

Komplexe Traumatisierung von Mädchen und Jungen

Bärbel Benzel

Was ist Traumatisierung?

Der Begriff Trauma kommt aus dem Griechischen und bedeutet übersetzt „Wunde“. Traditionellerweise wurde damit der Zweig der Chirurgie benannt, der sich mit körperlichen Verletzungen beschäftigt. In den 80er Jahren entstand – zunächst in den USA – die Psychotraumatologie, die begann, sich mit seelischen Verletzungen zu befassen. Mit der Einführung der diagnostischen Kriterien, im DSM-III 1984 und im ICD-10 1991, etablierte sie sich in der Folge als eigenständige interdisziplinäre Wissenschaft. Bereits Ende des vorletzten Jahrhunderts gab es Ansätze, psychische Traumatisierung in der Behandlung zu konzeptualisieren. Charcot, Freud, Piaget und Anna Freud, die mit Kindern und Jugendlichen arbeitete, leisteten Pionierarbeit, jedoch ohne dass ihre Arbeit wirklich und anhaltend Eingang in die Psychopathologie fand.

Noch in den 80er Jahren war in kinderpsychiatrischen Lehrbüchern zu lesen, dass Mädchen und Jungen nur mit kurzfristigen Störungen auf Typ-1-Traumata (siehe Abbildung 1) reagieren. Selbst heute noch werden Kinder in der Traumaforschung häufig vergessen. Nach sogenannten „Großschadensereignissen“ werden Kinder beispielsweise kaum

134 Traumatisierung von Mädchen und Jungen

erwähnt oder mit in die oft groß angelegten Untersuchungen und Studien einbezogen.

1988 wurde im DSM überhaupt erst das Vorkommen von PTBS bei Kindern eingeführt. Im ICD-10 fehlt eine entsprechende Einordnung bis heute. Erst 2007 legten Bessel van der Kolk und Kolleg(inn)en einen Vorschlag für eine traumabasierte Diagnostik bei Mädchen und Jungen für die Neufassung des DSM-IV vor.

Im Zusammenhang mit den Auswirkungen des Vietnamkrieges (hier haben wir es mit dem Bereich der Kriegstraumatisierung zu tun) und der Frauenbewegung (hier geht es um die meist von Männern ausgehende (sexualisierte) Gewaltausübung gegen Frauen, Mädchen und Jungen) erlebte dieser Bereich der Traumaforschung seit den 80er Jahren einen unglaublichen Aufschwung.

Von 1982 bis 2002 hat sich allein die Anzahl der Veröffentlichungen zu diesem Thema von weniger als 50 auf ca. 500 ver Hundertfacht (vgl. Anzahl der MEDLINE-Zitierungen zu PTSD oder Posttraumatic Stress Disorder in Landolt, 2004). Das gilt allerdings nicht für Veröffentlichungen, die Kinder und Jugendliche betreffen. Hier erfolgte erst 1987 die erste, 15 Jahre später gab es immer noch weniger als 100, deutschsprachige Veröffentlichungen lassen sich nach wie vor an zwei Händen abzählen.

Potenziell traumatisierende oder traumatogene Ereignisse (diese Begrifflichkeit macht deutlich, dass nicht zwangsläufig nach jedem belastenden Ereignis die Auswirkungen gravierend sein müssen) reichen von Unfällen über lebensbedrohliche

Krankheiten und Gewalterfahrungen bis hin zu Naturkatastrophen.

In Anlehnung an Leonore Terrs Klassifikation von 1995 zeigt Abbildung 1 die Bandbreite unterschiedlicher traumatogener Ereignisse.

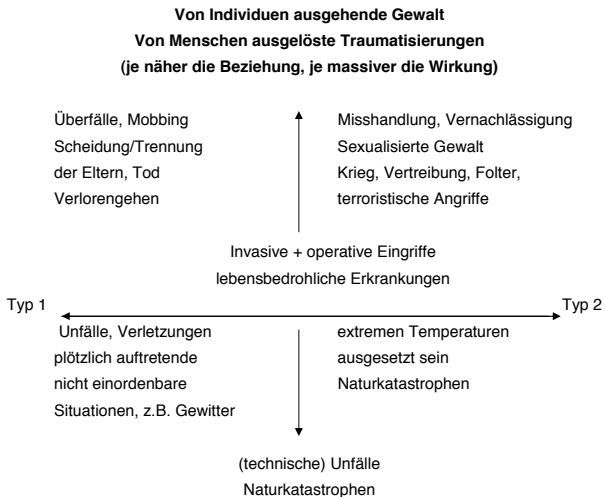


Abbildung 1: Klassifikation traumatogener Ereignisse (vgl. Terr, 1995)

Terr unterscheidet zwischen Typ-1- und Typ-2-Traumata. Zu Typ-1-Traumata werden akute, unvorhersehbare, einmalige Ereignisse gezählt, zum Beispiel Unfälle oder Überfälle. Typ-2-Traumata sind dagegen länger andauernde, oft vorhersehbare Erlebnisse, wie das Erleiden sexualisierter Gewalt, Misshandlung oder Krieg. Ein weiteres Kriterium

136 Traumatisierung von Mädchen und Jungen

zur Bewertung der Schwere von Traumata ist ihre Ursache oder ihr Auslöser: Von Menschen verursachte Ereignisse sind wesentlich gravierender in ihrer Auswirkung als Naturkatastrophen oder (technische) Unfälle. Abbildung 1 versucht eine auf Mädchen und Jungen bezogene Einteilung.

Was bedeutet Traumatisierung?

Inzwischen hat sich ein inflationärer Umgang mit dem Begriff ‚Traumatisierung‘ eingeschlichen. Ein vorsichtiger, fürsorglicher und sensibler Gebrauch auch mit damit verbundenen Themenkomplexen ist dringend notwendig. Ein belastendes Ereignis an sich ist noch kein Trauma, kann aber traumatisierend wirken. Entscheidend ist die Reaktion der Menschen auf ein belastendes Ereignis, ihre individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten auf Basis der jeweiligen Biographie und des aktuellen Lebenshintergrundes.

| |
|--|
| <p style="text-align: center;">Traumaformel</p> <p style="text-align: center;">Ein objektiv belastendes Ereignis, das außerhalb der üblichen menschlichen Erlebniswelt liegt</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">das subjektive Erleben von absoluter Hilflosigkeit, Ohnmacht, Entsetzen Verbunden mit Flucht- und Kampfpulsen</p> <p style="text-align: center;">=</p> <p style="text-align: center;">Psychische Traumatisierung</p> |
|--|

Abbildung 2: Traumaformel (vgl. Lehmann, 2001)

Traumatisierung als Prozess

Kennzeichen eines traumatischen Ereignisses ist die völlige Überforderung der üblichen Fähigkeiten zur Bewältigung von Stresssituationen. Die neue Situation liegt außerhalb der üblichen Erfahrung, ist existentiell absolut bedrohlich und völlig überwältigend. Das Ausmaß der Belastung ist zwar ein wichtiger Faktor, kann aber nicht allein als Definition dafür gelten, dass ein Ereignis traumatisch ist. Peter Levine (2004) spricht davon, dass ein Trauma physiologischer und nicht psychologischer Natur ist. Traumatische Ereignisse überfordern derart, dass die üblichen Bewältigungsmechanismen nicht mehr funktionieren, Reaktionen instinktiv (d. h. als Überlebenssicherung auf niedrigstem Niveau, Flucht oder Kampf) erfolgen und oft lange Zeit nachwirken.

Traumatisierung ist eine prozesshafte Reaktion auf eine höchst belastende Lebenssituation, die beeinflusst wird von mehreren Faktoren:

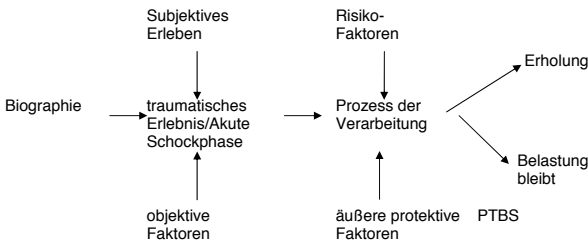


Abbildung 3: Traumatisierung als Prozess (nach Lehmann, 2001, in Anlehnung an Fischer & Riedesser, 1998)

Traumatisierung – häufiger als man/frau denkt

- Bis zu 90 Prozent aller Menschen machen in ihrem Leben mindestens einmal eine traumatische Erfahrung, die durch seelische und/oder körperliche Todesnähe, bzw. entsprechende Bindungserfahrungen gekennzeichnet ist (eigene Einschätzung).
- 15 bis 50 Prozent entwickeln daraufhin eine Traumafolgestörung (bei komplexer Traumatisierung sind es deutlich mehr!) (vgl. Huber, 2003).
- Die Lebenszeitprävalenz der PTBS im Jugendalter liegt bei bis zu neun Prozent an, wobei hiervon bis zu 100 Prozent der Kinder klinisch relevante Symptome bzw. Folgeerscheinungen entwickeln (vgl. Landolt, 2004).
- In einer US-amerikanischen Befragung von 4000 Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren bestätigten 40 Prozent der Befragten, Opfer bzw. Zeuge/in von Gewalthandlungen geworden zu sein (vgl. Levine, 2004).
- In den USA werden jährlich ca. drei Millionen Kinder gemeldet, die sexuellen und/oder körperlichen Missbrauch oder Vernachlässigung erleiden mussten; hiervon wird ca. eine Million bestätigt (vgl. Perry, 2006).
- Zehn bis 120 Prozent aller Mädchen, fünf bis zehn Prozent aller Jungen erleiden sexualisierte Gewalt (vgl. Bange, 2011).

- Jährlich werden ca. 18.000 Straftaten, die sexualisierte Gewalt gegen Mädchen und Jungen umfassen, angezeigt; die Dunkelziffer liegt laut BKA bei bis zu 50 Prozent (vgl. Polizeiliche Statistiken des BKA, 2008 bis 2010)
- Zehn bis zwölf Prozent aller Kinder werden klinisch relevant durch die Eltern abgelehnt oder vernachlässigt (vgl. Egle, Hoffmann & Joraschki, 2004).
- 90 Prozent aller Kinder, die „häusliche Gewalt“ erleben, sind Zeug(inn)en hiervon, 30 Prozent werden selbst misshandelt oder missbraucht (vgl. Kavemann, 2000).
- Ca. 30.000 Mädchen und Jungen werden jährlich von Jugendämtern in Obhut genommen, ca. 3/4 davon aufgrund massiver Gefährdungslagen (vgl. Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik, 2009).

Symptomatik und Diagnostik bei Traumatisierung

Diagnosen von Mädchen und Jungen, die sexualisierte Gewalt erleiden mussten (Ackermann **et al.**, 1998):

| | |
|----------------------------------|------|
| Trennungsangst/Überängstlichkeit | 59 % |
| Phobien | 36 % |
| Oppositionelles Verhalten | 36 % |
| PTBS | 34 % |
| ADHS | 29 % |
| Störung des Sozialverhaltens | 21 % |
| Dysthymia | 19 % |

140 Traumatisierung von Mädchen und Jungen

Geschlechtsspezifische Unterschiede (aus einer Teilgruppe) (Ackermann et al., 1998):

Jungen

| | |
|----------------------------------|------|
| Störung des Sozialverhaltens | 67 % |
| ADHS | 67 % |
| Oppositionelles Verhalten | 64 % |
| Trennungsangst/Überängstlichkeit | 59 % |

Mädchen

| | |
|------------------------------|------|
| Trennungsangst/überängstlich | 79 % |
| Phobien | 58 % |
| PTBS | 53 % |
| Oppositionelles Verhalten | 47 % |

Kinder bekommen durchschnittlich 2,8 Diagnosen, wobei PTBS (wenn sie denn gestellt wird, da sie ja zu den Erwachsenen gehört) lediglich ca. 1/3 ausmacht (siehe oben).

Entscheidend ist die Sichtweise und Haltung: Diagnose-orientiert oder Trauma-basiert

Eine Symptomatik wie Fieber, Glieder- und Kopfschmerzen führt mit großer Sicherheit zu der Diagnose „Grippe“. Die Symptomatik Konzentrationsstörungen, aggressives, oppositionelles, motorisch unruhiges Verhalten führt zu welcher Diagnose ??????

Abbildung 4 versucht einen neuen diagnostischen Blick auf eine traumaspezifische Symptomatik bei Mädchen und Jungen zu richten und eine Einordnung in neue Kategorien zu entwickeln.

| Allgemein (nach ICD-10) | auf Kinder bezogen |
|--|---|
| Übererregung | |
| Schlafstörungen | Ein-, Durchschlafstörungen |
| erhöhte Reizbarkeit | Angst vorm Ins-Bett-gehen |
| heftige Emotionen | Hyperaktivität (vgl. ADHS) |
| Konzentrationschwierigkeiten | extreme Aggression und Ausagieren |
| extreme Schreckhaftigkeit | neu auftauchende Ängste und Aggressionen |
| Hypervigilanz (übertriebene Wachsamkeit) | extreme Stimmungswechsel extrem provozierendes Verhalten keine Akzeptanz von Grenzen |
| Wiedererleben | Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen |
| traumabezogene Affekte ständig präsent | (verändertes) Spielen mit sich ständig wiederholenden traumabezogenen Inhalten, oft mit Symbolcharakter |
| intrusive Erinnerungen | wiederholte Erinnerung |
| Träume mit sich wdh., intrusiven Inhalten | unspezifische Alpträume |
| Reinszenierungen | unspezifische oft permanente somatoforme Reaktionen |
| Vermeidung | |
| Vermeiden von Gedanken, Gefühlen, Gesprächen, best. Aktivitäten etc. | reduzierte allg. Reaktionsweise eingeschränkte oder monotone Spielfähigkeit |
| dissoziative Symptomatik | sozialer Rückzug |
| (Entfremdungsgefühle, eingeschränkte Affekte, Körperwahrnehmung, Amnesien, etc.) | eingeschränkte Bandbreite von Affekten Verlust bereits entwickelter Fähigkeiten oder Entwicklungsschritte (insbes. sprachlich und Sauberkeit betreffend) |
| Hoffnungslosigkeit Beeinträchtigung sozialer Kontakte | bleiben aus/Regression Leben in Phantasiewelten/dissoziative Reaktionen ständige Langeweile und Leere |

Abbildung 4: Traumasepezifische Symptomatik bei Mädchen und Jungen (vgl. Scheeringa, Zeannah, Drell & Larriou, 1995; Weinberg, 2005)

Trauma und Neurobiologie

Frühe Traumatisierung führt zu Veränderungen der Struktur und Funktionalität des Gehirns, bzw. dessen gesunde Entwicklung bei Mädchen und Jungen. In Zuständen chronischer Dissoziation, emotionaler Taubheit oder Übererregung fixiert zu bleiben, erschwert neue positive interpersonelle Erfahrungen und das Lernen. In jeweils individuellen Bereichen kann keine ungestörte Entwicklung stattfinden. Oft wird eine ständige Übererregung und Agiertheit als AD(H)S missdeutet. Mangelnde Stimulierung der Entwicklung führt zu Deprivationssymptomen wie sozialem Rückzug, beeinträchtigter Empathiefähigkeit etc. Zudem rauben unterbrochene oder zerstörerische Bindungsprozesse Mädchen und Jungen die Fähigkeit, vertrauensvolle Beziehungen einzugehen und entsprechende soziale Kompetenzen zu erwerben. Komplexe Traumatisierung ist eine massive Beeinträchtigung in einer gesunden kindlichen Entwicklung (vgl. Shore, 1998; Perry, 2002a/2002b/2008).

Die folgende Abbildung zeigt die neurophysiologische Entwicklung im frühen Lebensalter, analog die jeweiligen Entwicklungsthemen und Reaktionen, wenn Kinder aufgrund traumatischer Erfahrungen Beeinträchtigungen erleben.

| Lebensalter | Höchste | | Schlüsselfunktionen | |
|-------------|---------------------------|-------------|---|--------------------|
| | Hirnentwicklungsaktivität | Komplexität | | |
| Fötus | Stammhirn | Komplexität | Kern der basalen physiologischen Regulation, primäre sensorische Verarbeitung | somatisch |
| 2,5 Jahre | Zwischen-/Mittelhirn | Plastizität | Motorische Kontrolle, sekundäre sensorische Verarbeitung | dissoziativ |
| 6 Jahre | Limbisches System | ↓ | Erinnerung, emotionale Regulation, Bindung Gefühlsregulation, primäre Integration der Wahrnehmung | affektiv/emotional |
| 9 Jahre | | | | kognitiv |
| Pubertät | Großhirn | ↓ | Nachdenken, Probleme lösen Abstraktion Sekundäre Integration der Wahrnehmung | ↓ |
| Erwachsen | ↓ | | | |

Abbildung 5: Alters- und entwicklungsbezogene Symptomatik (vgl. Perry, 2002a/2002b)

Traumabedingte Störung in der Entwicklung (Developmental Trauma Disorder)

Dieser aktuelle Vorschlag (nach Van der Kolk, 2007, Übersetzung Bärbel Benzel) für einen neuen Diagnoseschlüssel beschreibt eine umfassende Beeinträchtigung und Schädigung einer gesunden kindlichen Entwicklung und benennt deutlich mögliche auslösende Lebenssituationen:

A. Exposition

- Multiples oder chronisches Erleben einer oder mehrerer traumatischen interpersonell verursachten Situationen (z. B. Vernachlässigung, Verrat, körperliche und sexualisierte Übergriffe, emotionaler Missbrauch, Bedrohung der kör-

144 Traumatisierung von Mädchen und Jungen

- perlichen Integrität, Zwangsmassnahmen, Bezeugung von Gewalt und Tod),
- subjektives Erleben (z. B. Wut, Verrat, Angst, Resignation, Ohnmacht, Scham).

B. Auslösbare Muster sich wiederholender Dysfunktionalität als Folge traumatischer Erfahrungen

Reize lösen Dysregulation und -funktionalität aus. Die Veränderungen sind anhaltend und reduzieren sich nicht auf normales Niveau durch intensive bewusste Aufmerksamkeit. Betroffen sind:

- die Affekte,
- der Körper (somatische Reaktionen, physiologische Regulation, Motorik),
- das Verhalten (Reinszenierungen, selbstverletzendes Verhalten),
- Kognitionen (es wird wieder geschehen, Verwirrung, Dissoziation, Depersonalisation),
- die Beziehungen (Klammern, oppositionelles Verhalten, Misstrauen, Anbiederung),
- das Selbstbild (Selbsthass, Schuld).

C. Dauerhaft beeinträchtigte Zuschreibungen und Einschätzungen:

- negative Selbstüberzeugung,
- Misstrauen gegenüber unterstützenden Erwachsenen,
- Überzeugung, dass andere Menschen Schutz bieten können,
- Vertrauensverlust in unterstützende gesellschaftliche Institutionen,

-
- mangelndes Zutrauen in ausgleichende Gerechtigkeit,
 - Unvermeidbarkeit weiterer zukünftiger Viktimisierungen.

D. Funktionelle Beeinträchtigung in den Bereichen:

- Erziehung und Familie,
- Gleichaltrige,
- Berufsfindung/Lebensplanung,
- Gesetzestreue

Traumaspezifische Diagnostik

In der Praxis haben sich folgende Diagnoseinstrumente sehr bewährt, die zum Teil auf der Homepage des Kindertraumainstituts (www.kindertraumainstitut.de) zur Verfügung stehen:

Akute Belastungsstörung

- Interview zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-A-KJ),
- Checkliste zur akuten Belastungsstörung (CAB).

Traumasympptome/Screening

- Child Behaviour Checklist (CBCL/1) ½ bis 5 Jahre,
- Traumascreeningbogen (TSK/10),
- Children Impact Of Event Scale (CRIES-13),
- Child Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (CPTSD-RI),
- Parents/Child Repost Of Posttraumatic Stress (PROPS/CROPS).

146 Traumatisierung von Mädchen und Jungen

PTBS-Diagnose

- PTBS Semistrukturiertes Interview und Beobachtungsbogen für Säugling und Kleinkinder (PTSDSSI),
- Kinder-DIPS,
- Interview zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-P-KJ).

Dissoziative Symptome/Screening

- Child Dissociation Checklist (CDC),
- Adolescent Dissociative Experience Scale (A-DES II/A-DES 8),
- Somatic Dissociation Questionnaire (SDQ).

Traumatherapie als Phasenmodell

Zentrale Arbeitsthemen und Ziele in der Psychotherapie komplex traumatisierter Mädchen und Jungen:

Die äußere Sicherheit herstellen und die Sicherheitsbedürfnisse des Kindes befriedigen, das Etablieren und Fördern selbstregulatorischer Fähigkeiten (emotional, körperbezogen und auf das Verhalten bezogen), die Entwicklung und Förderung von Bindungs- und Beziehungsfähigkeiten durch Einlassen auf Kontakt und Beziehung, Unterstützung bei der Informationsverarbeitung (Selbst-Reflexivität entwickeln), die Aufmerksamkeit auf das Jetzt fokussieren und entwickeln, die narrative Rekonstruktion der Vergangenheit in Abgrenzung zur Gegenwart, die Förderung von exekutiven Funktionen (Antizipation, Planung, Entscheidungsfähigkeit),

generell positives Erleben fördern (Freude, Kreativität, Zukunftshoffnung, Erfahrungen von Selbstwirksamkeit) und letztendlich die Integration von traumatischen Erfahrungen.

Hilfreiche und effektive Methoden in der Begleitung und Unterstützung von traumatisierten Mädchen und Jungen:

Eine Integration der Erkenntnisse in bereits erfolgreich arbeitende therapeutische und psychosoziale Konzepte und -ansätze mit entsprechenden Modifikationen erscheint am sinnvollsten. Hier gibt es bereits schulenspezifische Entwicklungen (traumazentrierte Spieltherapie, systemische Therapie, Psychodrama, Gestalttherapie, Tf-KBT etc.). Ein Schulenstreit ist wenig hilfreich, multimediale Ansätze sind nötig. Zudem braucht es dringend eine erfolgreiche Kooperation der unterschiedlichen Bereiche (wie Jugendhilfe, Justiz etc.), um auf verschiedenen Ebenen eine Zusammenarbeit zu etablieren.

Therapeutische Ansätze:

Ressourcenorientierung, den Fokus auf den Körper und somatische Reaktionen legen, da dies insbesondere bei frühen Traumatisierungen einen Zugang zu traumatischen Erlebnissen bietet. Entwickeln und Bearbeiten von Narrativen (Claiming Narrativ, Traumnarrativ, Entwicklungsnarrativ, Zukunftsnarrativ) hilft die traumatischen Erlebnisse zu integrieren. Imaginative, visualisierende und kreative Ansätze (z. B. PITT® nach Huber) haben

sich in den letzten Jahren als äußerst effektiv erwiesen. EMDR (strukturierte, manualisierte Methode zur Ressourcenaktivierung und -verstärkung und zur schonenden Traumabearbeitung) und andere spezifisch (weiter)entwickelte Therapieverfahren (Screentechnik etc.) für eine schonende Traumakonfrontation sind zu den bereits oben erwähnten für eine gelingende Traumatherapie unerlässlich.

Ressourcenstärkung und Stabilisierung – oder: Warum beginnt die Arbeit mit traumatisierten Personen immer damit?

(nach Reddemann, 2001/2004; Huber, 2003)

Der Fokus der meisten Menschen liegt ausschließlich auf der Durcharbeitung des traumatischen Materials: Sie sind der Überzeugung, je schneller es heraus ist, je eher darüber gesprochen werden kann, desto eher ist es gut. Ressourcenarbeit erfährt Abwehr und Abwertung, wird als „Nettigkeiten“ oder verschwendete Zeit abgehandelt. Dabei ist die Phase der Stabilisierung und Ressourcenstärkung eine ungeheuer wichtige, wenn nicht die entscheidende: Es geht um einen „sicheren Boden“.

Die Traumadynamik überlagert vorhandene Ressourcen. Das positive Bild von der Welt wird zerstört, nichts Stabiles bleibt mehr. Als Gegengewicht zur Traumadynamik braucht es eine Fokussierung auf das Positive, auf die Kraft, die das Überleben gesichert hat. Komplex traumatisierte Personen sind davon überzeugt, dass sie kein Recht auf „leichtes“ Leben haben, eventuelle erst, wenn die Bearbeitung und eine Integration des Erlebten erfolgt ist.

Innere Anteile, die boykottieren und alles zerstören, was positiv und hilfreich ist, haben oft großen Anteil an verzögerter Genesung. Geduld und Durchhaltevermögen ist nötig, um nicht im Strudel der traumatischen Dynamik unterzugehen.

Ziele der Stabilisierungsphase:

- Etablieren der therapeutischen Beziehung und des Settings,
- Unterschiedsbildung entwickeln: Zeit der Erholung versus Zeit der Konfrontation und Auseinandersetzung,
- Unerlässlichkeit der Zeit für Regeneration, Spaß, Erholung und Leichtes – dies ist kein Luxus, sondern bittere Notwendigkeit, um wieder den verlorenen Boden unter den Füßen zu finden,
- Ressourcenorientierung ist kein Leugnen von Leid oder Probleme, sondern eine Haltung, sich an den Kompetenzen des Gegenübers zu orientieren,
- Abbau von physiologischer Übererregung, Flashbacks und traumabedingter Dissoziation,
- Aufbau von Affekttoleranz für intensive negative Gefühle,
- Entwickeln positiver Bilder von sich selber und Möglichkeiten zur Selbstberuhigung,
- Regulieren und Stoppen-Können von dysfunktionalen Bewertungen,
- Rekonstruktion einer inneren Verbundenheit mit anderen Menschen,

150 Traumatisierung von Mädchen und Jungen

- Aufbau von sozialen Beziehungen und Unterstützung.

Ressourcen
*explorieren, fördern, aktivieren,
verstärken, verankern
und
vom belastenden und ambivalenten
Traumamaterial immer wieder trennen
und zurückkehren*

Eine Ressource ist ein positives oder zumindest neutrales Körperempfinden.

Qualitäten von Ressourcen (Gefühle und Körperempfindungen) können sein:

- Freude, Glück, Mitgefühl, Liebe, Akzeptanz, Interesse, Neugierde, Ruhe, Frieden, innerer Raum, innere Weite, Kraft, Entschlossenheit, Fülle, Lebendigkeit, Lebensfreude, Kompetenz, Stolz (im Prinzip alle essentiellen Zustände).

Quellen von Ressourcen können sein:

- Erinnerungen, Kontakt zur eigenen Tiefe/Essenz (eigene Werte, Vorbilder, echte Bedürfnisse), symbolisch-imaginative Bilder (Archetypen, Natur, Kunst, spirituelle Bilder).

Inhalte von Ressourcen können sein:

- Bedürfnisbefriedigende Aktivitäten (Selbstfürsorge etc.).

Kategorien von Ressourcen

- *Persönliche Ressourcen*
Selbstregulation, Adäquate Selbstwahrnehmung, individuelle Fähigkeiten, Interessen, Fertigkeiten, Talente, Fähigkeiten zur Beziehungsregulierung, Wertüberzeugungen/Glaubenseinstellung, Kreativität, Veränderungsbereitschaft.
- *Externale Ressourcen*
Soziale Unterstützung, sozio-ökonomischer Status.
- *Biologische Ressourcen*
Genetische Prädisposition, Immunsystem, endokrine Funktionen.

Ressourcendiagnostik

- aktives Erfragen individueller Ressourcen, analog zur Traumabiographie eine Ressourcenbiographie erstellen/Befragung von Bezugspersonen
- Fragebögen (z. B. sense of coherence von Antonovsky)
- Ressourcendiagnostik von Grawe & Trösken)

Ressourcenzugang

- Willentliche oder spontane Erinnerungen an die Ressourcen lösen unmittelbar ein positives Körperempfinden aus

152 Traumatisierung von Mädchen und Jungen

Re-/Aktivieren von Ressourcen

- Ressourcen durch bewusstes Ansteuern von ressourcenvollen Erinnerungen, inneren Bildern oder Zuständen aktivieren: Verstärkung und Intensivierung deren Wirkung kann erlebt werden.
- Bildung neuer Ressourcen(netzwerke) durch Erweckung, Erweiterung oder Neuverknüpfung von positiven Erfahrungen und Vorstellungen.

Verschränkte (spezifische) Ressourcen

- ressourcenvolle Zustände, die in einer spezifischen Situation als innere Reaktion auf die Aktivierung des Traumaschemas spontan in Klient(inn)en auftauchen (vgl. Ressourcen-Organisation nach Reinhard Plassmann in Rost (2008), S.121-141)

| Trauma-Thema (Erschütterung Selbst-/Weltbild) | Verletztes basales Bedürfnis | Ressourcen-Thema |
|---|---------------------------------|--|
| Bedrohung | Sicherheit | Handeln können, Überwindung der Lähmung |
| Hilflosigkeit/Ohnmacht Kontrollverlust | Kontrolle Wahlmöglichkeit | Selbstwirksamkeit Hilfe durch andere |
| Selbstabwertung Selbstkritik | Selbstakzeptanz | Mitgefühl Selbstfürsorge |
| Schuld/Scham | Selbstakzeptanz | Verantwortungsklä rung Autonomie |

Abbildung 6: Trauma-Thema und Ressourcen-Thema (vgl. Rost, 2008, S. 16)

Möglichkeiten zur Aktivierung von Ressourcen

- Positive Gefühle/Bedürfnisse/Vorbilder eruieren: Wann in ihrem Leben haben sie sich schon mal so gefühlt?

Geborgen, sicher, angenommen, geliebt, glücklich, ganz sie selbst, schön, von innen her zufrieden mit sich, kräftig, klar, entschlossen, unbeirrbar, „im Fluss“, lebendig, freudig, heiter, entspannt, weich, verbunden mit einem (oder mehreren) anderen Menschen, erleichtert, frei, ruhig, innere Weite und Raum

Handlungsimpulse und -wünsche erfragen

- Körperhaltungen explorieren/Veränderungen versuchen/mit Kindern entsprechende Rollenvorbilder (Tiere, HeldInnen, Phantasiefiguren, etc. suchen) und spielen:

| | |
|------------|---|
| Angst/Enge | sich weit machen, ausstrecken, etc. |
| Anspannung | loslassen |
| Festhalten | sich losmachen, weglaufen |
| Erstarrung | sich wehren, wütend sein |
| Lähmung | Bewegung, ins Handeln kommen, aktiv werden |

(vgl. Rost, 2008 , S. 19)

Übung/Position of Power oder der Kraftort

(nach Popky, 1995, in: Rost, 2008, S. 37)

Vorbereitung

- Übung und deren Ziel erklären, verschiedene Stimulationsformen erklären und ausprobieren, Stoppsignal vereinbaren
- Stimulation sofort unterbrechen, wenn negative Erlebensqualitäten oder Bilder auftreten

Einleitung

- Erinnerung an eine Erfahrung, die mit angenehmen Gefühlen/Gedanken verbunden war
- Ausführliche Exploration, wie diese positive Situation erlebt wurde?

Den besten Moment auswählen

- Den schönsten Moment fokussieren, welche Gefühle löst das aus?
- Wie fühlt sich das jetzt im Körper an? Wo ist das am deutlichsten zu spüren?

Anleitung

- Den schönsten Moment vor Augen holen und spüren, wie sich das im Körper anfühlt und langsam abwechselnd die Schultern tippen (Schmetterlingsumarmung/EMDR)
- Nach 5-8 Stimulationen stoppen
- Ausblenden, was ist jetzt?

Wiederholen

- Wenn keine oder eine positive Veränderung auf, Stimulation wiederholen.
- Ein weiterer Durchgang bei jeder Intensivierung, bis keine Steigerung mehr auftritt.

Schlüsselwort/Körperbewegung verankern

- Ein Wort/Satz/Geste finden, sagen, machen (quasi eine verkürzte positive Kognition oder eine kleine Bewegung), das/die zu dem, die zu der jetzigen Empfindung passt.
- Noch einmal in den schönsten Moment spüren lassen... Körperempfindung aktivieren, Erkennungswort oder –geste sagen/machen und wieder langsam tippen.

Instruktionen für die Anwendung im Alltag

- Immer wenn nötig, immer, wenn dieses positive Empfinden helfen könnte, dieses Wort, dieses Körperempfinden erinnern und herholen. Falls es möglich ist, abwechselnd an die Schultern oder Beinen tippen, solange es sich gut oder besser anfühlt.

Imaginative, visualisierende und kreative Ansätze – oder: Die Macht der inneren Bilder

(vgl. u. a. Reddemann, 2001/2003; Reddemann & Krüger, 2007; Huber, 2003)

Ziele und Inhalte von Imaginationen und Visualisierungen

Imaginationen und Visualisierungen werden genutzt

- zur psychischen Stabilisierung,
- zur inneren Distanzierung und Entlastung,
- um innere Sicherheit zu etablieren,
- zur Selbstberuhigung und Affektregulation,
- um Gegenbilder zu den Schreckensbildern zu haben,
- um Ressourcen (wieder) aufzuspüren, zu verstärken und neue zu entdecken und zu entwickeln,
- um bei erfolgter ausreichender Stabilisierung gezielt und effektiv, traumatische Erinnerungen zu bearbeiten und zu integrieren.

Übungen/Imaginationen/Visualisierungen

- sicherer, beschützter innerer Ort,
- Schutzbilder, -vorstellungen, -möglichkeiten aller Art, Notfallhilfen aller Art,
- Flashback-Kontrolle und innere Distanzierung,
- Dissoziationsstopps,
- Beruhigungsrituale,
- Frosch-, Vogel-, Beobachtungsperspektive,
- Baum-, Pflanzen-, Garten-, Tierimaginationen,

- Belastendes loswerden (Gepäck, Sorgenmantel etc. ablegen, Traumamaterial sicher wegpacken, Tresore, Zwischenlager, sichere Behältnisse, Bildschirmtechnik etc.),
- innere Beschützer(innen)-, Begleiter(innen)- und Helfer(innen)wesen,
- Gefühle und Körperempfindungen visualisieren und darüber verändern,
- innere Anteilarbeit (Ego-State-Arbeit).

Zur Distanzierung

- Container, Behältnisse, Tresore, Höhlen und andere (Zwischen)lager finden und etablieren, mittels Screen-, Beobachter(in)technik oder Vogelperspektive Abstand suchen und die belastenden Inhalte gut verwahren, verpacken, wegschicken etc.

Innerer Wohlfühlort

- sich einen imaginären Ort ausdenken, sich dahin bringen, möglichst in Sicherheit, konkrete auch sensorische Vorstellungen davon entwickeln, ausschmücken und vertiefen.

Krafttier, Helferwesen finden

- Vorstellungen von unterstützenden, beschützenden Wesen finden, die in belastenden Situationen hilfreich wirken.

158 Traumatisierung von Mädchen und Jungen

Kreative Varianten

- eine „Heldin“, ein Krafttier malen lassen, ihre/seine Qualitäten entfalten, die Rolle übernehmen und ausgestalten,
- ein konstruktives, lösungsorientiertes Sandbild aufbauen,
- mit Figuren oder (Hand-)Puppen ressourcenvolles Handeln erarbeiten,
- anderes vorhandenes Spielmaterial nutzen, um Imaginationen auszudrücken, z. B. „sichere“ Orte bauen,
- Trost- und Bewältigungsgeschichten verankern,
- Rollenspiele anregen,
- symbolische Spiele anregen,
- themenspezifische Spiele vorschlagen.

*Der eigenen Fantasie und inneren
Bildern trauen, sie nutzen und
Ungeahntes entwickeln und fördern!!!*

Literatur

Ackermann, et al. (1998). Prevalence of PTSD and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (S.). In Th. Hensel & M. Landolt (Hrsg.) (2008), *Traumatherapie bei Kinder und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.

Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (2009). *Materialien*. TU Dortmund. Abzurufen unter www.akjstat.uni-dortmund.de (letzter Zugriff am 25.8.2011).

- Bange, D. (2011). *Eltern von sexuelle missbrauchten Kindern. Reaktionen, psychosoziale Folgen und Möglichkeiten der Hilfe*. Göttingen: Hogrefe.
- BKA (2008-2010). *Polizeiliche Kriminalstatistiken*. Abzurufen unter www.bka.de (letzter Zugriff am 25.8.2011).
- Egle, U. T., Hoffmann, S. O. & Joraschky, P. (2004). *Sexueller Missbrauch, Misshandlung Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen*. Stuttgart/New York: Schattauer.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1999). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München/Basel: Ernst Reinhard.
- Hensel, T. & Landolt, M. (2008). *Traumatherapie bei Kinder und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Huber, M. (2003a). *Trauma und Traumabehandlung. Teil 1: Trauma und die Folgen*. Paderborn: Jungfermann.
- Huber, M. (2003b): *Trauma und Traumabehandlung. Teil 2: Wege der Traumabehandlung*. Paderborn: Jungfermann.
- Kavemann, B. (2000). Kinder und häusliche Gewalt. Kinder misshandelter Mütter. *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung*, 3, S. 106-120.
- Kindertraumainstitut. Materialien. Abzurufen unter auf www.kindertraumainstitut.de (letzter Zugriff am 25.8.2011).
- Landolt, M. (2004). *Psychotraumatologie des Kindesalters*. Göttingen: Hogrefe.
- Lehmann, S. (2001). Unveröffentlichte Unterlagen/Handouts einer Fortbildung.
- Levine, P. A. & Kline, M. (2004). *Verwundete Kinderseelen heilen*. München: Kösel.
- Perry, B. (1997). *Children, Youth and Violence. The search for solutions*. New York: Childtrauma Academy.
- Perry, B. (2002a). *Neurodevelopmental Impact of Child Maltreatment*. Childtrauma Academy Presentations.

160 Traumatisierung von Mädchen und Jungen

- Unveröffentlichtes Skript von einem Fortbildungsseminar.
- Perry, B. (2002b). Neurodevelopmental Impact of Childhood Trauma Childtrauma Academy Presentations. Unveröffentlichtes Skript von einem Fortbildungsseminar.
- Perry, B. (2006). The Neurosequential Model of Therapeutics. Applying principles of neuroscience to clinical work with traumatized and maltreated children (S. 27-52). In N. B. Webb (Hrsg.). *Working with Traumatized Youth in Child*. New York: The Guilford Press.
- Perry, B. & Szalavitz, M. (2006). *Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde. Was traumatisierte Kinder uns über Leid, Liebe und Heilung lehren können. Aus der Praxis eines Kinderpsychiaters*. München: Kösel.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2003). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – das Manual*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. & Krüger, A. (2007). *Psychodynamische Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendlichen. PITT-KID – das Manual*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rost, C. (Hrsg.) (2008). *Ressourcenarbeit mit EMDR*. Paderborn: Jungfermann.
- Scheeringa, M., Zeannah C. H., Drell, M. J. & Larrieu, J. A. (1995). Two Approaches to the Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder in Infancy and Early Childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, S. 191-200.
- Shore, A. (2002). Dysregulation of the Right Brain. A Fundamental Mechanism of Traumatic Attachment and the Psychopathogenesis of Posttraumatic Stress

Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, S. 9-30.

Terr, L. (1995). *Unchained Memories*. New York: Basic Books.

Van der Kolk, B. (2007). Developmental Trauma Disorder. A New, Rational Diagnosis for Children with Complex Trauma Histories. *Psychiatric Annals*, 35 (5), S. 401-408.

Weinberg, D. (2005). *Traumatherapie mit Kindern*. Stuttgart: Klett-Cotta.