

Teil A:

Grundlagen

1 Grundlagen der Traumatherapie

Markus A. Landolt & Thomas Hensel

1.1 Warum eigentlich Traumatherapie?

Das Ausmaß kindlicher Reaktionen auf psychische Traumatisierungen wurde lange Zeit auch von Fachpersonen massiv unterschätzt. Es ist erst ungefähr 20 Jahre her, dass in maßgebenden Lehrbüchern der Kinderpsychiatrie noch die Meinung vertreten wurde, dass Kinder lediglich mit vorübergehenden und minimalen Störungen auf psychotraumatische Ereignisse reagieren (Garmezy & Rutter, 1985). Trotz einiger früher Studien (z. B. bei Kindern im 2. Weltkrieg) finden sich systematische Beschreibungen psychotraumatischer Symptome im Kindesalter in der Fachliteratur erst seit ungefähr 15 Jahren, wobei das diagnostische Konzept anfänglich noch unklar blieb. Es dauerte bis ins Jahre 1988 bis mit der Einführung des DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) die Fachwelt das Vorhandensein der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auch bei Kindern anerkannte. Damit war die Grundlage für die Entwicklung des Fachgebietes der Kinderpsychotraumatologie gelegt.

Die Bedeutung der Psychotraumatologie für die kinderpsychotherapeutische Tätigkeit ergibt sich aus der Häufigkeit traumatischer Ereignisse im Leben von Kindern und Jugendlichen. In der Bremer Jugendstudie (Essau et al., 1999) berichteten 22.5 % der befragten Jugendlichen, dass sie in ihrem Leben ein traumatisches Ereignis erlebt haben. Am häufigsten wurden körperliche Angriffe, Verletzungen und schwere Unfälle genannt. Zu ähnlichen Resultaten kam eine andere epidemiologische Studie aus Deutschland, in welcher 26 % der jungen Männer und 17.7 % der jungen Frauen im Alter von 14 bis 24 Jahren über mindestens ein Trauma in ihrem Leben berichten (Perkonigg et al., 2000). Eine bedeutende Zahl dieser Menschen entwickeln Traumafolgestörungen. Am besten untersucht ist die PTBS. Angaben zur Lebenszeitprävalenz dieser Störung im Jugendalter schwanken in Abhängigkeit der untersuchten Population zwischen 1.3 und 9.2 % (Landolt, 2004). Auffallend ist die hohe Komorbidität der PTBS mit affektiven Störungen, Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens und Somatisierungsstörungen. Untersuchungen bei Kindern, welche spezifische Traumata erlebt haben, zeigen, dass teilweise über die Hälfte der betroffenen Kinder die Bedingungen für die Diagnose einer PTBS erfüllt. Die Prävalenz der Störung nimmt zwar im zeitlichen Abstand zum Trauma ab, kann aber auch nach vielen Jahren noch bemerkenswert hoch liegen und mit einer deutlichen Beeinträchtigung im Alltag einhergehen (Yule et al., 2000). Untersucht wurden Kinder nach gewalttätigen Ereignissen wie sexueller Gewalt, Entführungen, Schießereien oder Krieg, nach Naturkatastrophen und technischen Katastrophen sowie nach Unfällen und lebensbedrohlichen Krankheiten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine bedeutsame Zahl von Kindern und Jugendlichen in ihrem Leben von traumatischen Erlebnissen betroffen sind und dass ein erheblicher Teil dieser Kinder Traumafolgestörungen unterschiedlicher Dauer

entwickelt. Es besteht somit eine klare Notwendigkeit für traumaspezifische Therapieansätze, damit die betroffenen Kinder und Jugendlichen fachgerecht behandelt werden können.

1.2 Das psychische Trauma und seine Folgen

1.2.1 Der Traumabegriff

Der Begriff *Trauma* stammt aus dem Griechischen und bedeutet *Verletzung*. Das Fachgebiet der *Psychotraumatologie* befasst sich mit der Entstehung, der Erfassung, dem Verlauf und der Behandlung von seelischen Verletzungen, die in der Folge extrem belastender und/oder lebensbedrohlicher Ereignissen auftreten (Landolt, 2004). Die aktuelle Definition eines Traumas gemäß DSM-IV-TR beinhaltet zwei Aspekte, die gleichzeitig erfüllt sein müssen (Sass et al., 2003): (1) Das betroffene Individuum erlebt oder beobachtet ein Ereignis, welches mit einer ernsthaften Bedrohung der körperlichen oder psychischen Integrität der eigenen Person oder anderer Personen einhergeht; (2) Die Reaktion des betroffenen Individuums beinhaltet intensive Furcht, Hilflosigkeit, Grauen, aufgelöstes oder agitiertes Verhalten.

Die Spannbreite potenziell traumatisierender Ereignisse ist weit und reicht von körperlicher und sexueller Gewalt, Unfällen und lebensbedrohlichen Krankheiten bis hin zu Naturkatastrophen. Abbildung 1.1 zeigt wie psychotraumatische Ereignisse anhand der Häufigkeit ihres Auftretens und anhand ihrer Ursache klassifiziert werden können. Auf die amerikanische Kinderpsychiaterin Lenore Terr geht die Unterscheidung in Typ-I- und Typ-II-Trauma zurück (Terr, 1991). Unter Typ-I-Traumata werden dabei einmalige, unvorhersehbare Ereignisse, sog. Monotrauma, subsummiert, wie beispielsweise ein Verkehrsunfall oder ein Überfall. Typ-II-Traumata treten dagegen wiederholt auf und sind deshalb teilweise vorhersehbar. Sie werden auch als multiple Traumata bezeichnet. Dazu gehören beispielsweise Traumatisierungen wie sie im Rahmen einer chronischen

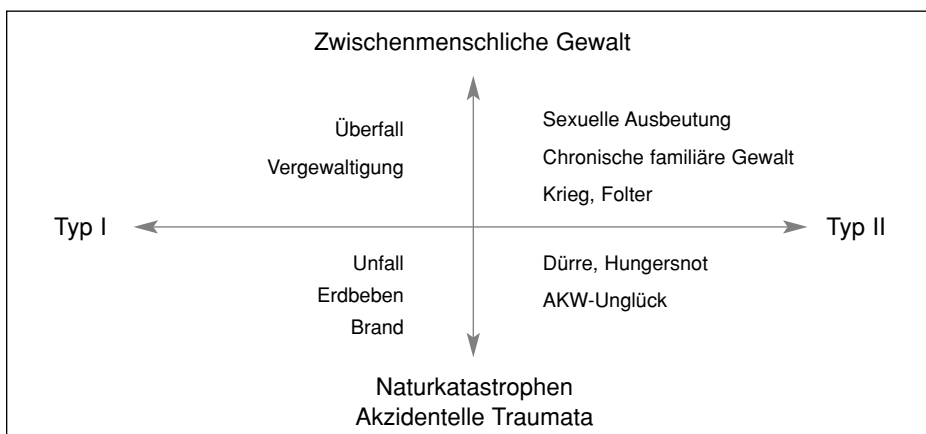


Abbildung 1.1: Klassifikation traumatischer Ereignisse (Landolt, 2004)

sexuellen Ausbeutung, chronischer familiärer Gewalt oder auch beim Aufenthalt in Kriegsgebieten vorkommen. Weiter können traumatisierende Ereignisse anhand ihrer Ursache klassifiziert werden, wobei menschenverursachte Ereignisse einerseits (Krieg, Vergewaltigung, usw.) von Naturkatastrophen (Erdbeben, Flutkatastrophe) und akzidentellen Traumata (z. B. Unfall) andererseits unterschieden werden können.

1.2.2 Neurobiologie des Traumas

Eine Reihe von Traumafolgesymptomen gehen mit nachweisbaren biologischen Korrelaten einher, die sich als Stressreaktionen des Körpers interpretieren lassen und Ausdruck einer neurobiologischen Dysregulation sind, die zwar im Kindesalter noch nicht ausreichend untersucht ist, aber eine sicherlich sehr bedeutsame Rolle in der Entwicklung und Aufrechterhaltung psychopathologischer Symptome spielt (Bremner, 2003; Van der Kolk, 2003). Von besonderer Bedeutung sind auf endokriner Ebene die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse, auf der Neurotransmitterebene das noradrenerge System sowie die endogenen Opiate als Indikatoren der zentralnervösen Innervation und auf morphologischer Ebene hirnanatomische Veränderungen (Ehlert et al., 1999).

Am besten untersucht sind sicherlich die neuroendokrinen Stresskorrelate: Ein akutes Stressereignis aktiviert über die Projektionen der Amygdala, die Freisetzung von Noradrenalin, Adrenalin und des Neuropeptids Y aus dem Locus coeruleus, welche die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse aktivieren, was zur primären physiologischen Stressreaktion führt. Eigentlich würde man bei chronischem Stress, wie er bei Menschen mit Traumafolgestörungen vorliegt, dauerhaft erhöhte Cortisolspiegel erwarten, was aber auf Grund der Forschungslage nicht bestätigt werden kann. In der Tat finden sich bei erwachsenen Individuen mit posttraumatischen Belastungsstörungen eine übermäßige Freisetzung von CRH und ein Hypokortisolismus mit einer erhöhten negativen Feedbacksensitivität der Hypophyse und der Nebennierenrinde (Ehlert et al., 1999). Für das Kindesalter liegen bisher keine konsistenten Befunde vor.

Auch auf *neuroanatomischer Ebene* wurden bei Menschen mit Traumafolgestörungen typische Veränderungen beobachtet. Besonders gut untersucht sind die Amygdala sowie der Hippocampus, welcher eine wichtige Funktion bei komplexen Lern- und Gedächtnisprozessen innehat, die bei traumatisierten Individuen oft beeinträchtigt sind. Studien mit modernen bildgebenden Verfahren haben gezeigt, dass Stress zu neuronalem Zelluntergang führen kann, der sich anatomisch in einer hippocampalen Atrophie und neuropsychologisch in verringerten Lern- und Gedächtnisleistungen widerspiegeln kann (McEwen, 1998). Eine stressbedingte, hippocampale Atrophie könnte so dazu beitragen, dass traumaspezifische Reize nicht im expliziten Gedächtnis (Hippocampus), sondern im impliziten Gedächtnis (Amygdala) fragmentiert als zusammenhangslose Sineseindrücke olfaktorischer, akustischer, visueller oder kinästhetischer Art gespeichert werden. Es stellt sich allerdings auf Grund neuerer Forschungsbefunde die Frage, ob das Hippocampusvolumen tatsächlich auf Grund einer posttraumatischen Schädigung kleiner wird oder ob bei Individuen mit einer PTBS der Hippocampus vielleicht schon vorbestehend reduziert ist und damit einen Vulnerabilitätsfaktor darstellt (Gilbertson et al., 2002). Dies würde bedeuten, dass Menschen mit vorbestehend kleineren Hippocampi ein höheres Risiko für Traumafolgestörungen haben.

Basierend auf solchen neurobiologischen Befunden entstanden in der Psychotraumatologie in den letzten Jahren eine Reihe von pathogenetischen Modellen. Von diesen gewinnt das *Modell der gestörten Informationswahrnehmung* zunehmend an Akzeptanz (Berking et al., 2006; Flatten et al., 2003). Es wird dabei davon ausgegangen, dass Informationen *ohne* Bedrohungseinschätzung zentralnervös über die Kette Thalamus-Amygdala-Hippocampus-medialer präfrontaler Cortex ins explizite Gedächtnis und damit in einen Kontext von Ort, Zeit und Faktizität des Ereignisses eingeordnet werden. Die Einbettung in den Raum-Zeit-Kontext ermöglicht einerseits die Regulation von Stress und intensiven Gefühlen und bietet zudem die Möglichkeit einer narrativen Symbolisierung (Schauer et al., 2005). Werden Wahrnehmungen allerdings als (lebens)bedrohlich eingeschätzt und steht in der Situation keine adäquate Reaktionsweise zur Stressregulation zur Verfügung, wird die Informationskette zum präfrontalen Cortex unterbrochen und es kann keine Einordnung der Ereignisse stattfinden. Die Fähigkeit zur Emotionsregulation ist gestört. In der Folge bewirken Auslösereize (sogenannte *Trigger*), die den Betroffenen wieder an das traumatische Ereignisse erinnern, unkontrollierbare intrusive Gefühle, Bilder und Körperempfindungen und ein Vermeidungsverhalten wird aktiviert.

Leider gibt es zum jetzigen Zeitpunkt nur sehr wenige Studien zur Traumabiologie im Kindesalter. Dies ist umso bedauernswerter, als davon ausgegangen werden muss, dass der sich entwickelnde kindliche Organismus und vor allem das kindliche Gehirn besonders vulnerabel auf chronische Stressoren sind und mit andauernden, vielleicht sogar irreversiblen, neurobiologischen Abnormalitäten reagieren (Bremner, 2003; Pine, 2003; Yang et al., 2004). Schore (2001) gibt zu bedenken, dass wahrscheinlich die ersten drei Lebensjahre eine besonders kritische Entwicklungsperiode darstellen. In diesem Alter erfolgen die rasante Synapsenbildung und die erfahrungsabhängige Reifung wichtiger kortikaler Strukturen. Eine chronische Traumatisierung im frühen Alter beeinträchtigt für die kindliche Entwicklung fundamentale Organisationsprozesse wie Bindungsaufbau (Cicchetti & Beeghly, 1987), Affektregulation, Impulskontrolle und Aufbau eines integrierten Selbstempfindens.

1.2.3 Die Spannbreite von Traumafolgestörungen

Welche psychischen Phänomene als Folge einer traumatisierenden Erfahrung angesehen werden, hängt in hohem Maße von der theoretischen Orientierung des Betrachters ab. Während Ihle et al. (2005, S. 111) auf Grundlage eines Vulnerabilitäts(Diathese)-Stress-Modells davon ausgehen, „dass nicht mehr als 10 % der Varianz von Indikatoren der psychischen Gesundheit durch die Kumulation von kritischen Lebensereignissen erklärt werden kann“, wird von Seiten traumaorientierter Forscher (Pappagallo et al., 2004) die hohe Komorbidität der PTBS mit anderen Störungen betont. So fanden beispielsweise Goenjian et al. (1995) nach einem Erdbeben eine Korrelation von $r = .55$ zwischen PTBS und depressiven Symptomen. Van der Kolk (2005) zitiert eine Untersuchung bei 204 sexuell und körperlich missbrauchten Kindern von Ackermann et al. (1998), nach der die PTBS (35 %) nur die vierthäufigste Diagnose nach Trennungängstlichkeit (59 %), oppositionellem Verhalten (36 %) und Phobien (36 %) war. Kliniker weisen zudem immer wieder auf einen Zusammenhang zwischen frühkindlicher Traumatisierung und einer ADHS-Symptomatik hin. Nach heutigem Forschungsstand weisen folgende Störungen

eine hohe Komorbidität mit PTBS bei Kindern und Jugendlichen auf, was auch durch epidemiologische Studien bestätigt wird (Essau et al., 1999; Perkonig et al., 2000):

- Depressive Störungen,
- Angststörungen,
- Störungen des Sozialverhaltens,
- Substanzabhängigkeit,
- Somatoforme Störungen.

Psychotraumatologische Konzepte und Erfahrungen legen allerdings nahe, dass es sich bei den bestehenden Komorbiditäten nicht um das funktionale Nebeneinander unabhängiger Krankheitsentitäten handelt. Behandlungsstudien zeigen, dass traumazentrierte Psychotherapie (für EMDR siehe Hensel, 2006) bei Kindern die Angst- und Depressions-symptomatik signifikant verbessert, obwohl lediglich das zu Grunde liegende traumatische Ereignis behandelt wurde. Neuere Konzepte, etwa von Maercker et al. (2007), betonen deshalb auch die Notwendigkeit einer diagnoseübergreifenden stressorbasierten Sichtweise, in der beispielsweise die prinzipielle Unterscheidung zwischen Anpassungsstörungen (F43.2x) und der posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) aufgehoben wird zugunsten einer einheitlichen Kategorisierung als Stressreaktionssyndrom („stress response syndrome“). In Kapitel 2 dieses Buches wird die heute gängige Klassifikation von Traumafolgestörungen näher dargestellt.

1.2.4 Altersspezifische Aspekte

Kinder nehmen mögliche Stressoren entsprechend ihres (kognitiven) Entwicklungsalters wahr und reagieren auf (traumatischen) Stress unterschiedlich. So mag ein dreijähriges Kind eine erzwungene Trennung von der Mutter als extremen Stress erleben, während es von einem Autounfall, bei dem keine wichtige Bezugsperson verletzt wurde, durchaus weniger beeindruckt sein kann. Studien zur Bedeutung des Alters für die Entwicklung posttraumatischer Belastungsstörungen ergeben keine konsistenten Befunde, wofür es zwei unterschiedliche entwicklungspsychopathologische Erklärungshypothesen gibt. Pynoos (1994) argumentiert, dass eine Traumatisierung im jüngeren Alter schwerwiegendere Auswirkungen auf die Entwicklung hat, weil das kleine Kind in dieser Entwicklungsphase besonders sensibel ist, auch in neurobiologischer Hinsicht. Jüngere Kinder würden demnach ein höheres Risiko für Traumafolgestörungen aufweisen. Bailly (1999) dagegen betont, dass der Stand der kognitiven und sprachlichen Entwicklung entscheidend für die Ausbildung von Traumafolgesymptomen ist. Das sehr junge Alter könne in diesem Zusammenhang protektiv wirken, da ein Teil potenziell traumatischer Ereignisse noch nicht als solche interpretiert werden. Aus heutiger Sicht ist es wahrscheinlich, dass der Einfluss des Alters auf die Ausbildung posttraumatischer Symptome von der Art des Traumas abhängig ist und deshalb nicht allgemein beschrieben werden kann.

Es ist heute unbestritten, dass Kinder schon vom ersten Lebensjahr an psychische Störungen infolge von stresshaften Erfahrungen entwickeln können. Für Vorschulkinder haben insbesondere Scheeringa und Kollegen (Scheeringa et al., 1995, 2003, 2005) zeigen können, dass die eigentlich auf Erwachsene zugeschnittenen Diagnosekriterien des

DSM-IV-TR zu wenig sensitiv für das ganz junge Alter sind und aus diesem Grund Alternativkriterien entwickelt. Diese Kriterien wurden in deutscher Sprache von Landolt (2004) veröffentlicht.

1.3 Traumazentrierte Psychotherapie

1.3.1 Rahmenbedingungen und Ziele

Ausgehend vom neurobiologischen Verständnis traumainduzierter psychischer Störungen muss Traumatherapie die zentralen kindlichen Bedürfnisse nach Sicherheit, Trost und Kontrolle befriedigen und selbstwerterhöhenden und handlungsaktivierende Erfahrungen vermitteln. Die „therapeutische Traumakonfrontation“ verlangt zwingend die Beendigung der Traumatisierung und den realen Schutz des Kindes vor weiterer Traumatisierung (Täterkontakt), die Unterstützung durch Bezugspersonen und die soziale Umwelt sowie die reale Veränderung der Lebensumstände des Kindes, damit das Trauma als Teil der Vergangenheit wahrgenommen werden kann. Nur dann kann das Kind wieder an seine entwicklungspezifischen Aufgaben anknüpfen und mögliche sekundäre Traumafolgen (Schulversagen, Verlust von Freunden usw.) aufarbeiten. Betroffenen Bezugspersonen sollte ebenfalls eine adäquate Aufarbeitung des Geschehens ermöglicht werden, damit sie für das Kind im Weiteren eine unterstützende Funktion wahrnehmen können. Im therapeutischen Kontext ist eine strukturierende, sicherheitsgebende und ressourcen-orientierte Beziehungs- und Settinggestaltung wichtig. In der therapeutischen Arbeit sollte der Therapeut der Motivierung des Kindes (und seiner Bezugspersonen) zur Traumakonfrontation einen großen Stellenwert beimessen. Ein transparentes Vorgehen, ein gemeinsames Verstehensmodell des Traumas und der Folgesymptomatik und ein informiertes Einverständnis über Vorgehen und Ziele dienen diesem Ziel. Strukturierungsfähigkeit gepaart mit Flexibilität sind die zentralen Fähigkeiten des Therapeuten, die dem Kind helfen, sich seiner Angst zu stellen aber sich auch akzeptiert zu fühlen, wenn es traumabezogene Inhalte vermeidet oder eine „Ruhepause“ braucht.

Zentrales Ziel der Traumatherapie ist die Neuverarbeitung des traumatischen Geschehens. Dazu muss die Konfrontation vom Kind als kontrollierbar erlebt werden und so schonend wie möglich erfolgen. Die affektive Regulationsfähigkeit und die Kontrolle über das eigene Verhalten sollen wieder erlangt werden. Trigger sollten nach der Behandlung desensibilisiert sein. Das traumatische Erlebnis wird als Teil eines neuen und konstruktiven Selbst- und Weltbildes gesehen und eine positive Zukunftsperspektive entsteht.

1.3.2 Die therapeutische Beziehung

Obwohl monotraumatisierte Kinder auf ein hohes Maß an Sicherheit angewiesen sind, zeigen klinische Erfahrungen, dass oftmals eine auf einem guten Rapport bestehende Therapeut-Kind-Beziehung ausreicht, um eine Traumakonfrontation durchzuführen. Das therapeutische Arbeitsbündnis sollte auf den bewährten klientenzentrierten Grundsätzen von Kongruenz, Wertschätzung des Kindes und empathischem Einfühlungsvermögen (Rogers, 1983) beruhen und darüber hinaus folgende Inhalte berücksichtigen (Hensel, 2007):

- Emotionale Bindung: Gegenseitiges Vertrauen und Zuversicht,
- Zielübereinstimmung: Gemeinsame Formulierung expliziter Therapieziele und regelmäßige Evaluation,
- Übereinstimmung bezüglich des Vorgehens: Instruktion und Verhandlung über das Vorgehen in der Therapie sowie regelmäßige Evaluation und ggf. Neubestimmung.

Ergänzend hierzu ist das von Grawe (1998, 2004) entwickelte Modell der *komplementären Beziehungsgestaltung* von großer Bedeutung, weil es besonderen Wert darauf legt, die psychischen (und für Kinder auch physischen) Bedürfnisse der Klienten während der Therapiesitzungen zu befriedigen. Bei komplextraumatisierten Kindern wird dagegen die therapeutische Beziehung selber über die Zeit zum heilenden Agens. Hier spielen die Echtheit des Therapeuten, seine Wertschätzung für das Kind, sein Einfühlungsvermögen sowie seine Strukturierungsfähigkeit eine entscheidende Rolle. Diese Grundhaltungen sollte der Therapeut dauerhaft implizit „leben“, damit das Kind eine korrigierende Beziehungserfahrung machen kann, auf Grund derer es sich dem Trauma nähern kann. Besonders zu beachten sind dysfunktionale Beziehungskonstellationen, deren Dynamik die Therapeut-Kind-Beziehung stören können. Hier ist insbesondere die „Retter-Täter-Opfer“-Dynamik zu nennen.

1.3.3 Ressourcenorientierung

Nach Grawe und Grawe-Gerber (1999) stellt die *Ressourcenaktivierung* ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie dar. Es handelt sich um ein pervasives Wirkprinzip. Damit ist gemeint, dass der Therapeut durchgehend einen *impliziten* ressourcenorientierten Wahrnehmungs- und Handlungsstil im Kontakt mit dem Kind realisieren sollte. Darauf aufbauend hat sich in der Traumatherapie mit Kindern je nach Verfahren mit unterschiedlichen Methoden eine *explizite* Form der Ressourcenaktivierung bewährt. Es kann sich dabei um Stabilisierungsübungen, Ressourceninstallationen, um körperorientierte Übungen oder um spezielle Trainings handeln. Die Gründe für die aktive Anwendung solcher Maßnahmen liegen darin begründet, dass das Kind sich zunächst ausreichend sicher und psychisch kräftig fühlen muss, um sich seiner schlimmen – mit Angst verbundenen – Erfahrung noch einmal zu stellen. Darüber hinaus braucht das Kind ein bewusstseinsnahes Kontrollinstrument, um willentlich vom Traumaerleben in eine belastungsfreie psychische Sphäre zu wechseln. Außerdem unterstützt ein ressourcenvoller Zustand die Verarbeitungskapazitäten des Kindes.

1.3.4 Systemischer Ansatz

Eine Grundvoraussetzung jeder Traumatherapie im Kindes- und Jugendalter ist das Einnehmen einer systemischen Perspektive. Die Bedeutung des sozialen Umfeldes und dabei natürlich insbesondere der Familie für die Traumabewältigung ist hinlänglich nachgewiesen und verlangt eine entsprechende Berücksichtigung in der Behandlung kindlicher Traumafolgestörungen. Die Familie ist dabei in zweifacher Hinsicht von Bedeutung:

- Familiäre Wirkfaktoren spielen für das betroffene Kind eine wichtige Rolle in der Traumabewältigung (zusammenfassend in Landolt, 2004). Das Verhalten und Befinden von Mutter, Vater und Geschwister sowie die Funktionalität der Familie als Gan-

zes, sind deshalb in der Behandlung von kindlichen Traumafolgestörungen stets im Auge zu behalten.

- Die Traumatisierung eines Kindes hat stets auch Auswirkungen auf die übrigen Familienmitglieder und es kann als Folge dessen zu familiären Interaktionsstörungen, Schuldgefühlen einzelner Familienmitglieder und erschwerten Ablösungsprozessen kommen. Geschwister reagieren oft auf die durch das Trauma veränderte Rolle des traumatisierten Kindes in der Familie und auch Mütter und Väter werden bei andauernden Symptomen ihres Kindes psychisch belastet.

Neben der Familie spielen – je nach Alter des traumatisierten Kindes – auch andere Bezugspersonen (z. B. Freunde, Verwandte, Lehrpersonen) und soziale Systeme, in welchen das Kind verkehrt (z. B. Schule), eine bedeutsame Rolle und müssen im therapeutischen Handeln mitberücksichtigt werden.

Ein besonderer Fall liegt bei einer intrafamiliär bedingten Traumatisierung eines Kindes vor, beispielsweise im Rahmen von familiärer Gewalt oder sexuellen Übergriffen durch ein Familienmitglied. In solchen Situationen gilt dem Schutz des Kindes vor weiteren Traumatisierungen das wichtigste Augenmerk und es braucht geeignete Interventionen des Kindesschutzes unter Einbezug der zuständigen Behörden.

1.3.5 Phasenablauf der Behandlung

Die in diesem Buch vorgestellten Verfahren der Traumatherapie haben trotz ihrer Unterschiede wichtige Gemeinsamkeiten. Eine davon ist die Vorstellung, dass die Traumatherapie in bestimmten Phasen abläuft. Die meisten Therapieverfahren unterscheiden die folgenden drei Phasen: Stabilisierungsphase, Traumabearbeitungsphase, Integrationsphase (vgl. Abbildung 1.2). Unterschiede zwischen den einzelnen Verfahren ergeben sich insbesondere in der Art, wie in der zweiten Phase das Trauma bearbeitet wird.

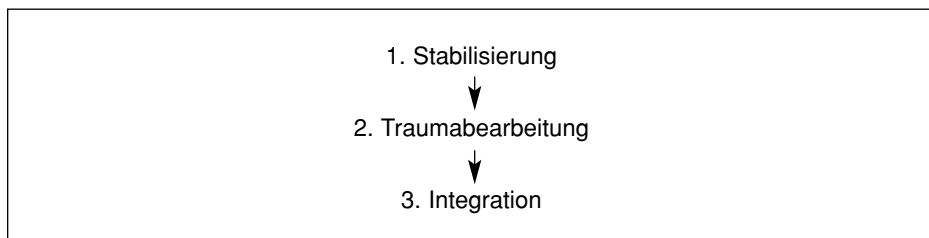


Abbildung 1.2: Phasen der Traumatherapie

1.3.5.1 Stabilisierung

Bevor mit der Traumabearbeitung im eigentlichen Sinne begonnen werden kann, muss das Kind somatisch, sozial und affektiv soweit stabilisiert sein, dass es überhaupt in der Lage ist, die belastende Auseinandersetzung mit den traumatischen Erlebnissen in Angriff zu nehmen. Im *somatischen Bereich* müssen traumatisierte Kinder so behandelt sein, dass

allfällig vorhandene, körperliche Leiden eine Traumatherapie nicht behindern. Dies ist insbesondere bei verletzten Kindern von immenser Bedeutung, wo beispielsweise sichergestellt werden muss, dass das Kind schmerztherapeutisch optimal versorgt ist. Auch bei lebensbedrohlich kranken Kindern, die sich in intensivmedizinischer Behandlung befinden, ist eine Traumabearbeitung erst dann möglich, wenn sie somatisch in einem stabilen Zustand sind. Im *sozialen Bereich* muss sich das traumatisierte Kind auf ein sicheres Beziehungsnetz abstützen können, bevor mit der Traumabearbeitung begonnen werden kann. Bei Gewaltverbrechen ist ein Abbruch des Kontaktes zwischen Kind und Täter wichtig, was allerdings gerade bei Kindern und Jugendlichen, die intrafamiliäre Gewalt und sexuelle Übergriffe erlitten haben, manchmal besonders schwierig ist und auch familien- und strafrechtliche Fragen aufwirft. In solchen Fällen benötigt die Etablierung der sozialen Sicherheit oft sehr viel Zeit. Solange das Kind sich jedoch nicht in einem stabilen und sicheren Beziehungsnetz wohlfühlt und sein Schutz vor erneuter Traumatisierung nicht sicher gestellt ist, ist eine eigentliche traumazentrierte Therapie meistens nicht möglich. Schließlich muss auch im *affektiven Bereich* vor Beginn der Traumabearbeitung eine Stabilisierung erfolgen. Diese ist insbesondere bei komplex traumatisierten Kindern oder bei Vorhandensein komorbider Störungen nötig und kann manchmal viel Zeit in Anspruch nehmen. Ziel ist immer die allgemeine Stärkung des Selbstwertgefühls und der Ich-Funktionen des Kindes. Hierzu zählen insbesondere Affekttoleranz und Affektregulation, um Dissoziation und Überflutung bei der Traumakonfrontation zu verhindern. Hierfür können ressourcenorientierte Verfahren wie Tagebuchtechniken, imaginative Techniken und körperorientierte Verfahren, sowie Techniken aus der Verhaltenstherapie wie Selbstsicherheitstrainings und Angstbewältigungstrainings nutzbringend eingesetzt werden. Vor allem sogenannte imaginative Übungen haben sich in der Traumatherapie bewährt. Tabelle 1.1 gibt einen Überblick über einige dieser Übungen.

Tabelle 1.1: Imaginative Übungen (Hensel, 2007)

Funktion	Übung	Literatur
Stabilisierung	Sicherer Ort	Schubbe (2004, S. 246); Reddemann (2003)
	Innerer Helfer	Reddemann (2003)
	Ressourcen-Team	Huber (2003, S. 109, 113)
Distanzierung und Flashbackkontrolle	Screen(Bildschirm)-Technik	Reddemann (2003)
	Tresor-Übung	Huber (2003, S. 113)
	Beobachter-Technik	Reddemann (2004, S. 154)
Regulation von Affekten	Lichtstrahlmethode	Shapiro (1998)
	Spiral-Übung	Schubbe (2004)
	Regler-Übung	Reddemann (2003); Eckers & Hoffmann (2001)
Re-Orientierung	5-4-3-2-1-Übung	Schubbe (2004, S. 248)
Techniken zur Erdung (Grounding)	Baum-Übung	Reddemann (2003)
	Bogen	Schubbe (2004, S. 258)

Da Kinder mit vorbestehenden psychischen Auffälligkeiten ein erhöhtes Risiko für Traumafolgestörungen haben, ist es wichtig, psychische Störungen zu erkennen, die schon prätraumatisch vorhanden waren und nicht mit dem Trauma in Verbindung stehen. Solche komorbid vorhandenen Störungen benötigen oftmals eine andere Therapie als die eigentliche Traumafolgestörung. Manchmal ist es auch so, dass die Therapie der komorbiden Störung sogar der eigentlichen Traumabehandlung vorangehen muss. Eine sorgfältige Diagnostik ist in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung (vgl. Kapitel 2).

1.3.5.2 Traumabearbeitung

Den meisten traumatherapeutischen Verfahren ist gemeinsam, dass sie eine direkte Auseinandersetzung mit dem traumatischen Ereignis bzw. den traumabezogenen Erinnerungen im Rahmen der Therapie als essenziell betrachten. Ohne direkte Thematisierung des Traumas im geschützten Rahmen der Therapie ist keine erfolgreiche Behandlung möglich. Diese Erkenntnis hat ihren Niederschlag auch in den aktuellen Richtlinien der amerikanischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie gefunden, die eine direkte Exploration des Traumas mit dem Kind empfehlen (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998). In der Art und Weise, wie die Auseinandersetzung mit dem traumatischen Erlebnis stattfindet, gibt es neben Gemeinsamkeiten auch deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Therapieverfahren. So legt beispielsweise die kognitiv-behaviorale Therapie ein besonderes Gewicht auf die in sensu oder in vivo Exposition sowie auf die Korrektur dysfunktionaler, traumabezogener Kognitionen. Spieltherapeutische Ansätze betonen hingegen, dass eine vollständige Verarbeitung des Traumas auch auf der analogen Spielebene (Fahrig, 1991) möglich ist, ohne dass auf der Realebene eine Traumaexposition erfolgen muss. Die verschiedenen Möglichkeiten der Traumabearbeitung werden in den folgenden Kapiteln dieses Buches im Detail ausgeführt, weshalb an dieser Stelle nicht näher darauf eingegangen werden soll.

1.3.5.3 Integration

Nach erfolgter Traumabearbeitung steht die Integration des Traumas und seiner Folgen in die individuelle Biografie im Zentrum der Behandlung. Die im Zusammenhang mit vielen Traumafolgestörungen stehende, eingeschränkte Zukunftsorientiertheit, welche besonders im Jugendalter häufig ist, ist in dieser Phase in der Regel überwunden. Der Fokus der Therapie kann sich nun auf zukunftsbezogene Themen wie die Wiederaufnahme von Entwicklungsaufgaben verlagern, die im Rahmen der eigentlichen Traumabearbeitung im Hintergrund standen. Dies ist auch deshalb von großer Bedeutung, weil ein allzu ausschließlicher Blick auf das Trauma und seine negativen Folgen dazu führen kann, dass das traumatisierte Kind in seiner Opferrolle verharrt und eine Opferidentität ausbildet. Die Fokussierung auf eine zukunftsorientierte und salutogenetische Perspektive kann dem betroffenen Kind oder Jugendlichen helfen, sein Leben wieder aktiv in die Hand zu nehmen. In dieser Phase können auch allfällige, durch das Trauma bewirkte, persönliche Reifeprozesse thematisiert werden, wie beispielsweise vertiefte Beziehungen zu bestimmten Personen oder die Stärkung des eigenen Selbstbildes, welche mit einer erfolgreichen Traumabewältigung einhergeht.