

E-Book inside



Patrick Fornaro, Nicole Szesny-Mahlau &  
Johanna Unterhitzenberger

# Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen

Eine Orientierungshilfe für die Behandlung  
der (komplexen) PTBS

REIHE FACHBUCH • Traumatherapie

 Junfermann

Patrick Fornaro, Nicole Szesny-Mahlau & Johanna Unterhitzberger  
**Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen**  
Eine Orientierungshilfe für die Behandlung der (komplexen) PTBS



[www.junfermann.de](http://www.junfermann.de)



[blogweise.junfermann.de](http://blogweise.junfermann.de)



[www.facebook.com/junfermann](https://www.facebook.com/junfermann)



[twitter.com/junfermann](https://twitter.com/junfermann)



[www.youtube.com/user/Junfermann](https://www.youtube.com/user/Junfermann)



[www.instagram.com/junfermannverlag](https://www.instagram.com/junfermannverlag)

PATRICK FORNARO, NICOLE SZESNY-MAHLAU &  
JOHANNA UNTERHITZENBERGER

# TRAUMATHERAPIE MIT KINDERN UND JUGENDLICHEN

EINE ORIENTIERUNGSHILFE FÜR DIE BEHANDLUNG  
DER (KOMPLEXEN) PTBS

Junfermann Verlag  
Paderborn  
2023



Copyright © Junfermann Verlag, Paderborn 2023  
Coverfoto © Anna Vereshchak (<https://www.istockphoto.com>)  
Covergestaltung/Reihenentwurf JUNFERMANN Druck & Service GmbH & Co. KG,  
Paderborn  
Satz & Layout JUNFERMANN Druck & Service GmbH & Co. KG,  
Paderborn

Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist  
urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen  
des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung  
des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt  
insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,  
Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und  
Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese  
Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;  
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet  
über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-7495-0444-2

*Dieses Buch erscheint parallel in diesen Formaten:*

ISBN 978-3-7495-0443-5 (EPUB), 978-3-7495-0442-8 (Print)

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	9
<b>1. Der Weg in eine passgenaue Behandlung</b> .....	13
1.1 Prävalenz und Auswirkungen traumatischer Erfahrungen.....	14
1.1.1 Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach DSM-5 .....	17
1.1.2 Von der ICD-10 in die ICD-11 .....	19
1.1.3 PTBS-Symptome in der Praxis: Sie stecken Helfer:innen an und erschweren die Behandlung .....	20
1.1.4 Paradigmenwechsel: PTBS-Symptome machen Sinn! .....	21
1.2 Traumatherapie als bewältigungsorientierte Psychotherapie mit angemessener Berücksichtigung der Ursachen .....	22
1.2.1 Das kognitive Modell der PTBS .....	25
1.2.2 Neurobiologische Modelle.....	28
1.2.3 Rational für die Behandlung.....	35
1.3 Ziele und Struktur einer bedarfsorientierten Behandlung .....	39
1.3.1 Eine sinnvolle Reihenfolge für die Behandlung.....	39
1.3.2 Das Stufenmodell als Landkarte und Kompass .....	42
1.3.3 Traumafokussiertes Vorgehen .....	45
<b>2. Die tragfähige Beziehung in der traumafokussierten Therapie</b> .....	51
2.1 Einen sicheren Hafen finden .....	53
2.1.1 Sicherheit im Therapieraum und in der Beziehung .....	53
2.1.2 Wertschätzung für die Anpassungsleistung .....	59
2.1.3 Hoffnung und Vertrauen in das Potenzial der Kinder .....	62
2.1.4 Offenheit und Mitgefühl für den Schmerz .....	63
2.1.5 Eine gute Verortung im Hier und Jetzt .....	65
2.2 Ein Prozessmodell zur Selbst- und Koregulation in fünf Schritten .....	67
2.3 Als Therapeut:in langfristig gesund bleiben .....	73
2.3.1 Schwere Themen im Gepäck oder: Welche Form von Empathie ist hilfreich? .....	74
2.3.2 Sekundäre Traumatisierung, Mitgefühlsmüdigkeit und Burn-out..	79

<b>3. Sicherheitsaspekte bei der Therapieplanung und während des Therapieprozesses</b> .....	85
3.1 Sicherheit im Alltag der Patient:innen.....	86
3.2 Eine gute Notfallplanung.....	88
3.3 Kinderschutz geht vor .....	89
3.4 Aktuelle Belastungen berücksichtigen .....	90
3.5 Juristische Fragen beachten.....	93
<b>4. Wissen, Bereitschaft und Befähigung</b> .....	99
4.1 Traumafokussierte Psychoedukation.....	100
4.2 Die Störung und die „störenden“ Symptome.....	103
4.3 PTBS – und nun?.....	108
4.3.1 Motivation und Ressourcenaktivierung .....	110
4.3.2 Achtsamkeit und Entspannung .....	117
4.3.3 Umgang mit Gefühlen und starker Belastung vor Beginn der Traumaverarbeitung .....	127
<b>5. Die traumatischen Erinnerungen bearbeiten</b> .....	145
5.1 Die Arbeit mit Traumaberichten .....	146
5.1.1 Was wir erreichen wollen: dem Trauma die Macht nehmen .....	147
5.1.2 Wie wir vorgehen: die Schreibwerkstatt.....	151
5.2 Der emotionale Prozess beim Erstellen des Traumaberichts: eine Fahrt mit dem Heißluftballon .....	156
5.2.1 Den SUD-Wert erfassen und beobachten .....	157
5.2.2 Den SUD-Wert regulieren.....	158
5.3 Damit wir nie die Orientierung verlieren: eine planvolle Strukturierung für eine gute Traumaverarbeitung .....	161
<b>6. Die Arbeit mit schmerzlichen Gedanken</b> .....	177
6.1 Wie das Denken unser Fühlen und Handeln bestimmt.....	178
6.2 Traumabezogene schmerzliche Gedanken .....	180
6.3 Wege zum Aufspüren schmerzlicher Gedanken .....	183
6.4 Strategien zur Bearbeitung schmerzlicher Gedanken .....	189

<b>7. Die Arbeit mit schmerzlichen Gefühlen .....</b>	<b>201</b>
7.1 Ordnung in das Gefühlschaos bringen: das Zwiebelschalenmodell der Gefühle.....	202
7.2 Spezielle Strategien für die Arbeit mit traumabedingten Gefühlen .....	204
7.2.1 Angst.....	204
7.2.2 Scham .....	208
7.2.3 Schuldgefühle .....	222
7.2.4 Wut und Ärger .....	232
7.2.5 Traurigkeit .....	238
7.2.6 Ekel.....	249
<b>8. Abschluss der Traumaverarbeitung und Ausblick .....</b>	<b>253</b>
8.1 Neu gewonnene Einsichten und Erfahrungen integrieren.....	255
8.2 Rückfällen vorbeugen.....	257
<b>9. Mit Bezugspersonen zusammenarbeiten .....</b>	<b>259</b>
9.1 Eine gute Beziehung zu den Bezugspersonen gestalten.....	260
9.2 Zusammenwirken mit den Bezugspersonen .....	265
9.2.1 Für äußere Sicherheit sorgen .....	266
9.2.2 Verständnis, Entlastung und Motivation durch Psychoedukation..	268
9.2.3 Die Ressourcen der Familie stärken .....	274
9.3 Eine gemeinsame Sprache für die traumatischen Erfahrungen des Kindes finden.....	282
9.4 Abschluss der Therapie .....	301
<b>Sie sind nicht allein! Unterstützung für Traumatherapeut:innen .....</b>	<b>305</b>
<b>Literatur .....</b>	<b>307</b>



# Vorwort

In einer gut versorgten deutschen Großstadt wie München warten Kinder, die unter einer Traumafolgestörung leiden, bis zu zwei Jahre auf einen Therapieplatz. Das ist aus unserer Sicht nicht hinnehmbar. Deswegen machen wir uns seit einiger Zeit und auf vielfältige Weise für eine bessere Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen stark.

Bisher tun wir dies in unserer therapeutischen Arbeit, durch Supervision von Kolleginnen und Kollegen, als Dozent:innen in der Aus- und Weiterbildung und durch die Mitwirkung in Forschungsprojekten. In dieser Arbeit haben wir immer wieder gesehen, dass die Umsetzung traumafokussierter Therapie in den Praxisalltag am besten durch unkomplizierte, zeitnahe und kollegiale Unterstützung gelingt. Dies brachte uns zur Gründung eines gemeinnützigen Vereins zur Versorgungsstärkung durch bessere Vernetzung von Fachleuten (↗ <http://www.trauma.help>). Und nun versuchen wir unser Engagement mit diesem Buch fortzusetzen. Wir sind dem Junfermann Verlag dankbar für diese Möglichkeit.

Über die Jahre haben wir festgestellt, dass – neben anderen, von Psychotherapeut:innen nur begrenzt beeinflussbaren Hürden – auch die große Unsicherheit bei der Anwendung von traumafokussierten Methoden einer optimalen Versorgung der Kinder im Wege steht. Unser Ansinnen ist es, in diesem Buch unsere Erfahrungen zu teilen und zu ermutigen, sich dieser lohnenden Arbeit zuzuwenden.

In den Rückmeldungen zu unseren Workshops tauchen häufig drei Punkte auf, die als besonders hilfreich empfunden werden: Erstens, die Teilnehmenden wissen es zu schätzen, wenn wir von unseren eigenen Erfahrungen mit Patientinnen und Patienten berichten. Zweitens, sie mögen es, wenn sie uns „beim Denken über die Schulter schauen“ dürfen und nachvollziehen können, wie wir Entscheidungen während der Therapie treffen. Drittens, sie fühlen sich am meisten dann ermutigt, wenn sie merken, dass sie auch bei traumatisierten Kindern vieles von dem anwenden können, was sie schon wissen – und trotzdem ein paar neue Impulse bekommen.

Diesen Punkten folgend haben wir versucht, unser Buch zu schreiben. Wir alle drei haben einen Hintergrund in der anwendungsbezogenen Forschung. Wir schreiben aber aus der Praxis für die Praxis. Und auch wenn wir es waren, die die Dinge aufgeschrieben und sortiert haben, bringen wir hier vorwiegend zu Papier, was sich in der Arbeit mit unseren Patient:innen bewährt hat und was uns Workshop-Teilnehmer:innen und Supervisand:innen immer wieder fragen.

Traumafokussierte Psychotherapie ist eine heilkundliche Behandlung – und setzt die Approbation oder eine vergleichbare Befähigung zur Ausübung von Heilkunde voraus. Wenn Sie sich dafür entschieden haben, Therapie für die Zielgruppe der traumabelasteten Kinder und Jugendlichen anzubieten (worüber wir uns sehr freuen!), dann gehen wir

davon aus, dass Sie über eine grundständige Ausbildung in einem etablierten Therapieverfahren verfügen und bereits einige Berufserfahrung als Therapeut:innen gesammelt haben. Wir haben deswegen an vielen Stellen darauf verzichtet, gängige Methoden im Detail zu beschreiben. Wenn Sie ein Freund bzw. eine Freundin von Schritt-für-Schritt-Anleitungen sind oder nach Vorschlägen suchen, wie Sie einzelne Standardinterventionen konkret anwenden können, legen wir Ihnen sehr das TF-KVT-Web-online-Training nahe, an dessen Entstehung wir alle drei beteiligt waren (↗ <https://tfkvt.ku.de>). Dort finden Sie Anleitungen, Lernvideos und Arbeitsblätter zum systematischen Erlernen und Anwenden dieses evidenzbasierten Therapieprogramms, das sich gut in bestehende allgemeine Psychotherapiekenntnisse – egal welcher Ausrichtung – integrieren lässt.

**Eine Anmerkung zu den Fallbeispielen.** Wir haben uns große Mühe gegeben, eine möglichst gute Balance zwischen authentischen Szenen aus unseren Therapien und dem Schutz der Privatsphäre der Patient:innen zu finden. Alle in diesem Buch beschriebenen Fallbeispiele sind so abgewandelt, dass die realen Personen nicht wiederzuerkennen sind. Merkmale wie z. B. Name, ethnische Herkunft, Familienstruktur oder Geschlecht wurden verändert, um die Menschen, die sich uns anvertraut haben, zu schützen. Manchen der Fallbeispiele liegen verschiedene reale Fälle zugrunde. Es ist verblüffend festzustellen, dass sich manchmal ein Wiedererkennungseffekt zu realen Personen einstellen kann, obwohl die geschilderten Ereignisse nie genau so stattgefunden haben. Das Gleiche gilt für die zufällige Auswahl von Namen. Wir können Ihnen versichern, dass Ähnlichkeiten zu Namen oder Personen, die Sie kennen, rein zufällig sind und nicht darauf zurückzuführen, dass eine real existierende Person im Fallbeispiel beschrieben wird.

**Eine Anmerkung zu den beschriebenen Methoden und Techniken.** Im Verlauf des Buches werden viele klinische Methoden und Techniken mehr oder weniger ausführlich beschrieben, die von herausragenden Kliniker:innen entwickelt und entdeckt wurden. Viele davon haben wir im Rahmen unserer Aus- und Weiterbildung lernen oder in für uns wichtigen Publikationen entdecken dürfen. Soweit uns die Entstehung der Methoden bekannt ist, führen wir die Quellen an. Sollte dabei jemand vergessen oder fälschlicherweise eine spätere Quelle als die ursprüngliche benannt sein, war das ein Versehen und wir bitten dies zu entschuldigen. Gerade im Bereich der Traumatherapie gibt es viele unterschiedliche Einflüsse, sodass vermeintliche Neuentdeckungen in anderen Feldern vielleicht schon vorher bekannt waren.

**Abschließend noch eine Anmerkung zur therapeutischen Orientierung.** Unser Hintergrund ist primär kognitiv-verhaltenstherapeutisch. Deswegen sind viele der vorgestellten Methoden nahe an der TF-KVT (vgl. Cohen, Mannarino & Deblinger, 2009), angereichert durch Elemente aus der dritten Welle der Verhaltenstherapie und aus den systemischen Therapien. Wir sind aber der Ansicht, dass es gerade bei Traumafolgestörungen das Beste ist, wenn wir uns alle gegen das Trauma verbünden, anstatt uns in einem Wettkampf zu verlieren, welcher der evidenzbasierten Ansätze wohl der bessere sei. Wenn Sie also lieber mit EMDR oder anderen traumafokussierten Methoden arbeiten als mit der TF-KVT, hoffen wir, dass Sie durch das Buch trotzdem Anregungen bekom-

men, die Sie gut in Ihre Arbeit übersetzen können, obwohl sich Ihre spezielle Herangehensweise bei der Traumabearbeitung von unserer unterscheidet.

In unseren Workshops und Supervisionen haben wir stets die Erfahrung gemacht, dass viele Kolleg:innen es begrüßen, ihren eigenen Therapiestil und ihre eigenen Herangehensweisen beibehalten zu dürfen. Von uns wünschen sie sich primär einen roten Faden, wie sie die ihnen bekannten und einige neue Bausteine zur Überwindung von Traumafolgestörungen einsetzen können. Deswegen verstehen wir dieses Buch mehr als „kollegialen Austausch“ denn als Lehrbuch oder als Manual und verweisen an mehreren Stellen auf andere Handbücher. Trotzdem liefern wir eine Auswahl an Arbeitsmaterialien mit, die Ihnen online zum Download zur Verfügung stehen. Wenn Sie Ihnen nützlich erscheinen, freuen wir uns, wenn Sie diese direkt für die Arbeit mit Ihren Patient:innen nutzen mögen.

Zu den Online-Materialien gelangen Sie, wenn Sie unter ↗ <http://www.junfermann.de> die Produktseite zu diesem Buch aufrufen und nach unten zur „Mediathek“ scrollen. Beachten Sie auch, dass die Übungen „Ein mitfühlender Freund“, „Ein Moment für mich“ und „P.E.A.C.E.“ als Audio-dateien vorliegen.



Patrick Fornaro, Nicole Szesny-Mahlau & Johanna Unterhitzberger

*München und Neuötting, im Juli 2023*



# 1. | Der Weg in eine passgenaue Behandlung

*Und wieder spult sich vor meinen Augen der gleiche Film ab. Erst verschwommen, dann immer klarer. Ich sehe mich in meinem Kinderzimmer, ein siebenjähriges Kind voller Angst, das niemanden hat, mit dem es darüber sprechen kann. Ich rieche den Atem meines Vaters, Bier und Ekel. Ich fühle die Kälte in dem ungeheizten Zimmer. Der Atem ist laut, bedrohlich, nah – als wäre es damals. Und ich habe Angst, dass ich diese Vergangenheit, die sich wie Gegenwart anfühlt, niemals hinter mir lassen kann. Heute ist mein sechzehnter Geburtstag. Ich gehe hinaus, zünde mir eine Zigarette an, inhaliere gierig den Rauch in meine Lunge. Ich will alles wegatmen, wegbrennen, die Bilder, alles, was in mir ist. Aber ich mache es noch schlimmer, ich muss würgen, spüre, wie allein ich bin. Wie oft hat er seinen Gürtel gezogen? Dutzende Male? Hunderte? Dieses Gefühl, nichts ausrichten zu können, nie schnell genug zu sein, auch wenn ich schon lange vorher wusste, dass es heute wieder passieren wird. Warum ich? Was habe ich falsch gemacht? Manchmal wäre ich lieber tot.*

Geschichten von Kindern und Jugendlichen, die schwere Traumatisierung erlebt haben, lösen leicht starke Gefühle aus und konfrontieren auch uns als Helfer:innen mit der Fragilität der Welt, mit unserer eigenen Verletzlichkeit und mit der Möglichkeit, dass unvorhersehbare, lebensverändernde Katastrophen passieren können.

Wenn wir als Therapeut:innen dazu bereit sind, uns von unseren Patient:innen auch in unserer eigenen Verletzlichkeit berühren zu lassen, können beide – die Kinder und Jugendlichen, die wir begleiten, *und* wir selbst – daran wachsen.

Neben dem Mut, sich gemeinsam dem Erlebten zuzuwenden, braucht es zuallererst ein fundiertes Grundlagenwissen über Trauma und Traumafolgen. Aus unserer Erfahrung kann es Sicherheit und Halt geben, wenn man über potenzielle traumatische Erlebnisse in der Kindheit und deren vielfältige Auswirkungen im Verlauf des weiteren Lebens gut Bescheid weiß. Deshalb beginnen wir dieses Buch mit ein paar theoretischen und praktischen Grundlagen der Psychotraumatologie. Hauptsächlich ist es unsere Absicht, durch ein besseres Verständnis der theoretischen Hintergründe die Bereitschaft zu stärken, mit den praktischen Methoden und Ansätzen zu arbeiten, die wir Ihnen vorstellen werden.

Wir hoffen, dass spürbar wird, was für einen unermesslichen Unterschied eine rechtzeitige und bedarfsgerechte Versorgung für traumatisierte Kinder und Jugendliche machen kann. Traumatherapie wirkt! Die Forschungsbefunde dazu sind vielversprechend und ermutigend (Schäfer et al., 2019). So übermächtig die Hindernisse bei den Kindern und Jugendlichen, deren Familien und Bezugssystemen und sogar bei uns Therapeut:innen manchmal erscheinen – wenn wir uns alle zusammenschließen und uns mutig dem Erlebten zuwenden, schaffen wir es gemeinsam, die negativen Auswirkungen von Trauma zu überwinden und den Kindern den Weg zurück in ihre individuelle Entwicklung zu ebnen.

## 1.1 Prävalenz und Auswirkungen traumatischer Erfahrungen

Sogar in sicheren europäischen Ländern wie der Schweiz erleben mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr eines oder mehrere traumatische Ereignisse (Landolt et al., 2013). Dies trifft zu, obwohl diesen Studien eine sehr eng gefasste Definition traumatischer Ereignisse zugrunde liegt. Der Trauma-Begriff nach DSM-5 (APA, 2015) umschließt Ereignisse, die tatsächlichen oder drohenden Tod, ernsthafte Verletzung oder sexuelle Gewalt beinhalten. Als „Trauma“ zählt dabei das direkte Erleben solcher Ereignisse und genauso auch das Beobachten bei anderen. Zu erfahren, dass einem nahen Familienmitglied oder einem engen Freund etwas Derartiges zugestoßen ist, kann ebenfalls traumatisierend sein. Beispiele für traumatische Ereignisse, denen Kinder und Jugendliche ausgesetzt sein können, sind schwere Unfälle, Brände, akute medizinische Ereignisse, Massenschadensereignisse, Krieg, Flucht, Misshandlung, häusliche Gewalt oder sexueller Missbrauch. Schätzungen zufolge sitzen in jeder Schulklasse ein bis zwei Kinder, die von sexuellen Übergriffen betroffen sind (UBSKM, 2022).

Die offiziellen diagnostischen Systeme bemühen sich um eine möglichst eindeutige und objektive Definition, was als traumatisches Ereignis gilt. Gleichzeitig hängt es sehr von der subjektiven Wahrnehmung der Bewältigungsmöglichkeiten durch die Betroffenen ab, ob ein bestimmtes Ereignis tatsächlich als traumatisierend erlebt wird. In Abhängigkeit von Alter, Entwicklungsstand und Wahrnehmungsfokus kann sich das bei Kindern und Jugendlichen stark unterscheiden. Auch das Zusammenspiel mit den frühen Beziehungserfahrungen und den Reaktionen des direkten Umfelds spielen eine wichtige Rolle bei der Entstehung negativer Traumafolgen. Aus diesen Gründen betonen manche Definitionen des Trauma-Begriffs stärker diese wechselseitigen Bedingungen: „Ein psychisches Trauma ist ein Ereignis, das sowohl die psychischen als auch die biologischen Bewältigungsmechanismen einer Person überfordert und das nicht durch die Unterstützung einer anderen Person, die die Unfähigkeit dieses Menschen bzw. Organismus ausgleichen könnte, kompensiert werden kann“ (Streck-Fischer, 2014, S. 131).

### Traumatische Ereignisse können vielfältige Auswirkungen haben

Vor dem Hintergrund der weiten Verbreitung von potenziell traumatischen Ereignissen ist es erstaunlich festzustellen, wie viele der betroffenen Kinder und Jugendlichen sich *ohne* therapeutische Hilfe innerhalb von einiger Zeit von den schlimmen Ereignissen erholen und in der Folge *keine* anhaltenden Belastungsreaktionen entwickeln. Insbesondere einmalige und nicht von Personen verursachte Traumata zeigen Studien zufolge ein eher geringes Risiko, psychische Langzeitfolgen nach sich zu ziehen (Alisic et al., 2014). Die Gehirne von Kindern scheinen grundsätzlich darauf ausgelegt zu sein, sehr gut mit Ausnahmesituationen umgehen zu können. Das erklärt, warum trotz der Häufigkeit von potenziell traumatischen Ereignissen nicht jedes Kind eine psychische Störung entwickelt. Erfahren Kinder und Jugendliche feinfühlig Unterstützung und Fürsorge durch ihre Bezugspersonen, haben sie eine gute Chance, psychisch gesund zu bleiben (Dom-

hardt et al., 2015). Diese Erkenntnis ist wichtig im Umgang mit besorgten Eltern, die berechtigterweise nach einem erschütternden Ereignis die Notwendigkeit einer raschen Traumatherapie vermuten und nichts verpassen wollen. Oft können wir sie nach einer sorgfältigen diagnostischen Abklärung beruhigen, da ihr Kind aktuell keinen Behandlungsbedarf hat.

### **Resilient oder überangepasst?**

In Abhängigkeit von den genauen Umständen des Traumas, der kognitiven Verarbeitung durch das Kind, der sozialen Unterstützung und weiterer Resilienzfaktoren müssen auch schwerwiegende traumatische Erfahrungen nicht zwangsläufig in eine psychische Störung einmünden. Dennoch verstecken sich unter den vermeintlich resilienten Kindern einige, die ihre Symptomatik lediglich gut verstecken. Deswegen sollten wir sorgfältig auf alle Veränderungen nach den Ereignissen achten und prüfen, ob wir echte Resilienz nicht verwechseln mit Überangepasstheit, durch die es manchen Kindern gelingt, nicht „negativ aufzufallen“, um ihre Angehörigen nicht noch mehr zu belasten. Versteckt hinter einer Maske von vermeintlicher Alltagsfunktionalität leiden sie still, ohne Zugang zu den notwendigen Hilfen zu erhalten. Deswegen ist es eine gute Idee, Kinder, die im Erstkontakt unauffällig wirken, nach einiger Zeit erneut einzuladen und den Verlauf einzuschätzen. Die Bezugspersonen sollten dafür sensibilisiert werden, auf welche Symptome sie achten können, und ermuntert werden, sich wieder vorzustellen, wenn sie negative Veränderungen beobachten.

Bei denjenigen Kindern, die noch Monate und Jahre nach den traumatischen Erfahrungen Belastungszeichen zeigen, können sich die chronischen Stressreaktionen vielfältig ausdrücken und verschiedenen Störungsbildern zugeordnet werden, von Ängsten, Depressionen, Zwängen, Essstörungen und Verhaltensauffälligkeiten bis hin zu Bindungsstörungen, dissoziativen Symptomen und Störungen der Emotionsregulation. Sie beeinträchtigen die Kinder in vielen Lebensbereichen wie Schule, Freizeit, Familie und Freundschaften und stehen der erfolgreichen Bewältigung von altersgemäßen Entwicklungsaufgaben erheblich im Weg. Sie erhöhen das Risiko für die Ausbildung weiterer körperlicher und seelischer Erkrankungen, sozialer Ablehnung und schädlicher Kompensationsstrategien wie den Missbrauch von Substanzen. Die negativen Folgen können auch die gesamte weitere Lebensspanne betreffen. Durch eine Vielzahl von Studien mit erwachsenen Trauma-Überlebenden wissen wir, dass sich hinter vielen seelischen Erkrankungen im Erwachsenenalter unbearbeitete Traumatisierungen im Kindesalter verbergen (Schmid, Fegert & Petermann, 2010). Frühe Traumata erhöhen auch das Risiko für somatische Diagnosen wie zum Beispiel für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und wirken sich sogar nachteilig auf die Lebenserwartung aus (Shonkoff & Garner, 2012). Daneben verursachen sie langfristig massive gesellschaftliche Kosten (Habetha et al., 2012). Das Erleben von Gewalt ist der größte Risikofaktor für einen sogenannten „Cycle of Violence“ (Widom, 1989), und zwar in zwei Richtungen: Zum einen erhöht sich das Risiko, auch später erneut Opfer zu werden und Lebensbedingungen herzustellen, in denen die Traumatisierungen an die nächste Generation weitergegeben werden (Chiang

et al., 2018). Zum anderen wird ein nicht unbedeutender Anteil an Kindern, die Gewalt erlebt haben, ohne adäquate Behandlung selbst gewalttätig oder straffällig. Sie geben als Erwachsene die Traumatisierung in die nächste Generation weiter (Dutton, 1995; Nickerson et al., 2011).

### **Traumafolgen entstehen in sozialen Kontexten**

Wir haben vorhin erwähnt, dass feinfühligere soziale Unterstützung ein wesentlicher Schutzfaktor ist, um nach dem Erleben von einem oder mehreren traumatischen Ereignissen *nicht* zu erkranken. Umgekehrt können wir davon ausgehen, dass vielen Kindern und Jugendlichen, die krank geworden sind und deswegen den Weg in unsere Praxis gesucht haben, dieser protektive Faktor gefehlt hat. Die Kinder, die erkranken, sind häufig nicht nur einzelnen abgegrenzten traumatischen Ereignissen ausgesetzt, sondern wurden oftmals auch in einem schwierigen familiären Umfeld groß, in dem optimale Entwicklungsbedingungen gefehlt haben und basale kindliche Grundbedürfnisse nicht ausreichend versorgt waren. Neben den umschriebenen traumatischen Ereignissen haben diese Kinder oft weniger Möglichkeiten gehabt, sich altersentsprechend zu entwickeln, soziale Kompetenzen zu erlernen, in ihrer emotionalen Regulationsfähigkeit unterstützt zu werden oder auch nur Trost und Zuwendung zu erfahren. Das Entstehen einer Traumafolgestörung nach einem potenziell traumatisierenden Ereignis kann also nur vor dem Hintergrund des komplexen Zusammenwirkens verschiedener Faktoren verstanden werden. Aufgrund dieser Komplexität ist oft nicht auf den ersten Blick erkennbar, was den Kindern tatsächlich fehlt. Dies kann dazu führen, dass Bedarfe übersehen werden und viele Betroffene bis ins Erwachsenenalter hinein keine adäquate Behandlung finden. Dabei wären aus unserer Sicht eine frühzeitige Diagnostik und eine rasche und passgenaue Behandlung besonders relevant, um manifeste Erkrankungen zu behandeln und all den geschilderten negativen Entwicklungen vorzubeugen.

### **Traumafolgen begegnen uns in verschiedenen Gestalten**

Obwohl Traumata häufig sind und bei der Entstehung von vielen verschiedenen Folgeproblemen eine wesentliche Rolle spielen, ist es in der Praxis nicht unbedingt die Regel, dass sie den primären Vorstellungsgrund für eine Psychotherapie darstellen. Vielmehr begegnen wir Traumafolgestörungen in den unterschiedlichsten „Verkleidungen“. Oft zeigen Kinder und Jugendliche massive Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Symptome, die durch die üblichen pädagogischen Maßnahmen oder therapeutische Strategien kaum beeinflussbar scheinen. Über die dahinterliegenden Ursachen und Motive bei diesen Kindern ist oft wenig bekannt. So zeigte eine Erhebung in den USA mit erwachsenen Patient:innen mit Essstörung, dass 75 Prozent der Betroffenen, die vor dem Alter von elf Jahren erkrankten, die Verdachtsdiagnose PTBS erfüllen und im Mittel neun traumatische Ereignistypen berichten (Brewerton et al., 2022). Weiterhin zeigen amerikanische Forschungsergebnisse, dass 92 Prozent der Jugendlichen, die mit der Justiz in Kontakt

kommen, mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt haben (Abram et al., 2004) und im Durchschnitt 30 Prozent eine PTBS aufweisen (Ford et al., 2007). Darüber hinaus haben zahlreiche Studien den starken Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und späterer Störung des Sozialverhaltens belegt (Maniglio, 2015).

Eltern, Erzieher:innen, Lehrer:innen oder andere Bezugspersonen haben an uns häufig den Auftrag, dass das schwierige Verhalten „abgestellt“ wird, sich die Kinder wieder einfügen und im Alltag gut zurechtkommen sollen. Die Täter:innen, die häufig aus dem Nahbereich stammen (UBSKM, 2022), haben ein großes Interesse daran, dass die Betroffenen weiter über die Ursachen ihres Leidens schweigen. Scham- und Schuldgefühle aufseiten der Kinder und Jugendlichen und auch aufseiten der Familien verhindern, dass offen über die Ereignisse gesprochen werden kann. Und nicht zuletzt gehört die Anstrengung, das Trauma zu vergessen und auf keinen Fall daran zu denken oder darüber zu reden, zu den Kernsymptomen der posttraumatischen Belastungsstörung, wie wir gleich noch sehen werden.

### **1.1.1 Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach DSM-5**

In der Praxis stehen wir vor der Aufgabe, uns bei all der Vielfalt und Komplexität nicht zu verlieren und vor allen Dingen den speziellen Bedarf nach einer traumafokussierten Behandlung nicht zu übersehen, sondern zu erkennen. Dafür benötigen wir Werkzeuge, die uns helfen, die Berichte und Beobachtungen von Kindern und Eltern zu ordnen und zu unserem Fachwissen über Traumafolgen und Behandlungsmöglichkeiten in Bezug zu setzen. So können wir uns ein umfassendes und individuelles Bild von den Schwierigkeiten und Ressourcen des jeweiligen Kindes machen und anhand dessen eine passende Behandlung vorschlagen. Als ein solches nützliches Werkzeug empfinden wir die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) in der Beschreibung, die uns das DSM-5 anbietet (s. Kasten). Aus jahrzehntelangen Beobachtungen gewonnen und wissenschaftlich gut untersucht, rahmt sie unserer Erfahrung nach die vielfältigen Phänomene treffend ein, die uns in der täglichen Arbeit mit traumabelasteten Kindern und Jugendlichen tatsächlich begegnen. Dies erleichtert es uns auch, Kindern und Eltern die Entstehung und das Zusammenspiel der Symptome besser zu erklären und einen Therapieplan abzuleiten. Mit einer Prävalenz von 1–5 Prozent bei Minderjährigen (Landolt, 2013; McLaughlin, 2013) tritt die PTBS in etwa gleich häufig auf wie die ADHS (Schlack et al., 2007), wird aber seltener diagnostiziert.

### **Symptombereiche der PTBS nach DSM-5**

Das DSM-5 beschreibt neben dem Trauma-Kriterium Schwierigkeiten in vier Symptombereichen und ermöglicht darüber hinaus eine Berücksichtigung der dissoziativen Symptomatik.

#### **Wiedererleben („Intrusionen“)**

Kinder und Jugendliche mit PTBS leiden unter belastenden, sich aufdrängenden Erinnerungen an das Geschehene. Diese können in allen Sinnesmodalitäten auftauchen (z. B. Bilder, Geräusche, Gerüche, Körperempfindungen). Werden Kinder durch Reize (Trigger wie z. B. die Sirene eines Rettungswagens) an das traumatische Ereignis erinnert, reagieren sie mit starker Angst und körperlichen Veränderungen wie Herzklopfen oder Zittern. Häufig kommen Alpträume vor. Kleinere Kinder spielen das Ereignis immer wieder lustlos nach.

#### **Vermeidung**

Die Betroffenen versuchen mit ganzer Kraft, Erinnerungen, Gedanken und Gefühle in Zusammenhang mit dem Ereignis zu vermeiden. Sie gehen Personen, Orten, Gesprächen, Aktivitäten und Situationen aus dem Weg, die sie an die Ereignisse erinnern. Das macht es auch schwer, offen über die Ereignisse zu sprechen und Unterstützung zu erfahren.

#### **Negative Veränderungen von Kognition und Stimmung**

Manchmal werden Teile der Ereignisse nicht erinnert. Das muss insbesondere auch in Hinblick auf die Beurteilung der Glaubwürdigkeit berücksichtigt werden, da Inkonsistenzen und Erinnerungslücken kein Hinweis auf Unwahrheiten sind, sondern vielmehr der Ausdruck der für das Traumagedächtnis typischen Fragmentierung. Kinder und Jugendliche mit PTBS entwickeln anhaltende und übertriebene negative Überzeugungen oder Erwartungen, die sich auf die eigene Person, andere Personen oder die Welt beziehen und meistens etwas mit den Ursachen oder Folgen des Traumas zu tun haben. Beispiele hierfür sind: „Ich bin nirgends sicher“, „Man kann niemandem vertrauen“ oder „Weil mir das passiert ist, bin ich wertlos“. Häufig geben sich Kinder und Jugendliche selbst die Schuld für die Ereignisse. Sie sind geplagt von Furcht, Wut, Schuld oder Scham. Viele haben keine Freude mehr an Dingen, die sie früher gerne gemacht haben, ziehen sich zurück oder fühlen sich anderen Menschen nicht mehr nahe. Sie haben Schwierigkeiten, angenehme Gefühle wie Glück, Zufriedenheit oder Zuneigung zu empfinden.

#### **Veränderungen des Erregungsniveaus und der Reaktivität („Hyperarousal“)**

Jungen und Mädchen, die unter einer PTBS leiden, haben ein dauerhaft gesteigertes Erregungsniveau. Einige werden nach dem Trauma leicht reizbar und bekommen Wutausbrüche bei kleinsten Anlässen. Einige verhalten sich risikoreich oder verletzen sich selbst bis hin zu Selbstmordgedanken oder -versuchen. Manche sind übermäßig wachsam oder schreckhaft. Viele traumatisierte Kinder und Jugendliche haben Konzentrationsschwierigkeiten, was sich in einer Verschlechterung der Schulleistungen niederschlägt. Schwierigkeiten einzuschlafen, durchzuschlafen oder ein unruhiger Schlaf sind nicht selten.

#### **Spezifikation: mit oder ohne Dissoziation**

Manche Betroffene fühlen sich zeitweise wie in einem Traum oder nehmen die Umwelt als unwirklich wahr (Depersonalisation und Derealisation). Diese Symptomatik tritt auch unabhängig von Erinnerungen an das Trauma auf und hängt oft mit dem allgemeinen Stresslevel des Kindes zusammen.

Von allen oben beschriebenen Symptombereichen ist das *Wiedererleben besonders ausschlaggebend für die Behandlungsplanung*. Während viele der anderen Symptome auch im Rahmen anderer psychischer Erkrankungen oder Stressreaktionen auftauchen können und somit gut auf herkömmliche Behandlungsmethoden ansprechen, sind Symptome des Wiedererlebens ganz einzigartig für die PTBS und erfordern eine traumafo-kussierte Arbeit, also eine konkrete Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/ oder seiner Bedeutung (Schäfer et al., 2019).

### 1.1.2 Von der ICD-10 in die ICD-11

Das Referenzsystem für die klinische Arbeit in vielen Ländern ist die ICD, die Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Schon in ihrer zehnten Fassung (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015) und überlappend mit dem DSM formuliert sie als Kernsymptome der posttraumatischen Belastungsstörung den Dreiklang aus Intrusionen, Übererregung und Vermeidung. In der ICD-11 ([↗https://icd.who.int/en](https://icd.who.int/en)), welche die alte Kategorisierung gerade ablöst, wurde neben der (klassischen) PTBS außerdem die Diagnose der komplexen PTBS eingeführt. Sie bezieht sich auf Ereignisse von besonderer Tragweite, insbesondere dann, wenn diese wiederholt stattfinden, länger andauern und ein Entkommen aus der Situation schwierig oder unmöglich ist. Hier zählen neben den Grundsymptomen (Intrusionen, Übererregung und Vermeidung) noch weitere Symptome zur Diagnose, im Einzelnen:

- Probleme in der Emotionsregulation,
- ein negatives Selbstbild verbunden mit Gefühlen von Scham, Schuld oder Versagen sowie
- Schwierigkeiten in den Beziehungen zu anderen Personen.

In der ICD-11 wird mit der anhaltenden Trauerstörung außerdem auch eine neue Diagnose eingeführt, die außergewöhnliche Trauerreaktionen nach dem Verlust einer nahestehenden Person beschreibt. Zu den Leitsymptomen zählen:

- die Sehnsucht nach oder ein ständiges Beschäftigen mit der Person sowie
- starker emotionaler Schmerz (Traurigkeit, Schuldgefühle oder -zuweisungen, Leugnen, Ärger, Schwierigkeiten, den Tod zu akzeptieren oder sozialen Aktivitäten nachzugehen).

Zur Abgrenzung gegenüber „normalen“ Trauerprozessen werden eine ungewöhnlich lange Zeitdauer und ein Abweichen von der kulturellen Spannbreite genannt sowie bedeutsame Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen. Gerade im Hinblick auf traumatisierte Kinder lohnt es sich, die Auswirkungen der Verlusterfahrungen im Blick zu behalten: Zum einen gehen traumatische Ereignisse oftmals mit Todesfällen einher, und neben den traumabezogenen Aspekten können Verluste weitere Folgebelastung mit sich bringen, die adäquat erkannt und versorgt werden sollten. Zum anderen leiden Kinder auf mehreren Ebenen unter einem Verlust, da oft auch das unmittelbare Unterstützungssystem betroffen ist. Verstirbt beispielsweise ein Elternteil oder ein

Geschwisterkind, so sind auch die erwachsenen Bezugspersonen mit eigenen Trauerprozessen beschäftigt. Das verändert deren Verfügbarkeit für die Unterstützung der Kinder, die so dringend gebraucht wird.

### 1.1.3 **PTBS-Symptome in der Praxis: Sie stecken Helfer:innen an und erschweren die Behandlung**

Wer mit traumabelasteten Familien gearbeitet hat, wird festgestellt haben: Die Symptome beeinträchtigen nicht nur die Betroffenen selbst, sondern sie haben Ansteckungseffekte und lösen in den Bezugssystemen und in den Helfersystemen Dynamiken aus, die der Überwindung der Symptome im Wege stehen. Weil die Gehirne von traumatisierten Menschen die belastenden Reaktionen als überlebensnotwendig empfinden (mehr dazu in Abschn. 1.2.2), sträuben sie sich in der Regel dagegen, sie aufzugeben, und lassen zunächst einmal keine Gelegenheit aus, um Hilfsmöglichkeiten zu vereiteln.

- Die Inhalte des **Wiedererlebens** machen nicht nur den Kindern Angst, sondern können auch für die Helfer furchteinflößend sein. Therapeut:innen sind selbst auch Eltern oder haben Kinder im Nahfeld. Sich Details über den sexuellen Missbrauch von einem kleinen Mädchen anzuhören oder die Gefühlswelten eines Jugendlichen zu begleiten, der seinen Vater tot aufgefunden hat, ist auch für sie schwer auszuhalten. Die Ungerechtigkeiten und Grausamkeiten, mit denen sie bei der Arbeit in Berührung kommen, kratzen an eigenen Sicherheiten, lösen manchmal starke emotionale und körperliche Reaktionen aus und können Intrusionen bei den Behandelnden hinterlassen. Weil dies insgesamt zu Belastungen bis hin zu einer sekundären Traumatisierung führen kann, betonen wir den Stellenwert von Selbstfürsorge in Kapitel 2.
- Ebenfalls in Kapitel 2 vertiefen wir, wie man in den Sitzungen und darüber hinaus damit umgehen kann, dass **Übererregung** ansteckend ist, dass die Angst, Patient:innen zu destabilisieren, abschreckend ist und dass Therapeut:innen sich selbst gut regulieren müssen, damit sie die Kinder adäquat koregulieren können.
- Die Hoffnungslosigkeit, das Schwarz-Weiß-Denken, das Misstrauen und all die anderen Belastungen, die sich aus **negativen Veränderungen von Kognition und Stimmung** für die Betroffenen ergeben, führen bei den Helfer:innen oftmals zu Gefühlen der Hoffnungslosigkeit, zu Lähmung und zu Hürden bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Auch Helfende können in die Falle geraten, Gedanken oder Zweifel zu entwickeln, die entweder unberechtigt sind oder dem Prozess schaden („Bei so einer Vorgeschichte sind die Heilungschancen gering“, „Das Kind ist zu instabil für eine Traumaverarbeitung“, „Die Jugendliche strengt sich zu wenig an“).
- Besonders ansteckend sind **Vermeidungstendenzen**. Aus Angst, Scham und Nicht-wahrhaben-Wollen bemerken auch enge Familienmitglieder oft nicht, dass Übergriffe stattfinden, oder sie lehnen Hilfe ab. In der Gesellschaft und auch bei vielen Fachleuten besteht wenig Bewusstsein darüber, wie weit traumatische Ereignisse verbreitet sind und welche Hilfsmöglichkeiten es gibt. Und auch viele Psychotherapeut:innen

scheuen sich davor, die Kinder direkt auf die Traumatisierung anzusprechen oder ihnen eine traumafokussierte Behandlung anzubieten – oftmals aus Sorge, etwas falsch zu machen oder die Lage noch mehr zu verschlimmern. Dabei dürfen wir unter Berufung auf den wissenschaftlichen Konsens getrost dafür einstehen, dass der größte Behandlungsfehler in der Traumatherapie die Nicht-Behandlung ist.

- Auch **dissoziative Symptome** wie Depersonalisations- oder Derealisationserleben können ansteckend oder einschüchternd sein. Vielleicht haben Sie sich in der Arbeit mit schwer traumatisierten oder hochdissoziativen Menschen schon einmal selbst dabei ertappt, wie Sie Ihre eigenen Gedanken nicht mehr richtig verfolgen konnten und Ihnen Ihre Umgebung oder der Kontakt zu Ihren Patient:innen irgendwie unwirklich vorkam? Manchmal spüren wir auch eine für uns eher untypische Zurückhaltung beim Stellen bestimmter Fragen und beim Ansprechen von Themen, die von den Patient:innen nicht komplett realisiert werden können und abgespalten werden mussten. In manchen Fällen können dissoziative Symptome auch zu Verwirrung bei uns führen. Warum kann jemand in der einen Stunde gut über etwas Auskunft geben, scheint sich dann aber in der nächsten Sitzung nicht mehr richtig zu erinnern? Wie kann es sein, dass manche Körperteile nicht mehr gespürt oder angesteuert werden können? Dass es immer wieder zu Schweigen, Abwesenheit und dissoziativen Anfällen kommt? Manchmal stellt sich dann bei den Helfer:innen ein Gefühl der Unsicherheit ein: Welche Phänomene sind von den Patient:innen kontrollierbar und welche nicht? Was ist wahr und was „erfunden“?

#### 1.1.4 Paradigmenwechsel: PTBS-Symptome machen Sinn!

In den bisherigen Ausführungen haben wir die langanhaltenden Reaktionen auf traumatische Erfahrungen als seelische Erkrankung oder *Störung* beschrieben. Das finden wir legitim und wichtig, weil PTBS-Symptome bei den Betroffenen zweifellos Leiden verursachen, belastend sind und im wahrsten Sinne des Wortes *stören*. Sie stören dabei, all die Dinge zu tun, die Kinder unbeschwert tun können sollten: lachen, sich freuen, spielen, Freunde finden, sich entwickeln, lernen, neugierig sein, sich sicher und gemocht fühlen, sich konzentrieren – ja, sie stören sogar beim Schlafen.

Gleichzeitig ist es wichtig anzuerkennen, dass alle Symptome durchgängig die beste mögliche Anpassungsleistung darstellen, die Kinder entwickeln konnten, um mit stark überlastenden Erlebnissen zurechtzukommen. Symptome des Wiedererlebens sind Ausdruck unverarbeiteter Erinnerungsfragmente. Vermeidungssymptome sind verbissene Versuche, nicht schon wieder etwas Schlimmes erleben oder fühlen zu müssen. Gedankliche Verzerrungen wie Schuldkognitionen bieten brauchbare, wenngleich schmerzliche Erklärungen für unbegreifliche Erfahrungen oder nehmen Täter:innen in Schutz, von denen die Kinder abhängig waren und oft noch sind. In den Übererregungssymptomen zeigt sich eine biologisch fundierte, erhöhte Alarmbereitschaft, die die Betroffenen in Zukunft besser schützen soll. Dissoziation ist ein Mechanismus, der in der traumatischen Situation geholfen hat, unaushaltbaren Schmerz nicht komplett fühlen zu müssen

und von Angst nicht vollkommen überflutet zu werden. Und selbst komorbide Erkrankungen entwickeln sich oft aus der Notwendigkeit, wieder ein Kontrollgefühl herzustellen, wie bei Zwängen, oder sich zu betäuben, wie bei Suchterkrankungen.

**Vor diesem Hintergrund scheint es uns berechtigt zu unterstreichen, dass alle Symptome normale, nachvollziehbare, ja sogar auf eine gewisse Weise überlebensnotwendige Reaktionen auf die alles andere als normalen, völlig überfordernden traumatischen Ereignisse sind.** Tatsächlich erleben viele Personen unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis genau solche Reaktionen. Während sie bei vielen Betroffenen wieder von allein weggehen, setzen sie sich bei anderen fest und bilden plötzlich ein starkes Hindernis für ein zufriedenes Leben. In diesem Fall kann traumafokussierte Therapie helfen, um die ins Stocken geratene Bewältigung wieder in Gang zu setzen. Dabei besteht Traumatherapie primär nicht darin, Symptome zu bekämpfen. Vielmehr wollen wir erreichen, dass sich der innere Zustand und das übersteuerte Gefahrenerebnen dahingehend verändern, dass die Symptome in ihrer Funktion als Schutzstrategien überflüssig werden. Die Bedingungen dafür herzustellen ist der Sinn der Traumatherapie.

Vor diesem Hintergrund wird auch verständlich, warum wir in der Traumatherapie nicht symptomgeleitet, sondern *verständnisgeleitet* vorgehen. Dieser „Paradigmenwechsel“ ist auch für unsere Haltung als Traumatherapeut:innen ungemein wichtig: *Es geht nicht darum, Symptome zu bekämpfen – sondern darum, Symptome überflüssig zu machen.*

## 1.2 Traumatherapie als bewältigungsorientierte Psychotherapie mit angemessener Berücksichtigung der Ursachen

Julian ist ein aufgeweckter 13-Jähriger. Er spielt hervorragend Tischtennis und Keyboard. Bis vor kurzem war er ein sehr guter Schüler und hatte viele Freunde. Aktuell wohnt er im Kinderheim, weil seine alleinerziehende Mutter mit seinen Wutausbrüchen nicht mehr klarkommt. Kürzlich ist er anderen Kindern mit den Scherben einer Glasflasche hinterhergerannt und hat anschließend versucht, aus dem Fenster zu springen. Auslöser war, dass sich die anderen um eine Baseballmütze gestritten hatten.

Im „Hier und Jetzt“ macht es überhaupt keinen Sinn, warum ein ansonsten gut integrierter und weitgehend unauffälliger 13-Jähriger in einer alltäglichen Situation mit Gleichaltrigen dermaßen ausrastet und sich und andere so in Gefahr bringt. Nichts in der gegenwärtigen Situation lässt einen Grund für ein solches Problemverhalten erkennen.

Spulen wir ein paar Jahre zurück. Als Julian zehn ist, lernt seine Mutter einen neuen Partner kennen. Sie arbeitet im Schichtdienst, der Stiefvater ist oft mit den Kindern allein. Wenn er getrunken hat, verprügelt er Julian, sobald der Junge etwas lauter mit seinem jüngeren Bruder streitet. Über einen Zeitraum von zwei Jahren ist es nicht selten vorgekommen, dass der Stiefvater Julian mit Kabelbindern an einem Stuhl festgebunden und mit Gegenständen auf ihn eingeschlagen hat. In solchen Momenten hat Julian oft

gedacht: „Lieber springe ich aus dem Fenster, als noch länger mit ihm zusammenzuwohnen.“

Im „Dort und Damals“ erhält die aktuelle Problemsituation eine ganz andere Plausibilität. Streitsituationen sind für Julian Trigger. In solchen Momenten wird er „per Schleudersitz“ von der Gegenwart zurück in die Traumazeit katapultiert. Dieses Wissen verändert die Sicht auf Julians Verhalten komplett.

#### **Definition „Trigger“**

Unverarbeitete Erinnerungen an traumatische Ereignisse sind im Gedächtnis in Form von Netzwerken abgespeichert, die alle damit verknüpften Sinneseindrücke, Gedanken, Gefühle, Verhaltensimpulse und Körperempfindungen beinhalten. Wenn Kinder und Jugendliche, die unter einer PTBS leiden, durch äußere oder innere Hinweisreize an das Trauma erinnert werden, wird das ganze Netzwerk einschließlich emotionaler Reaktionen und Verhaltensimpulse aktiviert. Beim Trigger-Begriff denkt man oft als Erstes an äußere Reize wie bestimmte Personen (die dem Täter oder der Täterin ähnlich sehen), laute Geräusche (nach einem Unfall), den Geruch von Rauch oder verbranntem Fleisch (nach einem Brand), bestimmte Nahrungsmittel (Joghurt nach oralem Missbrauch) oder bestimmte Umgebungen (Schwimmbadbesuch nach einem Bootsuntergang). Trigger können aber auch unscheinbarer sein (Nacht, weil der Missbrauch da stattgefunden hat, der Jahrestag des Todes eines Angehörigen, warten – so wie damals im Luftschutzbunker), eine bestimmte Beziehungskonstellation betreffen (Konflikte mit einer Autoritätsperson), innere Körperzustände widerspiegeln (hungrig, müde, Harndrang) oder bestimmte Gefühle (Angst – auch wenn sie sich auf die nächste Matheaufgabe bezieht).

Für den Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen macht es einen riesigen Unterschied, wenn es uns gelingt, das vermeintliche Problemverhalten immer als einen *Kontrollverlust* zu verstehen (Hensel, 2012). Ein Kontrollverlust, der sich daraus ergibt, dass die Kinder im Flashback dieselben Situationen von damals noch einmal durchleben, als würden sie gerade stattfinden. *Genauso wie damals* versucht sich Julian auch heute durch einen Sprung aus dem Fenster zu retten. *Im genauen Gegenteil zu damals* wird er heute selbst aggressiv, bevor die anderen ihm gefährlich werden könnten. Was wie ein Angriff aussieht, ist in Wirklichkeit eine Verteidigung. Sie ergibt sich aus der inneren Angst und einem verzweifelten Bedürfnis nach Schutz. Das heutige Problemverhalten ist mit Blick durch die Traumabrille ein sinnvolles Verhalten aus einem wichtigen Grund – aber mit hohen Kosten.

Gerne wird für die Beschreibung der Traumafolgestörungen die Metapher eines Eisbergs herangezogen (vgl. Abb. 1.1). Beim Eisberg ist nur ein sehr kleiner Anteil über der Wasseroberfläche zu sehen. Ein weitaus größerer Teil befindet sich unter Wasser. Was wir bei den traumatisierten Kindern über der Wasseroberfläche sehen, sind die gegenwärtigen Symptome und Problemverhaltensweisen. Um diese aber zu verstehen, brauchen wir das Wissen über die gemachten Erfahrungen in der Vergangenheit, die im Bauch des Eisbergs unter Wasser liegen.

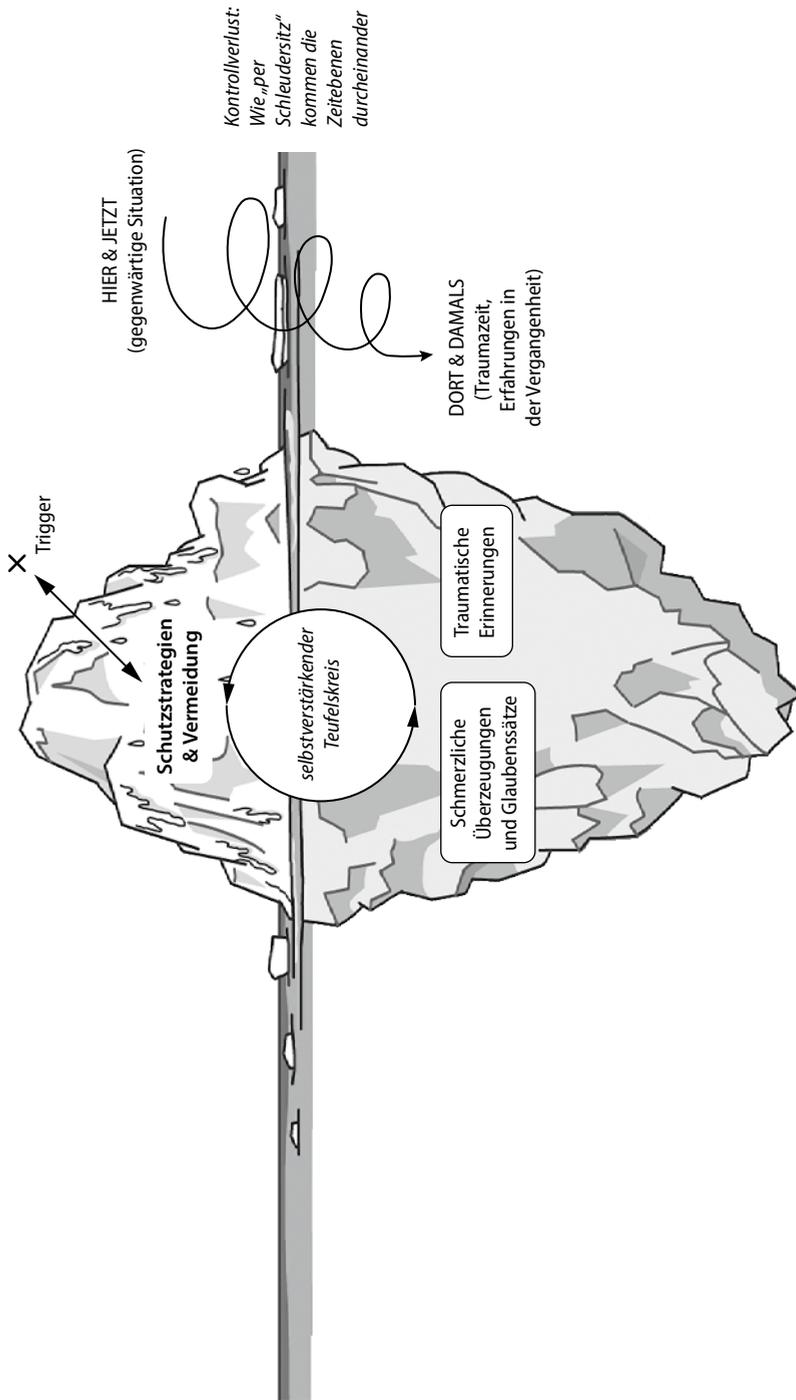


Abbildung 1.1 Eisberg & Schleudersitz

In Abbildung 1.1 sowie auf dem AB 1.1 wird grafisch veranschaulicht, wie die im Alltag sichtbaren Symptome missglückte Problemlöseversuche darstellen, die sich aus der Dynamik der Traumafolgen ergeben. Auf die Theorie dahinter (Ehlers & Clark, 2000) gehen wir in Abschnitt 1.2.1 ein.

Inwiefern unterscheidet sich traumafokussierte Therapie also von herkömmlicher Psychotherapie? Wir rechnen in der traumafokussierten Arbeit nicht damit, dass sich die Symptome über eine symptomorientierte Behandlung lösen lassen. Im Bauch des Eisbergs sitzt die PTBS. Kaum würden wir ein Symptom an der Oberfläche beseitigen, würde das nächste Symptom nachkommen. Wenn wir mit Julian trainieren würden, sich weniger aggressiv zu verhalten, würde er vermutlich stattdessen eine starke Angst entwickeln, die das Ausmaß einer Panikstörung annehmen kann. Eine nachhaltige Lösung der sichtbaren Symptome ist nur zu erwarten, wenn es uns gelingt, den Bauch des Eisbergs aufzulösen. Was aber macht den Bauch des Eisbergs aus? Es sind die ungünstig verarbeiteten und desintegriert abgespeicherten Erinnerungen zum Zeitpunkt der Traumatisierung und die damit einhergehenden schmerzlichen Bewertungen und Erwartungen. Diese verfestigen sich jedes Mal noch mehr, wenn zur Bewältigung von Erinnerungsdruck Strategien eingesetzt werden, die kurzfristig hilfreich, aber langfristig schädigend sind.

### **1.2.1 Das kognitive Modell der PTBS**

Anke Ehlers und David Clark (Ehlers & Clark, 2000) beschreiben diese Zusammenhänge eindrucksvoll in ihrem kognitiven Modell der PTBS. Dieses ist inzwischen in vielfältigen Studien überprüft worden, manche Aspekte wurden auch speziell bei Kindern und Jugendlichen untersucht (Mitchell et al., 2017).

#### **Entstehung der PTBS**

Auslöser für krank machende Reaktionen ist das Erleben eines potenziell traumatischen Ereignisses. Die Wahrscheinlichkeit, eine Störung zu entwickeln, steigt einerseits in Abhängigkeit von den Merkmalen des Traumas. Julian beispielsweise hat wiederholt interpersonelle Gewalt durch eine nahe Bezugsperson erlebt. Das ist ein besonders krank machender Auslöser. Andererseits sind auch prädisponierende Umstände ausschlaggebend, wie eine vorbestehende psychische Erkrankung oder weitere innere und äußere Risikofaktoren. Nicht nur durch einzelne, sehr extreme Ereignisse, sondern auch durch die Häufung mehrerer für sich genommen geringfügigerer Ereignisse kann eine Schwelle überschritten werden, die das Gehirn in nicht mehr bewältigbaren Stress versetzt. Dass nicht jedes Kind mit vergleichbaren Voraussetzungen eine PTBS entwickelt, wird im Modell damit erklärt, dass die kognitive Verarbeitung in der Situation eine große Rolle spielt. Attribuiert die Person die Ereignisse eher external oder internal? Erlebt sie Ohnmacht und Hilflosigkeit oder kann sie sich zumindest innerlich abgrenzen? Kann das

Ereignis als *endlich* eingeschätzt werden? Befürchtet die Person, dass sie sterben wird? Was nimmt sie aus der Situation an Einsichten und Erkenntnissen über sich, andere und die Welt mit? Julian beispielsweise gibt sich selbst die Schuld für die körperlichen Misshandlungen. Immerhin scheint er sich nicht so leise verhalten zu haben, dass der Stiefvater nicht ärgerlich werden musste. Den Stiefvater in die Verantwortung zu ziehen ist für den Zehnjährigen keine Option. Erstens weiß er, wie sehr die Mutter ihn liebt und wie schwer sie sich getan hat, sich wieder auf einen Mann einzulassen, nachdem der leibliche Vater die Familie verlassen hat. Er will sie auf keinen Fall verletzen. Zweitens hat er Angst, dass ihn der Stiefvater umbringen wird, wenn er sich wehrt. Die wiederholte Hilflosigkeit und das Gefühl des Ausgeliefertseins in vielen wiederkehrenden Gewaltsituationen sind ein glaubhafter Beleg dafür. Er hat sich noch nie den Gedanken erlaubt, dass der Stiefvater sich falsch verhält und nicht er. Durch das Zusammenwirken von traumatischen Erlebnissen und ungünstiger Traumaverarbeitung können wir die Entstehung von Julians krankheitswertiger, chronischer Belastungsreaktion erklären.

### Aufrechterhaltung der PTBS

Julians Stiefvater sitzt im Gefängnis. Warum verschwinden die Symptome nicht von alleine, nachdem die reale Bedrohung beendet ist? Im kognitiven Modell wird dies primär dadurch erklärt, dass Julian nach wie vor Zustände von aktueller Bedrohung erlebt. Dies wird nach Ehlers und Clark durch das Zusammenwirken von drei Elementen erklärt.

Erstens, die ungünstige gedankliche Verarbeitung in der traumatischen Situation setzt sich auch nach Ende der Situation fort: Nicht nur das Trauma, sondern auch seine Ursachen und Folgen werden negativ verzerrt bewertet, was zu *schmerzlichen Überzeugungen und Glaubenssätzen* führt. Zudem entwickeln Kinder und Jugendliche im Versuch, das Erlebte einzuordnen, eine einseitige und ungünstige Sicht auf sich selbst (z. B. als wertlos und schuldig), auf die Welt (z. B. als gefährlich und unberechenbar) und auf die Zukunft (z. B. als schlecht und begrenzt). Oben haben wir bereits gehört, dass Julian sich selbst die Schuld für die Misshandlungen gibt. Er hat eine furchtbar schlechte Meinung von sich. Wäre nicht irgendetwas grundverkehrt mit ihm, hätte er bestimmt nicht solche Erfahrungen gemacht. Alle anderen Kinder werden schließlich nicht geschlagen. Wenn sogar die engsten Bezugspersonen gewalttätig sind, wem soll er dann überhaupt vertrauen? Er ist sich sicher, dass die meisten Erwachsenen böse sind und man lieber niemandem trauen sollte, um nicht wieder verletzt zu werden. Auch seine PTBS-Symptome bewertet er dementsprechend: Die Wutausbrüche (die vorher nicht vorhanden waren) bestätigen für ihn, dass er wirklich ein außer Kontrolle geratener Junge ist, wie es sein Stiefvater immer gesagt hat. Julian fühlt sich als Versager und hat keinen Berufswunsch: Er rechnet nämlich nicht damit, jemals erwachsen zu werden, wenn schon sein bisheriges Leben ein solches Desaster war.

In der Folge erleben Betroffene schmerzliche Gefühle, die sich aus den spezifischen Bewertungen des Traumas und seiner Folgen ergeben. In Julians Fall ist dies zum einen die Angst, dass von engen Bezugspersonen jederzeit schreckliche Dinge zu erwarten sind. Zum anderen erlebt er starke Schuld und Scham, da er sich so schlecht verhalten hat und seiner Meinung nach das einzige Kind ist, dem so etwas passiert. Die Gedankenwelten naher Bezugspersonen können die ungünstige gedankliche Verarbeitung bei den Kindern zusätzlich beeinflussen, z.B. wenn sie ihre Kinder abwerten oder beschuldigen.

Zweitens, traumatische Erfahrungen sind anders im Gedächtnis abgespeichert als gewöhnliche Erinnerungen. Einerseits sind die *traumatischen Erinnerungen* fragmentiert. Erlebtes, Gefühltes und Gedachtes bilden keine kohärente Einheit. Julian hat Erinnerungslücken. Er kann von vielen Situationen nicht mehr genau sagen, was er mit seinen Sinnen wahrgenommen hat und welche Gedanken und Gefühle er in der Situation hatte. Teilweise ist ihm die Zeitspur abhandengekommen und er weiß nicht mehr genau, in welcher Reihenfolge die Dinge passiert sind. Solange Erinnerungen nicht kohärent sind, können sie nicht abgelegt werden, sondern bleiben emotional aufgeladen. Andererseits sind alle Fragmente, die zu einer traumatischen Erinnerung gehören, emotional eng miteinander gekoppelt und nicht als vergangene Erfahrung abgespeichert, sodass die Aktivierung einer bestimmten Erinnerung einhergeht mit einer Reaktivierung aller anderen emotionalen und sensorischen (z. B. visuell, auditiv, olfaktorisch) Elemente derselben Situation. Diese Reaktivierung wird von dem Betroffenen wie im Hier und Jetzt erlebt und erzeugt das Gefühl der aktuellen Bedrohung. Sobald Julian den Geruch von Bier wahrnimmt, erinnert er sich blitzschnell an seinen Stiefvater. Sein Nacken schmerzt. Er hat starke Angst und fühlt sich gelähmt. Ihm ist, als würde er den Stiefvater atmen hören. Das ist deshalb so, weil in seinem Gedächtnis ein Traumanetzwerk entstanden ist, dessen Elemente eng gekoppelt sind und sich gegenseitig aktivieren, sodass auch Reize, die nicht unmittelbar mit dem Trauma in Beziehung stehen, Trigger darstellen können (in Julians Fall der Streit der Gleichaltrigen).

Diese ersten beiden Elemente, die ungünstigen Interpretationen und das fragmentierte Traumagedächtnis, bilden den „Bauch des Eisbergs“. Diese treten in einen *selbstverstärkenden Teufelskreis* mit dem dritten Element, nämlich Schutzstrategien einschließlich Vermeidung.

Trifft ein Kind mit einem „großen Eisbergbauch“ auf einen inneren oder äußeren Auslösereiz (Trigger, s. Kasten Seite 23) oder drängt sich ein Element des nicht elaborierten Traumagedächtnisses in den Vordergrund, erlebt das Kind erneut einen Kontrollverlust, Hilflosigkeit und Entsetzen und wird von den negativen Gefühlen von damals überflutet, was wir als Wiedererleben bezeichnen. Diesen Moment haben wir weiter oben mit einem Schleudersitz verglichen. Um mit der starken Überflutung zurechtzukommen, wählen Kinder automatische *Schutzstrategien*. Gemeint sind alle kompensatorischen Verhaltensweisen, die den Leidensdruck reduzieren und die Kontrolle wiederherstellen sollen. In Julians Beispiel ist es unter anderem die Aggressivität gegen andere im

Sinne eines gegensinnigen Problemverhaltens. Weitere verbreitete Schutzstrategien sind suizidales Verhalten, Selbstverletzungen, Substanzmissbrauch, Lügen, Schlaflosigkeit, Erbrechen oder auch Dissoziation. Auch Symptome anderer psychischer Erkrankungen wie einer Depression oder einer Zwangsstörung können die Rolle von Schutzstrategien erfüllen, da sie entweder vor Intrusionen abschirmen (z. B. bei der Depression) oder der Herstellung von Kontrolle dienen (z. B. beim Zwang). Damit es gar nicht zur Gefühlsflut kommt, setzen Kinder außerdem vorbeugend *Vermeidungsverhalten* ein. Julian versucht mit ganzer Kraft, nicht an das Trauma zu denken oder mit Reizen in Berührung zu kommen, die als Trigger wirken könnten. An den Wochenenden will er deshalb auf keinen Fall zurück in seine Wohnung, um dort seine Mutter und seinen Bruder zu besuchen. Er weiß, dass er, sobald er die Türschwelle überschreitet, heftigste Ängste verspürt und schnell die Kontrolle über sein Verhalten verliert.

Schutzstrategien und Vermeidung stellen somit das dritte der drei interaktiven Elemente bei der Aufrechterhaltung der Störung dar. Das Arglistige an den Schutzstrategien und an der Vermeidung ist, dass sie kurzfristig sehr gut wirken. Langfristig aber führen sie zu den PTBS-Symptomen, stören und verhindern die Integration der traumatischen Erinnerungen ins autobiografische Gedächtnis und wirken als Bestätigung für die negativen Glaubenssätze über sich und die Welt. Julian schämt sich jedes Mal, wenn er wieder aggressiv gegen andere Kinder geworden ist. Er sieht es als Bestätigung an, dass er ein schlechtes Kind ist und dass er sich nie wieder normal und sicher fühlen wird.

Leider werden die negativen Glaubenssätze der Kinder oftmals durch die Reaktion der Eltern oder anderer Bezugspersonen geprägt bzw. gestärkt. Sei es, weil die Eltern selbst stark belastet sind oder an einer eigenen psychischen Erkrankung leiden oder weil sie das Verhalten der Kinder nicht richtig als Schutzstrategien verstehen können. Dadurch kann die Gedankenwelt der Eltern die Entstehung und Aufrechterhaltung einer PTBS bei den Kindern begünstigen.

### **1.2.2 Neurobiologische Modelle**

Im vorhergehenden Abschnitt haben wir uns primär mit den psychologischen, auf Verhaltens- und Erlebensebene beobachtbaren Veränderungen befasst, die traumatische Erlebnisse nach sich ziehen können. Aus der Forschung wissen wir jedoch, dass psychosoziale Stressoren auch tief in biologische Regulationssysteme eingreifen können und funktionelle sowie strukturelle Veränderungen im Gehirn nach sich ziehen. Umgekehrt spielen die genetische Grundausstattung eines Menschen sowie epigenetische Mechanismen und biologische Dispositionen eine entscheidende Rolle dabei, ob ein spezifisches traumatisches Ereignis eine Traumafolgestörung wie zum Beispiel die PTBS auslöst bzw. zu schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen führt oder nicht. Es wird zunehmend klar, dass sich unterschiedliche Formen von Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit, je nach Alter und Entwicklungsstand des Gehirns, in sehr spezifischen Veränderungen niederschlagen können (Teicher et al., 2016).

## Strukturelle Veränderungen

Studien berichten sowohl Veränderungen im Volumen bestimmter Gehirnregionen, insbesondere dem Hippocampus, der vor allem für die Speicherung und den Abruf von Gedächtnisinhalten zuständig ist, als auch in der Konnektivität zwischen verschiedenen Gehirnregionen. Des Weiteren zeigt sich, dass sich auch die Entwicklung sensorischer Systeme verändern kann und somit auch die Verarbeitung von Sinneswahrnehmungen. Insbesondere die durch die Amygdala vermittelte Reaktion auf bedrohliche Wahrnehmungen ist bei traumatisierten Menschen deutlich verstärkt. Die Amygdala können wir uns wie unseren „Feuermelder“ im Gehirn vorstellen. Gleichzeitig scheint es eine Beeinträchtigung bei der Erwartung von Belohnung zu geben, sodass potenziell schöne Situationen oder Aktivitäten weniger aufgesucht werden. Auch die Verbindungen zwischen der Amygdala und dem präfrontalen Kortex sind vermindert, was sich in einem verringerten Einfluss auf automatisierte Stressreaktionen und Handlungsmuster zeigt. Interessanterweise scheinen diese Veränderungen unabhängig davon zu sein, ob die untersuchten Personen tatsächlich erkrankt sind oder lediglich eine Vorgeschichte von Misshandlung haben. Es muss also Schutzmechanismen geben, die dazu beitragen, resilient zu bleiben und die physiologischen Veränderungen ausgleichen zu können. Diese sind bisher jedoch deutlich weniger untersucht worden. Gerade dieser Forschungsbereich entwickelt sich rasch und die Interpretation vieler einzelner Befunde in der Zusammenschau steht noch aus.

## Vom lernenden Gehirn zum Überlebensmodus und zurück

Wenn Kinder in sicheren Umgebungen aufwachsen, sind sie in aller Regel offen, neugierig, kreativ und wissbegierig. Ihr Gehirn befindet sich in einem Zustand, der von unterschiedlichen Wissenschaftler:innen immer wieder als „das lernende Gehirn“ bezeichnet wurde. In diesem Zustand strebt es danach, die Welt zu entdecken, Wissen aufzubauen und bedeutungsvolle Beziehungen einzugehen. Doch was passiert im Gehirn, wenn Kinder traumatische Erfahrungen machen? Das Gehirn tut zunächst alles, was möglich ist, um das Überleben zu sichern und Sicherheit wiederherzustellen. Es wechselt in den „Überlebensmodus“. Weiter oben haben wir die psychologischen Veränderungen als Anpassungsleistungen beschrieben, die – in einer durch Traumata geprägten Lebenswirklichkeit – dem Überleben dienen. Ähnlich können wir auch die neurobiologischen Veränderungen als überlebensdienliche, adaptive Anpassungsversuche des sich entwickelnden Gehirns begreifen (Ford & Courtois, 2015). Doch wie kann etwas, das ursprünglich eine Anpassungsleistung war, im Verlauf zu einer so starken Belastung oder gar Erkrankung werden, wie wir sie bei unseren jungen Patient:innen sehen? Die Kinder, die zu uns kommen, haben massive Bedrohungen, Unsicherheit und Hilflosigkeit erlebt, die ihr angeborenes Schutz- und Verteidigungssystem aktiviert haben. Ohne adäquate Unterstützung bei der Regulation und Bewältigung kann es dazu kommen, dass diese Systeme im Gehirn dominant werden und langfristig die Kontrolle über das Gehirn und den Körper übernehmen. Das heißt, anstatt das Trauma und dessen Folgen kohärent zu