) ist zu beachten, dass es weder zu einer vorzeitigen Festlegung auf eine Verdachtsdiagnose noch auf eine zu umfassende Diagnostik im Sinne von »viel hilft viel« auf Kosten der Betroffenen kommt. Checklisten, wie sie hier geliefert werden, können ebenso wie Screeningverfahren keine fachlich fundierte Diagnosestellung ersetzen. Sie können jedoch bei einem Störungsbild, bei dem Vermeidungsverhalten ein zentrales Diagnosekriterium ist, dienlich sein, entsprechende Belastungen zu erkennen, die ansonsten eventuell übersehen werden könnten. Letzten Endes sollte die Diagnostik durch entsprechend qualifizierte Personen erfolgen, genauso wie die Therapie.

Instruktionen

Im Rahmen der Diagnosestellung dienen Checklisten und Fragebögen zunächst der groben Orientierung und Sammlung von Beschwerden (**AB 1** »Checkliste für potenziell traumatisierende Ereignisse«). Diese können dann mithilfe entsprechend normierter Fragebogen- oder Interviewverfahren (**INFO 1** »Übersicht Diagnostikinstrumente«) vertieft untersucht werden. Wir empfehlen, im Laufe der Therapie sowohl die subjektiv erlebte Anspannung (**AB 64**, Kap. 8) als auch die »objektive« Symptomschwere mittels CATS-2 regelmäßig zu erfassen und diese Informationen bei der Therapieplanung und -durchführung zu berücksichtigen. Die »Trauma-Landkarte« (**AB 5** und **AB 6**) kann sowohl i. S. der Diagnosesicherung (»A«-Kriterium der ICD-10-Diagnose) als auch der biografischen Arbeit, die bei Patient:innen mit (komplexer) PTBS besonders wichtig ist, eingesetzt werden. Die Symptomlisten (**AB 8** »Trigger-Tagebuch«, **AB 9** »Intrusionsliste«) können ebenfalls zur Therapieplanung und -verlaufsdiagnostik genutzt werden. In **INFO 1** (»Übersicht Diagnostikinstrumente«) finden sich die psychometrischen Testverfahren, die in den aktuellen Leitlinien zur Diagnosesicherung einer PTBS im Kindes- und Jugendalter empfohlen werden (AWMF, 2025).

Arbeits- und Informationsmaterial

AB 1 Checkliste für potenziell traumatisierende Ereignisse

Diese Checkliste, entwickelt nach Goldbeck et al. (2016), bietet Eltern, Jugendlichen und Therapeut:innen einen Überblick über potenziell traumatisierende Ereignisse. Sie kann Anlass dafür geben, eventuell eine PTBS-Symptomatik im Blick zu behalten oder näher zu untersuchen. *Achtung:* Sie dient nicht der Diagnose einer PTBS und gibt auch keinen Anlass für therapeutische Interventionen!

AB 2 Checkliste potenziell traumatisierender Ereignisse (Fachpersonal)

Diese Checkliste, entwickelt nach Goldbeck et al. (2016), kann von entsprechend geschultem Fachpersonal genutzt werden, um eventuelle traumatisierende Lebensereignisse zu betreuender Kinder und Jugendlicher zu explorieren. Sie richtet sich an Therapeut:innen, aber auch an betreuendes Personal, z. B. in stationärer Jugendhilfe.

AB 3 Das Leben seit dem Trauma (Jugendliche)

Das Arbeitsblatt dient der Eigenanamnese im Hinblick auf die Entwicklung der Trauma-assoziierten Symptomatik durch Befragung der Jugendlichen. Es hilft, Störungsverlauf und -entwicklung, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren der PTBS im Sinne einer Makroanalyse zu erfassen.

AB 4 Das Leben seit dem Trauma (Eltern)

Das Arbeitsblatt dient der Eigenanamnese im Hinblick auf die Entwicklung der Trauma-assoziierten Symptomatik durch Befragung der Eltern. Es hilft, Störungsverlauf und -entwicklung, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren der PTBS im Sinne einer Makroanalyse zu erfassen.

AB 5 Trauma-Landkarte

Die Trauma-Landkarte ist ein verfahrensübergreifend genutztes Instrument zur Erfassung potenziell traumatisierender Lebensereignisse. Anhand der Ergebnisse können sowohl die weiterführende Diagnostik als auch die genauere Therapieplanung zu einem späteren Zeitpunkt (Auswahl des zu bearbeitenden Indextraumas) erfolgen.

AB 6 Trauma-Landkarte (mit Ressourcen)

Die Trauma-Landkarte ist ein verfahrensübergreifend genutztes Instrument zur Erfassung potenziell traumatisierender Lebensereignisse. Anhand der Ergebnisse können sowohl die weiterführende Diagnostik als auch die genauere Therapieplanung zu einem späteren Zeitpunkt (Auswahl des zu bearbeitenden Indextraumas) erfolgen. In dieser erweiterten Form werden zusätzlich positive Lebensereignisse erfasst.

AB 7 Tagebuchkarte

Die Tagebuchkarte ist ein an die DBT-A (nach v. Auer & Bohus, 2022; Fleischhaker et al., 2011) angelehntes Arbeitstool, mit dem die traumaassoziierte Symptomatik durch den / die Patient:in erfasst werden kann.

AB 8 Trigger-Tagebuch

Mithilfe dieses Arbeitsblattes können Jugendliche protokollieren, in welchen Situationen belastende Erinnerungen (Bilder, Intrusionen, sensorische Erinnerungen, Flashbacks und Albträume) auftauchen. Die Ergebnisse können der weiteren Therapieplanung dienen.

AB 9 Intrusionsliste

Mithilfe dieses Arbeitsblattes können Jugendliche protokollieren, unter welchen belastenden Erinnerungen (Bilder, Intrusionen, sensorische Erinnerungen, Flashbacks und Albträume) sie in ihrem Alltag leiden. Die Ergebnisse können in der Therapieplanung eingesetzt werden.

INFO 1 Übersicht Diagnostikinstrumente

Diese Übersicht listet die psychometrischen Testverfahren, welche in den aktuellen Leitlinien zur Diagnosesicherung einer PTBS im Kindes- und Jugendalter empfohlen werden (Schäfer et al., 2019).