

TAGUNGSBAND

Trauma

bei Kindern und Jugendlichen

Impressum

Herausgeber: NÖ Kinder & Jugend Anwaltschaft
EMDR Institut Austria
Redaktion: Mag. Daniela Gehringer-Braun, Mag. Eva Münker-Kramer
Grafik: MMag. Gunter Friedrich, Untermeisling
Druck: NÖ Landesdruckerei
Auflage: Jänner 2007

Bestelladresse: NÖ Kinder & Jugend Anwaltschaft
Rennbahnstraße 29
Im Würfel
3109 St. Pölten
Tel: 02742/90811
Fax: 02742/9005-15650
Email: post.kija@noel.gv.at
Web: www.kija-noe.at

Jede Vervielfältigung sowie Verwertung der Texte ist verboten.

Inhalte, fachliche Aktualität, Detailliertheit sowie Stil der Beiträge liegen in der Verantwortung der einzelnen AutorInnen.
Die HerausgeberInnen haben bewusst einheitliche geschlechtsneutrale Formulierungen eingearbeitet. Die Originalschreibweise in Zitaten sowie historischen Zusammenhängen wurden allerdings belassen. Die Ausführungen über Neurobiologie des Extremstress und Phasen der Traumatherapie finden in einigen Beiträgen in ihrem jeweiligen Zusammenhang Niederschlag.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	1
Vorworte	2
Mag. Eva Münker-Kramer Was ist EMDR?	4
Dr. Karl Ableidinger Psychische Traumata bei Kindern und Jugendlichen aus Sicht eines Kinderpsychiaters mit Niederösterreichbezug	13
Lutz-Ulrich Besser Trauma, Gehirn und Persönlichkeitsentwicklung	19
Mag. Petra Rau Psychologische Diagnostik von Traumastörungen bei Kindern und Jugendlichen,	42
Mag. Eva Münker-Kramer Grundprinzipien der Akutintervention – wissenschaftlicher Hintergrund, Haltungen und konkrete Anwendungen.....	46
Mag. Heinz Längle Klinische Symptomatik bei traumatisierten Kindern und kindgerechte Akutintervention.....	55
Mag. Andreas Reitbauer Sucht und Trauma	57
Dr. Sylvia Wintersperger Angewandte Psychotraumatologie in Beratung und Pädagogik.....	60
Informations- und Beratungsstellen	66
Fachliteratur	69
Bücher speziell für Kinder(-therapeutInnen), Eltern, BetreuerInnen.....	70
Ratgeber für Betroffene	70
Autorenverzeichnis.....	71
Kurzinserate	72
ANHANG Kinder und Jugendliche als Opfer und Zeugen von Gewalt, Hamburger Ärzteblatt.....	74

Vorworte



Dr. Erwin Pröll

Landeshauptmann

Traumatische Erlebnisse bei Kindern und Jugendlichen hinterlassen Spuren und bedeuten für die Betroffenen ungemeines Leid. Ohne Hilfe von ExpertInnen ist wirkungsvolle Hilfe nur schwer möglich. Die Fachtagung unter dem Titel „Trauma bei Kindern und Jugendlichen“ war daher ein wichtiger Schritt, vorhandenes Wissen über Erkennung, Umgang und Behandlung solcher Traumata auszutauschen und jene zu ermutigen, sich auch künftig auf diesem Gebiet zu engagieren.



Dr. Petra Bohuslav

Landesrätin

Seelische Erkrankungen und Traumata sind in unserer Gesellschaft noch oftmals Tabus über die man kaum oder nur ungern spricht. Viele Kinder und Jugendliche leiden jedoch, etwa nach außergewöhnlichen Erlebnissen, sehr stark darunter. Daher ist es wichtig, dass die Hilfe in Form von Therapien und Behandlungsmethoden weiter verbessert wird und sich ein Netzwerk an Fachleuten der Betroffenen annimmt.



Mag. Eva Münker-Kramer

EMDR Institut Austria

Ein breites und fundiertes Wissen bei PraktikerrInnen an der Basis über Traumafolgestörungen und seriöse Behandlungsmöglichkeiten wird angesichts des steigenden und teilweise entgleisenden „Traumatisierungsgrades“ in Familien und Gesellschaft immer wichtiger.



Mag. Gabriela Peterschofsky-Orange

NÖ Kinder & Jugend
Anwältin

Kinder sollen das Recht haben gesund aufwachsen zu können. Daher war es uns wichtig bei dieser Tagung mitzuwirken und möglichst vielen Helferinnen und Helfern das Fachwissen internationaler und nationaler Referentinnen und Referenten anzubieten.

Was ist EMDR?

Vorbemerkungen und wissenschaftliche Bewertung von EMDR

Zu Beginn dieser Broschüre, deren Inhalte sich um das Thema EMDR und Traumabehandlung herum gruppieren, soll Eye Movement Desensitization and Reprocessing (in der internationalen Abkürzung „EMDR“) vom Hintergrund her und in der konkreten Anwendung genauer beschrieben werden. Damit soll dieser „merkwürdigen Buchstabenkombination“ das Geheimnisvolle genommen werden und Indikationsstellungen und Kontraindikationen sowie seriöse Anwendungsformen und Angebote sollen klarer werden.

EMDR ist eine von Dr. Francine Shapiro 1987-1991 entwickelte neuartige traumabearbeitende Psychotherapiemethode. Sie gehört zu den vier nachweislich effektiven Verfahren zur Behandlung seelisch traumatisierter PatientInnen (v. Etten & Taylor, 1998, NICE Guidelines, 2005, Bradley, R. et al. (2005) u.a.). Das „NICE“ (National Institute for Health and Clinical Excellence), das auf der Basis der besten aktuell verfügbaren Forschung Behandlungsempfehlungen zu bestimmten Krankheitsbildern ausspricht, hat EMDR in der „National Clinical practice Guideline No. 26“ bestätigt (www.nice.org.uk). Wichtig ist hier, dass neben dem Beweis der Wirksamkeit des Verfahrens auch die erhöhte Wirtschaftlichkeit von EMDR im Vergleich mit den ohnehin wenigen anderen wirksamen Verfahren betont wird. Im deutschsprachigen Raum ist EMDR seit 2001 durch die Leitlinien der deutschen Arbeitsgemeinschaft medizinischer Fachgesellschaften (AWMF, Flatten et. al., 2004) in Traumabehandlungen einbezogen und wurde ganz aktuell am 6.7.2006 durch den wissenschaftlichen Beirat für Psychotherapie als wirksame wissenschaftliche Psychotherapiemethode anerkannt (Ärzteblatt vom 15.9.2006).

Die Methode basiert wissenschaftlich auf den Annahmen und Erkenntnissen des sogenannten „Modells der blockierten Informationsverarbeitung, das im Folgenden zum besseren Verständnis der Wirkmechanismen von EMDR vorab kurz skizziert werden soll. Im Beitrag von Besser in dieser Broschüre finden sich darüber hinausgehende Details zum Nachlesen.

Neurobiologische Hintergründe für die Wirkmechanismen des EMDR und das Modell der „blockierten Informationsverarbeitung“

Grundsätzlich begegnen wir Situationen, die durch vitale Bedrohung zu Extremstress führen, durch zwei reflexhafte Möglichkeiten, die nicht über höhere Hirnleistungen, d.h. „cortikal (Cortex= Hirnrinde – der Teil unseres Hirns, der für höhere Denk- und Integrationsleistungen zuständig ist)“, sondern rein „limbisch“, d.h. über das sogenannte Gefühls-/Reflexhirn gesteuert sind: Nach einer kurzen Orientierungsreaktion reagieren wir automatisch mit Kampf oder Fluchttendenzen, entsprechend werden Hormone wie Noradrenalin, Adrenalin und dann Cortisol ausgeschüttet, um Kampf oder Flucht optimal zu ermöglichen (z.B. Muskeltonus, Atmung...). Wenn aber nun keine dieser beiden natürlichen Reaktionen möglich ist (z.B. inmitten der Flutwelle im Dezember 2004 in Südostasien oder bei einem Überfall), gerät dadurch unser neurophysiologisches und neurobiologisches Gleichgewicht völlig durcheinander und wir können weder adäquat reagieren noch das Erlebte „cortikal einordnen“. Der Körper bleibt sozusagen „in der nicht zu Ende gebrachten Reaktion auf Extremstress stecken“. Michaela Huber nennt dies „traumatische Zange“ (2003a, S. 39ff). Hier liegt u.a. der Ursprung des einen PTBS-Leitsymptoms „Übererregbarkeit“ in all seinen Facetten, das teilweise auf sogenannte Trigger (Auslöser) hin bis über Jahrzehnte bestehen bleiben kann.

Darüber hinaus passiert aber auch mental etwas im Zusammenhang mit dem oben Genannten: Die oft starken sensorischen Erlebnisse - visuell (z.B. Bilder von blutenden Unfallopfern), auditiv (z.B. Hupen vor einem Unfall), olfaktorisch (z.B. Verbrennungsgeruch vom Unfallort), gustatorisch (z.B. Blutgeschmack bei einem Unfall), kinästhetisch (z.B. Berührung eines Toten im Zuge einer Bergung als Feuerwehrmann/-frau) werden aufgrund der „Überflutung“

(Neurobiologie siehe unten) cortical nicht entsprechend weiterverarbeitet und im sogenannten expliziten Gedächtnis (sprachlich erinnert, unwillkürlich abrufbar, chrono(logisch) und in die Biographie eingeordnet in Zeit und Zusammenhang) nicht integriert. Sie bleiben stattdessen fragmentiert im sogenannten impliziten Gedächtnis (nicht integriert, Bilder, Eindrücke, Körpererinnerungen) „stecken“. Aufgrund dessen sind sie dann unwillkürlich und ungesteuert jederzeit auslösbar und wiedererlebbar und stellen damit das zweite Leitsymptom der akuten und chronischen Belastungsreaktion/störung dar: die realistisch wirkenden Wiedererinnerungen (Flashbacks, Intrusionen), wie im „Hier und Jetzt“ erlebt, sobald sie aktiviert sind und dadurch extrem angst- und schamauslösend.

Um dem nun zu entkommen, kann es zum Vermeidungsverhalten (Angst vor Auslösern, Versuch der Vermeidung jeglicher Auslöser), dem dritten Leitsymptom, kommen. Dies kann auch dazu führen, dass man mit Hilfe verschiedener inadäquater und langfristig krank und süchtig machender „Hilfsmittel“ wie beispielsweise Alkohol, Schlaftabletten, (vgl. hierzu auch im Detail die Ausführungen von Reitbauer in dieser Broschüre) oder übermäßigem Fernsehgenuss auch innere Auslöser (Gedanken etc.) unterdrückt. Wenn das und (anderes) zu einer eigenen neuen Erkrankung wird, spricht man von sogenannten „Komorbiditäten“.

Das Phänomen der Dissoziation (Abspaltung – Gegenteil von „Assoziation – Zusammenfügung“) hat - zunächst sogar als Bewältigungsmechanismus in einer „unaushaltbaren Situation“ - ebenfalls hier den Ursprung. Zu viel und zu lange jedoch als „Bewältigungsmechanismus“ unbewusst „eingesetzt“, kann das Gesamtgefüge der Persönlichkeit letztlich daran zerbrechen (komplexe Dissoziation bis hin zu dissoziativer Identitätsstörung). Im Gehirn stehen bei den oben beschriebenen Prozessen folgende topografische Strukturen mit folgenden spezifischen Aufgaben bei den gegenständlichen Phänomenen im Vordergrund:

einerseits das limbische System mit Amygdala („Mandelkern“, „Feuermelder“ des Gehirns – Zuordnung von Signifikanz von Reizen), Hippocampus („Seepferdchen“) und Thalamus (Schaltstelle für sensorische Informationen), andererseits der vor allem für Interpretation und Integration verantwortliche frontale Cortex, speziell auch das sogenannte Broca-Areal, das Sprachzentrum im linken frontalen Cortex (nach van der Kolk, in Hofmann (2005) und Huber (2003a).

Informationen und Reize, die das Gehirn aufnimmt, werden zum Thalamus und von dort aus zur Amygdala weitergeleitet. Diese aktiviert dann je nach „Bedeutung“ des Reizes die Prozesse für die jeweils notwendigen neurochemischen Vorgänge des Organismus (Kampf, Flucht, Ruhe, Entspannung...).

Nun wird bei einem normalen (= in den individuellen relativen normativen Bezugsrahmen einzuordnenden...) Reiz einerseits das sogenannte „cool system“ in Gang gesetzt, das so aussieht, dass die Information von der Amygdala in den Hippocampus (auch „kognitive Weltkarte, Bibliothek“ genannt) weitergeleitet wird, dort mit Bedeutung versehen - interpretiert - wird und ihren weiteren Weg wieder über den Thalamus in die corticalen Verarbeitungszentren – vor allem den frontalen Cortex (Integration und Planung) und das Broca-Sprachzentrum („narrative Einordnung“) findet. Hier kann dann die raumzeitliche Integration des Erlebten in das vorhandene Material aus Erfahrungen und Lebensgeschichte erfolgen - es ist eingeordnet und abgelegt – und „ruhig“ – eine erfolgreiche Informationsverarbeitung.

Anders bei Erlebnissen die die bisherigen subjektiven Erfahrungen und das objektiv Ertragbare, Erwartbare sprengen: Hier beginnt es ähnlich – der Thalamus nimmt die Information auf, leitet sie schnellstens zur Amygdala. Diese identifiziert den Reiz als „heiß“, gibt generellen Alarm und aktiviert dabei unmittelbar und sehr massiv die reflexartige Schreckreaktion unseres Körpers – Kampf/Flucht (vor der Hormonaktivierung) und setzt dann die Stresskaskade (Selye, 1976, zit. Nach Huber, 2003) mit dem bekannten „Hormoncocktail“ von Noradrenalin, Adrenalin und Cortisol in Gang. Der „kühle Kopf“ ist verloren.

Diese Erkenntnisse werden bei sämtlichen Behandlungsansätzen im Bereich der akuten und chronischen Belastungsreaktion – wenn auch verschieden intensiv und auf verschiedenen Ebenen aufgegriffen – hier finden sich einerseits eher kognitiv-behaviorale und andererseits eher dynamisch-behaviorale Methoden (s.u.).

Interessanterweise scheint der REM (Rapid Eye Movements)-Schlaf für die Integration von normalen und auch belastenden Alltagserlebnissen eine wichtige Rolle zu spielen. Die durch die Augenbewegungen unwillkürlich hervorgerufenen bilateralen Stimulationen des Gehirns scheinen die Informationsverarbeitung zu unterstützen. Dieses Phänomen wird in der Behandlung der PTBS im EMDR mittels willkürlich hervorgerufener bilateraler Stimulationen zur beschleunigten Informationsverarbeitung erfolgreich eingesetzt.

Konkrete Kurzbeschreibung der Methode

Methodisch folgt die EMDR-Methode einem Vorgehen in acht genau umschriebenen Phasen. Diese stellen eine praktische Detaillierung des üblichen vierphasigen Vorgehens in der Traumabehandlung – Anamnese, Stabilisierung, Traumabearbeitung, Neuorientierung und Integration (vgl. z.B. auch KREST-Modell von Besser und Erwähnung bei Wintersperger in dieser Broschüre) dar:

Phase 1:

In der traumaspezifischen Anamnese und Diagnostik werden relevante Belastungsfaktoren und aktuelle Symptome – auch differentialdiagnostisch (vgl. auch Beitrag Rau in dieser Broschüre) erfasst. Dabei ist wichtig, welche Symptome im hier und jetzt Leidensdruck verursachen. Dies können Gedanken wie „Ich bin das Letzte“, „Ich kann nie darüber hinwegkommen“, „Ich halte es nicht aus, es zerreißt mich“ ...- auch Erinnerungslücken, dissoziative Zustände, Gefühle wie Angst, Hilflosigkeit, Scham, Schuld ..., Verhaltensweisen wie Vermeidung, skurrile – nicht adäquate Reaktionen auf harmlose Auslöser hin oder sämtliche Komorbiditäten, die nicht anders erklärt werden können und Körpersymptome wie Herzrasen, spezifische Schmerzen, somatoforme Störungen ... sein. Auf dieser Basis werden Erklärungen für und Zusammenhänge zwischen den Symptomen sowie Indikationen und Kontraindikationen für EMDR erörtert und besprochen. Die therapeutische Haltung ist wie grundsätzlich in der Traumatherapie auf Psychoedukation ausgerichtet, partnerschaftlich, ressourcenorientiert, transparent und jeder Schnitt wird erklärt und gemeinsam mit dem/der PatientIn beschlossen und vorbereitet.

Phase 2:

In der Stabilisierung und Vorbereitung stehen Ressourcen, Stressbewältigungs- und Distanzierungstechniken im Vordergrund, damit die PatientInnen fähig sind und sich kompetent erleben, sich von traumatischem Material eigenständig zu distanzieren und so sukzessiv wieder Kontrolle übernehmen können. Zur Kontrollerfahrung (und genau das haben TraumapatientInnen oft lange eingebüßt) gehört auch die mehrmalige genaue Erklärung der Hintergründe und der Technik der Methode, die nochmalige und wiederholte Überprüfung der Indikation und die Besprechung des konkreten Vorgehens mit allen Kontrollmöglichkeiten durch den/die PatientIn. Diese beiden Phasen können je nach Ausmaß der Traumatisierung und je nach Stabilität des/der PatientIn von einigen Sitzungen bis zu mehreren Jahren dauern.

Phase 3:

Die spezifische Arbeit mit dem sogenannten EMDR-Protokoll (= Vorgehensweise nach dem für PTBS extrem gut untersuchten und evaluierten und weltweit standardisierten Behandlungsmanual) beginnt mit der Bewertungsphase. Hier werden die für die Behandlung relevanten Themen gemeinsam mit dem/der PatientIn präzisiert, z.B.

Selbstwertgefühl nach immer wieder erlittenen Demütigungen, das sich im „Hier und Jetzt“ in Versagensangst in der Arbeit bei Anweisungen durch den Chef/die Chefin zeigt oder irrealer aber im „Hier und Jetzt“ sehr beeinträchtigende Todesangst nach einem Unfall, die bei bestimmten Auslösern immer wieder auftaucht und den/die Betroffene funktionsunfähig und panisch macht ... u.ä.m. Damit wird die Voraussetzung geschaffen, strukturiert und gezielt in das sogenannte Traumanetzwerk ganz individuell bei dem/der jeweiligen PatientIn einzusteigen.

Nun wird weiter fokussiert und ein repräsentatives Bild für dieses o.g. „Thema“ (Selbstwert, Sicherheit/irreale Todesangst...) als Einstieg gewählt, das den schlimmsten Moment des Erlebten darstellt (sozusagen ein „Standbild“). Dies kann im Beispiel 1 eine Demütigungssituation sein, wie z.B. „Einnässen vor der Schulklasse nach extremer Demütigung durch die Lehrerin“, im Beispiel 2 die Situation, bei der beim Autounfall klar war, dass man dem entgegenkommenden Auto nicht ausweichen kann und vielleicht speziell das Gesicht des Fahrers des Gegenverkehrsautos. Dieses wird nach verschiedenen Kriterien gemeinsam mit dem/der PatientIn bewertet. Zunächst wird erfasst, welche „persistierenden“ negativen Gedanken (=sog. negative Kognition (NK)) die Erfahrung in einer generalisierten Form hinterlassen hat. Im Beispiel der Demütigung kann das sein „Ich bin das Letzte“, „Ich bin nichts wert“, im Beispiel mit dem Autounfall „Ich sterbe jetzt.“, „Ich komme hier nie wieder raus.“. Dies sind die Gedanken, die auf Auslöser hin Symptome machen und die Gegenwart beeinträchtigen, da sie als den Alltag blockierende Überzeugungen abgespeichert sind. Quasi als Gegenpol dazu werden nun gemeinsam sogenannte positive Kognitionen (PK) gesucht, die die PatientInnen gerne „statt dessen“ heute über sich denken würden – z.B. „Ich bin ok und ich muss so etwas nicht mit mir machen lassen“ oder „Ich lebe, es ist vorbei.“ Diese positiven Gedanken bilden sozusagen pathetisch ausgedrückt den „Stern am Horizont“, in dessen Richtung sich der „Neubewertungsprozess im Hier und Jetzt“ bewegen soll, eine Hilfe bei der Integration des Erlebten in die Gesamtbiographie. Nun wird bewertet, wie weit der /die PatientIn diese positiven Gedanken schon als stimmig empfinden kann, es ist eine wichtige Erfassung der gefühlsmäßigen Resonanz dieses Zielgedankens.

Nun werden die zur ausgesuchten Situation gehörenden und im Hier und Jetzt spürbaren Gefühle sowie deren subjektiv skalierbares Ausmaß (zwischen 0 und 10) erfasst, z.B. Scham beim Beispiel 1 und Angst, Panik beim Beispiel 2. Der letzte Aspekt, der in der Bewertungsphase erfasst wird, ist nach dem Bild, den Gedanken und den Gefühlen die Repräsentanz des Erlebten im Körper „Wo im Körper spüren Sie das jetzt?“. Aus der einschlägigen Forschung ist bekannt, dass der Körper sozusagen das deutlichste Speichermedium für Erinnerungen ist und somit ist er in der Therapie wichtigster und letzter Indikator für Belastung und auch später Gradmesser für Entlastung. Im Beispiel 1 könnte der/die Betroffene dies im Rücken oder auf den Schultern o.ä. spüren, im zweiten Beispiel im Hals (Knoten, Schrei...) – dies ist einerseits individuell verschieden, es gibt aber auch logische und symbolische Zusammenhänge, die sich immer wieder zeigen.

Am Ende dieser Bewertungsphase ist die Person „getriggert“, d.h. geistig, gefühlsmäßig und körperlich auf die Komponenten der traumatischen Erinnerung fokussiert und strukturiert damit in Kontakt gegangen. Unmittelbar jetzt folgt die Phase des freien Prozessierens mittels bilateraler Stimulationen beginnt.

Phase 4:

In dieser Phase, die bezeichnenderweise Desensibilisierung / Reprozessierung heißt und die alleine fatalerweise und fälschlicherweise oft für „das EMDR“ gehalten wird, wird nach dem beschriebenen Einstieg ins Traumanetzwerk mit Hilfe der bilateralen Stimulationen (Augenbewegungen, aber auch taktile und akustische bilaterale Reize) der unbewusste Prozess begleitet. Dieser kann wie ein Fluten im Traumanetzwerk verstanden werden und läuft in unterschiedlicher Intensität, Ausprägung, Geschwindigkeit und Dauer ab. Im Gegensatz z.B. zur Intrusion, wo es unwillkürlich ähnliche Prozesse geben kann, denen die PatientInnen dann alleine und hilflos ausgeliefert sind, werden sie

hier durch die/den TherapeutIn neutral, aber unterstützend und aufmerksam begleitet und geleitet. Erfasst werden Bilder, Gedanken, Körpersensationen beim Durchgang durch das Traumanetzwerk, die ganze Konzentration ist auf dem Prozess des Reprozessieren, es wird allerdings noch nicht analysiert und diskutiert.

Phase 5: (Verankerung) und

Phase 6 (Körpertest):

Nach erfolgreicher gesamter oder partieller Durcharbeitung der Erinnerungen wird nach bestimmten Kriterien auf die Ausgangserinnerung Bezug genommen, die Kennfaktoren werden neuerlich bewertet und die Sitzung komplett oder partiell abgeschlossen und somit die Voraussetzung für die Folgeprozesse im Alltag und in der nächsten Sitzung geschaffen. Die Erkenntnisse der Sitzung werden gemeinsam reflektiert und bewertet, wenn notwendig, wird noch Belastendes imaginativ adäquat „verpackt“, die Integration in die Gesamttherapie erfolgt und es werden Distanzierungsmaßnahmen und Stressbewältigungsmaßnahmen für nächste Zeit besprochen die zuvor im Rahmen der Stabilisierungsphase gezielt vorbereitend gelernt wurden (vgl. Ausführungen Besser und Wintersperger in dieser Broschüre).

Phase 7:

Hier findet die Überprüfung der Effekte der letzten Stunde statt, sozusagen der Alltagstest, bei dem Veränderungen der Symptomatik (andere Gefühle, Neubewertungen, ...) und die weiteren Behandlungsschritte und Indikationen... besprochen werden.

Einsetzbarkeit der Methode und Qualifikation der Anbieter

EMDR ist grundsätzlich sehr gut mit den Behandlungsplänen verschiedener Therapieformen vereinbar und soll und kann optimal integriert werden. Für einen bestmöglichen Einsatz sind allerdings ein eigenes traumaspezifisches und ein psychotraumatologisch fundiertes Behandlungskonzept sowie einschlägige klinische Erfahrung unbedingt vonnöten.

EMDR ist ein Verfahren mit – bei richtiger Indikation und Durchführung – deutlicher und schneller Wirkung, das jedoch nicht ohne Kontraindikationen und Nebenwirkungen ist. In falscher Indikation und bei falscher Anwendung kann Schaden nicht ausgeschlossen werden. Eine Behandlung mit EMDR sollte daher nur von entsprechend fortgebildeten Fachleuten - PsychotherapeutInnen, klinischen PsychologInnen und psychotherapeutisch ausgebildeten ÄrztInnen („Psy III“) durchgeführt werden, die entsprechende seriöse, fundierte und qualifizierte Ausbildungen absolviert haben und von autorisierten Fachgesellschaften (in Österreich nur EMDR-Netzwerk www.emdr-netzwerk.at) zertifiziert sind. Das EMDR Institut Austria (www.emdr-institut.at) als einziger von Francine Shapiro autorisierter Österreich Partner bietet solche Ausbildungsgänge an.

Interessierte PatientInnen und ÜberweiserInnen sollten derartige Fragen offen mit ihren BehandlerInnen besprechen. Das wird jede seriöse Fachkraft akzeptieren. Die österreichische Fachgesellschaft www.emdr-netzwerk.at führt Listen mit qualifizierten TherapeutInnen und BehandlerInnen, die sich der überprüften und evaluierten Ausbildung unterzogen haben. Die Anbindung an die international anerkannten und mit der Gründerin verbundenen Fachgesellschaften ist sehr wichtig. Nur dadurch kann der hohe Standardisierungsgrad und die extrem sorgfältige wissenschaftliche Überprüfung der Methode zum Wohle der PatientInnen gewährleistet werden. Leider werden immer wieder Kurse außerhalb der Kontrolle der Fachgesellschaften von selbsternannten ExpertInnen angeboten, die die Gefahr bergen, dass Betroffene geschädigt und die Methode verwässert und geschädigt wird.

Literatur

(Allgemeines vgl. auch ausführliches Verzeichnis am Ende der Broschüre)

Bradley, R. et al. (2005) A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. American Journal of Psychiatry, 162,2 2005, S. 214-227

Flatten G, Hofmann A, Liebermann P, Wöller W, Siol T, Petzold E. (2004) Posttraumatische Belastungsstörung. Schattauer, Stuttgart, New York

NICE Report: National Clinical practice Guideline No. 26: Post traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Gaskell & British Psychological Society, 2005, www.nice.org.uk

Hofmann, A..(2006): EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Thieme, Stuttgart

Huber, M. (2003) Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil I. Junfermann, Paderborn

Huber, M. (2003) Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil II. Junfermann, Paderborn

Lamprecht, F. (Hg.) (2006). Praxisbuch EMDR Modifizierungen für spezielle Anwendungsgebiete, Klett-Cotta-Verlag

Münker-Kramer, E. (2004) EMDR und notfallpsychologische Akutintervention – Aspekte optimaler Kooperation. Vortrag bei der 6. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie, Wien, 3.-5.9.2004

Sack, M. (2004) Psychophysiological monitoring during Trauma Therapy with EMDR, Vortrag anlässlich der Tagung der ISSD in Donaueschingen, Sept. 2004. Martin Sack, Abtl. Für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover

Shapiro, F. (1998) EMDR – Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Junfermann, Paderborn

van Etten, M., Taylor, S. (1998) Comparative Efficacy of Treatments for Post-Traumatic-Stress-Disorder: A Meta-Analysis. Clinical Psychology and Psychotherapy. Clin. Psychol. Psychoth., 5, 126-144

World Wide Web

www.emdr-netzwerk.at

(EMDR Netzwerk Österreich)

www.emdr-europe.org

(Europäische Fachgesellschaft für EMDR)

www.emdr.com

(Stamminstitut von Francine Shapiro, PhD., USA)

www.emdr-institut.at

(autorisierter Österreich-Partner des EMDR Stamminstituts USA, Francine Shapiro, PhD.)

www.emdr-institut.de

(autorisierter Deutschland-Partner des EMDR Stamminstituts USA, Francine Shapiro, PhD.)

www.emdria.de

(Deutsche EMDR Fachgesellschaft)

www.degpt.de

(Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie)

www.nice.org.uk (

Details zu NICE Report)

www.uni-duesseldorf/leitlinien/ptsd

(genaue Leitlinien von Flatten et.al.)

Psychische Traumata bei Kindern und Jugendlichen aus Sicht eines Kinderpsychiaters mit Niederösterreichbezug

Was ist ein Trauma?

Eine Beschreibung und Bestimmung des Begriffes Trauma soll vorangestellt werden. Der Begriff des traumatischen Ereignisses sollte nicht inflationär gebraucht, sondern nur für subjektiv überwältigende Lebensereignisse, in denen man sich machtlos ausgeliefert fühlt und die bisherigen lebensweltlichen Vertrautheiten und emotionalen Sicherheiten zerbrechen. „Psychisches Trauma“ ist das Leid der Ohnmächtigen. Das Trauma entsteht in dem Augenblick, wo das Opfer von einer überwältigenden Macht hilflos gemacht wird. Ist diese Macht eine Naturgewalt, sprechen wir von einer Katastrophe. Üben andere Menschen diese Macht aus, sprechen wir von Gewalttaten. Traumatische Ereignisse schalten das soziale Netz aus, das dem Menschen gewöhnlich das Gefühl von Kontrolle, Zugehörigkeit zu einem Beziehungssystem und Sinn gibt.“ (Judith Hermann, Die Narben der Gewalt, München 1993, S. 54, vgl. auch Literaturverzeichnis am Ende der Broschüre)

Historisches

Von traumatischen Ereignissen ist die Menschheit seit dem Bestehen auf unserem blauen Planeten immer wieder betroffen. Es handelt sich also nicht um ein neues Phänomen. Die systematische Erforschung traumatischer Ereignisse und deren psychischer Auswirkungen wurde erst in Folge des Vietnamkriegs an Kriegsveteranen begonnen. In den USA wurde der klinische Begriff der „posttraumatic stress-disorder“ geprägt (vgl. auch diesbezügliche Ausführungen von Besser in dieser Broschüre).

Diagnostische Kriterien nach DSM 4

Der entsprechende deutsche Begriff lautet „Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)“. Die PTBS ist nicht nur beschränkt auf Kriegsteilnehmer, sondern tritt auch in der Zivilbevölkerung auf. Sie kommt in allen ethnischen und sozioökonomischen Gruppen vor.

Formal anerkannt wurde die PTBS im Rahmen des DSM 3 im Jahr 1980.

Welche traumatischen Erlebnisse können zur Entwicklung einer PTBS führen?

Die verschiedensten Ereignisse können traumatisch wirken, das heißt, die menschlichen Regulations- und Kompensationsmöglichkeiten werden überfordert. Dies können menschlich verursachte Traumata sein. Hier sind insbesondere folgende bedeutsam:

- sexuelle und körperliche Misshandlung in der Kindheit
- kriminelle und familiäre Gewalt
- Vergewaltigung oder deren Versuch
- Kriegserlebnisse
- zivile Gewalterlebnisse, die länger andauern z. B. Geiselnahme, Folter oder politische Inhaftierung, Massenvernichtung
- Naturkatastrophen
- technische Katastrophen z. B. Feuer, berufsbedingte Katastrophen bzw. Einsätze (Militär, Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienste und andere HelferInnen)
- berufsbedingte Unfälle, z.B. Suizidhandlungen oder Unfälle als LokführerIn oder ZugbegleiterIn
- Arbeitsunfälle
- Verkehrsunfälle

Dabei kann es vorkommen, dass erst das wiederholte Erleben belastender Ereignisse (z. B. der dritte Rettungseinsatz

mit Toten als SanitäterIn oder der zweite Missbrauchsversuch) eine PTBS hervorruft.

Das Konzept der PTBS kommt also ursprünglich aus der Erwachsenenpsychiatrie. Anfangs lagen wenige Erkenntnisse über das Kindes- und Jugendalter vor. Die klinische Erfahrung zeigt allerdings, dass das Konzept der PTBS auch für das Kinder- und Jugendalter anwendbar ist. Die PTBS hat allerdings altersspezifische Merkmale. Die Interventionen haben den Entwicklungsstand des Kindes entsprechend zu erfolgen.

Ursachen und Risikofaktoren für PTBS bei Kindern

Hochwasser, Kidnapping, Vergewaltigung/ Ermordung der Eltern, Schießerei (z.B. school shooting), Auto und Flugzeugunfall, Brand, Gewalt in der Nachbarschaft, sexueller oder aggressiver Missbrauch können Ursachen sein, als Risikofaktoren variieren je nach Schweregrad des Ereignisses, die Reaktion der Eltern, die körperliche Nähe zu einem traumatischen Geschehen, die elterliche Unterstützung. Gute Bewältigungsstrategien reduzieren deutlich das Risiko, Symptome zu entwickeln. Weitere Risikofaktoren sind interpersonelle Traumata (tätlicher Angriff, Vergewaltigung) und die Anzahl der traumatisierenden Erlebnisse. Das Geschlecht spielt eine Rolle, Mädchen sind häufiger betroffen als Buben. Welches Alter einen erhöhten Risikofaktor bei Kindern darstellt, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch umstritten. Alter bzw. Entwicklungsstand haben allerdings sehr wohl einen Einfluss auf die Symptomausprägung.

PTBS bei Kleinkindern

...zeigt sich durch Fremden- und Trennungsangst, Vermeidungsverhalten ohne erkennbaren Bezug zum traumatischen Ereignis, Schlafstörungen, Posttraumatisches Spiel, Regression.

PTBS bei Schulkindern

...zeigt sich zum Beispiel durch Amnesie für Teilaspekte des Traumas, „Time Skew“, „omen formation“, posttraumatisches Spiel.

Nach US-amerikanischen Untersuchungen soll es bei traumatisierten Kindern im Volksschulalter zu keinen optischen Wiedererinnerungen oder Erinnerungslücken zu Teilaspekten des Traumas kommen. Als typisch gilt die Erfahrung des „time skew“. Gemeint ist damit eine Erinnerungsverzerrung der zeitlichen Abfolge von traumabezogenen Ereignissen. Unter „omen formation“ versteht man die Überzeugung, es hätte warnende Vorzeichen des Traumas gegeben. Kinder meinen bei entsprechender Wachsamkeit auch an Vorzeichen zukünftige Traumata erkennen und vermeiden zu können.

PTBS bei Jugendlichen

...ist erkennbar durch Reinszenierung im Alltag oder/und impulsives und aggressives Verhalten.

Bei Jugendlichen tritt die Bedeutung des Spiels in den Hintergrund, es kommt zu ausagierenden Reinszenierungen des Traumas im Alltag. Auch die Wahrscheinlichkeit impulsiv-aggressives Verhalten zu entwickeln ist größer als im Kindesalter.

Weiters gibt es im Kinder- und Jugendalter auch eine Reihe von weiteren Auffälligkeiten und Problemen.

Weitere posttraumatische Effekte bei Kindern

- Angst, Depression, Zorn, Feindseligkeit, Aggression, sexuelles Fehlverhalten, selbstverletzendes Verhalten, niedriger Selbstwert, Gefühle von Vereinsamung, Stigma, Substanzmissbrauch
- Beziehungsprobleme mit Familie, Peers, Schule
- psychische Störungen (z.B. Hyperaktivität, Verhalten)
- trotzig opponierendes Verhalten (Verhaltensstörung)

Therapie der PTBS bei Kindern

- Psychosoziale Stabilisierung
- Psychotherapie
- Psychoedukation (bei Kind und Eltern)
- Pharmaka

Spontanremission

Anzumerken ist, dass nicht in jedem Fall, bei dem Kinder einem traumatischen Ereignis ausgesetzt waren, eine Therapie erforderlich ist. Bei manchen Kindern kommt es innerhalb von einigen Wochen zur natürlichen Rückbildung der Symptome.

Psychosoziale Stabilisierung

Als erster Interventionsschritt ist die sogenannte psychosoziale Stabilisierung durchzuführen. Gemeint ist damit, dem Kind eine gesicherte soziale und psychische Umgebung zu verschaffen, beispielsweise bei sexuellem Missbrauch, den Täter aus dem Umfeld des Kindes zu entfernen. Gefordert ist hier auch der Einsatz der Jugendwohlfahrt. Wenn die PTBS mit psychotischen Symptomen oder Selbstmordgefährdung einhergeht, ist eine psychiatrische Akutversorgung anzustreben.

Psychotherapeutische Interventionen

Seitens der Psychotherapie steht ein Fächer an Ansätzen zur Verfügung. Sie reichen von gesprächsorientierten Ansätzen, Angstmanagement, Entspannungsverfahren, Spieltherapie, kunsttherapeutischen Verfahren bis zu einem an USA-Vietnamveteranen entwickelten Verfahren der „Eye-movement desensitization and reprocessing“ (EMDR; vgl. auch ausführliche Darstellung von Münker-Kramer in dieser Broschüre). Im Wesentlichen geht es bei allen Verfahren um eine Korrektur der durch das Trauma bewirkten Erlebnisdeformation und den daraus sich ergebenden Einschränkungen im Lebensvollzug. Eine emotionale Neuinterpretation des Wahrgenommenen und Erlebten muss angestrebt werden. Bei psychotherapeutischen Interventionen gilt es auch, das „Setting“ also den Behandlungsrahmen festzulegen. Man wird in der Regel der Einzeltherapie den Vorzug geben. Zu einem fortgeschrittenen Zeitpunkt der Therapie (allerdings vor allem auch bei Jugendlichen) kann ein Wechsel auf Gruppentherapien oder auch auf Selbsthilfegruppen erfolgen. Das Ausmaß und die Frequenz der Therapiesitzungen orientieren sich nach dem Schweregrad der Störung.

Psychoedukation

Gemeint ist damit Information und Aufklärung über Symptome und Auswirkungen der Störung. Diese Informationen richten sich vor allem an Eltern sowie an Betreuungspersonen der Kinder. Sehr häufig geht es dabei darum, eine Balance zwischen schonender Rücksichtnahme, Konfrontation und Ermutigung zu finden. Je nach Symptomlage des Kindes können sich im familiären Umfeld erhebliche Belastungen ergeben, wie z.B. trotzig-opponierendes oder opponierend-aggressives Verhalten bis hin zur Verhaltensstörung. Weitere Warnzeichen können sein: Schlafstörungen, Reizbarkeit, Vermeidungsverhalten, Probleme mit Gleichaltrigen sowie schulische Leistungsprobleme.

Pharmaka

Kontrollierte Medikamentenstudien wurden bei Patienten mit PTBS nicht durchgeführt. Klinische Erfahrung gibt es vor allem bei Symptomen von Depression und Angst mit Anti-Depressiva aus der Gruppe

der Serotonin-re-uptake-Hemmer. Bei schweren Angstzuständen können auch kurzzeitig angstlösende Substanzen aus der Gruppe der Benzodiazepine zum Einsatz kommen.

Komplexe PTBS

Der Begriff der PTBS wurde zunächst bei Kurzzeittraumen entwickelt, wie Autounfällen, Naturkatastrophen, Vergewaltigung. Es gibt jedoch auch Fälle, wo Traumatisierungen chronisch, d.h. über Monate und Jahre hinweg erfolgen. Voraussetzung ist eine über Jahre andauernde Periode, in der das Opfer unter der Kontrolle eines anderen Menschen stand.

- Änderung der emotionalen Regulation: Andauernde Traurigkeit, Suizidgedanken, Jähzorn, Wut
- Änderungen der Selbstwahrnehmung, Gefühlen wie Hilflosigkeit, Scham, Schuld, Stigma und Gefühlen vollkommen anders zu sein als andere menschliche Wesen.
- Änderung der Wahrnehmung des Täters: Zuschreibung von absoluter Macht, gedankliches Kreisen um die Beziehung zum Täter einschließlich Rachedgedanken.
- Änderung in zwischenmenschlichen Beziehungen, einschließlich Isolation, Misstrauen, wiederholte Suche nach einem/r Retter/in.
- Änderung im Meinungs- und Überzeugungssystem: z.B. den Verlust des unterstützenden Glaubens, das Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung.

Beispiele für chronische Traumatisierung

Sind Konzentrationslager, Kriegsgefangenschaft, Prostitution, lang dauernde häusliche Gewalt, lang andauernde körperliche aggressive Misshandlung, organisierter Missbrauch an Kindern

Weitere Schwierigkeiten bei komplexer PTBS

- das Denken und Sprechen über traumabezogene Themen wird wegen überwältigender Gefühle vermieden. Um traumabezogene Gefühle zu vermeiden oder zu dämpfen, kann eine Neigung zu Alkohol- und Substanzmissbrauch oder auch selbstverletzendes Handeln entstehen
- Schuldzuschreibung und Verantwortlichmachen des Opfers.
- bei wiederholtem Missbrauch wird dem Betroffenen ein „schwacher Charakter“ zugeschrieben
- in diesem Zusammenhang muss auf die Schwierigkeit der Differenzialdiagnose von komplexer PTBS und Borderline-Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen (wie der Abhängigen oder Masochistischen Persönlichkeit) hingewiesen werden
- der Zusammenhang bei Traumatisierung im Kindesalter von komplexer PTBS und der Entwicklung einer emotionalen instabilen Persönlichkeit im Sinne des Borderline-Typus ist noch aufklärungsbedürftig (vgl. hierzu auch die ausführliche Darstellung von Lutz-Ulrich Besser in dieser Broschüre)

Trauma, Gehirn und Persönlichkeitsentwicklung

Historische, neurophysiologische, individuelle, familiäre und gesellschaftliche Aspekte.

Anfänge der Psychotraumatologie

Die Psychotraumatologie ist immer noch eine junge Wissenschaft, obwohl sich ihre Wurzeln bis weit ins 19. Jahrhundert zurückverfolgen lassen und interessante z. T. kontroverse Erkenntnisse und Diskussionen über die psychischen Folgen von traumatischen Lebensereignissen bestanden.

So bestand die kontroverse Diskussion zwischen den Polaritäten, ob es sich dabei um organische oder psychische Folgeerkrankungen handelt oder ob es sich - wenn schon psychisch - nicht einfach nur um Simulation oder gar Betrugerei zwecks Opferentschädigung handele. Diese Diskussion findet oft zum Schaden vieler traumatisierter Menschen auch zu Beginn des 21. Jahrhunderts statt.

Einige kluge Ärzte und Forscher, die sich seinerzeit Gedanken darüber gemacht haben, wie sich z.B. die psychischen Symptome von Unfallverletzten aber auch die der so genannten „hysterischen Frauen“ erklären lassen, hatten beispielsweise schon 1896 in der Salpêtière beim damals berühmten Arzt Charcot in Paris erkannt, - es waren vor allem Pierre Janet und Sigmund Freud - dass jene Symptome, die der Hysterie zugeschrieben wurden, Ausdruck und Folge von sexueller Ausbeutung und Misshandlung in der Kindheit sind.

Obwohl Freud ein Vorreiter auf diesem Gebiet war, der die Bedeutung dieser Art von Traumatisierung erkannt hatte, scheiterte er an den gesellschaftlichen Strukturen und seiner eigenen Familiengeschichte, widerrief seine Erkenntnisse 1897 und ordnete die schwerwiegenden Symptome und biografischen Angaben der Betroffenen schließlich ihren unbewussten ödipalen Fantasien und Inzestwünschen zu.

So konnte die traumatische Misshandlungsrealität vieler Betroffener als angeblichen 'Fantasmen' neurotisch erkrankter Frauen und die erwachsenen Täter als Opfer der aus der Kindheit stammenden Verführungsfantasien der Kinder und Frauen deklariert werden.

Außerdem wurde bis zum Ende des Vietnamkriegs davon ausgegangen, dass die gesunde erwachsene menschliche Psyche nach einiger Zeit fast alles, d.h. jegliche traumatische Lebenserfahrung „wegsteckt“ bzw. verdaut, nach dem Motto „Die Zeit heilt alle Wunden“ oder gar dem fatale Männlichkeitsfantasma folgend ideologisiert wurde und wird „Was uns nicht umbringt, macht uns nur härter“.

Wenn dies nicht gelang, wurden eine prämorbid Persönlichkeit, die Gene, die Mutter-Kind-Beziehung oder die Familie dafür verantwortlich gemacht, aber nicht das Erleiden eines Traumas. Diese Haltung ließ sich nach dem Vietnamkrieg nicht mehr aufrecht erhalten, als hunderttausende körperlich unverletzter Vietnamveteranen – vor ihrem Einsatz, junge, kräftige und gesunde amerikanische Männer des Mittelstandes – mit schwersten psychischen Symptomen und Persönlichkeitsveränderungen heimkehrten und in den Monaten und Jahren danach auffällig blieben.

Ab etwa 1978 begann in den USA eine kontinuierliche neurobiologisch fundierte Stress- und Traumaforschung.

Wie schwer es ist, kollektive traumatische Erlebnisse bewusst wahrzunehmen und aufzuarbeiten, zeigt sich daran, dass die Bundesrepublik Deutschland nach den beiden Weltkriegen fast noch 60 Jahre nach Ende des II. Weltkrieges brauchte, um sich dem Traumathema endlich wissenschaftlich und dauerhaft annehmen zu können und ebenfalls eine intensive Erforschung der Bedeutung von Traumata zu beginnen und um die zuvor bereits existierenden Erkenntnisse nicht mehr dem Vergessen und Ausblenden anheim zu stellen.

In Deutschland war 1998 ein entscheidendes Jahr – mit dem ersten internationalen Traumakongress auf deutschem Boden in Köln und der Eschede-Katastrophe vom

3. Juni als vor den Toren von Hannover bei Celle der ICE Gustav Röntgen entgleiste, gegen einen Brückenpfeiler prallte und 101 Menschen ihr Leben verloren. Gleichzeitig war es das erste Mal, dass eine große Organisation wie die Bundesbahn Verantwortung nicht nur für die Schadensregulierung übernahm, sondern auch für die psychologische

Nachsorge und Betreuung der verschiedenen Betroffenen einen offiziellen Rahmen schuf.

Dennoch gilt auch heute noch oft, dass Traumata – insbesondere solche durch menschliche Gewaltausübung hervorgerufene – einem Zwang des Vergessens, der Sprachlosigkeit und auch der Wiederholung unterliegen. Diese Behauptung finden wir bei der Betrachtung nicht nur der Geschichte, sondern innerhalb der individuellen Persönlichkeit des Einzelnen, der Familie, der Gesellschaft, und auch bei funktionellen Aspekten unserer Gehirne bestätigt. Dabei stellt sich die Frage, ob es heilsames Erinnern gibt und dies der Ausweg aus Sprachlosigkeit, Leid und Wiederholung ist.

Gewalt im gesellschaftlichen Kontext

Obwohl seit 1896 mehr als ein Jahrhundert vergangen ist und die aktuelle Gewaltforschung erschreckende Zahlen zu Tage bringt, betonen viele ÄrztInnen, SozialpsychiaterInnen und AnalytikerInnen noch immer neurotische Konflikte und dabei v.a. den ödipalen Konflikt als krankmachendes Agens, jene inzestuöse Phantasietätigkeit, die unbewussten Wunschphantasien von Kindern, und schauen der Realität der weit verbreiteten gesellschaftlichen und familiären Gewalt und sexuellen Ausbeutung nur mit sehr schwerem Herzen oder auch gar nicht ins Gesicht.

Die aktuelle „Bielefelder Gewaltstudie“ des BMFSFJ – Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – aus dem Jahr 2004, bei der 10.000 deutsche Frauen in einer repräsentativen Stichprobe befragt wurden, zeigt, dass die Zahlen, je nachdem welche Arten von Gewalterfahrung erhoben wurden, zwischen 35 und 50 % der Frauen mit physischen und / oder sexuellen Gewalterlebnissen (Traumata) in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter liegen. D.h. dass in der durchschnittlichen Bevölkerung 3500 – 5000 Frauen von 10.000 irgendwann traumatische Gewalt erlebt haben oder noch erleben.

Das erschreckend große Ausmaß an Gewalt an Frauen erleben zu einem großen Prozentsatz auch die Kinder als geängstigte Augenzeugen mit und werden dadurch ebenfalls traumatisiert

Wenn wir aus unserer Geschichte nichts gelernt haben müssen wir sie wiederholen, heißt es.

Trauma-Definitionen

Traumata, d. h. traumatische Erlebnisse, sind Situationen, in denen Menschen von plötzlich auftretenden, heftigen bedrohlichen Ereignissen überrascht werden auf die sie sich nicht (mehr) einstellen oder ihnen anpassen und ihnen auch nicht entkommen können, sondern von ihnen überrollt werden und dadurch in einen ungeschützten Angst-Schreck-Schock-Zustand bzw. Verwirrungszustand geraten, oder anders ausgedrückt einen überflutenden „Stresszustand“ erleben, der ihre kognitiven, emotionalen Bewältigungsmöglichkeiten überfordert und die Körperregulation in eine Art Kurzschluss-Situation katapultieren.

Das kann auch geschehen, wenn jemand „nur“ Augenzeuge erschreckender/erschütternder Ereignisse wird.

Dazu gehören Unfälle, Natur- und Verkehrskatastrophen, Kriege, Vertreibung, Flucht, plötzliche Verluste nahe stehender Menschen, Gewalterlebnisse aller Art, körperliche und sexuelle Gewalt und Misshandlungen („Missbrauch“) und andere bedrohliche Schockerlebnisse.

Trauma-Definition nach ICD-10

Im ICD-10, dem deutschsprachigen Glossar für die Verschlüsselung von Diagnosen, werden Traumata als kurz oder lang anhaltende Ereignisse von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß beschrieben, die nahezu bei jedem tief greifende Verzweiflung auslösen. Zu diesen Erlebnissen zählen beispielsweise Naturkatastrophen, Folter, Kriege, Verkehrskatastrophen und Vergewaltigung.

Trauma-Definition nach DSM-IV-TR

Das DSM-IV-TR erweitert die Definition um den Aspekt der potentiellen oder realen Todesbedrohung, der ernsthaften Verletzung und die Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder bei anderen, auf die mit intensiver Furcht oder Hilflosigkeit und Schrecken reagiert wird. Auch Augenzeugenschaft wird hier als Traumaerfahrung aufgefasst.

Trauma-Definition nach Gottfried Fischer

Der Traumaforscher Gottfried Fischer definiert Trauma oder vielmehr Traumatisierung als Phänomen, das dann entsteht, wenn es zu einem vitalen Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten kommt und es mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine anhaltende Störung im Selbst- und Weltverständnis zurück bleibt.

Trauma-Definition nach Sigmund Freud

1920 definierte Sigmund Freud Trauma sehr präzise als "Erlebnis, welches dem Seelenleben innerhalb kurzer Zeit einen so starken Reizzuwachs bringt, dass die Aufarbeitung in normal gewohnter Weise missglückt, woraus dauernde Störungen im Energiebetrieb resultieren müssen."

Er sagt damit in heutige Begriffe gekleidet, dass ein Trauma damit ein Erlebnis ist, das das Gehirn und die dort zuständigen Bereiche für Stressverarbeitung innerhalb kürzester Zeit mit so starkem Stress überfluten, dass die normale Verarbeitung und Integration in Gedächtnisprozesse missglückt und daraus dauernde Störungen in der Informations- und Stressverarbeitung und in der Speicherung von Informationen entstehen.

Trauma-Definition nach Ulrich Sachse

Ulrich Sachse beschreibt Traumata als „Erinnerungsabszesse“. Unser Organismus schützt sich bei Verletzungen oder Infektionen durch Abkapselung, innen aber rumort es. Wenn diese Abkapselung nicht mehr aufrechtzuerhalten ist, kommt es zu Komplikationen. Traumatische Erfahrungen sind ebenso oft abgekapselte, eingefrorene, fragmentierte Erfahrungen, die zu einem sehr viel späteren Zeitpunkt ihre toxische Wirkung auf Psyche, Denken, Fühlen und Verhalten entfalten können. PTST ist eine Diagnose mit Zeitzünder, bei der selbst Jahre später komplexe Symptome auftreten können.

Trauma-Definition nach Michaela Huber und Lutz-Ulrich Besser

Michaela Huber und Lutz-Ulrich Besser definieren Traumata zusammenfassend als plötzliche, lang anhaltende oder sich wiederholende, existentiell bedrohliche und ausweglose Ereignisse, bei denen Menschen in die so genannte traumatische Zange geraten. Die traumatische Zange symbolisiert, dass Bedrohung existiert, worauf die beiden Alarmglocken des Menschen läuten. Angst ist die psychische Alarmglocke, Schmerz die körperliche. Diese Kombination aus Bedrohung, Angst und Schmerz löst im Organismus Stress aus und es kommt zu einer körperlichen Erregung. Es besteht keine Fluchtmöglichkeit (no flight) und der Betroffene erfährt dadurch Hilflosigkeit. Die nächste Möglichkeit zu entkommen wäre kämpfen, aber auch das gelingt nicht (no fight). Dadurch entsteht die Erfahrung von Ohnmacht. Dann bleibt nur noch die innerliche und äußerliche Erstarrung (freeze), die als erstarrtes Ausgeliefertsein erlebt wird und schließlich die Unterwerfung, die sich als „schlaffer Totstellreflex“ zeigen kann.

Die Begriffe Trauma und Traumatisierung werden von vielen AutorInnen synonym verwendet. Ich plädiere dafür, dass wir von einer Traumatisierung sprechen, wenn wir die Folgen / Symptombildung mit einbeziehen, während der Begriff Trauma erst einmal nur jene bestimmte Formen von Erlebnissen definieren sollte, bei denen Menschen in die traumatische Zange geraten

Nicht gemeint mit dem Traumabegriff sind Erlebnisse / Erfahrungen mit intensiven Gefühlen negativer Qualität wie Ärger, Trauer, „Schmerz“, Wut, Neid, Eifersucht bei Enttäuschungen, Zurückweisungen, Verlusten, Mangel- oder durch Übermaßsituationen usw. also Frustrationen oder herausfordernde Lebenssituationen verschiedenster Art im Verlauf der Biographie, die zu 'gesunden' oder auch sog. neurotischen inneren und äußeren Reaktionen darauf (neurotische Konfliktlösungen u. Symptombildungen) führen.

Auch nicht gemeint sind erlernte oder aktuelle (dysfunktionale) Beziehungsmuster bzw. belastende Interaktionen oder normale körperliche Erkrankungen als Ursache für Symptome und Störungen im Erleben und Verhalten von Menschen.

Traumata im engeren Sinne (sog. 'big-T-Traumata' nach Francine Shapiro) sind also Erlebnisse (s. o.) existentieller äußerer oder innerer Bedrohung durch Gewalteinwirkung (auch Gewaltandrohung) auf den Körper wie physische und sexuelle Misshandlungen, (sog. „sex. Missbrauch“), seelische Grausamkeit und schwere Vernachlässigungen durch nahe, vertraute Menschen noch dazu, wenn die Traumatisierungen sehr früh in der Kindheit beginnen, über lange Zeiträume wiederholt auftreten, nie an- und ausgesprochen werden konnten / durften (Geheimnisse) und niemals Schutz und Trost erfahren wurde. Weiterhin gehören andere kriminelle Angriffe auf den Körper, das Leben und die emotionale oder soziale Existenz, Terror- und Foltererlebnisse in kriegerischen, politischen und kriminellen Zusammenhängen, Natur- und Verkehrskatastrophen, Unfälle, schwere Erkrankungen, plötzliche Verluste vertrauter Menschen dazu.

Als Traumata im weiteren Sinn (sog. 'small-t-Traumata') bezeichnet Francine Shapiro auch die scheinbar weniger katastrophischen Ereignisse, die mit Schreck und Angst in Verbindung mit einem hohen Maß an bestürzender Beschämung, Peinlichkeit, tiefer Verunsicherung, vermeintlicher oder real hervorgerufener Schuld einhergehen und mit der gleichen Unausweichlichkeit wie die 'großen' Traumata den Betroffenen widerfahren.

Die 'traumatische Zange' (nach Michaela Huber) besteht für das Traumaopfer also in der Trias aus überflutender Angst (Schock, Kollaps, Kurzschluss mit „Es-ist-aus“-Gefühl = Todesnäheerleben), Hilflosigkeit (nicht entfliehen können) und Ohnmacht (nicht dagegen ankämpfen können). Es sind also die bei allen Lebewesen onto- und phylogenetisch verankerten Reaktionsmöglichkeiten auf Angst und Schmerz, nämlich - Flucht oder Kampf - blockiert!

Diese von außen hervorgerufene Situation des Ausgeliefertseins – im englischen Sprachraum als „No Flight - No Fight - Freeze“ Situation bezeichnet – geht mit der Tatsache einher, dass in dieser Situation unser Gehirn ganz anders arbeitet als in allen anderen Lebenssituationen, in denen etwas erfahren und gelernt wird. So gibt es z.B. intrapsychisch keine kognitiven, mit anderen Lebenssituationen vergleichbaren (gelernten) Einschätzungen und Einordnungsmöglichkeiten oder gar abrufbare Handlungskonzepte außer unseren subcortikal gesteuerten archaischen Notfallreaktionen.

Zwar werden zu Beginn kurzfristig emotional-affektive Reaktionen (Angst, Auflehnung, Aggression, Wut, Verzweiflung) und archaische psychomotorische Schutz- und Anpassungsmöglichkeiten aktiviert („Trauma-Reaktionsphase“), diese können jedoch nicht in gezielte Reaktionen und cortical gesteuerte bewusste Handlungen umgesetzt werden.

Es kommt nicht nur zum Erstarren bzw. „Einfrieren“ (Freeze) dieser Erfahrung als Ganzes, sondern zum Fragmentieren der sensorischen, kognitiven, emotionalen und körperlichen Erlebensaspekte des traumatischen Ereignisses im Gedächtnis.

Physiologisch betrachtet steigt dabei der über den Sympathikus aktivierte Stresspegel (das traumainduzierte physiologische Schreck- bzw. Angstniveau) mit dem dazugehörigen Anstieg der Stresshormone (Adrenalin, Noradrenalin, Cortisol, ACTH und CRF im Regelkreis und schließlich die körpereigenen Opiate, die β -Endorphine und Enkephaline) so hoch - ohne dass es, bedingt durch die äußere traumatische Konstellation, zum Umsetzen dieser physiologischen Flucht- oder Kampfbereitschaft kommen kann - dass es beim Betroffenen neben der „Lähmung“ des Denkens, Fühlens und Handelns zum 'Zerreißen' der Wahrnehmung des Traumaerlebens und -kontextes kommt. Dieser Vorgang wird durch das „Anspringen“ des körpereigenen Opiatsystems (Endorphine, Enkephaline) eingeleitet, was zu einer „betäubenden“ Schmerz- und Angstreduktion bzw. -abschaltung führt. Es handelt sich dabei um einen sehr „sinnvollen“ Schutzmechanismus der Natur, den wir Dissoziation nennen.

Anders ausgedrückt kommt es zu autoprotektiven Wahrnehmungsveränderungen, die den traumatisierten Menschen im Augenblick des traumatischen Ereignisses weniger spüren und leiden lassen, bis hin zum Erleben von Leichtigkeit, Schmerz- und Furchtlosigkeit, ja geradezu „glückseliger“ Erlebnisqualitäten in unmittelbarer Todesnähe (Endorphinwirkung).

In letzter Konsequenz innerhalb dieser äußeren Bedrohungs- und inneren „Notfall-Reaktionskette“ kommt es im Verhalten und physiologisch zu einem Umschalten auf den weiteren Überlebensmechanismus der Unterwerfung / „Submission“, der durch Aktivierung des Parasympathikus zu einem „slow-down“ der physiologischen Übererregung führt.

Es werden Herzfrequenz, Blutdruck, Atemfrequenz und -tiefe, Muskelanspannung usw. runtergeregelt – es tritt der eigentliche Totstellreflex ein

In einer akuten Situation sprechen wir von peritraumatischer Dissoziation (dissoziativen Phänomenen). Das kann graduell von Entfremdungserleben der Umgebung (Derealisation), der eigenen Person (Depersonalisation) oder der quasi 'erlösenden' Ohnmacht/ Bewusstlosigkeit bis hin zum Fragmentieren des traumatischen Erlebnisses, also aller Sinneseindrücke gehen.

Dazu gehören optisch / visuelle, akustisch / auditive, geruchlich / olfaktorische, (evtl. auch geschmackliche), viszerale (Binnenbefindlichkeit im Körper) und alle anderen taktilen Reize, die als afferente Signale (Informationen) zum sensorischen Kortex geleitet werden. Dies sind ebenfalls Schmerz-, Druck-, Berührungs-, Temperatur-, Lageempfindungen und psychomotorische Entäußerungsimpulse der willkürlichen (in der Traumasituation meist blockierten) Muskulatur und den unwillkürlich reagierenden Muskelgruppen der inneren Organe sowie kognitive und emotional-affektive Aspekte.

Im Extremfall von „Zersplitterung“ der (Selbst-)Wahrnehmung kommt es zu „Ich-Fragmentierung“ (bei der Behandlung mittels EMDR werden all diese Anteile fokussiert, vgl. Ausführungen Münker-Kramer in dieser Broschüre).

Der mit der traumatischen Erschütterung des Selbst einhergehende 'Verlust des Guten Objektes' ist - analytisch / objektbeziehungstheoretisch gesprochen - ein weiterer Aspekt, der den oft persistierenden Symptomen unterlegt ist. Traumatisierte Menschen verlieren den Glauben an und das Wissen um das Gute in der Welt (in den Menschen), das Urvertrauen, ihre Grundsicherheit.

'Danach ist nichts mehr, wie es war', ist eine häufige Äußerung von Trauma-Überlebenden.

Neben der neueren (meist treffendsten) Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung. (PTBS / PTSD) gehören Diagnosen wie Angst- und Panikstörung, die Borderline-Störung, Depressionen, somatoforme Störungen/ Somatisierungsstörungen oder die verschiedenen

Dissoziativen Störungen (früher als 'hysterisch' bezeichnet), incl. der Dissoziativen Identitätsstörung / Multiple Persönlichkeitsstörung (DIS / MPS) und der Psychogenen Psychose u. a. zu den deskriptiven Kategorien, die diese traumainduzierten Phänomene zu beschreiben versuchen.

Neurobiologische, -physiologische u. neuropsychologische Aspekte

Um Folgen und oft therapieresistent erscheinende Symptome im Rahmen posttraumatischer Störungen (PTBS, F 43.1) zu verstehen, die einige Wochen bis Monate aber auch erst Jahre nach einem Trauma auftreten und Monate, Jahre und Jahrzehnte bestehen bleiben (können), müssen wir uns kurz mit neueren Ergebnissen der Hirn- und Traumaforschung und daraus ableitbaren Hypothesen der Neurophysiologie (Hirnfunktionen: Denken - Fühlen - Handeln - Steuern - Verarbeiten - Lernen / Speichern - Erinnern - usw.) beschäftigen.

Grundlagen der Hirnentwicklung (kurze Einführung)

Das Gehirn von uns Menschen entwickelt und strukturiert sich (selbst) so, wie es genutzt wird und bisher - also seit der Geburt und im weiteren Verlauf der Sozialisation - gebraucht wurde.

Die moderne Forschung und Neurowissenschaftler wie Prof. Dr. med. Gerald Hüther, Uni Göttingen (Bücher: „Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn“ , „Die Macht der inneren Bilder“, „Wie aus Stress Gefühle werden“, „Kinder brauchen Wurzeln“ , „Neues vom Zappelphilipp“ usw.) oder Prof. Dr. med. Manfred Spitzer, Uni Ulm (Video: „Vom Neuron zur geistigen Landkarte“ , Buch: „Geist im Netz. Modelle für Lernen“, „Vorsicht Bildschirm“) und andere sprechen vom Gehirn als einem sich selbst strukturierenden und organisierenden neuronalen Netzwerk - kurz von „Selbstorganisation“ des menschlichen Gehirns, von „Neuroplastizität“.

Die neuronalen Verschaltungen im Gehirn des Neugeborenen sind bei der Geburt keineswegs von vornherein festgelegt.

„Nur“ die Fähigkeit zur Vernetzung oder auch „Verdrahtung“ und somit die Lernfähigkeit, sowie basale Reaktionsmuster zum Überleben sind genetisch determiniert.

Das ist entwicklungsbiologisch sinnvoll und notwendig. Wie sollten sich Kinder in Afrika, bei den Eskimos oder in den modernen Industrienationen sonst so entwickeln können, dass sie sich in den so unterschiedlichen Lebensräumen und Kulturen situationsgerecht entwickeln, anpassen und leben könnten, wenn ihre Gehirne nicht weitestgehend „unverdrahtet“ und dadurch eben hoch lernfähig zur Welt kämen.

Wie sich die einzelnen Neuronen / Nervenzellen durch Aussprossung von Nervenfortsätzen (Dendriten) und neuer Synapsenbildung verbinden und Informationsnetzwerke ausbilden und sich damit das Gehirn und seine geistigen, emotionalen, sozialen und die Steuerung körperlichen Fähigkeiten des Individuums entwickeln, ist abhängig von den Nutzungsbedingungen, die das Gehirn des betreffenden Menschenkinde vorfindet oder anders ausgedrückt, in die es hineingeboren wird und darin lebt.

Es ist also der Erlebnis- und Informations-Input, sozusagen die benutzte „Software“ die die Fähigkeiten des Gehirns „Computers“ also die „Hardware“ beeinflusst bzw. sogar programmiert“.

Diese Neuroplastizität bedeutet, dass das menschliche Gehirn zeitlebens jedoch besonders in Kindheit und Jugend formbar wie eine Wachstafel ist.

Besonders in der Kindheit werden basale Erfahrungen positiver oder negativer Art, je nach Häufigkeit und emotionaler Intensität (pos. / neg. Stress) auch zu basalen Reaktionsmustern herausgebildet oder geprägt. Insbesondere die Erfahrung von sicherem, unsicherem, diffusem oder gar bedrohlichem Bindungsverhalten der wichtigsten Bezugsperson - meist der Mutter - beeinflusst die Hirnentwicklung des Säuglings und dann des Kleinkindes maßgeblich.

Sind solche Programme erst einmal hirnstrukturell organisiert, so sind sie recht schwer nur zu verändern, wenn dafür später im Leben Bedarf besteht, z.B. weil sie die Überlebensreaktionen auf tief greifende Bindungsstörungen, oder Misshandlungserfahrungen in Form von Vernachlässigung, physische oder sexuelle Gewalt oder andere traumatische Erlebnisse waren, die das Fühlen, körperliche Spüren, Handeln und Denken geprägt haben.

In traumatischen Situationen speichert das Gehirn also - meist in fragmentierter Form - sensorische Teilaspekte des Traumas und emotionale und vegetativ-körperliche Reaktionen des Menschen darauf.

Bei sequentiellen Traumatisierungen werden durch die Häufigkeit der bedrohlichen Erlebnisse (Nutzungsbedingungen) „Überlebensreaktionen“ im Denken, Fühlen, Spüren und Handeln durch die sich verstärkende Bahnung zu immer stärkeren Mustern im neuronalen Netzwerk festgelegt.

Das Gehirn strukturiert sich „traumatoplastisch“ (Lutz Besser, 2003), es automatisiert Überlebensreaktionen, wie z.B. schnelles Anfluten von Erregung / Angst (Stressreaktion mit Flucht- und Kampftendenzen) und Dissoziation (Abschalten, Wahrnehmungsveränderungen, ...), auf die es später auch reflexartig zurückgreift, oft schon bei kleinen alltäglichen Stress-Anlässen.

Die Anpassungsleistungen im Sinne des Überlebens sind z.T. beeindruckend, während andererseits diese so entstandenen Muster zum Gestalten eines „normalen“ Lebens unzureichend und oft hinderlich sind. Die so entstandene chronische Stressverarbeitungsstörung DESNOS = Disorder of Extrem Stress Not Otherwise Specified - ist Hauptursache für die Ausprägung vieler Symptome im Denken, Fühlen und Handeln, der Kontakt- und Beziehungsgestaltung und schweren Persönlichkeitsveränderungen (vgl. Auflistung zu komplexer PTBS von Ableidinger in dieser Broschüre).

Was passiert in traumatischen Situationen genauer im Gehirn?

Derzeitige Forschungsergebnisse und Erkenntnisse u.a. durch bildgebende neuro-radiologische Verfahren wie PET (Positronen-Emissions-Tomographie) und SPECT und fMRT weisen darauf hin, dass es angesichts von traumatischen Ereignissen zu hirneurophysiologisch bedingten Blockaden der Informationsverarbeitung und -speicherung dieser von massivem Stress begleiteten Informationen im Gehirn zu kommen scheint. Insbesondere die Zusammenarbeit von rechter und linker Hirnhemisphäre ist unterbrochen.

Die rechte Hemisphäre ist mehr für primär-prozesshafte Wahrnehmung, Gefühlsgenerierung wie Angst, Trauer, Verzweiflung, Wut, Feindseligkeit und emotionale Kommunikation und schließlich diffuse ganzheitliche Wahrnehmungsabbildung zuständig.

Die linke (bei Rechtshändern sog. dominante) Hemisphäre hingegen für sekundär-prozesshaftes Denken, Orientierung zu Zeit, Ort, Situation und Person, Sprachbildung (Narrationen bilden), sprachliche Kommunikation, insgesamt also für die rationale Verarbeitung und Generierung neuer Bilder.

Mit dem PET kann bildgebend gezeigt werden, dass es rechts zu einer starken Erhöhung der Aktivität im Mandelkern (Amygdala) kommt, die mit emotionaler Übererregung einhergeht, während in der linken Hirnhälfte die Aktivität des Brocasprachzentrums und des Hippokampus abnimmt bzw. fast ausfällt, die für die Sprachbildung und -verarbeitung, sowie rationale Bewertung und Einordnung in bereits vorhandenes Wissen zuständig sind.

Das heißt, dass es durch eine angstinduzierte zu hohe Aktivität des Mandelkerns zu einer „Überflutung“ des Gehirns mit negativen Emotionen und Stress kommt und es dadurch zu einer Abspaltung emotionaler und sensorischer Aspekte des Geschehens vom Bewusstsein kommt und damit zu einer Verhinderung deren Integration in Gedächtnis und Identität.

Machen wir uns darüber hinaus auch noch einmal klar, dass neben Schreck, Angst und den damit einhergehenden körperlich-vegetativen Angstäquivalenten (Tachykardie, Atembeschleunigung u. Luftnot, Schwindel bis hin zu nahender oder tatsächlicher Ohnmacht, Zittern, Schwächegefühlen in den Beinen u. im Körper etc.) vom Gehirn, wie schon erwähnt, alle Sinneseindrücke (Sinnesorgane im engeren Sinn und viszerale Körperempfindungen wie Schmerz, Muskelspannungen, Übelkeit usw.), der äußere Traumakontext (Tageszeit, Raum- u. Lichtverhältnisse, weitere Umgebungsfaktoren), Gefühle u. Affekte und Kognitionen (traumabegleitende meist negative Gedanken) und auch die autoprotektiven

Schutzmechanismen (s. oben) offensichtlich fragmentiert und oft vom traumatischen Gesamtgeschehen abgespalten gespeichert werden. Dieser physiologische Vorgang kann als 'komplexe Dissoziation' bezeichnet werden.

Traumafragmente werden - metaphorisch gesprochen - wie die Splitter eines zersprungenen Spiegels oder einzelne Mosaiksteine eines zerborstenen Mosaiks isoliert bzw. dissoziiert gespeichert und damit ihrer Zusammengehörigkeit und Zuordnungsmöglichkeit entkleidet. Die Weiterverarbeitung im neuronalen Netzwerk scheint blockiert oder „eingefroren“ zu sein. Damit misslingt die Integration des traumatischen Ereignisses als zukünftig nutzbare „Lernerfahrung“ in die Persönlichkeit. Solche „Spiegelsplitter“ sind offensichtlich auch die autoprotektive „Wahrnehmungsstörung“ mit ihrem Schutz- bzw. „Abwehrmechanismus“ der Spaltung/ Dissoziation und die vorangegangene Angst, ebenso wie eine unter Umständen eingetretene schockinduzierte Ohnmacht und / oder Amnesie, die jeweils engrammiert werden.

Es können daneben aber durchaus partielle Traumabilder oder Szenenabläufe gespeichert werden, die später als ängstigende 'Flashbacks' oder belastend bleibende filmartig ablaufende Erinnerungen als Hypermnésien (Intrusionen) auftauchen.

Das bedeutet, dass diese im Gehirn einprogrammierten alten nicht weiter 'verdauten' Informationen im Hier und Jetzt in diesen unterschiedlichen Qualitäten auftauchen / abgerufen werden können. Das passiert meistens durch 'Trigger-Situationen' (Auslöser), die von den Betroffenen nicht ohne weiteres erkannt oder zugeordnet werden können, so dass diese häufig an einem Wechsel von Symptomen und Phänomenen leiden.

Einige Symptome und auffällige Verhaltensweisen entstehen auch aus der phobischen Vermeidung angst-, missempfindungs- oder dissoziationsauslösender Trigger-Reize und Situationen. Wir sprechen hier von Konstriktion.

Erinnerungen an traumatische Erlebnisse sind also oft im Gedächtnis eingefrorene, fragmentierte, unvollständige und zum Teil amnestische oder teilamnestische, also oft „nicht konkrete Erinnerungen“, die im impliziten Gedächtnis emotional und als Körperreaktion (body-memory) abgespeichert sind, aber keine kognitive einordnende oder bildhafte Repräsentation beinhalten.

Sie können daher auch lange Zeit als „fehlende Erinnerungen“ bestehen, viele „unerklärliche“ Symptome auslösen oder aufrechterhalten und durch bestimmte Trigger plötzlich wieder als flash-backs auftauchen und deutlicher werden.

(vgl. auch Ausführungen von Münker-Kramer in dieser Broschüre zu den Wirkmechanismen von EMDR)

Weitere neurophysiologische / biologisch-anatomische Hypothesen:

Wie schon weiter oben angeklungen gibt es in unserem Gehirn parallel arbeitende Subsysteme für die Stressverarbeitung, ähnlich wie - metaphorisch gesprochen - die Musiker in einem Kammerorchester jeweils andere Instrumente beherrschen, sie jedoch zusammen ihre Stücke spielen.

Hippocampus und Amygdala liegen im limbischen System. Sie sind diese beiden Reizverarbeitungs- bzw. -speichersysteme in unserem Gehirn, die wir als den 'kühlen' und den 'heißen' Informationsspeicher bezeichnen können. Sie verarbeiten Reize, vor allem Stresserfahrungen in unterschiedlicher Weise. Die Amygdala ist unser „Frühwarnsystem“, das entwicklungsbiologisch früher angelegt und primitivere, der Hippocampus das später entwickelte und differenziertere System.

Das 'kühle' Hippocampus-System stellt eine Art geordnetes Archiv oder „Bibliothek“ dar. Es ist unser biographisch und zeitlich geordnetes, explizites Gedächtnis. Dort werden/sind Informationen sprachlich ausdrückbar (narrativ), episodisch geordnet, kognitiv überprüfbar, gut geschützt und emotional wenig antriggerbar, also moderiert verarbeitet und gespeichert.

Es bestehen enge Verbindungen zum Broca-Sprachzentrum und zum Thalamus.

Unter plötzlichem oder auch unaufhaltsam anschwellendem traumatischen Stress (traumatische Zange) kommt es zu

einem 'Kurzschluss' oder Versagen der geordneten Speicher- und Abrufmöglichkeiten im Hippocampus. Der Volksmund spricht in passender Weise davon, dass jemand 'den kühlen, klaren Kopf verloren' hat, wenn er unkontrolliert nur von überschießenden Affekten getrieben reagiert.

Exkurs:

in der forensischen Psychiatrie wird im Rahmen von Schuldfähigkeitsfragen diesem Phänomen Rechnung getragen.

Der Begriff der „tiefgreifenden Bewusstseinsstörung“ umreißt eingeschränkte oder gar völlige Schuldunfähigkeit (§§ 21, 20 StGB.), da jemand, der in diesem Zustand eine Straftat begeht, nicht in der Lage ist das Unrecht seiner Tat zu erkennen oder nach dieser Einsicht zu handeln („Affekttat“). D. h. der Gesetzgeber gesteht zu, dass jemand, d. h. „ein Täter“ unter hohem >emotionalen Stress< nicht richtig wahrzunehmen, zu denken und zu handeln in der Lage ist.

Interessanter- bzw. perfiderweise werden diese Erkenntnisse und Maßstäbe „Opfern“ nicht zugestanden, wenn sie sich unter großer Angst und Bedrohung nicht präzise äußern bzw. erinnern können.

Von ihnen wird „erwartet“, dass in einer schweren Affektsituation (Todesangst) keine „tiefgreifende Bewusstseinsstörung“ auftritt, anderenfalls sind sie „unglaublich“!!

Die 'hitzköpfige' Seite können wir dem 'zweiten Spieler in unserem Orchester' zuordnen:

Das 'heiße' Amygdala-System speichert emotional radikale Erfahrungssplitter, d.h. Sinneseindrücke ungefiltert und pur. Es ist unser implizites Gedächtnis mit fragmentarischer Speicherung der komplexen Stressreize und der dazugehörigen affektiven 'Begleitmusik', ohne Raum-Zeit-Zuordnung (also auch ohne biographische Zuordnung), bei gleichzeitiger Supprimierung des Broca-Sprachzentrums und Unterbrechung der Verbindungen zum Thalamus ohne verbale Ausdrucksmöglichkeit, also nicht narrativ.

Der Volksmund beschreibt diesbezüglich derartige, affektiv hoch aufgeladene Situationen treffend mit: 'Es verschlägt einem die Sprache' oder „Dafür fehlen mir die Worte“, „es macht mich sprachlos“ usw. Die in die Amygdala eingehenden und gespeicherten Informationen sind kognitiv nicht überprüfbar und als 'Hier-und-Jetzt-Erleben' leicht triggerbar, so dass heftige „hysterische“ Reaktionen auch nach Jahren in der Amygdala 'unabgekühlt' immer wieder abgerufen, nicht aber weiter verarbeitet werden können. Anders ausgedrückt handelt es sich dann um ein „übersensibilisiertes Alarmsystem“, das (aus Schutzgründen) im Körper dann auch zu früh und zu schnell Alarm schlägt.

Flashbacks und Intrusionen fühlen sich nicht an 'wie damals', sondern als wenn es 'gerade jetzt' passiert!

Darüber hinaus strukturiert sich das Gehirn im Sinn eines sich ständig verändernden neuronalen Informationsnetzwerkes anhand des von außen eintreffenden „Inputs“ selbst. Dies geschieht besonders intensiv in der Kindheit, in abgeschwächter Form jedoch ein ganzes Leben lang.

In der modernen Sprache des elektronischen Informationsverarbeitungs-Zeitalters heißt das, „die Software verändert / moduliert die Hardware“, das Gehirn lernt und passt sich immer ein wenig nach dem Prinzip von Häufigkeit, emotionaler Intensität und Bedeutung an die Erfahrungen (hier Traumata) an und entwickelt entsprechende Reaktionsschemata. Eine solche Anpassung an v. a. lang anhaltende und sich oft wiederholende Traumata lassen sich als „Überlebensschemata“ verstehen.

Stark, v. a. sequentiell traumatisierte Menschen sitzen sinnbildlich oft noch auf den 'heißen Vulkanen' ihrer Hirnlandschaft - Benedetti spricht in seinem berühmten Buch von 'Todeslandschaften der Seele', meint jedoch schizophren erkrankte Menschen damit zu beschreiben - und müssen, ebenso wie ihre Therapeuten, ständig mit Ausbrüchen (Symptomen) rechnen. Dadurch werden häufig beide erneut traumatisiert.

Exkurs

zur Therapie- und Beziehungsproblematik traumatisierter PatientInnen und nicht traumaspezifisch ausgebildeter TherapeutInnen:

Wenn Traumata aus besagten neurobiologischen Gegebenheiten im Nachhinein also nicht (ohne spezielle, diesen Erkenntnissen Rechnung tragende Traumatherapieverfahren) zu einem ganzen Bild bzw. einer „abgeschlossenen Geschichte“ (dem damaligen traumatischen Erlebnis) mit Anfang-Verlauf- Ende und Bedeutung wieder zusammengefügt, reassoziert, also wie andere Erlebnisse in unserem Leben einer hirnpfysiologischen (Nach-)Verarbeitung im Hippocampus zugeführt werden können, verbleiben sie als 'Traumafragmente' offensichtlich im frontalen Kortex 'heiß' gespeichert und wirken als konditionierte Reize zusammen mit von außen neu ankommenden unkontingierten Reizen / Stressoren in der Amygdala alarm- und im Stammhirn Stress, d.h. die körperliche Flucht- und Kampfbereitschaft auslösend.

Traumata und traumatische Stressreaktionen können also in alltäglichen Situationen des betroffenen Menschen durch verschiedenste Schlüsselreize -angetrigger- wieder pur und ungedämpft spürbar werden.

Erleben und Verhalten werden dadurch stark beeinflusst und verzerrt, oft ohne dass die betreffende Person den Zusammenhang für die irritierenden, ängstigenden Sinneseindrücke oder Veränderungen der Wahrnehmung und Reaktionen einzuordnen in der Lage wäre.

Auch Gefühle von plötzlicher Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein, Sich-nicht-mehr-rühren-, Sich-nicht-wehren-, oder Nicht-reagieren-Können, Depressionen, Suizidimpulse, Schmerz- und andere Körpermissempfindungen tauchen so kontextentkleidet und unerwartet auf.

Sie führen zu erheblichen Beeinträchtigungen der betroffenen Menschen im Hier und Jetzt, oft ohne dass diese sich die Entstehung dieser beeinträchtigenden Gefühle erklären könnten.

Folgen für Therapieverläufe

Traumatisierte Menschen erscheinen bezüglich der geschilderten komplexen Symptompalette daher auch nach jahrelangen und wiederholten analytisch-/ tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen und anderen humanistisch orientierten Psychotherapien häufig therapieresistent.

Sie erleben sich selbst erneut als Versager und schuldig, weil sie „mit so viel Therapieaufwand“ nicht weitergekommen sind.

Das ist ihnen auch oft von ebenso frustrierten TherapeutInnen (aggressiven Gegenübertragungsphänomenen und narzisstischen Kränkungen zufolge) direkt oder indirekt vermittelt worden: Sie hätten 'einen unüberwindbaren Widerstand im Erkennen der (angenommenen) frühkindlichen Konflikte', oder wollten tiefer liegende notwendige Veränderungen nicht realisieren oder sie seien 'besonders schwer gestört' (unheilbar seelisch krank) oder gar eben 'TherapeutInnenkiller'.

Es bestehen also oft keine passenden Erklärungen für die Phänomene und ihr plötzliches Auftreten und die Therapieresistenz, da eine Spurensuche nach Realtraumata je nach 'psychotherapeutischem Glaubenssystem' nicht oder nur unzureichend erfolgt ist und/oder die Bedeutung von Traumata für die Symptomentstehung und der notwendige therapeutische Umgang damit den meisten Therapeuten noch nicht bekannt ist.

Somit bleiben diese PatientInnen 'Gefangene der alten Traumatisierungen' und erfahren auch auf der 'therapeutischen Bühne' erneut die Unabwendbarkeit, das Ausgeliefertsein an ihr Schicksal, die Ohnmacht und Hilflosigkeit und auch das 'Selbst-daran-schuld-Sein', dass es so gekommen ist. Sie werden so vom „Helfersystem“ zusätzlich retraumatisiert, insbesondere wenn ihnen Hinweisen auf massive Gewalterfahrungen nicht geglaubt oder deren Bedeutung kaum Rechnung getragen wird.

Es muss daher ein Paradigmawechsel im wissenschaftlichen Verständnis von Symptomentstehung und psychotherapeutischen Behandlungsansätzen diskutiert werden, der den neuen Forschungsergebnissen und empirischen Berichten über sehr erfolgreiche und effektive traumatherapeutische Behandlungsmethoden Rechnung trägt.

Dieser Prozess ist in den letzten Jahren vielerorts schon in Gang gekommen.

Traumazentrierte Psychotherapie heute:

Hier an dieser Stelle seien nur einige Namen von ForscherInnen, ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, AutorInnen von Büchern und Veröffentlichungen im Zusammenhang mit der Entwicklung neuer traumatherapeutischer Behandlungskonzepte aufgeführt:

Bessel van der Kolk – Boston / USA, Judith Lewis Herman - New York, Richard Kluft – Philadelphia, Frank W. Putnam - USA, Ono van der Hart – Holland, Francine Shapiro - Palo Alto (Mental Research Institute) Kalifornien, Luise Reddemann – Bielefeld, Ulrich Sachsse - Göttingen, Gerald Hüther - Göttingen, Michaela Huber – Kassel, Arne Hofmann – Bergisch Gladbach, Gottfried Fischer - Köln, Ingrid Olbricht – Bad Wildungen (verstorben 2004), Sandra Wilson u. Robert Tinker - Colorado u.v.a. haben durch Forschung und Praxis dazu beigetragen, dass es heute sehr viel besser möglich ist als noch vor wenigen Jahren, Menschen bei der Bewältigung ihrer traumabasierten Probleme zur Seite zu stehen und ihre Symptome effektiv zu behandeln.

Das KReST – Modell

Körper-, Ressourcen- und Systemorientierte Traumatherapie

Ein aktuelles sanftes traumatherapeutisches Konzept in Theorie und Praxis

Ich arbeite seit mehr als 10 Jahren schwerpunktmäßig nach einem solchen Traumatherapiekonzept, welches sich als effektiv und quasi internationaler Standard herausgestellt hat und weiter in Entwicklung begriffen ist.

Seit 1998 besteht das ZPTN - Fortbildungsinstitut - in dessen organisatorischen Rahmen ich als Ausbildungsleiter, Lehrtherapeut und Trainer - hunderten von KollegInnen aus den verschiedenen psychosozialen, medizinischen und psychotherapeutischen Berufsgruppen in der BRD, Luxemburg, der Schweiz, Österreich (hier in Kooperation mit dem Zentrum für Angewandte Psychotraumatologie Wien und EMDR Institut Austria, Adr. s.u., über die auch mein Beitrag im Rahmen dieser Veranstaltung und Broschüre zustande kam) und Bosnien-Herzegowina weite Bereiche dieser immer noch jungen wissenschaftlich fundierten theoretischen und praktischen Konzepte mit sehr positivem Echo seitens der Seminarteilnehmer lehren und vermitteln konnte. Das von mir hier vermittelte Modell, das ich „KReST-Modell“ (Körper-, Ressourcen- und Systemorientierte Traumatherapie) nenne, möchte an dieser Stelle grob skizzieren. Es handelt sich um ein „Vier-Phasen-Modell“ (Erklärung s. unten) der traumazentrierten Psychotherapie und Beratung. Einige bekannte Autoren wie Luise Reddemann, Ulrich Sachsse, Michaela Huber u. a. sprechen vom dreiphasigen Traumatherapiemodell.

Die Unterscheidung liegt in der Differenzierung der ersten sog. Stabilisierungs-Phase in zwei unterschiedliche Phasen,

1. ANAMNESE, BEZIEHUNGS-AUFBAU, DIAGNOSTIK, INSTRUKTION
2. STABILISIERUNGS- / VORBEREITUNGS – PHASE- Ressourcenmobilisation
3. TRAUMAEXPOSITION / TRAUMASYNTHESE
4. TRAUER- und NEUORIENTIERUNGS - PHASE

sowie die Einbeziehung von psychotherapeutischen und pädagogischen Techniken, die die Entwicklung und Heilung des Körpers, der Ressourcen und der inneren und äußeren (sozialen) Bezugssysteme unterstützt.

Für viele meiner PatientInnen bringt das systematische traumazentrierte Vorgehen häufig überraschend schnell Stabilisierung und Symptomreduktion mit sich, - für mich Entlastung und erfolgreicherer psychotherapeutischer Arbeiten als in früheren Zeiten.

Zuvor hatte ich seit 1989 jahrelang analytisch / tiefenpsychologisch fundiert und / oder auch systemisch - um die Problematik von Gewalt und „Missbrauch“ in Familie und Gesellschaft und die Folgen für die Opfer wissend und darin ausgebildet - durchaus engagiert mit physisch misshandelten und sexuell ausgebeuteten PatientInnen in einer psychiatrischen Klinik stationär und ambulant gearbeitet.

So hatte ich viele dieser traumatisierten Menschen ärztlich-psychotherapeutisch ein Stück ihres symptomreichen, schwierigen und schmerzlichen Weges begleitet, bevor ich die in den letzten Jahren nach und nach entwickelten neuen Erkenntnisse und Möglichkeiten effektiverer Traumaaarbeit kennen und erfolgreich anwenden lernte.

Inzwischen kommt der Diagnostik und Behandlung aber auch der Traumaberatung und Traumapädagogik auch vieler anderer Gruppen von Traumaopfern, - wir sollten richtiger von „Trauma-Überlebenden“ (Erwachsene und Kinder)- mit PTBS-Symptomen und Persönlichkeitsveränderungen sprechen, eine ebenso große Bedeutung bei.

Liste behandlungsbedürftiger Gruppen traumatisierter Menschen:

- physisch, emotional und sexuell misshandelte („missbrauchte“) Kinder, Jugendliche und Erwachsene, meist innerfamiliär, also „Inzest-Überlebende“ ;
- organisiert und / oder rituell sexuell ausgebeutete und misshandelte Menschen
- körperlich (meist wieder) gesundete Unfallopfer,
- ehemals Kranke, die invasiven medizinischen Maßnahmen („notwendigen medizinischen Misshandlungen“) ausgesetzt waren,
- ehemalige Frühgeborene mit wochenlangen (invasiven) intensivmedizinischen Behandlungen in den ersten Lebenswochen,
- Überlebenden von Kidnapping oder
- Überlebende von Katastrophen (Verkehr oder Natur, z.B. „Eschede-Unglück“)
- Hinterbliebene von Mordopfern oder suizidierten Angehörigen,
- Eltern / Familien nach Verlust eines Kindes
- älteren Menschen mit unverarbeiteten Zweite-Weltkriegs-Traumata
- traumatisierte Helfer aus den verschiedensten traumagefährdeten Berufsgruppen,
- chronische Schmerzpatienten
- Mobbing-Opfer mit langjährigen Demütigungs-, Bedrohungs- u. Angsterlebnissen,

Nicht alle Menschen werden von vergleichbaren traumatischen Erlebnissen gleichermaßen stark langzeitgeschädigt, d.h. entwickeln posttraumatische Störungen (PTBS) und Syndrome.

Es spielen einige sogenannte salutogenetische Faktoren (Vorhandensein oder Fehlen von protektiven Faktoren) eine zusätzliche Rolle, die das Auftreten und das Ausmaß an Langzeitfolgen -PTBS- und Persönlichkeitsstörungen mit determinieren.

- die Art des Traumas in seiner Heftigkeit (Gewalteinwirkung / Todesgefahr / Sadismus / Folter), Dauer (~ > 30 min. Traumaexposition), Häufigkeit/ Wiederholung (multi- u. sequentielle Tr. Monate, Jahr, Zeitpunkt / Entwicklungsalter und –stand des Traumaopfers
- weiters müssen folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Verfassung des Opfers, körperlich u. seelisch, zur Zeit der (ersten) Traumatisierung
- Stress-Festigkeit (anlage- und erfahrungsbedingt)
- vorangegangene Belastungen/Traumatisierungen (Multi- und sequentielle Traumatisierungen)
- Nähe des/r Täters/in zum Opfer, emotional / verwandtschaftlich (bei physischen u. sexuellen Misshandlungen; z.B. Inzest hat größere Folgen als ein sexueller Angriff durch Fremde)
- Altersunterschied zwischen Opfer und TäterIn (Generationsgrenzen, unter Kindern u. Jugendlichen ~ > 5 Jahre)
- Geheimhaltungsdruck (z.B. durch Drohung oder Gewaltanwendung erzwungenes Schweigen)
- Vorhandensein oder Fehlen mindestens einer loyalen verständnisvollen (Bezugs-) Person, Erfahrung von Trost und Verständnis nach erlittenen Traumata
- Sicherheit, allgemeine soziale und emotionale Situation in Beruf und familiären Beziehungen vor, während und nach einer Traumatisierung
- religiöse Grundorientierung
- kulturabhängiger Umgang und Ausdruck von Gefühlen/ Affekten bei Katastrophen/ Verlust
- familiäre Lernerfahrung (Muster, Normen) im Umgang mit Affekten und Belastungen
- peritraumatische Dissoziation (Reaktion unmittelbar während und nach dem traumatischen Ereignis)
- Trance-Phänomene
- Orientierungsverlust zu Zeit, Ort, Person und Situation
- Derealisations- und Depersonalisationserleben (fremd, 'wie im Film', unwirklich)
- Kontrollverlust (Handlungsabläufe / unkontrollierbare Erregungszustände)
- „neben sich“ sein, als sein eigener „Beobachter“ über dem Geschehen „schweben“
- körperliche „Abschaltphänomene“, sich nicht spüren können
- Amnesien, keine oder bruchstückhafte Erinnerungen an das Ereignis

Traumatherapeutische Vorgehensweise

Das vierstufige Modell orientiert sich an den folgenden Schritten:

1. ____ Anamnese allgemein (aktuelle Symptomatik, Problematik, Lebens-, Berufs-, Partnerschafts- und Familiensituation, Ursprungsfamilie, eigene Entwicklung, körperliche Erkrankungen, Suchtmittelmissbrauch, Therapievorverfahren, Klinikaufenthalte, Therapieerwartungen).

2. ____ Trauma-Anamnese, speziell bei Symptomen aus dem PTBS-Spektrum gezielte Exploration traumatischer Ereignisse ('T-' und 't-Traumata!') im Verlauf des Lebens, soweit erinnerbar; Unterscheidung von Typ-A-Traumata -> Monotraumata (akut/chronisch), Typ-B-Traumata -> Multitraumatisierungen (akut und/oder chronisch) und sequentielle Traumatisierungen (akut und/oder chronisch).

3. ____ Aber (!) keine detaillierte Befragung zu sexuellen oder anderen Misshandlungstraumata, wenn es dafür deutliche oder 'verschwommene' Hinweise oder auch präzise Erinnerungen gibt, bevor nicht Stabilisierungs- und Vorbereitungsarbeit durchgeführt wurde;

4. ____ Diagnosestellung: Liegen traumainduzierte Symptome aus dem Bereich der posttraumatischen Belastungsstörung - PTBS/PTSD (ICD-10: F43.1) vor und/oder klinische Symptome aus ICD-10: F40 bis F48 (u. a. dissoziative Symptome, SSV = selbstverletzendes Verhalten usw.)? DESNOS, besteht evtl. eine Dissoziative Identitätsstörung a) „Ego-State-Disorder“, b) DDNOS = dissoziative Identitätsstörung nicht anders spezifiziert oder c) DIS / „MPS“ = vormalige multiple Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV)?

Die Borderline-Störung = „Emotional instabile Persönlichkeitsstörung-Borderline-Typus“ (ICD-10: F 60.3) beinhaltet eine Ansammlung von PTSD-Symptomen und wird deshalb heute als „komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“ verstanden. Symptome sind: chronisches Gefühl von „Leere“ = Anhedonie, launenhaftes Verhalten, Neigung zu unvorhersehbaren emotionalen Ausbrüchen und Ausagieren, verminderte Impulskontrolle, Selbstbildstörung, oft intensive aber unbeständige Beziehungen mit Wechsel von Idealisierung und massiver Abwertung, Selbsterleben, Fremdwahrnehmung und Verhalten in den Polaritäten von „schwarz u. weiß“, „gut u. böse“, „nah u. fern“, „Liebe u. Hass“ usw., auto-destruktives Verhalten (SVV), parasuizidale Handlungen, Suizidversuche, Suchtmittelmissbrauch oder / und exzessives süchtiges Verhalten (Spielen, Kaufen, Promiskuität, Gefahrensuche usw. Alternativ kann diese komplexe und chronifizierte Symptomatik auch als „Andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung (ICD-10: F 62.0) beschrieben werden.

5. ____ Erläuterungen der traumatherapeutischen Vorgehensweisen für den Patienten in anschaulicher Form bzgl. der theoretischen und praktischen Konzepte in der modernen Psychotraumatologie u. traumazentrierten Psychotherapie; Aufbau einer vertrauensvollen stabilen (Arbeits-)Beziehung !

6. ____ Therapievertrag und -vereinbarungen, Festlegung von Regeln und Grenzen im ambulanten Therapiesetting, Krisenmanagement (z. B. stationäre Stabilisierung in traumazentriert arbeitenden Kliniken), „Gewaltverzichtsvertrag“, Alkohol- und Drogenkonsumverzicht etc. ;

7. ____ Fokussierung auf traumaspezifische Arbeit, Weglassen bzw. Verschieben von sonst üblicherweise wichtig erscheinenden anderen Therapiethemen und -zielen auf die Zeit nach der Traumabearbeitung; (aber nicht ohne soziale Absicherung, Familiensituation beachten, Stützung durch weitere psychosoziale Hilfsmaßnahmen!)

Cave! Keine Traumarbeit bei bestehendem Täterkontakt oder andauernder bzw. erneuter traumatischer Situation! >realer Opferschutz vor traumabearbeitender Psychotherapie!< Stabilisierungsarbeit / Ressourcenmobilisation u. a. durch Imaginations- und Visualisierungsübungen (Stresscoping):

Sicherer Innerer Ort, Innere Helfer, Tresor, Fernsteuerung/ Screentechnik, Lichtstromübung

(die bisherigen Schritte werden in den von ZAP-Wien durchgeführten Fortbildungen zum/r TraumaberaterIn vermittelt – vgl. www.zap-wien.at – Seminare für Berufe in Beratung und Pädagogik)

8. ____ Planung (gemeinsam) der ersten und weiterer Traumabearbeitungssitzungen (von 1 - 2 Std. Dauer)

9. ____ Traumasynthese /-integration durch Traumaexposition Durcharbeitung traumatischer Erlebnisse mit:

a) 'Screen-/ Leinwandtechnik, d.h. traumatische Erlebnisse der Vergangenheit (jeweils immer nur eins) im Hier und Jetzt in einer Sicherheit gebenden Atmosphäre wie einen „alten Film“ aus der Beobachterposition (3. Person, das jüngere ICH im alten Film auf der Leinwand) gezielt und gesteuert möglichst detailreich auf allen Sinneskanälen wahrnehmen und noch mal nachempfinden; d.h. die bei der Filmbetrachtung jetzt auftauchenden Gefühle, Körperempfindungen und –reaktionen sowie Gedanken und (Neu-) Bewertungen (Traumasynthese) ins erwachsene Bewusstsein als etwas Vergangenes zu integrieren.

b) EMDR (vgl. ausführliche Darstellung von Münker-Kramer in dieser Broschüre)

c) Körpertherapietechniken (Atmung, interne u. externe Techniken zur Mobilisierung und Neugestaltung alter „affektiver Motorschemata“ mit kognitiv-narrativer und emotionaler Durcharbeitung / Reorganisation)

10. ____ Anzahl / Umfang der Traumasitzungen innerhalb der Therapie: bei eindeutigen (gründliche Anamnese !) Monotraumata (Typ I Traumata) und folglich übersichtlicher PTBS-Symptomatik können 3 - 6 Sitzungen von 90 – 120 min. im Abstand von je ein oder zwei Wochen oder auch einiger Tage genügen, um die Symptomatik zum Abklingen zu bringen.

Bei multi- und sequentiell-traumatisierten Menschen können daher je nach Ausmaß und Umfang der Traumatisierungen nach einer längerfristigen Phase (Monate bis zu 1-3 Jahren) der ressourcenorientierten Stabilisierung auch mehr als 10-20 Trauma-Expositionssitzungen innerhalb eines längeren (2 -6 Jahre) Therapiezeitraums erforderlich sein. Daneben bzw. zwischen traumabearbeitenden Sitzungen sind immer wieder Stabilisierungsarbeit (Imaginationsübungen, Stresscoping, Selbstfürsorgetraining, Sport etc., Arbeit auf der inneren Bühne / Innere Kindarbeit / „ego-state-Arbeit“, Positive life-event-Screening, kognitive traumabasierte psychodynamische Arbeit usw.), Qi-Gong, Bewegungstherapie, Aromatherapie, Sport oder auch gelegentlich Einsatz von Psychopharmaka (gelegentlich und vorübergehend) notwendig. Stützende, aufklärende Paar- oder Familienarbeit und evtl. kurzfristige oder längere stützende, stationäre Krisenintervention können ebenfalls manchmal indiziert sein.

Je schwerer und länger die Traumatisierungen (Typ II, sequentielle Traumatisierungen) waren und je früher sie in der Kindheit begonnen haben, umso massiver sind die daraus resultierenden Symptombildungen (KEV-Muster bzw. Trauma-

schemata und traumakompensatorischen Schemata und desto länger ist die gesamte Therapiedauer zu kalkulieren.

Mit 50-100 Therapiestunden ist häufig auch bei dieser Betroffenengruppe viel erreichbar. Oft ist jedoch auch darüber hinaus Therapie (insgesamt 2-5 Jahre) erforderlich, da es sich um komplexe PTBS (DESNOS) im Sinn von graduell unterschiedlich schweren Persönlichkeitsveränderungen wie „ego-state-disorder“ und „Instabile Persönlichkeitsstörung –vom Borderline Typ“ und „DDNOS“ handelt.

Insbesondere bei dissoziativen Persönlichkeitsstörungen (DIS / MPS) – kann sich bei fachlich kompetenter Behandlung - bei bis zu zwei Dritteln der Betroffenen ein Behandlungsverlauf z.B. im Intervall auch bis zu 7-8 Jahren erstrecken und durchaus erfolgsversprechend sein.

11. ____ Phase der Trauer und Neuorientierung. Meist bleibt ein wehmütiges 'es war einmal' oder angemessene authentische Trauer oder eine Zeit lang Wut über die verlorene Zeit oder Kindheit zurück, insbesondere wenn es nicht Naturgewalten oder Schicksalsschläge, sondern (nahe) Menschen waren, die die Traumata hervorgerufen hatten und vielleicht niemals zur Rechenschaft gezogen wurden, oder selbst Verantwortung - für das was sie angerichtet-übernommen haben und wenigstens um Vergebung und Wiedergutmachung, bemüht gewesen sind. Die Arbeit mit dem (unschuldigen) „Inneren Kind“, das neben der Empathie der TherapeutIn, v.a. durch den betroffenen, heute erwachsenen Menschen auch selbst genährt, unterstützt und zu trösten gelernt werden muss - wozu schließlich auch die Aussöhnung mit diesem verletzten und daher meist abgelehnten Inneren Kind gehört - sind wichtige Schritte und Ziele in dieser Phase.

Dazu gehört als Erwachsene(r) auch der schmerzliche Schritt der Akzeptanz „Es war wie es war und es ist wie es ist“ aber „es ist vorbei“! Es gilt dann, trotz allem dem eigenen Leben wieder eine Richtung, ein Ziel und vor allem einen Sinn geben zu lernen, wenn die „Überlebenssymptome und –strategien“ nicht mehr vorhanden oder nötig sind.

12. ____ Psychotherapie im traditionellen Sinn zum Erwerb neuer psychosozialer Kompetenzen, Lösung von alten oder aktuellen Beziehungskonflikten, Entwurf und Planung neuer Perspektiven im Beruf, in der Beziehungsgestaltung und Interessenentwicklung kann und sollte nach Abschluss der Traumabearbeitung erfolgen (tiefenpsychologisch / analytisch, verhaltens-, gestalt-, paar- bzw. familientherapeutisch, psychodramatisch usw.). Sie hat dann auch wesentlich bessere Erfolgsaussichten für Veränderungs- und Entwicklungsschritte, da die PatientInnen nicht mehr von 'Vulkanausbrüchen' ihrer traumatischen Vergangenheit erschüttert werden, sondern Distanz –„es war einmal...“- dazu empfinden.

Wenn es uns jedoch nicht gelingt parallel zu diesen neuen Erkenntnissen und effektiveren Behandlungsmöglichkeiten von Traumafolgen ein wesentlich höheres Maß an Gewaltfreiheit in unserer Gesellschaft zu etablieren, insbesondere der Ausbeutung und Misshandlung von Kindern Einhalt zu gebieten, so wird die moderne Psychotraumatologie und Traumatherapie jedoch nichts weiter als ein Feigenblatt für eine Gesellschaft sein, die immer mehr an den selbst erzeugten Traumatisierungen von Mensch und Natur kaputt gehen wird.

Wir brauchen zum Leben eine „gewaltfreie Zone“ und ein „Naturschutzgebiet für die Seele“, um auf Dauer existieren zu können.

Psychologische Diagnostik von Traumastörungen bei Kindern und Jugendlichen

In diesem Artikel soll ein Überblick über die Möglichkeiten und Grenzen einer Psychologischen Diagnostik auf Basis des Kassenvertrages für Klinisch-Psychologische Diagnostik gegeben werden.

Politische Rahmenbedingungen für die Psychologische Diagnostik

In Österreich hat sich seit 1995 durch die Psychologische Diagnostik auf Kassenbasis ein hoher Qualitätsstandard entwickelt. In den letzten fünf Jahren wurde von KollegInnen, die sich im Bereich der Psychotraumatologie weitergebildet haben, für die behutsame Psychologische Diagnostik der Traumastörungen bei Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen, ein für die Früherkennung wertvolles Vorgehen etabliert.

Im Berufsverband der Österreichischen PsychologInnen (BÖP) werden von mir seit zwei Jahren Fortbildungsseminare für KollegInnen zum Thema Traumadifferenzialdiagnostik angeboten. Die BÖP Sektion Traumapsychologie setzt sich dafür ein, den Bereich der Psychotraumatologie in die Ausbildung der Klinischen PsychologInnen zu integrieren.

Psychologische Diagnostik als erste behutsame Intervention

Eine Psychologische Differenzialdiagnostik ist als erste behutsame Intervention bei Kindern und Jugendlichen zu verstehen, die nach Extrembelastungen Verhaltensauffälligkeiten, körperliche und psychische Beschwerden zeigen.

Abhängig vom jeweiligen Entwicklungsalter und der individuellen Persönlichkeit reagieren Kinder unterschiedlich auf Extrembelastungen, die bei ihnen einen Hochstress auslösen. Das stellt hohe Anforderungen an die psychologische Diagnostik. Die/der Klinische PsychologIn sollte über Kenntnisse der Entwicklungspsychologie und Psychotraumatologie verfügen. Entsprechend dieser Kenntnisse kann der Diagnostische Prozess für die Kinder und Jugendlichen in einer schonenden Art und Weise gestaltet werden.

Im Praxisalltag wird in der Regel ein mögliches Trauma als Ursache von den Eltern oder Kindern nicht erkannt oder sogar bewusst verschwiegen. Häufig treten Traumastörungen lange nach dem Trauma auf.

Daher bildet ein behutsames und ausführliches Interview von Betreuungspersonen und Kindern eine wesentliche Grundlage, um mögliche Traumata zu erfragen. Es sollte dabei der Anlass des Kommens (aktueller Problemdruck), die aktuelle Lebenssituation sowie die bisherige psychosoziale und körperliche Entwicklung der Kinder und Jugendlichen erfragt werden.

Besonders gegen Ende des Interviews sollte auf positive Lebensereignisse und/oder persönliche Ressourcen fokussiert werden, um durch den positiven Gegenpol eine aktuelle Entlastung beim Kind zu bewirken und das Bewusstsein für vorhandene protektive Faktoren zu schärfen.

Da Traumata aktiv erhoben werden müssen, kann schon während der Exploration durch den Einsatz der Screen Technik, die von Lutz Besser für die Behandlung von Traumastörungen (vgl. Ausführungen Besser in dieser Broschüre) entwickelt wurde, eine schonende Befragung des Kindes oder Jugendlichen vorgenommen werden. Im Nachgespräch kann auf die Screen - Technik Bezug genommen werden, um Compliance für eine Psychologische Behandlung oder Psychotherapie mit traumaspezifischem Vorgehen zu fördern.

Hohe Komorbiditäten sind für Traumastörungen typisch

In der Regel kommen die Kinder aufgrund so genannter komorbider Störungsbilder in die Psychologische Praxis, oftmals wegen auffälligem oder unangepasstem, beziehungsweise störendem Verhalten im Kindergarten oder der Schule. Sehr häufig wird bereits die Vordiagnose einer Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität gestellt und die Kinder werden häufig mit Medikamenten therapiert. Häufig wird eine Traumatisierung des Kindes als mögliche Ursache nicht überprüft. Viele Kinder werden somit falsch diagnostiziert und in Folge fehltherapiert.

Weitere häufig auftretende komorbide Störungen sind „therapieresistente“ körperliche Beschwerden, Ängste, Schlafstörungen (vgl. auch Leitsymptome der PTBS in den Ausführungen von Münker-Kramer in dieser Broschüre), depressive Störungsbilder, Regressionen (insbesondere Einnässen und Einkoten) sowie Leistungsstörungen.

Spezielle Probleme bei der Diagnosestellung

Die Kriterien für die Traumastörungen nach ICD-10 entsprechen nicht dem aktuellen Forschungsstand der Psycho-traumatologie. Die Kriterien wurden aus der Symptomatik Erwachsener abgeleitet. Aufgrund der kindlichen Entwicklung haben Kinder andere körperliche und psychische Reaktionen.

Symptome der Intrusion (Wiedererinnern, Albträume, Angst, Hilflosigkeit, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit) können hauptsächlich aus der Sicht des Kindes erhoben werden.

Symptome auf der Verhaltensebene werden reliabler von den nahen Bezugspersonen berichtet. Die Symptome der emotionalen Taubheit werden oft übersehen oder als Erholung oder Beschwerdefreiheit missgedeutet.

Aus Studien geht hervor, dass Bezugspersonen die emotionale Belastung der Kinder als zu gering einschätzen.

Vorschlag zur Gestaltung einer prozessorientierten Untersuchung

Eine kassenpsychologische Untersuchung umfasst ca. vier Stunden, in denen das Kind in einer vertrauensvollen und kindgerechten Art und Weise im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht.

Eltern und Kind sollten über Dauer und Inhalt der Untersuchung bereits im Vorfeld aufgeklärt werden, um Compliance für die Untersuchung zu schaffen.

Im Vorfeld der Untersuchung bekommen die Eltern nach einer telefonischen Terminvereinbarung ein Informationsschreiben und Anamnesebögen zugeschickt (DEF und CBCL).

Eine Überweisung der Kinderärztin, Allgemeinärztin oder Psychotherapeutin zur Psychologischen Diagnostik ist zur Kostenübernahme durch die Versicherungsträger notwendig.

In der Regel setzt sich die Untersuchung aus folgenden Teilen zusammen:

1. Problemfokussiertes Interview der Kindeseltern und des Kindes/Jugendlichen
2. Projektive Verfahren (z.B. Kinderzeichnungen, Satzergänzungstests, Sceno-Test, Rorschach)
3. Begabungs- und Leistungsdiagnostik (z.B. K-ABC, HAWIK III, IST 00)
4. Spezielle Verfahren (z.B. DISYPS, A-DES, CDK, CDC, IBS-KJ, DIPS-KJ, KAT, DIKJ)
5. Neuropsychologische Diagnostik (z.B. TAP, BUEVA, TÜKI)
6. Verhaltensbeobachtung
7. Nachexploration und Besprechung der Ergebnisse
8. Schriftliche Befunderstellung

In meiner Praxis macht den Kindern/Jugendlichen der Untersuchungsablauf meistens Freude und es wird darauf geachtet, dass keine Überforderungssituation eintritt. Pausen, die im Spielzimmer gestaltet werden können, verhindern eine mögliche Überforderung.

Da hohe Komorbiditäten, wie oben erwähnt, eher die Regel als die Ausnahme sind, sollte die Psychologische Diagnostik als Momentaufnahme verstanden werden. Für die Differenzialdiagnostik empfehle ich daher oftmals eine Verlaufskontrolle in etwa einem Jahr. Dies wird zur Klärung gerne in Anspruch genommen! Es ist für die Kinder/Jugendlichen oftmals auch sehr erfreulich, wenn sie ihre Fortschritte im Vergleich deutlich wahrnehmen können. Die Versicherungsträger übernehmen auch für eine Wiederholungsuntersuchung die Kosten.

Die Diagnose soll ein Verständnis der Betreuungspersonen und des Kindes/Jugendlichen für die Symptome bewirken und den Weg für eine Therapiemotivation ebnen. Traumaspezifische Symptome können als sinnvolle Copingmechanismen vermittelt werden, im Sinne einer normalen Reaktion auf Hochstresssituationen.

Sollten sich die Kinder/Jugendlichen noch in keiner gezielten Behandlung befinden, schließt sich eine Beratung über Behandlungsmöglichkeiten an. Hoffnung auf Besserung wird vermittelt, über die derzeitigen Kostenübernahmemodelle durch die Versicherungsträger informiert und kompetente Stellen für traumazentrierte Behandlungen werden genannt.

Psychologische Diagnostik kann als erste behutsame Intervention verstanden werden, die Motivation für eine gezielte traumaspezifische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen schafft.

Grundprinzipien der Akutintervention – wissenschaftlicher Hintergrund, Haltungen und konkrete Anwendungen

Allgemeine Anmerkungen

Die akute Reaktion auf in dieser Broschüre bereits mehrfach beleuchtete potentielle Traumatisierungen ist die sogenannte akute Belastungsreaktion (F 43.0). Sie wird immer weiter systematisch untersucht und immer differenzierter beschrieben. Ebenso werden die Behandlungsansätze und deren Wirkmechanismen immer fundierter empirisch untersucht.

Akutinterventionen nach traumatischen Erlebnissen beziehen sich naturgemäß eher auf die sogenannten Typ I-Traumata - Folgen eines unerwarteten Einzelereignisses wie z.B. Gewalterfahrungen, Unfälle, Naturkatastrophen, dramatische Todesfälle. Hier sind Personen betroffen, die von einer Sekunde auf die andere mit einer völlig veränderten subjektiven und objektiven Realität konfrontiert sind, ohne sich in irgendeiner Weise darauf vorbereiten zu können, vorher aber „ganz normal“ funktioniert haben und selbstbestimmt und handlungsfähig waren. Dies wird in den Interventionen bei der akuten Belastungsreaktion stark berücksichtigt.

Bei der Frage, ob das Ereignis an sich zu akuten Störungen oder auch zur Chronifizierung führt ist das Vorhandensein bestimmter Risikofaktoren und die Art der Behandlung einer möglichen akuten Belastungsreaktion (F43.0) wesentlich.

Spontanerholungen, die laut Literatur bei etwa 30% der Betroffenen auftreten, sollen unbedingt genutzt und unterstützt werden. Unter anderem aus diesem Grund braucht man geschultes Personal, das ein möglichst frühzeitiges Screening im präklinischen Setting (z.B. informierte, geschulte ErsthelferInnen und MitarbeiterInnen von Beratungsstellen) durchführen kann oder ggf. eine schnelle Überweisung zur professionellen notfallpsychologischen Betreuung oder klinisch-psychologischen Diagnostik veranlassen kann, um die o.g. Chronifizierungen und Sekundärdiagnosen zu verringern bzw. im besten Fall sogar zu vermeiden.

Diese auf Basis von Psychotraumatologie und Notfallpsychologie fundiert geschulten Personen, mit denen die Betroffenen ohnehin zu tun haben, können außerdem selbst adäquat Instruktionen und Informationen zur Selbstbeobachtung bzw. Erklärungen in angemessener Form geben (Psychoedukation). Die sollte geschehen, ohne im Sinne von „sich selbst erfüllenden Prophezeihungen“ zu pathologisieren bzw. durch eine nicht angemessene Exploration zusätzlich zu traumatisieren (vgl. auch Parallelen zur Behandlung komplexerer Traumafolgestörungen – Ausführungen von Besser und Wintersperger bzw. zur Diagnostik bei Rau in dieser Broschüre).

Bei der akuten Belastungsreaktion finden sich bei an sich gesunden und funktionsfähigen Menschen Symptome auf gedanklicher, gefühlsmäßiger und körperlicher Ebene sowie oftmals kurzfristig veränderte Verhaltensweisen. Konkret beschreibt es das ICD 10 (Dilling et.al. 2001) als „anfängliche Betäubung, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität oder Rückzug“, charakteristisch sind oft auch spezifische Erinnerungen (Bilder und andere Sinneswahrnehmungen) an das Ereignis, die „wie real“ unvermittelt und heftig auftauchen und willentlich zunächst nicht beeinflussbar sind. Diese sogenannten Flashbacks belasten die Betroffenen sehr und dürfen differentialdiagnostisch auf keinen Fall mit psychiatrischen Symptomen verwechselt werden. Es sind reale Erinnerungen, die aus dem sogenannten impliziten Gedächtnis (siehe neurobiologische Erklärungsmodelle von Traumafolgestörungen im Beitrag zu EMDR und bei Lutz Besser in dieser Broschüre). Im Zuge einer „normalen“ Reaktion, der „seelischen Wundheilung“, deren Verlauf mit Hilfe von gezielten Akutinterventionen unterstützt werden soll, sollten die belastenden Gedanken, Erinnerungen, die begleitenden Körpergefühle und die Verhaltensweisen in Menge, Frequenz und Intensität spürbar nachlassen. Die wichtigsten Prinzipien bei der Akutintervention und letztlich auch der Weiterbehandlung bis hin zur Therapie sind die folgenden: in Sicherheit bringen, durch gezielte Gesprächsführung dabei zu unterstützen, die Ereignisse

„cortikal“, d.h. in der Hirnrinde, dem für Planung und Integration zuständigen Arealen, fassen und ordnen, Psychoedukation, d.h. angemessene Erklärung der Symptome und Stabilisierung im Alltag und im natürlichen Bezugssystem des Betroffenen bzw. „Reprozessieren und Neuordnen“ des „hängen gebliebenen Materials“ und somit Integration und Wiedereintritt in den Alltag.

Hinweise und Richtlinien für Akutinterventionen - Personelles und Schnittstellen

Auf Basis der im Beitrag zu EMDR dargestellten neurobiologischen Hintergründe ist der Vorschlag der sogenannten „Rettungskette“ (Lasogga, Gasch, 2004 modifiziert von Münker-Kramer, 2006) mit einem guten Schnittstellenmanagement als ein Beitrag zur gelungenen Betreuung Traumatisierter zu erwähnen:

Psychische erste Hilfe vor Ort sollte es – ganz parallel zur medizinischen ersten Hilfe – für alle von entsprechenden Ereignissen Betroffene geben. Diese sollte durch Laien und professionelle nichtpsychologische HelferInnen wie Polizei, Feuerwehr, RettungsdienstmitarbeiterInnen, NotärztInnen, die ohnehin vor Ort sind, im Rahmen ihrer Arbeit berücksichtigt werden. Hier geht es um grundsätzliche Haltungen wie z.B. in den Untersuchungen von Lasogga und Gasch bestätigt. Es soll zusätzliche Traumatisierung und Belastung verhindert, Angst und Hilflosigkeit vermindert und Information adäquat gegeben werden.

Darüber hinaus sollte sogenannte Psycho-Soziale Notfallhilfe vor Ort durch psycho-soziale NotfallhelferInnen, die notfallpsychologisch-psychotraumatologisch geschult sind durchgeführt werden. Diese sollten für Personen zur Verfügung stehen, die gewissen Risikofaktoren ausgesetzt sind bzw. bei extremen Ereignissen sofort mitalarmiert werden. Als eine Gruppe, die dann vor Ort gegebenenfalls auch schon differenzierte Interventionen machen können bzw. professionelles klinische Screenings durchführen können, stehen Fachkräfte zur Verfügung (NotfallpsychologInnen und auch notfallpsychologisch geschulte PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen).

Nachbetreuung/-behandlung durch psycho-soziale NotfallhelferInnen, die neben klinischen PsychologInnen z.B. als NotfallseelsorgerInnen, SeelsorgerInnen, diplomierte SozialarbeiterInnen, Klinische PsychologInnen, und NotfallpsychologInnen in ihrem jeweiligen Bereich an Glaubensfragen, Sinnfragen, konkreten sozialen und finanziellen Problemen, an Differentialdiagnostik, an der Reduktion der geistig-psychischen Symptomatik oder Trauerbehandlung, am „Wiedereinstieg“ in die Welt ohne das Verlorene oder am Wiedereinstieg in den alten Alltag mit den Betroffenen arbeiten.

Bei den Betroffenen, die über die akute Belastungsreaktion hinaus spezifische diagnostizierbare Traumafolgesymptome haben (vgl. auch Fachbeitrag Petra Rau in diesem Tagungsband), muss eine Überweisung in konkrete Traumatherapie/-Behandlung z.B. mit EMDR durch spezifisch ausgebildete TraumatherapeutInnen (vgl. auch Fachbeitrag Sylvia Wintersperger und Beitrag EMDR in diesem Tagungsband und www.oent.at, www.emdr-netzwerk.at) erfolgen bzw. es müssen die Komorbiditäten entsprechend erkannt und behandelt werden (vgl. auch Fachbeitrag Andreas Reitbauer in diesem Tagungsband).

Ein wesentlicher Bereich, um Sekundärtraumatisierungen von Betroffenen zu vermeiden, ist auch die „Übersetzungsarbeit“, z.B. hin zu BestatterInnen oder Rettungskräften, wenn es um eine adäquate Verabschiedung o.ä. geht.

Die Haltung im Bereich der Behandlung und Therapie der PTBS ist nach verschiedenen Schulen und über verschiedene Ansätze hinweg immer wieder gekennzeichnet durch die Abfolge von Anamnese, Aufbau von Beziehung, Information/Psychoedukation, Stabilisierung (sozial, körperlich-medizinisch, psychisch) und Erlernen von Distanzierungstechniken sowie Ressourceninstallation, Traumaexposition/Traumasyntese und schließlich Integrationsphase/Trauer- und Neuorientierungsphase.

Risikofaktoren

Um nun mit Hilfe einerseits einer professionellen klinischen Beobachtung, einer fundierten Diagnostik und andererseits mit Hilfe von frühzeitiger richtig indizierter Behandlung die Entwicklung einer Chronifizierung in Richtung einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu verringern bzw. zu vermeiden, ist das Erkennen spezieller Risikofaktoren wichtig (Münker-Kramer, 2006, S.302)

- 1) peritraumatische Dissoziation (subjektives Gefühl von Betäubung, Losgelöstsein oder der Abwesenheit von Gefühlen während des Ereignisses, eingeschränkte Wahrnehmung der Umgebung, Derealisation, Depersonalisation, dissoziative Amnesie)
- 2) dauernde Übererregung (AN, Arousal, Herzfrequenz >90), ständige adrenerge Stimulation
- 3) Lebensbedrohlichkeit der Situation bzw. schwere körperliche Verletzungen
- 4) erlebte Hilflosigkeit
- 5) Retraumatisierung bzw. frühere belastende Erfahrungen
- 6) extrem intensive Sinnesbeteiligung bzw. lange Dauer
- 7) Beteiligung von Kindern beim Ereignis
- 8) mangelnde soziale Unterstützung (privat, beruflich (von der eigenen Organisation)) – nachher
- 9) manchmal Alter (Jugend, höheres Lebensalter)
- 10) mehrere Ereignisse hintereinander ohne Erholungsphase bzw. Retraumatisierung im Verfahren
- 11) Zugehörigkeit zu Risikopopulationen (Flüchtlinge, alte Menschen, Jugendliche in Städten, chronisch (auch psychiatrisch) Kranke...)

(vgl. weiters auch darüber hinausgehende Risikofaktoren in den Ausführungen von Besser in dieser Broschüre für den Bereich der chronischen Traumatisierungen)

Die akute Belastungsreaktion ist vor Ort so gut wie nie in Form von klassischer klinisch-psychologischer Diagnostik feststellbar. Geschulte Ersthelfer und professionelle nichtpsychologische HelferInnen, aber auch NotfallpsychologInnen müssen die klinischen Beobachtungen unter Anleitung präzise und deskriptiv zusammentragen und somit laufend „screenen“. Man kann sagen, dass hier Intervention auch immer Diagnostik im weiteren Sinne ist, aus der sofort entsprechende Maßnahmen und Umfeldinstruktionen folgen müssen. Man nennt dieses Vorgehen auch die „psychologische Triage“ – das Feststellen des Grades der psychisch-mental Beeinträchtigung der Betroffenen. Hierfür stehen neben der Diagnostik nach den klinischen Kriterien (s.o.) einfache Instrumente wie z.B. die Beobachtung mit Hilfe von SEA 3 (SEAAA), bei der die Sprache (Speech), die Gefühlslage (Emotion), das Erscheinungsbild (Appearance), die Wachheit (Alertness) und die Aktivität (Activity) der Betroffenen eingeschätzt und bewertet werden (Willkomm, 1999).

Es wird extrem deutlich, dass die Beurteilung und Bewertung der Symptome sehr relativ ist, weil man es grundsätzlich mit „normalen Menschen in Ausnahmesituationen“ zu tun hat. Bei der Feststellung einer akuten Belastungsreaktion geht es um eine professionelle Einschätzung des aktuellen Zustandes auf den relevanten Symptomebenen, weniger um eine differenzierte Diagnostik im engeren Sinne. Auch die Notwendigkeit einer Außenanamnese ist evident („wie geht die Person sonst mit Belastungen um“, „wie ist die individuelle „Norm“).

Interventionstechniken im Bereich der Akuten Belastungsreaktion (F 43.0)

Bei der akuten Belastungsstörung muss schnell und gezielt Hilfe angeboten und organisiert werden. Die Standardinterventionen sind einerseits die klinische Beobachtung (siehe oben, z.B. SEAAA bzw. auch die konkreten Checklisten, die Everly und Mitchell zur Einschätzung von akuten psychischen Krisen vor Ort vorschlagen (EVERLY, G. und MITCHELL, J. 2002, S. 44-49).) und die psychologische Stabilisierung, Dies wird über das Herstellen des Kontaktes, das Feststellen des aktuellen Zustandes und das Eingehen auf dringende Bedürfnisse angebahnt. Lasogga und Gasch (2004) beschreiben auf der Basis empirischer Forschung hier die Grundregeln der psychosozialen ersten Hilfe, die auch ähnlich wie die medizinische erste Hilfe jedem vermittelt werden sollten und jeweils ganz klare Unterpunkte und Verhaltensweisen umfassen.

1. Sag, dass Du da bist und was geschieht!
2. Schirme den Verletzten von Zuschauern ab.
3. Suche/biete vorsichtig Körperkontakt.
4. Sprich und hör zu.

Nach Hausmann (Hausmann, 2005, S. 137) und aus Erfahrung/ mit Ergänzungen der Autorin ergeben sich folgende Schwerpunkte und Ziele für die notfallpsychologische Akutintervention (meist im Einzelsetting):

1. beruhigen

mit dem Ziel, den/die Betroffene(n) auf ein angemessenes Erregungsniveau zu bringen

z.B. durch paraphrasieren, Ansprechen der vermeintlich wichtigsten Bedürfnisse, „Sie sind in Sicherheit“, „Es ist alles vorbei“ eindringlich und wiederholt betonen, wenn es so ist, u.U. leichte Ateminstruktionen... – nicht: bagatellisieren, falsche Versprechungen....

2. orientieren

mit dem Ziel, den/die Betroffene(n) im „Hier und Jetzt“ ankommen zu lassen und zu informieren

z.B. klare Informationen zu Situation, Ort, Zeit, klares Beantworten aller Fragen – auch aktives Zuhören und Verbalisieren, Wahrnehmungsübungen (Schauen Sie sich um, was sehen Sie, hören Sie...“, „Was ist das Letzte vor dem Ereignis, an das Sie sich erinnern können, was das Erste nach dem Ereignis.), die „Kompetenz für das Ereignis“ zurückgeben – „Wie ist das passiert, wie fing es an?“ – dieses Vorgehen führt zur Reorientierung und Wiedererlangung der Kontrolle und Handlungsfähigkeit

3. Ressourcen aktivieren

mit dem Ziel, die persönlichen und sozialen Ressourcen zugänglich zu machen und zu fördern, Selbstkompetenz wieder ansprechen

z.B. durch Anregen, mit den nächsten Bezugspersonen zu sprechen, dies zu organisieren, Übersetzungsarbeit (z.B. über verschiedene Reaktionsmuster und die Hintergründe, das Achten auf die körperlichen Bedürfnisse anzuregen), Fragen wie „Wie würden sie das am ehesten angehen?“, „Wie gehen Sie sonst mit schwierigen Situationen um?“ (Aktivieren und Erheben von Copingstrategien)...

4. Wahrnehmung

mit dem Ziel, die Intensität von unangenehmen Wahrnehmungen zu reduzieren und ungewöhnliche Wahrnehmungen zu erklären

z.B. abschirmen von (weiteren) Sinneseindrücken bzw. auch Hilfe und Unterstützung oder umgekehrt, angemessene Vorbereitung bei unvermeidlichen belastenden Wahrnehmungen (Identifizierung, Verabschiedung), Achtsamkeits-

übungen („nehmen sie einmal Ihren Arm... genau wahr, spüren Sie, wie sie sitzen...), Erklärungen für Symptome der ABR (siehe oben Psychoedukation!!), „normale Reaktion normaler Menschen auf unnormale Situationen!“

5. Zeiterleben

mit dem Ziel, das Ereignis zu strukturieren und in einen zeitlichen Kontext zu stellen (beste Unterstützung von „normaler“ Informationsverarbeitung (siehe Ätiologie) oder Vorarbeit für Traumatherapie bei Risikopatienten)

z.B. durch Information und Aktivierung des narrativen Gedächtnisses, Aufzeigen von Chronologie, auch Einbetten des Ereignisses in den normalen Alltagskontext, um einen Teil des zerrissenen Wahrnehmungsgefüge zu kitten, Zeitbegriffe deutlich und konstant einfließen lassen (jetzt, vorher, nachher, danach, davor, heute vormittag – und am besten semantische Wahrnehmung beim Betroffenen überprüfen)

6. gedankliche Verarbeitung

mit dem Ziel, die kognitive Verarbeitung des Ereignisses und der eigenen Reaktion zu fördern – Psychoedukation!

z.B. empathisch ermutigen, Zusammenhänge herzustellen, Gedanken auszudrücken („Was haben Sie da gedacht?“ „Wie würden Sie das beschreiben?“ ...), z.B. anregen, Erinnerungen über den Verstorbenen/Verhaltensweisen des Verunfallten auszudrücken, dies alles ist auch entweder eine Hilfe zur Spontanerholung oder eine optimale Bahnung für Traumabearbeitung in allen Methoden

7. Gefühle

mit dem Ziel, eine emotionale Entlastung zu ermöglichen bzw. auf belastende Gefühle einzugehen

z.B. einfach alle Gefühle wahrnehmen und annehmen, die geäußert werden (nicht ausreden, nicht wegreden, nicht absprechen, werten!), Scham, Zorn, Wut, Angst, Ärger aufnehmen, u.U. wieder anderen gegenüber „übersetzen“ (z.B. skurrile Reaktionen – oder abschirmen, spezielles „moderieren“ von Schuldgefühlen - subjektive bzw. berechnete Schuldgefühle – hier sind spezielle Haltungen und Reaktionen wichtig, auch im Hinblick auf juristische Untersuchungen)

8. Kontrollierbarkeit

mit dem Ziel, die subjektive Kontrolle wiederherzustellen oder zu fördern

z.B. indem die Mitentscheidung auch bei einfachen Dingen erbeten wird („können Sie mir sagen, wie Sie am liebsten sitzen wollen, möchten Sie viel oder wenig Zucker in den Tee, soll ich Ihre Tochter um diese Zeit eher auf dem Festnetz oder auf dem Handy anrufen“) oder Entmündigung durch andere vermieden wird (Übersetzungsarbeit!), z.B. im Hinblick auf das Verabschieden von verunfallten Angehörigen, hier muss allerdings eine optimale Vorbereitung und Unterstützung durch die PsychologInnen sichergestellt werden – insgesamt gilt auch hier wieder: wir unterstützen normale Menschen mit normalen Reaktionen in unnormalen Situationen, bahnen die Spontanerholung und sind eher Katalysatoren, die die speziellen Mechanismen und Wege der autonomen Informationsverarbeitung kennen und von Anfang an versuchen, Blockaden zu vermeiden, zu lindern oder aufzuheben.

9. Selbstbild

mit dem Ziel, die Reaktionen subjektiv und objektiv zu normalisieren, Handlungsfähigkeit und eigene Copingmechanismen und Strategien zu aktivieren und zu fördern z. B. durch die Punkte 1-8, Bezug zu anderen herstellen („Wer braucht Sie jetzt?“ ...), asymmetrische Beziehungskonstellationen, die durch die „Störung“ entstanden sind kurz halten bzw. bewusst unterbrechen oder ähnliche Übersetzungsarbeit, Kommunikationsregeln (nicht über den/die

Klinische Symptomatik bei traumatisierten Kindern und kindgerechte Akutintervention

Betroffene(n), sondern mit dem/der ansprechbaren Betroffenen – statt „was machen wir mit ihm?“ – „Haben Sie eine Idee, was jetzt für Sie das Beste wäre, wo möchten Sie hin?“...) Auch hier unterstützen diese Haltungen Normalisierung oder bahnen die Arbeit am „zerrissenen Selbst(bild)“ in der Traumabehandlung und –therapie.

10. die nächsten Schritte

mit dem Ziel, den/die Betroffene(n) „wieder auf die Schiene zu stellen“

Hier werden ganz konkret Pläne gemacht und Vereinbarungen getroffen, Kontakte hergestellt, Transfer organisiert. Es wird sehr deutlich, dass all diese Maßnahmen, Haltungen und Organisationen gleichzeitig Intervention und Diagnostik sind und jeder Schritt letztlich auf Basis der wissenschaftlichen Kenntnisse aus Psychotraumatologie, Notfallpsychologie und Kommunikationspsychologie basiert, auch wenn die Handlungen von außen „scheinbar“ banal aussehen. Erfolgreiche psychische erste Hilfe und fachpsychologische Betreuung auf dieser Basis durch gut geschultes Personal kann die Auftretenswahrscheinlichkeit der Chronifizierung von Traumafolgestörungen und somit auch Leid vermindern. Grundsätzlich gilt, dass je weniger Risikofaktoren zusammenkommen, je mehr das Ereignis ein Einzelereignis bei einer ansonsten gesunden Persönlichkeit in stabilen und positiven sozialen Verhältnissen ist, umso bessere Prognosen zu erwarten sind.

Es muss auch festgehalten werden, dass das öffentliche Bewusstsein für diese Fragen wächst und dass die Anzahl der geschulten Personen im Akutbereich und in der Behandlung komplexerer Folgestörungen zunimmt. Das heißt umgekehrt auf keinen Fall, dass „alles Trauma ist“ und „jeder“ Psychologen braucht – es soll nichts problematisiert werden, wenn es keine Beschwerden gibt. Aber es soll kompetente Hilfe für Personen geben, die oder deren Umgebung Symptome und Belastungen feststellen und diese Hilfe soll schnell und kompetent kommen.

Vermehrte Tagungen und Schulungen zu diesen Themen und somit Sensibilisierung bei Experten und auch bei Nicht-Experten sind gute Beiträge dazu.

Literatur (hier als Quellenachweis, allgemein auch am Ende dieser Broschüre)

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Huber, Bern

Everly, G., Mitchell, J. (2002) CISM – Stressmanagement nach kritischen Ereignissen. Facultas, Wien

Fischer, G., Riedesser, P. (2003) Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhardt Verlag, Stuttgart

Hausmann, C. (2005, 2. korr. und ergänzte Auflage) Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards. Facultas, Wien

Lasogga, F., Gasch, B. (2002, 2. überarbeitete Auflage) Psychische Erste Hilfe bei Unfällen. Stumpf Kossendey, Edewecht

Lasogga, F., Gasch, B. (2004) Notfallpsychologie. 2. Auflage. Stumpf & Kossendey, Edewecht

Lasogga, F., Karutz, H. (2005) Hilfen für Helfer. Stumpf & Kossendey, Edewecht

Münker-Kramer, Eva: F.43.0 (ABR) und F.43.1 (PTBS) – Grundlagen, Diagnostik, Behandlungsansätze In: Beiglböck, Feselmayer, Honemann. Handbuch klinisch-psychologischer Behandlung, Springer-Verlag, Wien, New York, 2006

Münker-Kramer, Eva: Akutpsychologische Intervention bei Angehörigen. In: 8. Refresher-Kurs Intensivmedizin 2007, Vortragsband., S. xxxx, Leykam-Buchverlag, Wien

Willkomm, B. (1999) SEAAA –SEA 3: im Rahmen des Basis-Trainings Critical Incident Stress Management bei der Fortbildungsakademie der Serviceorganisation des Berufsverbandes Österreichischer PsychologInnen überreichtes Skriptum

8. Refresher-Kurs Intensivmedizin – Vortragsband 2007, S. 50-57. Leykam Buchverlag ISBN 978-3-7011-7586-4

Zusammenfassung:

Kinder reagieren sehr unterschiedlich auf Notfälle. Es zeigt sich jedoch, dass Kinder sehr häufig das Verhalten ihrer Bezugspersonen spiegeln und daher das ausdrücken, was in einer Familie an unausgesprochenen Dingen da ist. Kinder spüren sehr genau die Unsicherheit bei den Erwachsenen. Sie „lesen“ die Körpersprache der Erwachsenen. Kinder sind neugierig. Sie stellen oft die gleiche Frage mehrmals – das ist ein Zeichen von Interesse. Sie wollen, dass sie ernst genommen werden und dass die Erwachsenen ihnen Erklärungen geben. Kinder verwenden eine simple, direkte Sprache. Sie nehmen viele Dinge wörtlich. Kinder sprechen nicht gerne mit anderen Kindern über das Ereignis – sie benutzen viele Ablenkungsstrategien. Kinder können leichter mit Erwachsenen über die erlebten Traumatisierungen reden. Folgende Fragen werden bearbeitet:

Ein rascher Beginn der Hilfe ist bei Kindern besonders wichtig. Die HelferInnen müssen hier besonders viel Arbeit im Beziehungsaufbau leisten und dabei viele Methoden beherrschen, um mit Kindern in Kontakt zu kommen.

Die jeweilige Umwelt des Kindes muss genau beobachtet werden und die Bezugspersonen werden bei der Hilfe einbezogen. Kinder kann man mit der Situation konfrontieren, wenn sie entsprechend vorbereitet werden. Das Ansprechen der Gefühle spielt dabei eine große Rolle. Die Verzweiflung, Wut, Trauer, Angst und Sehnsucht soll von der/dem BetreuerIn angesprochen werden.

Die Alltagssituation des Kindes hat sich geändert und darüber soll geredet werden. Weitere Trennungssituationen sollen tunlichst vermieden werden. Das Gefühl der Sicherheit ist in dieser Phase für Kinder sehr wichtig.

Die Kinder soll man am Geschehen teilhaben lassen. Man kann sie zu einem Begräbnis mitnehmen und dabei mit ihnen alles besprechen, was bei dieser Feier passiert.

Wie reagieren Kinder auf Notfälle?

Kinder zeigen meist eine erhöhte Ängstlichkeit, oft ergeben sich Verhaltensprobleme.

Manche Kinder reagieren nach innen, andere nach außen. Regression, Bettnässen, Daumenlutschen sowie Aggression und Rückzug sind häufige Verhaltensmuster.

Die Kinder ahmen nach, wie die Erwachsenen auf einen Notfall reagieren und sie spüren ganz genau die Unsicherheit bei den Erwachsenen.

Die Körpersignale der Erwachsenen sind hier von immenser Bedeutung.

Kinder neigen in Notfällen dazu, Grenzen zu überschreiten. Hier sollen die Erwachsenen nicht vergessen, ihre eigenen Grenzen deutlich auszudrücken. Das hilft allen Beteiligten, wieder zum Alltag zurückzukehren.

Eltern sollen Zuwendung und Nähe geben. Die Kinder sollen spüren, dass Schutz und Zuwendung möglich ist. Erlauben sie ihrem Kind auch, Entscheidungen zu treffen. Das gibt den Kindern ein Gefühl von Kontrolle.

Sucht und Trauma

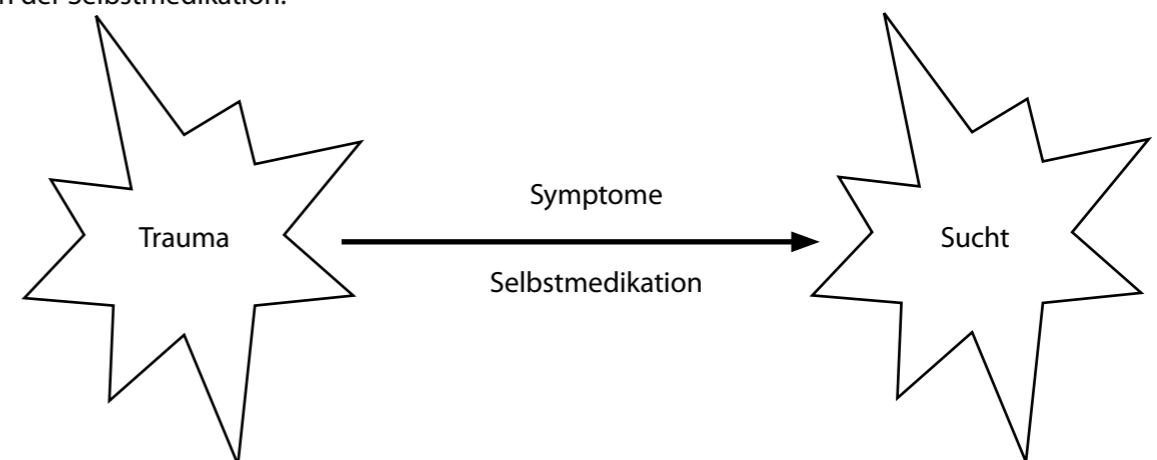
Das Entstehen von Sucht, das „Süchtigwerden“ von Menschen ist ein Vorgang, der zumeist über einen längeren Zeitraum hinweg vor sich geht. Das allmähliche Steigern der Dosis, der zunehmende Kontrollverlust beim Konsum einer Substanz, aber auch beim Konsum eines Verhaltens, die Manifestation einer physischen und psychischen Abhängigkeit geschieht zunächst unmerklich und versteckt. Gleichzeitig mit dem „Heranreifen“ der Sucht vermindert sich die eigene Reflexionsfähigkeit und Selbstkritik. Sehr häufig wird der eigene Zustand erst durch die manifesten Anzeichen einer physischen Abhängigkeit entdeckt.

Das Entstehen eines Traumas kann wesentlich schneller erfolgen. Führt die Diskrepanz zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und eigenen Bewältigungsmöglichkeiten zu einer dauerhaften Erschütterung des Selbst – und Weltverständnisses (vgl. auch Definition von Fischer in den Ausführungen von Besser in dieser Broschüre) so führt dieses dauernde Leiden sehr häufig zum verständlichen Versuch, sich mittels „Medikamenten“ Erleichterung zu verschaffen.

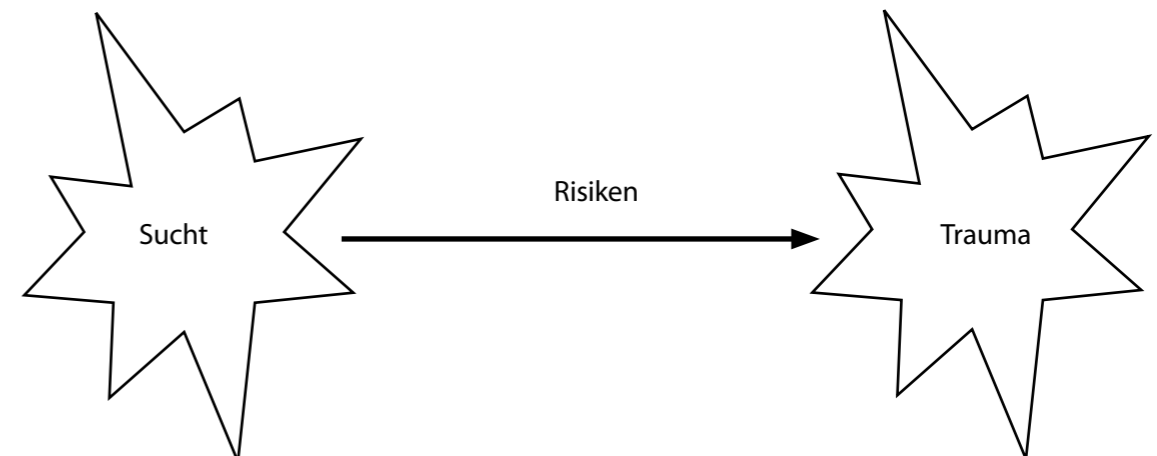
Sucht und Trauma treten sehr häufig gemeinsam auf: nahezu die Hälfte von Suchtpatienten im stationären Bereich leiden an Traumafolgestörungen wie z.B. PTBS (posttraumatische Belastungsstörung), Anpassungsstörungen, dissoziativen Störungen, andauernden Persönlichkeitsstörungen nach Extremlastungen, etc..

Zu den körperlichen Traumafolgen zählen vor allem dauerhafte Veränderungen des Hormonsystems, andauernde Aktivierung des Alarmsystems (Stresshormone), Veränderungen im Gedächtnis (broken memory), Körpersymptome, etc...

Leiden Menschen unter traumatischen Erlebnissen, so entwickeln sie sehr häufig eine Substanzabhängigkeit aus Gründen der Selbstmedikation.



Geraten Menschen in eine Abhängigkeit von Substanzen, erleben sie aufgrund der Risiken ihrer Suchterkrankung (Beschaffungskriminalität, Überdosierungen, Todesfälle, etc...) ebenso häufig „sekundäre“ Traumatisierungen.



Wie spricht man mit Kindern nach Notfällen?

Kinder sind sehr neugierig. Sie wollen gerne wissen, was in der Welt passiert.

Ermutigen sie die Kinder, Fragen zu stellen. Kinder zeigen Interesse, wenn sie oft die gleiche Frage stellen. Hier ist Geduld notwendig. Kinder reden nicht gerne mit anderen Kindern über das Ereignis. Hier benutzen sie Ablenkungsstrategien. Schildern sie die Fakten wahrheitsgemäß. Die Kinder merken später, wenn sie nicht ernst genommen worden sind. Kinder nehmen auch viele Dinge wörtlich.

Die psychische erste Hilfe für Kinder ist altersabhängig. Bei Kleinkindern ist der Körperkontakt und das Gefühl der Geborgenheit und Sicherheit vorrangig. Die Kinder dieser Altersgruppe sind leicht irritierbar und brauchen Schutz. Kindergartenkinder und Schulkinder können durch Erklärungen und durchgehender Betreuung ein Stück Sicherheit bekommen. Sie verlangen nach Informationen und Erklärungen. Hier ist es hilfreich, dass die kindlichen Reaktionen folgendermaßen beschrieben werden: „Deine Reaktion ist normal, das Ereignis ist ungewöhnlich.“

Jugendliche zeigen oft ein erhöhtes Risikoverhalten. Hier ist es besonders schwierig, Sprechgelegenheiten zu schaffen. Die Jugendlichen zeigen oft ein Rückzugsverhalten. Das Normalisieren der Reaktionen ist hier auch hilfreich.

Das Psychosoziale AKUTteam bietet Hilfe und Unterstützung in Krisensituationen an.

Es arbeiten hier Psychotherapeuten, Psychologen, Ärzte und Sozialarbeiter im Team zusammen. Die Hilfe ist kostenlos und täglich rund um die Uhr verfügbar.

Nähere Informationen finden sie auf der Homepage: www.akutteam.at

Zu den wesentlichsten körperlichen Folgen von Traumatisierungen gehören, wenn das Trauma unbehandelt bleibt, die dauerhaften Veränderungen des Hormonsystems:

- Noradrenerge Dysregulation (permanent ein zu hoher Pegel an Stresshormonen)
- Serotonerge Dysregulation (permanent ein zu niedriger Pegel an Serotoninen)
- Dysregulation des Opioidsystems (permanent aus dem Gleichgewicht)
- Dopaminerge Dysregulation (permanent ein zu hoher Pegel an Dopaminen)

Diese Veränderungen bedeuten im Klartext, dass Menschen mit traumatischen Erfahrungen unter großen Problemen leiden, zur Ruhe zu kommen, sich entspannen zu können, sich wohl zu fühlen, etc...

Permanente Ruhelosigkeit und Anspannung führt nun zu Ermüdung, Depression, etc... eben zu den bereits genannten Traumafolgestörungen.

Alle Drogen, Erlaubte und nicht Erlaubte, eignen sich nun dazu, das eigene Wohlbefinden zu erhöhen, indem sie zu den jeweiligen hormonellen Veränderungen passende Antagonisten bereitstellen:

- Alkohol und Opiate als Gegenspieler zu den Noradrenalinern erlauben durch ihre dämpfende und beruhigende Wirkung ein zur Ruhe kommen können des/der TraumatpatientInnen.
- Alkohol verursacht eine Stimmungsaufhellung bei TraumatpatientInnen, indem es ein Einpendeln der Serotonine auf ein für den/die Betroffene(n) erträgliches Maß bewirkt.
- Opiate wiederum bewirken ein Einpendeln der körpereigenen Opiate, der Endorphine, auf ein für den/die Betroffene(n) erträgliches Maß.

Wir sehen also einen sehr einfach zu erzielenden, positiven und lindernden Effekt für traumatisierte Menschen, der durch die Einnahme von bestimmten Drogen zu erreichen ist und damit eine Selbstmedikation mit diesen Substanzen als Heilungsversuch natürlich vorerst sinnvoll erscheinen lässt.

Die vielfältigen Traumatisierungen von PatientInnen, die sich im stationären Bereich nach Entwöhnungs – und Entgiftungsbehandlungen einer Langzeittherapie unterziehen, sind mittels genauer und spezifischer Traumaaanamnesen relativ schnell zu diagnostizieren.

Als unumgänglich erweist sich immer mehr die Notwendigkeit von Kompetenz in beide Richtungen bei der Behandlung traumatisierter SuchtpatientInnen. Neben einer Suchtbehandlung muss es also eine Traumabehandlung mittels einer spezifischen Traumatherapietechnik, wie das vorgestellte EMDR (vgl. Ausführungen von Münker-Kramer in dieser Broschüre) eine ist, geben.

Erst durch das Behandeln der Traumata kann langfristig ein Behandeln der Suchtkrankheit gelingen.

Angewandte Psychotraumatologie in Beratung und Pädagogik

Die Psychotraumatologie

Die Psychotraumatologie ist eine vergleichsweise junge Wissenschaft.

Es ist noch nicht so lange her, dass ÄrztInnen und PsychologInnen weltweit erfasst haben, dass Menschen, die Extremes erleben mussten und überlebt haben, regelmäßig an ganz ähnlichen Symptomen erkranken. Judith Hermann, eine amerikanische Ärztin und Forscherin stellte fest: Kriegsheimkehrer aus Vietnam und Frauen, die in langjährigen Gewaltbeziehungen leben mussten zeigten dieselben Symptome. In langjähriger Forschungsarbeit und Untersuchungen wurde das gemeinsame dieser so unterschiedlichen Lebensschicksale etwas erhellt: die psychische Traumatisierung. 1980 wurde dann erstmals eine der typischen Folgeerkrankungen nach Psychotrauma, die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als eigenständiges Krankheitsbild in die internationale Klassifikation der psychischen Störungen, die ICD-10 aufgenommen (vgl. auch Ausführungen Ableidinger und Besser in dieser Broschüre).

Die Psychotraumatologie erforscht die Entstehungsbedingungen und Kontextbedingungen von Psychotraumata, sie sucht die Vorgänge bei psychischen Traumatisierungen zu erfassen sowie jene Vorgänge, die entweder zur innerseelischen Verarbeitung eines Traumas (und damit zur Gesundung) führen oder aber zu einer der Traumafolgekrankheiten, wenn die Verarbeitung nicht gelingt.

Im Zentrum der Psychotraumatologieforschung stehen die komplexen seelischen, neurophysiologischen und körperlichen Mechanismen, die bei einem Psychotrauma im Menschen ablaufen.

Die Angewandte Psychotraumatologie stellt - darauf aufbauend - die Fragen:

1. Was macht es aus, dass manche Menschen, die Extremes erleben mussten, gar keine Zeichen von Traumatisierung zeigen (= Forschungen zur Widerstandskraft gegen Trauma, Resilienzforschung)? = Primärprophylaxe
2. Was hilft einem Menschen dabei, ein eingetretenes Psychotrauma bestmöglich zu verarbeiten, so dass keine Folgesymptome auftreten? = Sekundärprophylaxe
3. Was sind die effektiven Behandlungsmöglichkeiten in klinisch-psychologischer Behandlung und Psychotherapie, um bei bestehender Traumafolgekrankheit dem/r PatientIn dabei zu helfen, das Trauma im Nachhinein zu verarbeiten oder doch eine Linderung der Symptome zu erreichen und ein Fortschreiten der Erkrankung im Sinne einer Chronifizierung zu verhindern? = Tertiärprophylaxe

Während für den letzteren Bereich, die Behandlung von Traumafolgekrankheiten, die spezielle traumafokussierte Psychotherapie / Traumatherapie entwickelt wurde, ist das erstgenannte Anwendungsgebiet, die Resilienzentwicklung, in erster Linie dem natürlichen Aufgabenbereich von Eltern, aber auch BeraterInnen und PädagogInnen zuzuordnen.

Der 2. Bereich, die Hilfestellung bei der Verarbeitung von Traumatisierung von Anfang des Geschehens an, ist die Domäne der spezifischen Interventionen der Notfall – oder Akutpsychologie (kleiner vgl. auch Ausführungen von Münker-Kramer in diesem Tagungsband).

In allen drei genannten Bereichen kann jedoch spezifisches Vorgehen von Trauma-FachberaterInnen/-pädagogInnen entscheidende Hilfe leisten.

Es gibt eine große Gruppe von Menschen im sozialen, psychologischen und pädagogischen Feld, wie BeraterInnen und PädagogInnen, ÄrztInnen, PsychologInnen, TheologInnen, SozialarbeiterInnen, KindergärtnerInnen, u.a., welche (zwangsläufig) mit traumatisierten Menschen zu tun haben. Diese Berufsgruppen können bei entsprechenden

Kenntnissen einem Menschen mit traumatischen Belastungen zu einer Erleichterung oder sogar Integration des Ereignisses verhelfen.

Für diese Bereiche wurde das Konzept der traumazentrierten Fachberatung und -pädagogik entwickelt. (Empfehlungen der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie DeGPT www.degpt.de), das im ZAP Wien (www.zap-wien.at aufgrund der diesbezüglichen Nachfrage in Österreich auch laufend in Kooperation mit dem Fachinstitut für Angewandte Psychotraumatologie Münster (www.fifap.de) angeboten wird).

Während die traumazentrierte Psychotherapie und Behandlung (Traumatherapie/-behandlung) in aller Regel auf eine Traumadurcharbeitung abzielt, ist das vorrangige Ziel in der traumazentrierten Beratung und Pädagogik die Stabilisierung des/der KlientIn.

Schon die fachgerechte Stabilisierung kann den/die PatientIn in die Lage versetzen, sein/ihr Trauma auf dieser Basis nach und nach selbst verarbeiten zu können (=Unterstützung natürlicher Verarbeitungsprozesse).

Traumazentrierte Beratung kann aber auch auf eine traumabearbeitende Psychotherapie / Behandlung vorbereiten;

Mitunter muss sich aufgrund spezifischer Bedingungen des/der KlientIn (z. B. geringe seelische Belastbarkeit) die professionelle Hilfe allein auf stabilisierende Maßnahmen beschränken.

Die Verfahren der Angewandten Psychotraumatologie:

Traumatherapie / Traumabehandlung

Traumatherapie oder Traumafokussierte Psychotherapie / - Behandlung ist ein stark strukturiertes psychotherapeutisches Verfahren, das auf die Besonderheiten von Traumafolgestörungen abgestimmt ist. Die Behandlung wird in Phasen aufgebaut.

Phase 1 dient dem Aufbau einer therapeutischen Beziehung und der traumaspezifischen Anamnese und Diagnostik. Es wird von Anfang an großer Wert darauf gelegt, dem/r PatientIn viel Wissen über die Vorgänge bei Traumatisierung nahe zu bringen (Psychoedukation). Das dient bereits der Wiedererlangung von Kontrolle und der „Normalisierung“ der Symptome. („Sie leiden unter den ganz normalen Folgen eines unnormalen Ereignisses.“)

Phase 2 dient der Stabilisierung des/der PatientIn und dem Aufbau von Ressourcen und soll im Rahmen der Traumatherapie als Vorbereitung für die Traumaintegration (Phase 3) dienen. Es handelt sich bei Phase 2 um komplexe und vielschichtige Programme nach folgenden Prinzipien:

Am Anfang steht die (Hilfestellung bei der) Stabilisierung nach außen:

soziale Stabilisierung wie z.B. Aufbau eines sozialen Netzes (oder Nutzung des bestehenden), Nutzen rechtlicher Möglichkeiten, dafür Sorge tragen, dass kein Täterkontakt mehr besteht. Weiters ist auch die Stabilisierung des körperlichen Zustands: d.h. angemessene medizinische Behandlung, dazu zu rechnen.

Parallel arbeitet man zumeist schon an der Stabilisierung nach innen:

Dazu gehören Übungstechniken zum Stresscoping, Techniken zur Reorientierung, Dissoziationsstoptechniken, Techniken zum Stoppen eines „flash-back-Erlebnisses“.

Weiters geht es darum, dass die durch die Traumatisierung beeinträchtigte Affekt- und Impulskontrolle wieder gestärkt und aufgebaut wird. Auch dafür gibt es spezifische Übungen, die mit dem/der PatientIn geübt und erlernt werden können.

Schließlich geht es bei der innerpsychischen Stabilisierung auch um die Mobilisierung und den Aufbau von innerseelischen Ressourcen. Damit ist z.B. gemeint, alle guten Erfahrungen, die der/die PatientIn mit sich oder anderen Menschen in seinem/ihrer Leben gemacht hat, zu suchen, in seinem/ihrer Gedächtnissystem zu „aktivieren“ und damit gegenwärtig „zur Verfügung“ zu haben. Weiters werden eine Reihe von imaginativen Übungen verwendet, die alle das Ziel haben, dem/der PatientIn eine positive Vorstellungswelt zu erschließen, so z.B. die Übung vom „sicheren inneren Ort“ oder die Übung vom „Tresor zur Aufbewahrung belastender Erinnerungen“.

Mitunter, vor allem bei schwer traumatisierten und/oder über einen längeren Zeitraum traumatisierten Menschen, beschränkt sich die bestmögliche Behandlung auf Maßnahmen der Phase 2.

Die Phase 3 bezeichnet die Arbeit an der Traumakonfrontation/Integration

Damit ist die Durcharbeitung der traumatischen Situation(en) in Begleitung des/der TherapeutIn gemeint. Das geschieht durch wiederholt herbeigeführte, kontrollierte Begegnungen mit dem traumatischen Material in der Vorstellung des/r PatientIn. Man bedient sich hier der angeleiteten Vorstellung, das Geschehen z.B. wie in einem Film, auf einem Bildschirm oder auch von „ganz weit weg zu betrachten“ (screen-technik, Beobachter-technik; (vgl. auch Ausführungen Besser in dieser Broschüre). Während des Betrachtens von außen stellt der/die PatientIn zwar sowohl die Erinnerung her, aber gleichzeitig wird auch die distanzierende Betrachtung und Kommentierung des Geschehens aus gegenwärtiger Sicht möglich gemacht. In diesem permanenten Pendeln zwischen dem „traumatisch eingefrorenen“ Vergangenheitsbild und der gegenwärtigen Sicht erfolgt die Durcharbeitung. Das kann natürlich nur gelingen, wenn zuvor ausreichend stabilisiert wurde.

Phase 4 Trauer und Neuorientierung:

Erst wenn der Schreck und die Folgen „realisiert“ / integriert sind, kann das Geschehene als Vergangenes erfasst werden. Trauer über das Geschehene, und die damit verbrachte/ versäumte Zeit ist die regelmäßige Folge. Neuorientierung an die neuen Verhältnisse schließt sich an.

Traumaberatung/-pädagogik:

Die Traumaberatung/-pädagogik hat die spezifische Professionalisierung jener Berufsgruppen zum Ziel, die in der Beratung sowie im Übergangsbereich von Beratung und ausgesprochen psychotherapeutischer Arbeit tätig sind. Das sind z.B. langfristige Beratungssettings im sozialen, medizinischen und sozialpsychiatrischen Bereich, aber auch pädagogische Berufsfelder. Die dort Tätigen können bei spezifischer Ausbildung für traumatisierte Menschen besonders im Bereich der Stabilisierung enorm hilfreich und wichtig sein. Eine qualifizierte körperliche, soziale und psychische Stabilisierung, die an die Ressourcen eines/r jeweiligen KlientIn anknüpft, ist für die grundlegende Verbesserung der Befindlichkeit oder sogar mitunter die vollständige Erholung psychisch traumatisierter Menschen von zentraler Bedeutung.

Häufig reichen fachlich fundierte Stabilisierungsmaßnahmen aus, um den spontanen Verarbeitungsprozess Richtung Genesung zu unterstützen und damit eine Entwicklung oder Chronifizierung posttraumatischer Störungen zu verhindern.

Bei besonders schwerwiegenden Traumatisierungen und/oder bereits chronifizierten Verläufen dient die Stabilisierung zwei weiteren Zielen:

1. Der Vorbereitung zur traumaspezifischen Therapie Phase 3: Expositionsbehandlung (Traumakonfrontation und –integration)
2. Der Wiedererlangung und Aufrechterhaltung von Alltagsfähigkeiten, dem Ermöglichen von Erfahrungen der Selbstwirksamkeit auf sozialer, körperlicher und psychischer Ebene.

Vor allem jene chronisch und schwer traumatisierten Menschen, die zumeist den Weg zum/r PsychotherapeutIn gar nicht finden (z.B. bei zusätzlicher Obdachlosigkeit, Suchterkrankungen oder bei zusätzlichen sozialpsychiatrischen Erkrankungen, natürlich auch aus finanziellen Gründen) oder auch den Weg dorthin scheuen, aber eine Beratungsstelle schon aufsuchen würden, könnten auf diesem Wege erreicht und ihnen geholfen werden.

In der Ausbildung zur Traumaberatung/-pädagogik werden also all jene Verfahren und Techniken gelehrt, die in Phase 1 und Phase 2 der Traumatherapie beschrieben sind: Die Herstellung einer traumaspezifischen hilfreichen Beziehung sowie Diagnostik und Psychoedukation. Auch die Stabilisierungsmaßnahmen und Stabilisierungsübungen sind in nahezu unveränderter Form auch von BeraterInnen und PädagogInnen durchführbar. Das gilt auch für Ressourcenübungen.

Lediglich Phase 3, die Expositionsbehandlung zur Traumaintegration bleibt spezifisch ausgebildeten TraumatherapeutInnen und -BehandlerInnen vorbehalten.

Resilienzfaktoren

Den Bereich der Resilienzentwicklung, also der Entwicklung von Widerstandskraft gegen Traumatisierung möchte ich ebenfalls noch erwähnen.

Er lässt sich reduzieren auf die allgemeine Frage: „Was macht uns Menschen stark, lässt Zuversicht in uns und in die Welt entwickeln, was lässt uns Belastungen ertragen oder bestmöglich integrieren?“

Der wichtigste Faktor um Resilienz zu entwickeln, ist eine haltgebende und beantwortende Beziehung: Die Erfahrung, gehört werden, wahrgenommen zu werden, ernst genommen zu werden, akzeptiert zu werden. Das führt zur Inneren Wahrnehmung: „Ich bin in Ordnung“. Resilienz entsteht in den Grundzügen in der Kindheit; aber Resilienz kann man auch später noch kultivieren.

Informations- und Beratungsstellen

Beratungsstellen:

Beratungstelefon Helpline für ambulante Psychotherapie in Verbindung mit BÖP

Möllwaldplatz 4/4/37, 1040 Wien

Tel: 01/407 9192

www.vap.or.at

Berufsverband Österreichischer PsychologInnen

Möllwaldplatz 4/4/36, 1140 Wien

Tel: 01/407 2671

www.boep.or.at (auf der Homepage Links zu allen Landesstellen))

Österreichischer Verband für Psychotherapeuten (ÖBVP)

Löwengasse 3/5/6, 1030 Wien

Tel: 01/512 70 90,

oebvp@psychotherapie.at (auf der Homepage Links zu allen Landesstellen

Interventionsstelle gegen familiäre Gewalt Niederösterreich

Kremser Gasse 3, 3100 St. Pölten

Tel: 02742/31966

Jugendabteilung Land

Zentrale Anlaufstelle: Landhausplatz 1, 3109 St. Pölten

Tel: 9005/16416

NÖ Kinder & Jugend Anwaltschaft

Rennbahnstraße 29, Im Würfel, 3109 St. Pölten

Tel: 02742/90811

www.kija-noe.at

EMDR Institut Austria

Penzingerstraße 52/7, 1140 Wien

Tel: 01/8920392

www.emdr-institut.at, office@emdr-institut.at

Zentrum für Angewandte Psychotraumatologie Wien – zap-Wien

Penzingerstraße 52/7, 1140 Wien

Tel: 01/8920392

www.zap-wien.at, office@zap-wien.at

Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung

Brunngasse 8, 3100 St. Pölten

Tel: 0742/31 440

www.suchtvorbeugung.at

Interessensvertretung der NÖ Familien

Landhausplatz 1, Haus 1, Top 2., 3109 St. Pölten

Tel: 02742/9005-16494

interessen.familie@noel.gv.at

Gesundheitsforum NÖ

Julius-Raab-Promenade 7, 3100 St. Pölten

Tel: 02742/21450-0

www.gfnoe.at, office@gfnoe.at

Rund um die Uhr:

Kindernotruf

2700 Wiener Neustadt, Domplatz 3
Tel: 0800/567 567
www.kindernotruf.at

Rat auf Draht

ORF- Zentrum, Würzburggasse 30,1136 Wien
Tel: 147

Telefonseelsorge

Klostergasse 18, 3100 St.Pölten
Tel: 142

Frauenhelpline gegen Männergewalt

Bacherplatz 10/4, 1050 Wien
Tel: 0800/222 555

PsychoSoziales Akutteam Niederösterreich

Zentrale Alarmierung über autorisierte Alarmierer (Polizei, Rettung, Bezirkshauptmannschaft, AmtsärztIn, PsychologIn im Krankenhaus)

Krisenstellen mit Unterbringungsmöglichkeiten rund um die Uhr

Landeskrankenhaus Thermenkrankenhaus Mödling

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Fürstenweg 8, 2371 Hinterbrühl
Tel: 02236/204 7612

Landeskrankenhaus Mostviertel Amstetten- Mauer

Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
3362 Mauer, Hausmeningerstrasse 23
Tel: 07475/501-4406 Station

Krisenzentrum Wiener Neustadt

Neunkirchnerstrasse 65, 2700 Wiener Neustadt
Tel: 02622/24495, 0664/3864631

Kinderschutzzentren

Amstetten	07472/65 437 kisz-amstetten@aon.at
Mödling	02236/866 100 ksz-moe@die-moewe.at
Neunkirchen	02635/66 664 ksz-nk@die-moewe.at
Gmünd	02852/20 435 kinderschutz-gd@kidsnest.at
Mistelbach	02572/20 450 ksz-mi@die-moewe.at
St.Pölten	02742/31 11 11 ksz-stp@die-moewe.at
Wien	01/532 15 15 ksz-wien@die-moewe.at
Zwettl	0664/830 44 95 kinderschutz-zt@kidsnest.at

Fachliteratur (siehe tlw. auch bei den Fachartikeln)

Bauer, J. (2005) Warum ich fühle, was Du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone, Hofmann & Campe, 2005

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Huber, Bern

Hausmann, C. (2005, 2. korr. und ergänzte Auflage) Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards. Facultas, Wien

Ehlers, A. (1999) Posttraumatische Belastungsstörung. Hogrefe, Göttingen

Everly, G., Mitchell, J. (2002) CISM – Stressmanagement nach kritischen Ereignissen. Facultas, Wien

Flatten, G. et al: Leitlinie der AWMF (2001) (www.uni-duesseldorf.de/www/awmf) Stand der letzten Aktualisierung: Januar 2004, ©: Dt. Ges. f. Psychotherapeutische Medizin (DGPM), Dt. Ges. f. Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Dt. Kollegium f. Psychosomatische Medizin (DKPM), Allgem. Ärztliche Ges. f. Psychotherapie (AÄGP) - Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#) HTML-Code optimiert: 07.12.2004

Herman, J. (2003) Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Junfermann, Paderborn

Hofmann, A..(2005): EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. 2. überarbeitete und ergänzte Auflage. Thieme, Stuttgart

Huber, M. (2003) Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil I. Junfermann, Paderborn

Huber, M. (2003) Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil II. Junfermann, Paderborn

Lasogga, F., Gasch, B. (2004) Notfallpsychologie. 2. Auflage. Stumpf & Kossendey, Edewecht

Münker-Kramer, E. (2006) F.43.0 (ABR) und F.43.1 (PTBS) – Grundlagen, Diagnostik, Behandlungsansätze. In: Beiglböck, Feselmayer, Honemann: Handbuch klinisch-psychologischer Behandlung, Springer-Verlag, Wien, New York, 2006

Reddemann, L. (2002) Imagination als heilsame Kraft – Leben lernen 141 – Pfeiffer bei Klett Cotta, Stuttgart

Rothschild, B. (2002) Der Körper erinnert sich. Zur Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung. Synthesis-Verlag Essen, 2002

Shapiro, F. (1998) EMDR – Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Junfermann, Paderborn

Znoj, H.-J. (2004) Komplizierte Trauer. Hogrefe, Göttingen

NICE-Report: National Institute of Clinical Excellence. www.nice.org.uk

Seriöse Evaluation und Empfehlung von effektiven und effizienten Verfahren zur Behandlung von PTBS bei Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen

Bücher speziell für Kinder(-therapeutInnen), Eltern, BetreuerInnen

Kernstock-Redl, H. (2005) Heilsame Kindergeschichten - Beruhigende, tröstende und stärkende Storys selbst erfinden aufbauend auf der Struktur von EMDR-Geschichten, öbv&hpt-Verlag, Wien

und die Haupt-Quelle dafür, für „EMDR-Profis“:

Joan Lovett (2000) Kleine Wunder - Heilung von Kindheitstraumata mit Hilfe von EMDR, Junfermann-Verlag, Paderborn

Tinker, R., Wilson, S. (2000) EMDR bei Kindern. Junfermann-Verlag, Paderborn

Ratgeber für Betroffene

Baum, J. (2002) Wie's weitergeht, wenn nichts mehr geht. Strategien in schwierigen Zeiten. Kösel, München

Fischer, G. (2003) Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen. Patmos, Düsseldorf

Herbert, C. (2002) Traumareaktionen verstehen und Hilfe finden. Ein Ratgeber für Traumaüberlebende, ihre Familien und Menschen, die mit Traumatisierten arbeiten. Blue Stallion Publications, Oxford – in Österreich nur beziehbar über office@emdr-institut.at, www.emdr-institut.at

Huber, M (2005) Der innere Garten: Ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung. Übungen mit CD. Junfermann, Paderborn

Merkle, R. (1991) Wenn das Leben zur Last wird. Ein praktischer Ratgeber zur Überwindung seelischer Tiefs und depressiver Verstimmungen. Pal, Mannheim

Reddemann, L., Dehner-Rau, C. (2005) Trauma: Ungelöste Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Trias Verlag

Servan-Schreiber, D. (2006) Die neue Medizin der Emotionen, Goldmann-Verlag

Autorenverzeichnis



Mag. Petra Rau

Klinische- und Gesundheitspsychologin, Klinische Hypnose nach Milton Erikson und spezielle traumaspezifische Behandlungsmethoden wie EMDR und der Screen Technik



Lutz-Ulrich Besser

Facharzt für Psychiatrie u. Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Tiefenpsychologische/analytische Psychotherapie, Systemische Familientherapie

Systemische Supervisorenausbildung, Ausbildungssupervisor, Körpertherapieausbildung, Traumatherapeutische Zusatzausbildung, EMDR-Facilitator und Supervisor am EMDR-Institut Deutschland sowie Leiter und offiziell ausgebildeter und für Europa anerkannter EMDR-Trainer der Sektion Kinder- und Jugendtherapie am EMDR-Institut Deutschland.

www.zptn.de



Mag. Eva Münker-Kramer:

Klinische- und Gesundheitspsychologin, Notfallpsychologin, Psychotherapeutin (VT; EMDR, Traumatherapie), EMDR Supervisorin und Facilitatorin am EMDR Institut Deutschland, Miteigentümerin des EMDR Institut Austria

und Zentrum für Angewandte Psychotraumatologie Wien, Vorsitzende der österr. Fachgesellschaft EMDR-Netzwerk Österreich, Mitgründerin und Mitglied des Leitungsteams des PsychoSozialen Aktteams NÖ.

www.emdr.institut.at

www.zap-wien.at



Mag. Heinz Längle

Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, EMDR-Behandler, Beratungslehrer, Musiker Mitarbeiter im NÖ AKUTeam

www.laengles.at



OA Dr. Karl Ableidinger

Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Facharzt für Kinder- und Jugendneuro-psychiatrie

Abteilungsleiter der Kinder -und Jugendpsychiatrie im Landesklinikum Mauer, berufsbegleitende Ausbildung

zum selbstständigen Psychotherapeuten

www.mauer.lknoe.at



Dr. Sylvia Wintersperger

FÄ für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin, Traumatherapeutin, EMDR-Supervisorin und Facilitatorin am EMDR Institut Deutschland, Miteigentümerin des EMDR Institut Austria und Zentrum

für Angewandte Psychotraumatologie Wien, Vorsitzende des Österreichischen Netzwerkes für Traumatherapie, Lehrbeauftragte für Psychiatrie an der Universität für Musik und darstellende Kunst Wien,

www.emdr-institut.at

www.zap-wien.at

Mag. Andreas Reitbauer

Psychotherapeut, Mitarbeiter der Fachstelle für Suchtvorbeugung. Zusatzausbildungen in Kinder und Jugendpsychotherapie und in Traumaarbeit - EMDR.



EMDR Institut Austria
Kooperationspartner des EMDR-Institutes Deutschland
Autorisierter Österreich-Partner des
EMDR-Institutes von Francine Shapiro PhD, USA



Seit einigen Jahren bieten das **EMDR Institut Austria** (www.emdr-institut.at) und das **Zentrum für Angewandte Psychotraumatologie Wien** (www.zap-wien.at) schwerpunktmäßig Fortbildungen im Bereich von EMDR und spezifischer Traumabehandlung/Traumatherapie an.

Dies war in den ersten Jahren konzipiert für PsychotherapeutInnen, Klinische PsychologInnen und ÄrztInnen mit PsyIII, die mit Betroffenen von Akuttrauma bis hin zu komplexen Traumafolgestörungen arbeiten. Wir sind in Ergänzung zueinander selbst in diesem Spektrum seit vielen Jahren tätig und präsent – Eva Münker-Kramer als Klinische Psychologin, Notfallpsychologin und Verhaltenstherapeutin, Sylvia Wintersperger als Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie und Psychoanalytikerin. Aufgrund der spezifischen und starken Nachfrage haben wir dieses Angebot seit kurzem ergänzt und bieten nun auch für andere Berufe in Betreuung und Gesundheitswesen spezifische Fortbildungen an. Die Inhalte unserer Fortbildungen sind auf dem aktuellsten wissenschaftlichen Stand durch ständige Vernetzung und Präsenz bei Tagungen und eigene Fortbildung und wir arbeiten mit den führenden deutschsprachigen ExpertInnen zusammen. Untenstehend eine Auswahl aus unserem Programm:

Im Bereich des EMDR bieten wir Einführungsseminare und Fortgeschrittenenseminare mit vier der fünf derzeit im deutschsprachigen Raum zertifizierten und von den internationalen Fachgesellschaften zugelassenen TrainerInnen für EMDR an. Weiters organisieren wir für erfahrene PraktikerInnen laufend aktuelle Fortbildungen zu *Spezialanwendungen von EMDR*, z.B. *EMDR in der Behandlung stoffgebundener Abhängigkeit*, *EMDR bei (chronischen) Schmerzen*, *EMDR bei PatientInnen mit dissoziativen Störungen*, *Traumatherapie und EMDR im interkulturellen Kontext* (u.a. mit Dr. Arne Hofmann, Dr. Christine Rost, Michael Hase, Dr. Franz Ebner, Dr. Joany Spierings...)

Im Bereich weiterer traumaspezifischer Fortbildungen arbeiten wir mit den erfahrensten TraumaexpertInnen im deutschsprachigen Raum zusammen, **Dipl. Psych. Michaela Huber** (z.B: Einführung in die Diagnostik und Behandlung dissoziativer Störungen und „Arbeit auf der inneren Bühne“ u.a.m.), **Lutz Ulrich Besser** mit EMDR und Traumatherapie mit Kindern bzw. laufenden Seminaren zu den Themen Traumabearbeitung mit Screentechnik, Ressourceninstallation und Stabilisierungstechniken, **Dr. Ulrich Sachsse** mit „Komplexe Traumafolgestörungen (DESNOS) und Selbstverletzendem Verhalten“, Prof. Dr. Karl Heinz Brisch mit „Bindung und Trauma“.

Der Bereich **Angewandte Psychotraumatologie in Beratung und Pädagogik** („Grundlagen der Psychotraumatologie“, „Stabilisierung I und II“) für Berufsgruppen mit (Fach-) Hochschulabschlüssen, z. B. ÄrztInnen, PsychologInnen ohne postgraduelle Fachausbildung als Klin. PsychologInnen., PädagogInnen, SozialarbeiterInnen, TheologInnen und SoziologInnen, PflegewissenschaftlerInnen...) wird in Kooperation mit dem **FIFAP Fachinstitut für Angewandte Psychotraumatologie Münster** - www.fifap.de durchgeführt.

„**Angewandte Psychotraumatologie für Berufe in Beratung und Gesundheitswesen**“ („Grundlagen der Psychotraumatologie“, „Vertiefungsseminar“) ist konzipiert z.B. für Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, für LehrerInnen, für MitarbeiterInnen an Beratungsstellen, in Wohnhäusern, Kriseninterventionszentren u.ä..

und ... **Supervisionen, Einzeltage, Spezialfortbildungen, Vorträge ...auf** www.emdr-institut.at, www.zap-wien.at

Nähere Informationen zum Institut, den Bedingungen und den ReferentInnen finden Sie o.g Internetseiten www.emdr-institut.at, www.zap-wien.at bzw. zu Inhalten auch bei den speziellen Fachgesellschaften www.emdr-netzwerk.at und www.oent.at.

Penzinger Str. 52/7, 1140 Wien, Tel./Fax 01/8920392 Fax DW 13, office@emdr-institut.at, office@zap-wien.at
Mag. Eva Münker-Kramer (Klinische Psychologin, Notfallpsychologin, Psychotherapeutin (VT,EMDR, Traumatherapie))
Dr. Sylvia Wintersperger (FA für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeutin (PA, EMDR, Traumatherapie))

**Wir sind eine Interessensvertretung
für Kinder und Jugendliche**

- wir beraten dich bei Problemen
- wir vermitteln bei Konflikten
- wir informieren dich über deine Rechte
- wir setzen uns für deine Anliegen ein

Unsere Hilfe ist
- anonym
- vertraulich
- kostenlos



**3109 St. Pölten, Rennbahnstraße 29
Tor zum Landhaus, Im Würfel
Tel: 02742/90811, Fax: 02742/9005-15650
E-Mail: post.kija@noel.gv.at**

anonym - vertraulich - kostenlos



GESUNDHEITSFORUM | NÖ

Julius Raab Promenade 7
3100 St. Pölten
Tel.: 02742/21450-16
www.gesundheitsforum.at



Durch Dick und Dünn ist ein Langzeitprogramm für übergewichtige Kinder und deren Eltern. Gerade bei Kindern und Jugendlichen ist es wichtig, auf das Körpergewicht zu achten. Am 3-wöchigen Sommercamp steht nicht nur die Gewichtsreduktion im Vordergrund, auch die Bewegung und der Spaß sollen nicht zu kurz

kommen. Nach den Sommerferien beginnt die Nachbetreuung. Kinder und Eltern treffen sich 14-tägig von September bis April. Gemeinsam wird das erworbene Wissen in den Alltag integriert. Durch Dick und Dünn wird von erfahrenen Psychologen, Ernährungswissenschaftlern und Sportpädagogen betreut.

Interessensvertretung der NÖ Familien Ihr Familienglück liegt uns am Herzen!

Sie haben Fragen zu Familienthemen? Wir sind als Anlaufstelle für sämtliche Familienbelange gerne mit Informationen zur Stelle. Wir, das ist die INTERESSENSVERTRETUNG DER NÖ FAMILIEN. In unserem Leitungsorgan sind der Katholische Familienverband, der NÖ Familienbund, die Kinderfreunde NÖ sowie der Freiheitliche Familienverband NÖ vertreten. Als Körperschaft öffentlichen Rechts treten wir für mehr Kinder- und Familienfreundlichkeit in Gesellschaft und Wirtschaft ein, bemühen uns, durch verschiedenste Veranstaltungen Eltern in ihrer Erziehungsaufgabe zu unterstützen und setzen ganz besondere Aktivitäten zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Gerne senden wir Ihnen auf Wunsch unser umfangreiches Informationsangebot zu.

Kontakt: INTERESSENSVERTRETUNG DER NÖ FAMILIEN, 3109 St. Pölten, Landhausplatz 1, Neue Herrengasse, Haus 1, Top 2. Tel. 02742/9005-16494

E-Mail: interessen.familie@noel.gv.at Web: www.interessen-noefamilien.at



Psychosoziales Akutteam NÖ

Das Psychosoziale Akutteam NÖ ist eine Einsatzorganisation aus sogenannten Psy- Fachkräften (Klinische PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen mit PsyIII Diplom), die Akutinterventionen auf Basis des psychotraumatologischen und notfallpsychologischen Grundwissens anbieten. Außerdem bieten Dipl. SozialarbeiterInnen parallel und ergänzend sozialarbeiterische Unterstützung an. Es ist im Einsatz bei:

- Unfall mit Schwerverletzten
- Unfall mit Todesfolge
- Schuld am Tod anderer
- Plötzlichem Todesfall
- Selbstmord und Selbstmordversuch
- Gewalttaten (Vergewaltigung, Raub, ...)
- Mordversuch und Mord
- Identifizierung verstorbener nahe stehender Personen
- Katastrophen (Brand, Muren, Erdbeben, ...)

Bei Bedarf wenden Sie sich bitte an folgende alarmierungsberechtigten Stellen, die dann für Sie den Kontakt zum PsychoSozialen Akutteam sofort herstellen können:

- Polizei
- Rettungsorganisationen
- Bezirkshauptmannschaften/Amtsärztln
- PsychologIn und ÄrztIn im Krankenhaus
- ÄrztInnen für Allgemeinmedizin
- Sozialpsychiatrien



3100 St. Pölten, Brunnegasse 8
Tel.: 02742/31440, Fax-DW: 19
www.suchtvorbeugung.at

FACHSTELLE FÜR SUCHTVORBEUGUNG,
KOORDINATION UND BERATUNG



Die Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung ist die vom Land NÖ beauftragte Stelle in allen Belangen der Suchtprävention.

Wir führen mit Ihnen Projekte zur Suchtvorbeugung durch und stehen für Informationen und Beratungen gerne zur Verfügung.

Kinder und Jugendliche als Opfer und Zeugen von Gewalt

Wenn Kinder und Jugendliche Opfer oder Zeugen einer Gewalttat werden, so bedeutet dies beinahe immer einen fundamentalen Angriff auf ihr bis dahin bestehendes Weltverständnis, auf ihr Vertrauen in verlässliche, Schutz bietende Bezugspersonen und auf ihr Empfinden basaler Sicherheit und Geborgenheit. Häufig verursacht Gewalt daher eine Traumatisierung. Der vorliegende Artikel gibt einen Überblick über verschiedene Formen der Gewalt, zeigt die bei betroffenen Kindern und Jugendlichen vorhandenen Reaktionsweisen und -symptome, verdeutlicht die Wichtigkeit entwicklungspsychologischer Faktoren und stellt einige Überlegungen zur Therapie nach Erleben oder Bezeugen von Gewalt an.

Zur Kennzeichnung von Gewalt bei potenziell traumatogenen Lebensereignissen

Die Auswirkung, die schwer belastende Ereignisse auf die Psyche eines Kindes oder Jugendlichen haben, hängt von zahlreichen Faktoren ab. Dabei ist die traumatogene Potenz umso stärker, je größer der Anteil von Menschen an ihrer Verursachung ist („man made disasters“, vgl. Bürgin, 1995) und je enger die Beziehung des Verursachers zum betroffenen Kind ist (Abb. 1).

Weitere wichtige Faktoren, die Eintreten und Schwere einer traumatischen Störung beeinflussen, sind die Heftigkeit des „traumatischen Schlags“ und seine Dauer, die Gefahr für das eigene Leben, die Nähe zu Tod und Verletzung, die räumliche Nähe zu den Ereignissen sowie Bewältigungsressourcen des Kindes (Abb. 2). Eine entscheidende Rolle spielt zudem der kognitive und emotionale Entwicklungsstand eines Kindes. Schließlich ist von Bedeutung, ob das Kind über protektive Faktoren verfügt, ob es vor dem akuten Ereignis traumatische Erfahrungen hat erleben müssen und wie schnell dem Kind geholfen werden kann.

Die Frage, ob ein Kind durch belastende Ereignisse wie außer- oder innerfamiliäre Gewalt traumatisiert wird, entscheidet sich in einem wechselseitigen Prozess zwischen den Ereignissen und seinen Fähigkeiten zur Bewältigung. Ein psychisches Trauma ist ein „vitales Diskrepanzerlebnis

zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen der Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer und Riedesser, 2003, S. 82).

Gewalterfahrungen in Form von körperlichen Misshandlungen, sexuellem Missbrauch, psychischer Verletzung und massiver Vernachlässigung innerhalb der Familie sind die am weitesten verbreiteten, am wenigsten kontrollierten und in Häufigkeit und Schwere am stärksten unterschätzten Ursachen für die Traumatisierung von Kindern. Dabei kann die mangelnde Tragfähigkeit des familiären Beziehungsnetzes bei Belastungen und Überforderung zu einem Klima von Vernachlässigung beitragen. Häufig haben Eltern in ihrer Vergangenheit selbst sexuelle oder körperliche Gewalt erfahren müssen, es besteht eine transgenerative Bindungsunfähigkeit oder es liegen Störungen der Impulskontrolle (z.B. Alkohol, Drogen) vor. Statistische Angaben zur Prävalenz innerfamiliärer Gewalt sind bislang wenig verlässlich, da von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden muss. Zudem ist die Angabe von Prävalenzen stets abhängig von der Enge oder Weite der zugrunde gelegten Definitionen. Gewalt ist keine kategoriale Zuschreibung, sondern muss dimensional verstanden werden. Schätzungen gehen davon aus, dass 15 Prozent der Kinder in der Bundesrepublik Deutschland direkt von Kindesmisshandlung betroffen sind und zehn Prozent Zeugen familiärer Gewalt werden. Fegert (2004) benennt als zentralen Prädiktor für Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern die psychosoziale Situation der Familie, die nicht selten durch Arbeitslosigkeit, soziale Isolation oder unerwünschte Schwangerschaft gekennzeichnet ist. Man kann davon ausgehen, dass häusliche Gewalt ein Massenphänomen mit großer Dunkelziffer ist, das einer eindringlichen und flächendeckenden Diagnostik und Versorgung bedarf. Ein Ziel könnte, im Sinne Pynoos' (1995), eine „Trauma-Landkarte“ sein, mit deren Hilfe der tatsächliche Bedarf traumapsychologischer Interventionsangebote geschätzt werden könnte.

Zur Bedeutung entwicklungspsychologischer Faktoren

Die Auswirkungen, die schwer belastende Ereignisse auf ein Kind haben, hängen entscheidend von der Stufe der psychischen Entwicklung ab, auf der das Kind sich befindet, die damit auch handlungsweisend für Interventionen ist (vgl. Marans et al., 1997). Während es für ein Kleinkind wegen seiner existenziellen Abhängigkeit von seiner primären Bezugsperson traumatisierend sein kann, abrupt und länger von der Mutter getrennt zu werden, ist dies für einen Jugendlichen häufig unproblematisch; Zeuge von Gewalttaten zu sein, kann für einen Säugling, der deren Bedeutung noch nicht erfassen kann, weniger „traumatogen“ sein als für einen Jugendlichen. Insgesamt ist davon auszugehen, dass frühe Traumatisierungen besonders schwere Folgen für die Entwicklung und das weitere Leben eines Kindes haben können.

Fischer und Riedesser (2003) haben einen entwicklungspsychopathologischen Referenzrahmen entwickelt, an dem deutlich gemacht werden kann, dass belastende Lebensereignisse immer im Kontext der auf der jeweiligen Entwicklungsstufe notwendigen Entwicklungsaufgaben und der je nach Entwicklungsstand verfügbaren Bewältigungsversuche zu sehen sind (Abb. 3). Der Referenzrahmen kann in Fallbesprechungen kasuistisch gefüllt werden, es können kumulative (Khan, 1963) oder sequenzielle (Keilson, 1998) Traumatisierungen herausgearbeitet und für das Kind sinnvolle Interventionen abgeleitet werden.

Dramatisch sind die Folgen für Kinder dann, wenn im Falle häuslicher Gewalt die primären Bindungspersonen, die dem Kind Garanten für Schutz, Beruhigung und Trost sein sollten, selbst zum Angreifer werden. Häufig entstehen dann katastrophale, chronisch traumatisierende Situationen, die beim Kind elementare Vernichtungs- und Verlassenheitsängste auslösen. Das in Zuständen von Angst und Not wirksam werdende psychobiologische Schema des Aufsuchens einer Schutz bietenden primären Bezugsperson wird blockiert, weil diese selbst zum Aggressor geworden ist. Im Extremfall kann dies zu „frozen watchfulness“ führen, einem chronischen Alarmzustand von stuporösem Charakter. Häufig versucht das misshandelte Kind, die Beziehung zu den Eltern dadurch zu retten,

dass es alle Schuld bei sich selbst sucht und so die Illusion aufrecht erhält, dass die Eltern im Prinzip gut und schützend blieben, wenn es selbst nicht so schlimm, unruhig oder böse wäre. Diese Kinder neigen zu Selbstbeschuldigungen, die bis zur Selbstbeschädigung reichen können. Ohnehin sind Schuldgefühle stets zentraler Bestandteil der Reaktionen auf traumatische Lebensereignisse. So fantasieren sexuell missbrauchte Kinder häufig, durch eigenes Verhalten Verursacher des Missbrauchs oder durch längeres Schweigen selbst Schuld an der Fortführung des Missbrauchs zu sein. Kinder, die Zeuge von Gewalt an einem Elternteil wurden, plagen sich häufig mit Schuldgefühlen angesichts nicht realisierter Interventionsfantasien und der Überzeugung, sie hätten Mutter oder Vater vor Angriffen beschützen können und müssen. Durch innerfamiliären sexuellen Missbrauch und häusliche Gewalt werden zwangsläufig verschiedene Entwicklungslinien beschädigt. Mädchen sind besonders vulnerabel für Schuldgefühle, wenn ein innerfamiliärer sexueller Missbrauch in eine Zeit fällt, in der sie Nähewünsche an den Vater im Zuge ödipaler Fantasien spielerisch in einem „Als-ob-Raum“ ausprobieren möchten.

Zur Symptomatik

Wie bei Erwachsenen lassen sich bei Kindern nach schweren Gewalterfahrungen Symptome der so genannten Posttraumatischen Belastungsstörung finden, deren Symptome in den gängigen Klassifikationssystemen (ICD-10; Dilling et al., 1994; DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) zu folgenden Symptomgruppen zusammengefasst werden:

1. Wiedererleben

- Einbrechen von traumatischen Erinnerungen in das Bewusstsein, ausgelöst durch Schlüsselreize („Flashbacks“)
- Träume mit wiedererkennbarem Inhalt

2. Vermeidung

- von Gedanken, Gefühlen, Gesprächen, Aktivitäten und Erinnerungen
- vermindertes Interesse
- Abstumpfen der allgemeinen Ansprechbarkeit
- Dissoziation (als Aufspaltung des Selbst in einen vom Trauma betroffenen und einen unverletzten Anteil)
- Entfremdungsgefühle
- eingeschränkte Affekte
- Hoffnungslosigkeit

3. Übererregung

- Überwachsamkeit
- übermäßige Schreckreaktionen
- motorische Hyperaktivität
- Schlafstörungen, Alpträume
- Reizbarkeit und Wut

Viele dieser Symptome sind als zunächst psychobiologisch sinnvolle Bewältigungsversuche zu verstehen. Zu einer Störung von Krankheitswert werden sie erst, wenn sie auch dann fortbestehen, wenn sich das Kind in Sicherheit befindet, also aus der durch Gewalt geprägten Umgebung herausgenommen worden ist, und sie das weitere Leben des Kindes im Sinne eines dysfunktionalen, die Entwicklung hemmenden „traumakompensatorischen Schemas“ (Fischer und Riedesser, 2003) prägen und beeinträchtigen und das Kind durch

Schlafstörungen oder Flashbacks Schwierigkeiten in der Schule bekommt.

Die klinische Praxis zeigt, dass bei kleineren Kindern - anders als bei vielen Erwachsenen - häufig nur Symptome bestimmter Teilbereiche dieser posttraumatischen Symptomatik vorliegen, zusätzlich andere, eher regressive Verhaltensweisen wie erhöhtes Anklammerungsbedürfnis oder sekundäre Enuresis die posttraumatischen Reaktionen kennzeichnen und häufig Angst das führende Symptom ist (Krüger et al., 2005). Forschungsarbeiten bestätigen diese Beobachtungen (Scheeringa et al., 1995; von Klitzing, 2003). So zeigt sich das Wiedererleben bei Kindern häufig im „traumatischen Spiel“, die Vermeidung durch einen Rückfall hinter bereits erreichte Entwicklungsschritte (z.B. in der Sprache oder der Sauberkeit) und die erhöhte Erregbarkeit durch Angst vor dem Zu-Bett-Gehen. Zudem ließen sich durch diese Arbeiten zusätzliche, in der frühen Kindheit auftretende Symptome, vor allem erhöhte Aggressivität und Angst, nachweisen. Aufgabe der Forschung wird es sein, die Altersabhängigkeit psychotraumatologisch relevanter Symptomatik auszudifferenzieren. Dies ist besonders bei der Diagnostik von Psychotrauma-Folgestörungen bei Kindern und bei speziell für Kinder entwickelten therapeutischen Ansätzen von Bedeutung.

Therapie

Die Verunsicherung und Verletzung, die Kinder nach Erleben oder Zeugenschaft von Gewalt erleiden, entspricht einem psychologischen „Notfall“. Wie in der körpermedizinischen Notfallversorgung ist es daher notwendig, so früh wie möglich ein beratendes oder therapeutisches Angebot schon in der Krise zu unterbreiten. Von Gewalt betroffene Kinder bedürfen einer frühzeitigen Intervention, damit sie das Erlebte in den bestehenden Rahmen ihres Selbst- und Weltverständnisses integrieren können und Langzeitfolgen, die bei unbehandelt bleibenden, schweren seelischen Verletzungen drohen, vorgebeugt werden kann. Wichtig ist es zunächst, dass die reale Sicherheit für die betroffenen Kinder und Jugendlichen wiederhergestellt ist. Dies kann auch eine Herausnahme des Kindes aus der durch Gewalt geprägten Umgebung bedeuten (durch eine sta-

tionäre Aufnahme oder durch Inobhutnahme und Verbringen in eine Pflegefamilie). Nur wenn sie sich sicher fühlen, können Kinder sich sinnvoll und vertrauensvoll auf eine Behandlung einlassen. Darauf aufbauend ist es in der Regel sinnvoll, dem Kind gegenüber auszusprechen, dass die Symptome, die es seit der Gewalterfahrungen an sich erlebt und möglicherweise als „verrückt“ und belastend empfindet, „normale“ Reaktionsweisen auf ein „verrücktes“ Erlebnis und als Schutzfunktion des Organismus zunächst sinnvoll sind. Viele Kinder erleben ein solches Verständnis als große Entlastung, fühlen sich mit ihrem Leid ernst genommen und sind dankbar für die darin ausgedrückte Würdigung ihres Erlebten. Das nähere Umfeld sollte psychoedukativ über Folgestörungen kindlicher Psychotraumata informiert werden, damit Fehlhaltungen, Bagatellisierungen oder Dramatisierungen von Bezugspersonen vermieden werden. In der anschließenden Phase sollte alles therapeutische Bemühen darauf gerichtet sein, dem Kind eine Stabilisierung und die Distanzierung von traumatischen Erlebnisinhalten - insbesondere von intrusiven Erlebensweisen wie Flashbacks - zu ermöglichen.

Hat sich das Kind ausreichend von den traumatischen Erlebnissen distanziert, gelingt im besten Falle eine Integration des Erlebten in sein bisheriges Selbst- und Weltverständnis, ohne dass unserer Erfahrung nach eine nochmalige Konfrontation zwingend notwendig wäre. Im Gegensatz zu traumatherapeutischen Ansätzen im Erwachsenenalter (z.B. Reddemann, 2004) lassen sich bei Kindern die dort häufig vorgestellten Phasen des therapeutischen Prozesses (Stabilisierung und Distanzierung, Konfrontation, Integration) in der Regel nicht aufeinander folgend einhalten. Vielmehr produzieren viele Kinder spontan im „traumatischen Spiel“ Sequenzen der von ihnen erlebten Gewalt oder klammern die erlebte Gewalt vollkommen aus mit dem Ziel, ihr Vertrauen in die Verlässlichkeit ihrer Bezugspersonen und eine Schutz bietende Umgebung zurückzugewinnen, um den Preis einer Abspaltung traumatischer Inhalte, die nicht mehr psychisch integrierbar sind und die Entwicklung dann prägen. Wichtig ist es, dass der Therapeut dem Kind das Aushalten des Unsagbaren anbietet und es Vertrauen haben darf, den

Therapeuten nicht durch das destruktive Potenzial seiner Gewalterfahrungen zu zerstören. Wichtig ist, dass es Respekt erfährt, wenn eine konkrete Beschäftigung mit den Gewalterfahrungen erst nach längerer Stabilisierungsphase oder gar nicht möglich ist. Meist zeigen Kinder durch spontane spielerische Sequenzen oder symbolisches oder sprachliches Material, welche „Dosis“ sie in der aktuellen Phase der Traumaverarbeitung ertragen können. Mehr noch als bei Erwachsenen ist eine traumapsychologisch fundierte Behandlung für Kinder und Jugendliche daher als zyklisch zu verstehen und nicht als linear (vgl. Fischer und Riedesser, 2003).

Kinder hängen von ihren Eltern oder sonstigen Bezugspersonen und von ihren Geschwistern ab und sind, anders als Erwachsene, weit mehr auf deren Unterstützung angewiesen. Um dem durch das therapeutische Angebot nach Gewalterfahrungen gerecht zu werden, sollten Eltern, sonstige Bezugspersonen und Geschwister immer in den therapeutischen Prozess einbezogen werden. Schwieriger ist die Einbeziehung von Familienmitgliedern, wenn diese für die Gewalterfahrungen ihrer Kinder verantwortlich sind. In diesen Fällen sollte es unserer Erfahrung nach primäres Interesse sein, dass das traumatisierte Kind sein einmal gewonnenes Vertrauen in die helfende Institution oder Person behalten kann. Ein Kind, das von häuslicher Gewalt betroffen ist, benötigt zunächst einen sicheren Ort als Voraussetzung einer Erfolg versprechenden Intervention. In den meisten Fällen folgt eine bisweilen schwierige diagnostische Abklärung, die auch rechtliche Implikationen haben kann. Die Frage, welche sorgerechtliche Verantwortung auf als Täter in Erscheinung getretene Eltern wieder übertragen werden sollte, ist sehr individuell durch interdisziplinäre Fallkonferenzen oder gutachterliche Verfahren zu klären. Dabei ist darauf zu achten, dass weder dem Reflex, das Kind für immer von seinen primären Bezugspersonen zu trennen („Retter-Fantasien“), automatisch nachgegeben noch einer schnellen Versicherung der Eltern vertraut wird, in Zukunft keinerlei Gewalt mehr anzuwenden. Hilfreich ist es, wenn sich Eltern, die ihrem Kind Gewalt angetan haben, anderweitige Unterstützung suchen und dann eine Vernetzung

der professionellen Helfer gelingt.

Studien haben gezeigt, dass es bei Ausbleiben frühzeitiger Hilfsangebote nach traumatisierenden Erfahrungen bei Kindern und Jugendlichen zu einem Spektrum von Langzeitfolgen kommen kann, die von chronischen Verläufen posttraumatischer Symptomatik bis zu Drogenmissbrauch, Entwicklung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Delinquenz und Suizidalität reichen (Egle und Hoffmann, 2000). Nicht nur die psychische Entwicklung, sondern auch Beziehungserleben und körperliche Gesundheit können durch psychische Traumatisierungen im Kindesalter beeinträchtigt werden (van der Kolk, 1998; Hüther, 2001; Schore, 2001). Im Extremfall kommt es bei chronischen Gewalterfahrungen zur Ausformung einer andauernden Per-

sönlichkeitsveränderung. Angesichts der psychischen Gefährdung der betroffenen Kinder scheint ein sekundärpräventives Behandlungsangebot unumgänglich. Flächendeckende Prävention und rasches, auf Erleben oder Zeugenschaft von inner- oder außerfamiliärer Gewalt folgendes Angebot zur Frühbehandlung, in dem auch das medizinische Versorgungssystem (Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Rechtsmediziner) eine verantwortungsvolle Funktion übernehmen muss, sind zentrale gesundheitspolitische Aufgaben.

Literatur bei den Verfassern.

Dipl.-Psych. A. Brüggemann arbeitet an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Dir.: Prof. Dr. med. P. Riedesser), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Abb. 1: Art der traumatisierenden Ereignisse

Zunahme der pathogenen Wirkung

A. Naturkatastrophen

B. Von Menschen induziert:

a. Technische Katastrophen

b. Organisierte Gewalt

c. Persönliche Gewalt

– außerhalb der Familie

– innerfamiliär

Abb. 2: Faktoren, die Eintreten und Stärke eines Traumas durch äußere Gewalt beeinflussen

Unmittelbare Reaktion und spätere Symptome hängen ab von:

- der Gefahr für die eigene Person und dem Grad der Involviertheit
- der Nähe zu Tod und Verletzung
- der Dauer der traumatischen Situation
- den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten
- dem Stand der neurobiologischen, kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung
- dem Vorhandensein protektiver Faktoren (neurobiologisch, intrapsychisch, familiär, sozial)
- vorhergehenden traumatischen Erfahrungen
- postexpositorischen Einflüssen

Abb. 3: Entwicklungspsychopathologischer Referenzrahmen (nach Fischer & Riedesser, 2003: 271)

