

Frühe Traumata – gravierende Langzeitfolgen?

Auswirkungen von Misshandlung und Vernachlässigung in der Kindheit auf dem weiteren Lebensweg

Traumatische Erfahrungen in der Kindheit haben direkten Einfluss auf Selbstwirksamkeit und Aufmerksamkeits-, Beziehungs- und Selbstregulation sowie Selbstwert- und Identitätsentwicklung, was die psychotraumatologische Forschung mit ihren Fortschritten immer besser belegt. Die Schwierigkeiten führen dazu, dass Menschen zentrale Entwicklungsaufgaben nicht bewältigen können und über ihre gesamte Lebensspanne in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe beeinträchtigt sind. In diesem Beitrag wird ein kurzer Überblick über gravierende langfristige gesellschaftliche Folgen von Vernachlässigung und Misshandlung in der Kindheit gegeben und daraus eine Schlussfolgerung für die (kinder- und jugend-)psychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung sowie für die trauma-sensible Ausgestaltung von psychosozialen Hilfesystemen abgeleitet.

Foto: zVg



Marc Schmid

von Marc Schmid

Die grösste Form der sozialen Ungerechtigkeit in unserer Gesellschaft ist es, in eine Familie geboren zu werden, die mit den Erziehungsaufgaben derart überfordert ist, dass Kinder vernachlässigt oder misshandelt werden. Für den weiteren Lebensweg und die Gesundheit ist es entscheidend, ob man in einem sicheren und geborgenen Milieu aufwächst. Nur durch eine sensitive Interaktion mit vertrauten Bezugspersonen können zentrale sozioemotionale Fähigkeiten und Fertigkeiten erlernt und eine gesunde Entwicklung ermöglicht werden, sodass dann diese früh erlernten Fertigkeiten in anderen Beziehungen und Umwelten erfolgreich weiter verfeinert werden können. Traumatische Erfahrungen verhindern diese Lernprozesse, woraus Defizite in diesen sozioemotionalen Fertigkeiten und hoch unsichere Bindungsrepräsentationen resultieren. Diese Defizite führen oft schon früh zur Exklusion aus sozialen Gruppen und über maladaptive Muster zu einem immer auffälligerem Sozialverhalten. Es ist leider keine Selbstverständlichkeit, dass Kinder geliebt, versorgt, umhert und adäquat gefördert werden – die Zahl der Menschen mit Vernachlässigungs- und Misshandlungserfahrungen in der Kindheit ist erschreckend hoch. Grosse repräsentative Studien zeigen, dass zwischen 13 und 30% von potenziell traumatisierenden Erfahrungen in ihrer Kindheit berichten, die Häufigkeit von Misshandlungen und Vernachlässigungen ist dabei in den letzten Jahren in der Allgemeinbevölkerung relativ stabil geblieben (1, 2). In Hochrisikostichproben wie psychiatrischer Inanspruchnahme oder Populationen von ausserfamiliär platzierten Kindern und Jugendlichen, Flüchtlingen oder Drogeneinrichtungen liegen die Prävalenzraten deutlich höher. 80% der in sozialpädagogischen Einrichtungen platzierten Jugendlichen berichtete über ein traumatisches Ereignis, die Hälfte über

mehr als drei potenziell traumatisierenden Ereignissen (3).

Haupttrisikofaktoren für eine Vernachlässigung sind nach einer aktuellen Metaanalyse (4) vor allem psychische und somatische Erkrankungen der Eltern sowie Kriminalität der Eltern. Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten, Behinderungen, psychischen oder somatischen Erkrankungen haben ihrerseits ein erhöhtes Risiko, misshandelt oder vernachlässigt zu werden, weil ihre besonderen Bedürfnisse das Elternsystem unter zusätzlichen Stress setzen. Elterlicher Stress wirkt sich einerseits direkt auf das Misshandlungsrisiko (5) aus, andererseits indirekt, da ein zu hoher Stresspegel der Eltern die Inanspruchnahme und die effektive Nutzung von Hilfen verhindert (6). Die natürliche Stressreaktion (7) führt primär zu Kampf und Flucht, die das Annehmen von effektiven Hilfen verhindern können, da die Betroffenen eher aggressiv oder vermeidend beschwichtigend auf Hilfsangebote reagieren.

PTBS und komplexe PTBS und andere Traumafolgestörungen

Traumatische Erlebnisse und insbesondere die Folgen von körperlicher oder emotionaler Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuellem Missbrauch in der Kindheit sind nach der Weltgesundheitsorganisation für einen Grossteil der psychischen Erkrankungen sowie deren soziale Folgen verantwortlich (8). Es ist wichtig zu verstehen, dass Misshandlung und Vernachlässigung in der Kindheit nicht «nur» mit der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), sondern mit einem höheren Risiko für fast alle psychischen Erkrankungen einhergehen. Insbesondere bei kumulierten belastenden Erfahrungen steigt das Risiko extrem: So entwickeln 60% der Menschen mit mehr als 4 ACE (adverse childhood experiences) mindestens 1 psychische Erkrankung (9).

Deshalb ist es für die Erforschung der gesellschaftlichen Folgen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung wichtig, den Blick auf die Entwicklung einer Vielzahl von unterschiedlichen Symptomen und auf das Verständnis von Komorbidität und einer Entwicklungsheterotopie (10) von verschiedenen Symptomen zu richten. Viele in der Kindheit traumatisierte Menschen erfüllen in verschiedenen Lebensabschnitten die Diagnosekriterien für unterschiedliche psychische Störungen, da ihre Schwierigkeiten in den Bereichen Aufmerksamkeits-, Selbstwert-, Emotions- und Beziehungsregulation in jeder Entwicklungsphase zur Entstehung und Aufrechterhaltung von jeweils anderen alterstypischen psychischen Störungen beitragen können (10–12). Die psychotraumatologische Forschung korrespondiert damit sehr gut mit modernen Ansätzen und Modellen zu transdiagnostischen Zahlen (13–15) und kann die oft beobachtete höhere Symptomvielfalt gut erklären (10, 12, 15).

In der ICD-11 wird nun erfreulicherweise den Folgen von traumatischen Erfahrungen auf den Selbstwert, die Emotions- und Beziehungsregulation mehr Beachtung geschenkt, und die Diagnose der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (komplexe PTBS) kann in dieses psychiatrische Klassifikationssystem aufgenommen werden (16). Allerdings muss, um die Diagnose stellen zu können, das Vollbild der PTBS erfüllt sein, was viele Symptomatiken ausschliesst, die vermutlich ebenfalls auf traumatische Kindheitserfahrungen zurückzuführen sind (10, 11). Dennoch ist die Einführung der Diagnose komplexe PTBS ein behandelungsleitendes Konzept und ein wichtiger Fortschritt für die Versorgung traumatisierter Menschen.

Im Erwachsenenalter ist die Studienlage zur Validität und zum Nutzen der Diagnose gut (16, 17). Studien zur komplexen PTBS nach ICD-11 mit Kindern und Jugendlichen zeigten, dass sie eine von der PTBS empirisch distinkte Entität darstellt und damit für das Kindes- und Jugendalter ein relevantes Syndrom zu sein scheint (18).

Spezifische Folgen von Kindheitstraumata

80% der Traumatisierungen im Kindesalter erfolgen über längere Zeiträume durch ihre unmittelbaren Bezugspersonen (10, 15), woraus aus mehreren Gründen besonders gravierende Folgen resultieren können. Die verschiedenen Formen von Misshandlung und Vernachlässigung sind keine einmaligen Ereignisse, sondern geschehen meist über längere Zeit und in einer Kombination. Die psychotraumatologische Forschung hat gezeigt, dass traumatische Ereignisse seltener zu Symptomen führen, wenn der Betroffene nach dem Ereignis mit einer vertrauten Person an einem sicheren Ort sein kann und die vertraute Person ihm hilft, das Erlebte zu validieren, emotionalen Beistand leistet und ihm glaubt (2). All das findet bei Kindern aus Misshandlungsfamilien nicht oder nur sehr selten statt. Meist gibt es Schweigebote, und die Kinder bleiben mit ihrem Leid allein. Kinder, die von ihren unmittelbaren Bezugspersonen Gewalt und Vernachlässigung erfahren, haben nicht die Wahl, ob sie sich an ihre Eltern binden oder nicht, weil sie auf deren Versorgung angewiesen sind. Sie müssen einen Weg finden, wie sie sich trotz der von ihnen ausgehenden Gefahr an sie binden können, was oft nur über dissoziative Strategien realisierbar wird. Die lange Dauer der kumulativen Traumata führt zu chronischen

neurobiologischen Adaptationsprozessen und zu besonders persönlichkeitsimmanenten Symptomatiken. Die zentralen emotionalen Folgen von kumulierten Kindheitstraumata sind daher in der Regel nicht Gefühle von Angst, sondern eher Schuld, Scham und Ekel, da die Kinder eine Strategie entwickeln müssen, wie sie eine emotionale Bindung zu den Eltern trotz der belastenden Interaktionen aufrechterhalten können. Das gelingt nur, wenn sie sich selbst die Verantwortung für das elterliche Verhalten geben. Die Folgen davon sind gravierende Auswirkungen auf den Selbstwert mit vielen maladaptiven Schemata und Introjektionen sowie massiven Loyalitätskonflikten. Oft zeigt sich eine grosse Ambivalenz in Beziehungen mit dem starken Wunsch nach Versorgung und der Angst vor erneuten Enttäuschungen und Gewalt, die sich oft in Spaltungsphänomen mit Idealisierung und Entwertung oder stark dependenten oder vermeidenden Beziehungsmustern zeigen kann.

Traumafolgen und soziale Teilhabe

Auch wurden Zusammenhänge mit Schwierigkeiten in der sozialen Teilhabe im Erwachsenenalter nachgewiesen (19). Dabei wurde zwischen 4 zentralen Domänen differenziert: psychische und gesundheitliche Probleme, delinquentes Verhalten im Erwachsenenalter, Schwierigkeiten in beruflichen und finanziellen Bereichen, schlechte soziale Einbindung und Beziehungsgestaltung (18). Der besonders negative Einfluss von belastenden Kindheitserfahrungen auf diese 4 Bereiche konnte in einer Studie von Care-Leavern in der Schweiz repliziert werden (20). Viele weitere Studien untersuchen den Einfluss von traumatischen Erfahrungen beziehungsweise Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit auf diese 4 Domänen.

Psychische und körperliche Gesundheit

Viele Übersichtsarbeiten und Metaanalysen belegen die Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit (8, 9). Metaanalysen und systematische Reviews zeigen, dass traumatische Erfahrungen in der Kindheit mit einer hohen Komorbidität der psychopathologischen Belastung einhergehen (12). Die Bedeutung von belastenden und traumatischen Kindheitserfahrungen für die Entwicklung von körperlichen Erkrankungen kann durch die Fortschritte im Bereich der neurobiologischen und bildgebenden Forschungsmethoden zunehmend besser belegt und erklärt werden (12). Die berühmte ACE-Studie von Felitti und Anda zeigt eindrücklich den Zusammenhang zwischen Kindesmisshandlung und Vernachlässigung sowie ungünstigem Gesundheitsverhalten und fast allen körperlichen Erkrankungen bis zu einem früheren Tod (21). Diese Ergebnisse konnten später in einer repräsentativen deutschen Stichprobe repliziert werden (22). Ein geschwächtes Immunsystem und beschleunigte zelluläre Alterungsprozesse – wie zum Beispiel in Studien zur Telomerlänge – stehen in Zusammenhang mit kindlichen Belastungen (23, 24).

Probleme mit dem Gesetz und Kriminalität

Belastende Kindheitserfahrungen gehen mit mehr Risikoverhalten als Adoleszente im Alltag einher, was die Wahrscheinlichkeit für Polizeikontakte und Delikte erhöht (25). Eine aktuelle Metaanalyse von 11 methodisch guten Stu-

dien zeigte sehr deutliche Zusammenhänge zwischen Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen sowie vermehrtem kriminellem Verhalten (26) und einem höheren Rückfallrisiko (27). Dabei ist aber festzuhalten, dass viele Menschen mit sehr belastenden Kindheitserfahrungen nie mit dem Gesetz in Konflikt kommen.

Bildung, berufliche Integration und Finanzen

Studien zu Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen zeigen, dass Menschen mit solchen Erlebnissen häufiger niedrigere Bildungsabschlüsse haben, häufiger arbeitslos sind, weniger Lohn bekommen, weniger Ersparnisse und Eigentum haben und häufiger von Armut betroffen sind (29, 30). Gerade zur Frage der Arbeitslosigkeit zeigen grosse repräsentative Studien, dass Vernachlässigungs- und Misshandlungserfahrung mit niedrigeren Bildungsabschlüssen, vermehrten Geldsorgen, einem höheren Risiko für Arbeitslosigkeit und vielen abgebrochenen Arbeitsverhältnissen einhergehen (30). Der starke Zusammenhang zwischen schlechteren Bildungschancen beziehungsweise niedrigeren Bildungsabschlüssen ist oft auf einen geringeren Schulerfolg bereits in der Grundschule zurückzuführen (31, 32). Metaanalysen konnten sehr eindrücklich zeigen, welchen gravierenden negativen Einfluss kumulierte Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen auf die Entwicklung der exekutiven Funktionen ausüben (33–35), die bekanntlich eng mit dem Bildungserfolg korrelieren. Letztlich wird deutlich, dass ein «sicherer Ort» die Voraussetzung für das Planen und das Lernen sowie für eine gesunde Entwicklung ist. Wie kann man für die Zukunft lernen, wenn man im Hier und Jetzt mit dem Überleben beschäftigt ist?

Soziale Einbindung, Unterstützung und Elternschaft

Menschen mit belastenden Kindheitserfahrungen haben wegen des höheren Risikos für psychische Störungen Schwierigkeiten, sichere Bindungen aufzubauen, romantische Beziehungen einzugehen und diese zur Zufriedenheit beider Partner zu gestalten (36, 37). Menschen mit belastenden Kindheitserfahrungen haben ausserdem ein höheres Risiko, unverheiratet zu bleiben, geschieden zu werden und sich einsam zu fühlen (38). Eigene traumatische Erfahrungen in der Kindheit sind ein Risikofaktor für ungewollte Schwangerschaften und für Überforderung mit den eigenen Kindern, was in einen Teufelskreis der transgenerationalen Gewalt und Vernachlässigung führen kann (39).

Gesellschaftliche Traumafolgekosten

Die mit Traumafolgestörungen einhergehenden Teilhabebeeinträchtigungen in den beschriebenen 4 und in weiteren Bereichen (Schule, Arbeitswelt usw.) führen zwangsläufig zu massiven Folgekosten, nicht nur im Gesundheitssystem, sondern vor allem in den sozialen Sicherungssystemen und im Justiz- und Strafvollzug (40, 41). Eine aktuelle Metaanalyse beziffert die mit Kindesmisshandlung und Vernachlässigung einhergehenden jährlichen Kosten auf über 750 Milliarden US-Dollar in den USA und auf 580 Milliarden US-Dollar in Europa (40). Mit einem nur um 10% verbesserten Kinderschutz könnten in den USA jeden Tag mehrere Millionen Dollar eingespart werden (40).

Auswirkungen von belastenden Kindheitserfahrungen auf den Erfolg von psychosozialen Hilfen

Die Prävention und der Kinderschutz sind so wichtig, weil gerade frühkindliche traumatische Erfahrungen dazu führen, dass die Betroffenen weniger von unspezifischen sozialen Hilfsangeboten profitieren. Menschen mit derart belastenden Beziehungserfahrungen sind oft lang misstrauisch und angespannt, was zu Schwierigkeiten beim Aufbau von emotional bezogenen, vertrauensvollen Beziehungen führt. Ohne eine tragfähige Beziehung lassen sich jedoch weder in der Therapie noch in der Pädagogik erfolgreiche Interventionen lancieren.

Ehemalige Heimkinder mit stärkeren Vernachlässigungs- und Misshandlungserfahrungen profitieren seltener als ihre weniger traumatisierten Mitbewohner und sind beziehungsweise bleiben auch noch im Erwachsenenalter stärker in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe beeinträchtigt (19).

Auch im therapeutischen Bereich gibt es Hinweise darauf, dass gerade Menschen mit interpersonellen Traumata durch nahe Bezugspersonen weniger von den Behandlungsangeboten profitieren. Mehrere Therapiestudien zeigen zudem, dass sequenziell schwer interpersonell traumatisierte Personen im Langzeitverlauf einen schlechteren Verlauf aufweisen und von psychotherapeutischen Behandlungen in einem geringeren Mass zu profitieren scheinen (37, 38), insbesondere wenn sie nie eine positive, schützende Bezugsperson erlebt haben. Auch die bei dieser Patientengruppe oft extrem stark ausgeprägte Dissoziationsneigung wirkt sich, wenn man sie in der Therapie nicht aufgreift, negativ auf den Behandlungserfolg aus (39). Deshalb ist es bei traumatisierten Menschen, die nicht das Vollbild einer PTBS oder einer komplexen PTBS erfüllen, nötig, traumasensibel zu arbeiten und die traumatischen Erlebnisse bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung und in der Therapieplanung adäquat zu berücksichtigen.

Schlussfolgerung für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung

Aus all diesen Gründen ist es wichtig, die Folgen von belastenden Kindheitserlebnissen in der Therapieplanung zu beachten und gezielt mit evidenzbasierten Traumatherapien zu behandeln. Der erste Schritt ist eine gute und aussagekräftige Traumaanamnese mit expliziten Fragen nach belastenden Erlebnissen, Vernachlässigung und Misshandlung sowie mit der Verwendung von Fragebögen und standardisierten Interviews (45, 46).

Letztlich berichten aber fast alle Betroffenen, dass es für sie eine Erleichterung sei, über ihre belastenden Lebensereignisse zu berichten und sich zu öffnen (45). Eine Metaanalyse von Jaffe und Mitarbeitern (46) mit Analysen aus über 70, teilweise sehr grossen repräsentativen Stichproben zeigte, dass standardisiertes Fragen nach belastenden und traumatisierenden Kindheitsereignissen nicht belastender ist als Fragen nach klinischen Symptomen.

Evidenzbasierte Psychotherapie ist die leitliniengerechte Behandlung der ersten Wahl der (komplexen) PTBS (46). Schnyder und Kollegen (48) beschrieben die allgemeinen Wirkfaktoren der wichtigsten evidenzbasierten traumatherapeutischen Behandlungsmanuale

und identifizierten dabei die folgenden zentralen Wirkfaktoren:

- Psychoedukation
- Dreiphasenmodell (Stabilisierung, Exposition, Integration und Rückfallprophylaxe)
- Emotionsregulation, Ressourcenaktivierung und Bewältigungsstrategien
- Exposition bezüglich traumatischer Erinnerungen
- kognitive Neubewertung, Klärung und Umstrukturierung dysfunktionaler traumabezogener Überzeugungen über sich selbst und die Welt
- Narrativ zur biografischen Einordnung, Bedeutungsgebung und Reorganisation der Erinnerungen hin zu einem Kohärenzerleben und einer Bewältigungserfahrung
- Stabilisierung und Transfer in den Alltag und Wiedergewinnung der Lebensqualität.

Trotz der erwiesenen grossen Wirksamkeit einer Behandlung mit der evidenzbasierten Traumatherapie wird diese objektiv viel zu selten angewendet. Nur ein Bruchteil der Betroffenen wird leitlinienorientiert behandelt. Es zeigt sich folglich eine deutliche Lücke zwischen der klinischen Praxis und dem Forschungsstand. Zum Beispiel gibt es Belege dafür, dass sich stationäre und ambulante Settings oft die Verantwortung für eine Expositionsbehandlung gegenseitig zuschieben und jeder sich in der Rolle des stabilisierend Arbeitenden sieht (49). Es zeigt sich, dass auch traumatherapeutisch gut ausgebildete Therapeuten oft zögern, Expositionsbehandlungen einzuleiten, wenn sie sich nicht sicher fühlen und zu wenig praktische Erfahrung mit solchen Fällen und wenig Supervision haben. Am wahrscheinlichsten wird eine evidenzbasierte Therapie durchgeführt, wenn jemand viel Erfahrung im präferierten Therapieverfahren hat und über ein sicheres Setting verfügt (50). Die Ursachen für diese Zurückhaltung trotz grossen Zulaufs bei traumatherapeutischen Weiterbildungen sollten reflektiert werden. Sicher kann es in der Traumabehandlung schnell zu einem gemeinsamen Vermeidungsverhalten kommen, wenn die Psychotherapeutin nicht konsequent auf eine Expositionsbehandlung zusteuert. Oft werden Rahmenbedingungen angeführt, die eine Expositionsbehandlung behindern, wie zum Beispiel hoher zeitlicher Druck, Zahl der Vorstellung oder (Selbst-)Reflexionsmöglichkeiten. Die Erfahrung zeigt aber, dass man die Rahmenbedingungen in Institutionen auch für die Behandlung eines Einzelfalls verändern kann, indem man Patienten an Randzeiten einbestellt, um genug Zeit zu haben, sowie Absprachen für die Zeit nach der Exposition trifft. Vermutlich gründet die Zurückhaltung eher auf Unsicherheit mit den Expositionsmethoden, Vermeidungsverhalten aus Respekt vor den aufkommenden Gefühlen und zu wenig Erfolgserlebnissen mit dieser Methode in der Breite der Behandlungsteams. Letztlich ist es aber wichtig, die Belastung, die die Arbeit mit den Opfern von Gewalt für die psychosozialen Helfer darstellt, anzuerkennen und entsprechende Unterstützungssysteme aufzubauen. Das gilt explizit nicht nur für die therapeutische, sondern vor allem für die milieutherapeutische Arbeit.

Die Arbeit mit traumatisierten Menschen stellt für alle psychosozialen Fachkräfte eine besondere Herausforderung dar.

Denn den Klienten fällt es aufgrund ihrer belastenden Lebens- und Beziehungserfahrungen oft sehr schwer, eine förderliche Arbeitsbeziehung zu den Fachkräften aufzubauen, was besonders belastende Gegenübertragungsgefühle (51) und sekundäre Traumaphänomene auslösen kann (52). Gerade die Gegenübertragungsgefühle machen es schwer, sensibel und reflektiert mit den Patienten zu interagieren und ihnen alternative Beziehungserfahrungen zu vermitteln. Es braucht viel Energie, immer wieder Beziehungsangebote zu unterbreiten, die nicht erwidert werden. Zudem können traumatische Erfahrungen der Klienten bei Fachkräften zum Phänomen der sekundären Traumatisierung führen. Das bedeutet, dass die Fachkräfte innere Bilder aus den Berichten der Patienten, aus Akten, Tonbändern und Zeichnungen übernehmen und diese bei ihnen selbst heftige emotionale Reaktionen, selbst Wiedererinnerung und Hyperarousal auslösen können. Vermutlich relativiert sich in empirischen Studien das Phänomen der sekundären Traumatisierung. Die meisten Therapeuten scheinen, wenn sie auf sich selbst und ihre Grenzen achten, keine solche Symptome zu entwickeln, auch wenn sie viele Traumapatienten behandeln (52). Therapeuten, die selbst Traumaerfahrungen gemacht haben, scheinen selbst gefährdeter zu sein (53). Das Phänomen sollte nicht negiert werden, sollte nicht zu Vermeidung, sondern zum Aufbau von entsprechenden Unterstützungsstrukturen zur Reflexion der Psychotherapien führen.

Was braucht es?

In einem ersten Schritt sollte man anerkennen, dass traumatische Erfahrungen in der Kindheit und der Jugend ein ganz zentrales Problem unserer Gesellschaft sind, das für gravierendes Leid und einen Grossteil der komplexen psychischen Erkrankungen und immensen gesellschaftlichen Folgekosten verantwortlich ist. Kinderschutz ist also eine zentrale staatliche Aufgabe, die eine entsprechende Ausstattung und Wertschätzung braucht und als wichtige Investition in die Zukunft unseres Gemeinwesens angesehen werden muss. Es braucht deshalb noch mehr psychotraumatologische Qualifikation und Aufklärung im gesamten psychosozialen und medizinischen Bereich, und traumsensible Behandlungsstrukturen und psychosoziale Unterstützungssysteme müssen aufgebaut werden.

Zudem ist es wichtig, den Praxistransfer und das Üben in den Ausbildungen noch stärker zu betonen, um die Lücke zwischen ausgebildeten Therapeuten und durchgeführten Behandlungen aufzulösen. Niederschwellige videogestützte Supervision ist wohl entscheidend, um den Therapeuten bei den ersten Fällen die notwendige Sicherheit zu vermitteln. Für eine Expositionsbehandlung brauchen Therapeutinnen ausserdem einen sicheren Ort mit sicheren Rahmenbedingungen.

Spezialisierte Angebote haben den Vorteil, dass sehr konsequent traumatherapeutisch gearbeitet wird und die entsprechende Weiterbildung und die praxisnahe Supervision vorgehalten werden können, und überdies alle im Team die Erfahrung gemacht haben, dass sich die Expositionsbehandlung lohnt. In Anbetracht der Grösse des Problems besteht aber die Gefahr, dass weiterhin die meisten Betroffenen unbehandelt bleiben, weil man ja selbst kein «Traumaaexperte» ist. Traumatische Erfahrungen sind in der Inanspruchnahmepopulation aber so weit verbreitet, dass

Merkmale:

- Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit sind bei psychiatrischen Patienten und ausserfamiliär platzierten Kindern und Jugendlichen eher die Regel als die Ausnahme.
- Traumatische Erfahrungen beeinflussen die Beziehungserwartung zu allen Menschen, gerade auch zu psychosozialen Helfern und Therapeuten, was eine Herausforderung für die Behandlung darstellen und die Wirkung von psychotherapeutischen und pharmakologischen Interventionen reduzieren und zu Abbrüchen führen kann.
- Traumatische Erfahrungen müssen daher zwingend bei der Therapie- und der interdisziplinären Hilfeplanung und der helfenden Beziehungsgestaltung berücksichtigt werden.
- Ein standardisiertes diagnostisches Vorgehen (mit Anamnese und psychometrischen Testverfahren) könnte einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der Entwicklung dieser Symptomatik leisten. Die Fragen nach Traumata werden in Studien nicht als belastend, sondern eher als unterstützend erlebt.
- Bei der Gestaltung der Therapie sollte auf eine verlässliche Beziehung und auf eine ausreichende Beachtung des Kontrollbedürfnisses in der Therapiesituation durch die Patienten geachtet werden, z. B. indem das Vorgehen transparent erklärt wird und Wahlmöglichkeiten angeboten werden.
- Evidenzbasierte Traumatherapien sind sehr wirksam, sie verbinden Psychoedukation, Erarbeitung eines Traumanarrativs, Expositionsbehandlung und Neubewertung mit Transfer in den Alltag mit einer Rückfallprophylaxe.
- Trotz der hohen Wirksamkeit werden evidenzbasierte Traumatherapien im klinischen Alltag viel zu selten angewendet. Vermutlich sollte man mutiger sein, direkter zu behandeln, und die Rahmenbedingungen so gestalten, damit man diese Fälle effektiver behandeln kann. Oft lassen sich die Rahmenbedingungen im klinischen Alltag verändern, wenn man möchte.
- Eine theoretische Ausbildung allein reicht offensichtlich nicht, um Expositionsverfahren sicher anwenden zu können. Hier braucht es ermutigende Strukturen und eine enge Supervision in der Praxis, was vermutlich der zentrale Unterschied zu spezialisierten Traumambulanz/-stationen ist.
- Ein sicherer Ort ist die Voraussetzung für die Aufgabe von wichtigen Überlebensstrategien und für das Lernen von neuen Verhaltensstrategien sowie für die persönliche Weiterentwicklung. Deshalb müssen milieutherapeutische Angebote und Kooperationen traumasensibel ausgestaltet werden.
- Um den Patienten trotz der heftigen Gegenübertragungsgefühle und der oft sehr herausfordernden Interaktionen korrigierende Beziehungserfahrungen vermitteln zu können, ist es notwendig, die Fachkräfte bei der Reflexion der Interaktion fachlich und emotional zu unterstützen.
- Traumatische Erfahrungen führen zu Schwierigkeiten im Bereich der Aufmerksamkeits-, Selbstwert-, Emotions- und Beziehungsregulation, was die Entwicklung von verschiedenen komorbiden psychischen Erkrankungen erklären und wertvolle Hinweise für die Behandlungsplanung liefern kann.
- Menschen mit traumatischen Erfahrungen konnten wichtige sozioemotionale Fertigkeiten in ihrem Herkunftssystem nicht erwerben und müssen lernen, diese Fertigkeiten mithilfe von korrigierenden Erfahrungen wie z. B. von psychosozialen Fachkräften zu kompensieren.
- Viele traumatisierte Menschen benötigen konkrete lebensweltorientierte Unterstützung bei der Bewältigung von zentralen Entwicklungsaufgaben, insbesondere im Bereich der schulischen bzw. der beruflichen Integration und beim Aufbau von prosozialen Beziehungen zu Gleichaltrigen und bei Freizeitangeboten.
- Um die Integration zu gewährleisten, ist eine enge und strukturierte Zusammenarbeit zwischen solchen traumasensiblen, lebensweltorientierten Hilfssystemen und evidenzbasierten psychiatrischen und psychotherapeutischen Angeboten notwendig. Der Aufwand für die Netzwerkarbeit in Abwesenheit der Patienten sollte adäquat gegenfinanziert werden, da er wesentlich zum Erfolg der Behandlung beiträgt.
- Die Gewährleistung eines effektiven und effizienten Kinderschutzes ist als wichtigste präventive Investition einer Gesellschaft in ihre Zukunft anzusehen, da dadurch neben viel menschlichem Leid auch gravierende soziale Folgekosten vermieden werden können. Der Kinderschutz sollte deshalb eine stärkere Ausrichtung an wissenschaftlichen Erkenntnissen erfahren.
- Intensive traumapädagogisch und familienorientiert ausgerichtete, ambulante und aufsuchende sowie ausserfamiliäre Hilfsangebote könnten helfen, den Teufelskreis der transgenerationalen Weitergabe zu durchbrechen.

sie von jedem Kinder- (und Jugend-)Psychotherapeuten und -Psychiater behandelt werden müssten und jeder sich damit selbstwirksam fühlen sollte. Letztlich braucht es gerade von den theoretisch oft gut ausgebildeten Therapeuten mehr Mut, die Behandlungsschritte einzuleiten, die Rahmenbedingungen im Alltag so anzupassen, dass man sich sicher fühlt, selbst Erfahrungen zu sammeln und diese im Kollegenkreis weiterzugeben.

In einem zweiten Schritt braucht es den Willen, eine leitlinienorientierte Therapie und stützende Behandlungsketten auszubauen, die nicht nur die Behandlung der Symptome, sondern auch diejenige der sozialen Folgen adressieren. Die vielfältigen agogischen und pädagogischen Herausforderungen für die (Re-)Integration in unsere Gesellschaft müssen traumasensibel angesprochen werden, da sonst ein hohes Risiko besteht, dass die Betroffenen bis ins hohe Erwachsenenalter unter verschiedenen psychischen Erkrankungen und gravierenden Teilhabebeeinträchtigungen leiden, sozial isoliert und in Armut am Rand unserer Gesellschaft leben. Wegen des immensen Integrationsbedarfs ist es essenziell, traumatisierte Menschen nicht nur mit therapeutischen Hilfen, sondern auch mit lebensweltorientierten, psychosozialen Hilfen gezielt und ausreichend intensiv bei der Bewältigung der zentralen Entwicklungsaufgaben zu unterstützen, um dadurch ihre gesellschaftliche Teilhabe nachhaltig zu sichern. Psychosoziale Hilfsangebote sollten deshalb auf die besonderen Bedarfs-, Sicherheits- und Beziehungsbedürfnisse von traumatisierten Menschen ausgerichtet werden, da nur so eine gute erfolgreiche Integration in die Gesellschaft (insbesondere Schule, Arbeit, gesellschaftliches Leben) gelingen kann (20). Traumatisierte Menschen brauchen einen sicheren Ort und korrigierende Beziehungserfahrungen, die es erlauben, das Stressniveau zu reduzieren und hoffnungsvolle Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen, um in einem solchen Milieu neue sozioemotionale Fertigkeiten aufzubauen und alte traumaassoziierte Bewältigungsmuster überwinden zu können. Deshalb ist es wichtig, interdisziplinäre Versorgungsnetzwerke aufzubauen und mit milieutherapeutischen Fachkräften in Kliniken und rehabilitativen Versorgungsstrukturen oder mit jenen der Jugendhilfe zu arbeiten (3, 54) und diese entsprechend psychotraumatologisch zu qualifizieren. Fachpersonen, die mit traumatisierten Menschen arbeiten und sich für diese persönlich sehr engagieren, brauchen Fachwissen und die notwendige administrative, fachliche und vor allem emotionale Unterstützung, um korrigierende Beziehungserfahrungen bieten zu können, ohne selbst auszubrennen. Deshalb sollte deren Qualifizierung in den Blick genommen und konzeptionell in den institutionellen Strukturen verankert werden (3, 55). ●

*Korrespondenzadresse:
PD Dr. Dipl. Psych. Marc Schmid
Leitender Psychologe
Bereichs- und Forschungsgruppenleiter
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Wilhelm Klein-Strasse 27
4002 Basel
E-Mail: marc.schmid@upk.ch*

Referenzen:

1. Witt, A., Brown, R. C., Plener, P. L., Brähler, E., & Fegert, J. M. (2017). Child maltreatment in Germany: Prevalence rates in the general population. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11, 47. doi:http://dx.doi.org/10.1186/s13034-017-0185-0
2. Nooner, K. B., Linares, L., Batinjane, J., Kramer, R. A., Silva, R., & Cloitre, M. (2012). Factors related to posttraumatic stress disorder in adolescence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 13(3), 153-166. doi:http://dx.doi.org/10.1177/1524838012447698
3. Schmid, M. (2019). Traumasensibilität und traumapädagogische Konzepte in der Jugendhilfe. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger, & A. Maercker (Eds.), *Handbuch Psychotraumatologie* (3., vollst. überarbeitet und erweitert ed., pp. 778-806). Stuttgart: Klett-Cotta.
4. Mulder, T. M., Kuiper, K. C., van der Put, C. E., Stams, G.-J. J. M., & Assink, M. (2018). Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 77, 198-210. doi:https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.006
5. Bauch, J., Hefti, S., Oeltjen, L., Pérez, T., Swenson, C. C., Fürstenau, U., ... Schmid, M. (2022). Multisystemic therapy for child abuse and neglect: Parental stress and parental mental health as predictors of change in child neglect. *Child Abuse & Neglect*, 126, 105489. doi:https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105489
6. Hefti, S., Kölch, M., Di Gallo, A., Stierli, R., Roth, B., & Schmid, M. (2016). Welche Faktoren beeinflussen, ob psychisch belastete Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil Hilfen erhalten? *Kindheit und Entwicklung*, 25(2), 89-99.
7. Cannon W. (1915) Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage: An Account of Recent Researches into the Function of Emotional Excitement. Appleton, New York 1915.
8. Moffitt, T. E. & Klaus-Grawe Think Tank. (2013). Childhood exposure to violence and lifelong health: clinical intervention science and stress-biology research join forces. *Development and Psychopathology*, 25(4 Pt 2), 1619-1634. 10.1017/S0954579413000801
9. Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577-584.
10. Schmid, M., Fegert, J. M., & Petermann, F. (2010). Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. *Kindheit und Entwicklung*, 19(1), 47-63.
11. van der Kolk, B., Ford, J. D., & Spinazzola, J. (2019). Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: findings from the DTD field trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1562841. doi:10.1080/20008198.2018.1562841
12. Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual research review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241-266. doi:10.1111/jcpp.12507
13. Ringwald, W. R., Forbes, M. K. & Wright, A. G. C. (2021). Meta-analysis of structural evidence for the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) model. *Psychological Medicine*, 1-14. 10.1017/S0033291721001902
14. McLaughlin, K. A., Colich, N. L., Rodman, A. M. & Weissman, D. G. (2020). Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: a transdiagnostic model of risk and resilience. *BMC Med*, 18(1), 96. 10.1186/s12916-020-01561-6
15. Danese, A. (2020). Annual Research Review: Rethinking childhood trauma-new research directions for measurement, study design and analytical strategies. *J Child Psychol Psychiatry*, 61(3), 236-250. 10.1111/jcpp.13160
16. Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., ... Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198-206. doi:10.1002/wps.20057
17. Maercker, A., Hecker, T., Augsburger, M., & Kliem, S. (2018). ICD-11 Prevalence Rates of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in a German Nationwide Sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(4), 270-276. doi:10.1097/nmd.0000000000000790
18. Sachser, C., Keller, F., & Goldbeck, L. (2017). Complex PTSD as proposed for ICD11: validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma?Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(2), 160-168. doi:10.1111/jcpp.12640
19. Copeland, W. E., Shanahan, L., Hinesley, J., Chan, R. F., Aberg, K. A., Fairbank, J. A., ... Costello, E. J. (2018). Association of Childhood Trauma Exposure With Adult Psychiatric Disorders and Functional Outcomes. *JAMA Netw Open*, 1(7), e184493. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.4493
20. Schmid, M., Fegert, J. M., Clemens, V., Seker, S., d'Huart, D., Binder, M., ... Bürgin, D. (2022). Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit: Ein Risikofaktor für die soziale Teilhabe ehemals außerfamiliär platzierter junger Erwachsener. *Kindheit und Entwicklung*, 31(1), 22-39. doi:10.1026/0942-5403/a000366
21. Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D. et al. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256(3), 174-186. 10.1007/s00406-005-0624-4
22. Clemens, V., Huber-Lang, M., Plener, P. L., Brähler, E., Brown, R. C., & Fegert, J. M. (2018). Association of child maltreatment subtypes and long-term physical health in a German representative sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1). doi:http://dx.doi.org/10.1080/20008198.2018.1510278
23. Bürgin, D., O'Donovan, A., d'Huurt, D., di Gallo, A., Eckert, A., Fegert, J., ... Boonmann, C. (2019). Adverse Childhood Experiences and Telomere Length a Look Into the Heterogeneity of Findings-A Narrative Review. *Frontiers in Neuroscience*, 13, 490. doi:10.3389/fnins.2019.00490
24. Ridout, K. K., Levandowski, M., Ridout, S. J., Gantz, L., Goonan, K., Palermo, D. et al. (2018). Early life adversity and telomere length: a meta-analysis. *Mol Psychiatry*, 23(4), 858-871. 10.1038/mp.2017.26
25. Baglivio, M. T., Wolff, K. T., DeLisi, M. & Jackowski, K. (2020). The role of adverse childhood experiences (ACEs) and psychopathic features on juvenile offending criminal careers to age 18. *Youth violence and juvenile justice*, 18(4), 337-364. 10.1177/1541204020927075
26. Graf, G. H.-J., Chihuri, S., Blow, M. & Li, G. (2021). Adverse Childhood Experiences and Justice System Contact: A Systematic Review. *Pediatrics*, 147(1), e2020021030. 10.1542/peds.2020-021030
27. Craig, J. M., Trulson, C. R., DeLisi, M. & Caudill, J. W. (2020). Toward an Understanding of the Impact of Adverse Childhood Experiences on the Recidivism of Serious Juvenile Offenders. *American Journal of Criminal Justice*, 45(6), 1024-1039. 10.1007/s12103-020-09524-6
28. Currie, J. & Widom, C. S. (2010). Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child Maltreatment*, 15(2), 111-120. 10.1177/1077559509355316
29. Schurer, S., Trajkovski, K. & Hariharan, T. (2019). Understanding the mechanisms through which adverse childhood experiences affect lifetime economic outcomes. *Labour Economics*, 61, 101743. 10.1016/j.labeco.2019.06.007
30. Liu, Y., Croft, J. B., Chapman, D. P., Perry, G. S., Greenlund, K. J., Zhao, G. et al. (2013). Relationship between adverse childhood experiences and unemployment among adults from five US states. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 357-369. 10.1007/s00127-012-0554-1
31. Blodgett, C. & Lanigan, J. D. (2018). The association between adverse childhood experience (ACE) and school success in elementary school children. *School Psychology Quarterly*, 33(1), 137-146. 10.1037/spq0000256
32. Crouch, E., Radcliff, E., Hung, P. & Bennett, K. (2019). Challenges to School Success and the Role of Adverse Childhood Experiences. *Academic Pediatrics*, 19(8), 899-907. 10.1016/j.acap.2019.08.006
33. Guinasso, S. A., Johnson, S. B. & Riley, A. W. (2016). Multiple adverse experiences and child cognitive development. *Pediatric Research*, 79(1-2), 220-226. 10.1038/pr.2015.195
34. Kraaijenvanger, E. J., Pollok, T. M., Monninger, M., Kaiser, A., Brandeis, D., Banaschewski, T. et al. (2020). Impact of early life adversities on human brain functioning: A coordinate-based meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 113, 62-76. 10.1016/j.neubiorev.2020.03.008
35. Lund, J. I., Toombs, E., Radford, A., Boles, K., & Mushquash, C. (2020). Adverse childhood experiences and executive function difficulties in children: a systematic review. *Child abuse & neglect*, 106, 104485.
36. Doyle, C. & Cicchetti, D. (2017). From the Cradle to the Grave: The Effect of Adverse Caregiving Environments on Attachment and Relationships Throughout the Lifespan. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 203-217. 10.1111/cpsp.121920585-y
37. Lio KKM, Chan KL, Ip P (2017) Insecure adult attachment and child maltreatment: A meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse* 20(5) 706-719 https://doi.org/10.1177/1524838017730579
38. Anderson, K. G. (2017). Adverse Childhood Environment: Relationship With Sexual Risk Behaviors and Marital Status in a Large American Sample. *Evol Psychol*, 15(2), 1474704917710115. 10.1177/1474704917710115
39. Greene, C. A., Haisley, L., Wallace, C. & Ford, J. D. (2020). Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. *Clinical psychology review*, 80, 101891. 10.1016/j.cpr.2020.101891
40. Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Ramos Rodriguez, G., Sethi, D. & Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 4(10), e517-e528. 10.1016/s2468-2667(19)30145-8
41. Habetha, S., Bleich, S., Weidenhammer, J., & Fegert, J. M. (2012). A prevalence-based approach to societal costs occurring in consequence of child abuse and neglect. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 35. doi:10.1186/1753-2000-6-35
42. Lynch, S. M., Forman, E., Mendelsohn, M., & Herman, J. (2008). Attending to dissociation: assessing change in dissociation and predicting treatment outcome. *Journal of Trauma & Dissociation*, 9(3), 301-319.
43. Thiel, G., & Szymalla, S. (2006). Belastende Lebensereignisse und Therapieergebnisse: Eine explorative Studie in einer stationären Drogentherapieeinrichtung. *Suchttherapie*, 7(3), 125-131.
44. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 163(5), 827-832.
45. Alaggia, R., Collin-Vézina, D., & Lateef, R. (2019). Facilitators and barriers to child sexual abuse (CSA) disclosures: A research update (2000-2016). *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 260-283.
46. Jaffe, A. E., DiLillo, D., Hoffman, L., Haikalas, M., & Dykstra, R. E. (2015). Does it hurt to ask? A meta-analysis of participant reactions to trauma research. *Clinical Psychology Review*, 40, 40-56. doi:10.1016/j.cpr.2015.05.004
47. Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., ... Wöller, W. (2019). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung Berlin, Heidelberg: Springer.
48. Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E. B., Gersons, B. P., Resick, P. A., ... Cloitre, M. (2016). Traumatherapien: Was haben sie gemeinsam? *Praxis (Bern 1994)*, 105(7), 383-387. doi:10.1024/1661-8157/a002307
49. Rosner, R., Henkel, C., Ginkel, K., & Mestel, R. (2010). Was passiert nach der stationären Stabilisierung mit komplex traumatisierten PTB-Patientinnen? Die Bedeutung von Stabilisierung und Konfrontation für die Behandlung traumatisierter Frauen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(2), 127-135.

50. van Minnen, A., Hendriks, L., & Olf, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behaviour Research and Therapy*, 48(4), 312-320. doi:S0005-7967(09)00285-X [pii] 10.1016/j.brat.2009.12.003
51. Dalenber, C. J. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington: American Psychological Association.
52. Daniels, J. (2008). Sekundäre Traumatisierung. Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von Therapeuten. *Psychotherapeut*, 53(2), 100-107. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s00278-008
53. Jurisch, F., Kolassa, I.-T., & Elbert, T. (2009). Traumatisierte Therapeuten? Ein Überblick über sekundäre Traumatisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38(4), 250-261. doi:http://dx.doi.org/10.1026/1616-3443.38.4.250
54. Schmid, M. (2012). Psychotherapie von Traumafolgestörungen im Kontext der stationären Jugendhilfe. In M. A. Landolt & T. Hensel (Eds.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (2 ed., pp. 404-440). Göttingen: Hogrefe.
55. Schmid, M., & Lang, B. (2012). Was ist das Innovative und Neue an einer Traumapädagogik? In M. Schmid, M. Tetzler, K. Rensch, & S. Schlüter-Müller (Eds.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (pp. 337-351). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.