



Trauma und Traumatisierung

**im kinder- und jugend-
psychiatrischen Kontext**

Dr. J. Wolf, Oberarzt
KJP Stuttgart

Trauma und Traumatisierung

Trauma (τραύμα) = Wunde, seelische Verletzung

Trauma und Traumatisierung

Seelische Folgen von Traumatisierungen

- **Posttraumatische Belastungsstörungen**
- **Anpassungsstörungen**
- **Persönlichkeitsstörungen nach
Extremtraumatisierung**

Einleitung: Trauma und Traumatisierung

Traumata:

- körperliche Misshandlung
- sexuelle Misshandlung
- Erleben von häuslicher Gewalt
- Verletzung oder Tötung eines nahen Angehörigen
- Zeuge oder Opfer terroristischer Gewalthandlungen

Symptomatik: Trauma und Traumatisierung

- intensives Wiedererleben
- anhaltende Vermeidung traumabezogener Reize
- erhöhtes Arousal

Symptomatik: Trauma und Traumatisierung

- **intensives Wiedererleben**
- **anhaltende Vermeidung traumabezogener Reize**
- **erhöhtes Arousal**

- **Leiden**
- **Soziale, berufliche Beeinträchtigungen**

Fallbeispiel 1:

„Eine 17 jährige Patientin hatte ihren Vater gefunden, der sich durch Erhängen suizidiert hatte. Die Gedanken an den Vater tauchten immer wieder vor dem Einschlafen auf und führten dazu, dass die Patientin die Zeit des Zubettgehens bis in die tiefe Nacht verschob“.

Fallbeispiel aus: Entwicklungspsychiatrie, Schattauer, 2008, S. 973

Fallbeispiel 2:

„Eine 16-jährige Patientin war über viele Jahre wiederholt von ihrem Vater sexuell missbraucht worden. Geringfügige Ereignisse oder auch Gegenstände lösten ein dissoziatives Erleben aus, bei dem die Patientin wieder mit dem missbrauchenden Vater konfrontiert war. Die dissoziativen Zustände endeten regelmäßig mit selbstverletzenden Verhaltensweisen“.

Fallbeispiel aus: Entwicklungspsychiatrie, Schattauer, 2008, S. 973

Fallbeispiel 3:

„Ein Mädchen, das mit seinen drei Geschwistern dem Mord an der Mutter durch den Vater beigewohnt hatte, zeichnete im Rahmen des projektiven Testverfahrens „Familie in Tieren“ auch noch viele Wochen nach dem Tod der Mutter eine vollständige Familie, in der die Mutter weiterhin anwesend war“.

Fallbeispiel aus: Entwicklungspsychiatrie, Schattauer, 2008, S. 973

Kriterien nach ICD-10:

- A. Kurz- oder langfristiges Ereignis von außer-
gewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem
Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende
Verzweiflung auslösen würde.

Trauma

Kriterien nach ICD-10:

B. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln.

intensives Wiedererinnern

Kriterien nach ICD-10:

C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.

anhaltende Vermeidung.

Kriterien nach ICD-10:

- D. Entweder 1. oder 2.
- (1) Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.**
 - (2) Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung.**
 - a) Ein- und Durchschlafstörungen**
 - b) Reizbarkeit oder Wutausbrüche**
 - c) Konzentrationsstörungen**
 - d) Hypervigilanz**
 - e) erhöhte Schreckhaftigkeit**

erhöhtes Arousal.

Kriterien nach ICD-10:

E. Kriterien B, C und D treten innerhalb von 6 Monaten nach dem Belastungsereignis auf.

Zeitkriterium.

Kriterien nach ICD-10:

F. Verursacht ein Leiden oder eine Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen Funktionsbereichen.

Leiden, Belastung.

Kriterien nach ICD-10:

Akut: Symptome weniger als 3 Monate.

Chronisch: Symptome länger als 3 Monate.

Mit verzögertem Beginn: Wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.

Akut vs. chronisch.

Epidemiologie: Trauma und Traumatisierung

Lebenszeitprävalenz

14-18 jährige Jugendliche: 5 – 10 %

2-5 jährige Kinder: 0,1 %

Bremer Jugendstudie (Essau et al., 1999):

N = 1035 Jugendliche (12 – 17 Jahre).

22,5 % Trauma, 7,3 % dieser PTBS (nach DSM-IV Kriterien)

1,6 % PTBS 90 % dieser waren im Alltag beeinträchtigt.

33 % nahmen professionelle Hilfe an, davon 11 %

Allgemeinmedizin, 23 % psychosoziale Versorgung.

Epidemiologie: Trauma und Traumatisierung

Traumaambulanz der KJP Aachen:

140 Kinder und Jugendliche pro Jahr.

25 % dieser PTBS.

Mädchen > Jungen

25 % der Kinder der Traumaambulanz IQ > 85

Komorbiditäten: bei Trauma und Traumatisierung

Eher die Regel, als die Ausnahme.

ADHS, Bindungsstörungen, affektive Störungen, somatoforme Störungen, Störung des Sozialverhaltens, Drogenabusus.

Essau et al. (1999):

- | | |
|-------------------------|------|
| - Depressionen | 41 % |
| - somatoforme Störungen | 35 % |
| - Substanzabusus | 29 % |

Risikofaktoren für eine PTBS:

**Bei Konfrontation mit demselben Ereignis
entwickelt nicht jeder ein PTBS!**

Ätiologie und Pathogenese PTBS:

Vor dem Trauma	Zusammenhang mit dem Trauma	Nach dem Trauma
Armut der Eltern	Nähe zum Trauma	unzureichende soziale Unterstützung
adversive Ereignisse vorher z.B. Misshandlung	Art des Traumas	weitere adverse Ereignisse z.B. Schul- oder Ortswechsel
psychiatrische Erkrankung der Eltern		
psychiatrische Erkrankung der Kinder		
Introversion		
weibliches Geschlecht, somatische Erkrankungen		
wiederholte Konfrontation mit dem Täter		

Ätiologie und Pathogenese: **Genetik und Neurobiologie**

Zwillingsstudien an Veteranen des Vietnam-Kriegs:

Sowohl die Wahrscheinlichkeit ein Trauma zu erleiden, als auch an einer PTBS zu erkranken hängt von genetischen Faktoren ab.

Wird über **Persönlichkeitszüge** vermittelt.

- monozygote Zwillinge, schwere PTBS
- dessen Zwilling ein kleineres Hippocampusvolumen hat.

Ätiologie und Pathogenese: **Genetik und Neurobiologie**

Ältere Kinder, Jugendliche und Erwachsene:

„Fight-oder Flight-Reaktion“ Hyperarousal
Blutdruckerhöhung, Herzfrequenzsteigerung,

jüngere Kinder:

„Fügen in das Unvermeidliche“ „emotionale Taubheit“
Blutdruckerniedrigung, Herzfrequenzverlangsamung
dissoziatives Erleben

Risikofaktoren für eine PTBS: **abhängig vom Trauma**

Giaconia et al. (1995):

Vergewaltigungsopfer **50 %**

Opfer von Verkehrsunfällen **12 %**

Risikofaktoren für eine PTBS: **Umwelt abhängige Faktoren**

Die Traumafolgen hängen maßgeblich von der **sozialen Unterstützung** ab, die ein Kind erfährt.

PTBS bei den Kindern oft verzögert (sekundäre Traumatisierung?)

Stützende Eltern-Kind-Beziehung ist ein **protektiver Faktor**.

Resilienz.

Behandlung

- 1. Kognitive Verhaltenstherapie**
- 2. EMDR**
- 3. Tiefenpsychologisch, psychoanalytische Therapie**
- 4. Medikamentöse Unterstützung**

Fallbeispiel 4:

„Die Mutter eines 6-jährigen Jungen verunglückte tödlich mit dem Auto. Der Autofahrt war eine nichtige Auseinandersetzung mit dem Kind vorausgegangen, die der Junge als Ursache für den Unfall ansah und sich dafür die Schuld gab.“

Fallbeispiel aus: Entwicklungspsychiatrie, Schattauer, 2008, S. 979

Behandlung (1)

1. Kognitive Verhaltenstherapie

- **kognitive Bearbeitung**
- **Strategien zu Stressbewältigung**
- **Exposition**

Behandlung (2)

2. **EMDR** („Eye Movement Desensitization and Reprocessing“)
 1. Anamnese (Leidensgeschichte)
 2. positive Erfahrungen („sicherer Ort“)
 3. Herausarbeitung negativer Gedanken („Ich bin hilflos!“) und positiver Gedanken („Ich kann etwas tun!“)
 4. Gefühlsmäßiges Zurückgehen in die Traumaerfahrung, Augen des P. folgen der Hand des Therapeuten.
 5. Positives Körpergefühl wird verankert.
 6. Testen der veränderten Körpererfahrung.

Behandlung (3)

3. Tiefenpsychologische psychoanalytische Therapie

- **Aufarbeitung durch korrigierende emotionale Erfahrung.**
- **Bearbeitung der Persönlichkeitspathologie.**
- **Durcharbeiten in der Beziehung zum Therapeuten.**

Behandlung (3)

**Was unsere Patienten traumatisiert
ist nicht das Trauma in der Vergangenheit,
es ist das Trauma in der Gegenwart.**

Behandlungsherausforderungen in der tiefenpsychologisch-psychoanalytischen Therapie von Traumatisierten

Schwierigkeit der Patienten mit ihrer traumatisierenden Vergangenheit zurecht zu kommen.

- Eingeschränkter innerer Raum.
- Schwierigkeiten, ihre emotionalen Erfahrungen zu symbolisieren.
- Neigung, sich in pathologische Beziehungsmuster zu verstricken.
- Quälende innere Leere.
- Panische Angst sowohl vor Verlust, als auch vor Nähe.
- Anziehung, die zeitlose „seelische Rückzugszustände“ auf sie ausüben (Steiner, 1993).

Weiß, 2017

Zwang zur Wiederholung

Wiederholungszwang ist ein misslingender Wiedergutmachungsprozess.

Der Zwang zur Wiederholung kann aufgegeben werden, wenn ein Wiedergutmachungsprozess in Gang kommt.

Voraussetzung:

- Anerkennung eines Verlustes.
- „Es wird nie wieder so, wie es war.“

Durch die Beziehungsarbeit Unterscheidungen einführen

Unterscheidung von innerer und äußerer Wirklichkeit.

Unterscheidung von Gegenwart und Vergangenheit.

„Das Trauma hat keine Zeit und keinen Ort“.

Verlassen der paranoid-schizoiden Position zugunsten der depressiven Position.

Paranoid-schizoide Position

Spaltung in „gut“ und „böse“, „schwarz“ und „weiß“.

Depressive Position

Anerkennung von „guten“ und „bösen“ Anteilen in einer Person.

Melanie Klein
(englische Psychoanalytikerin)

Haltefunktion des Therapeuten

Projektive Identifizierung (M. Klein, 1946)

Das Subjekt wird durch Projektion eigene unaushaltbare Anteile an das Objekt los und infiziert dieses mit diesen.

Container-Contained (W. Bion, 1962)

Kapazität besitzen etwas zu Halten, für etwas Raum haben. Etwas innerhalb bestimmter Grenzen halten.

Was die Wiedergutmachung erschwert:

Groll, Scham und Zorn

Hoch organisierte innere Einstellungen, die in persönliche Beziehungen eingebettet sind und nur schwer aufgelöst werden können.

Deutung von Groll löst häufig **Verletzungen** und **Kränkungen** aus.

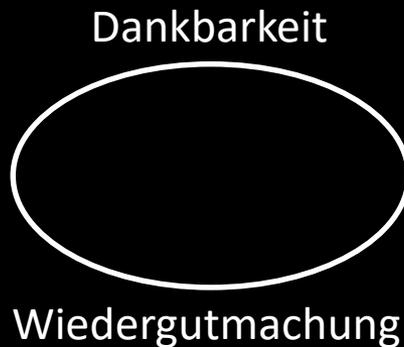
Deutung von Demütigung und Scham führt häufig zum Gefühl der **Demütigung**.

Deutung von Zorn provoziert häufig **Zorn** und **Verachtung**.

Vergeben

Das „Geben“ bleibt stets asymmetrisch.

Darin liegt der **Ursprung der Dankbarkeit**, die dem Gebenden seine **Großzügigkeit** verleiht und dem Empfangenden seine **Würde** belässt. (Ricoeur, 2004)



Gegenübertragung als Möglichkeit, das zornige, nach Vergeltung trachtende **Über-Ich** aufzunehmen und die pathologische Struktur in kleinen Schritten zu modifizieren.

Seneca

„Es geht darum, dass wir in uns selbst und mit uns selbst zufrieden sind.“

Heilsame Therapieanweisungen:

- Zeitlicher Aufschub.
- Verzicht auf Rache.
- Nachdenken über die Sterblichkeit.

(Seneca, De Ira. Über die Wut, 2007)

Römischer Philosoph, Stoiker,
1 n. Chr. – 65 n. Chr.

„Vernarbung“ auch an der Seele

Behandlung (4)

4. Medikamentöse Unterstützung

- **Schlechte Studienlage bei Jugendlichen**
- **SSRI** (eine offene Studie, n = 8, Citalopram, 12 Wo.)
(Kernsymptome der PTBS besser, Depression nicht besser)
- **Adrenerge Substanzen** (Clonidin, β -Rezeptoren Blocker)
(Behandlung des vegetativen Hyperarousals, Schlaflosigkeit, Albträume, Impulsivität, Agitation)
- **atypische Neuroleptika** (Olanzapin, Risperidon)
(Behandlung von dissoziativem Erleben, Flashbacks, Hyperarousal und aggressiven Durchbrüchen)

... und was geht das mich an?

Margot Friedländer. *05.11.1921 - ?
Die Zeitzeugen sterben aus, ist
„vererbte“ Zeitzeugenschaft möglich?

Unfähigkeit zu Trauern

Transgenerationale Weitergabe von Traumata

Patientin: C.

Augen auf! Ohren auf!

Übertragung / Abstinenz

/ die positive Übertragung/Liebesübertragung

„Für den Arzt* bedeutet sie eine kostbare Aufklärung und eine gute Warnung vor einer etwa bei ihm bereitliegenden Gegenübertragung. Er muß erkennen, daß das Verlieben der Patientin durch die analytische Situation erzwungen wird und nicht etwa den Vorzügen seiner Person zugeschrieben werden kann, daß er also gar keinen Grund hat, auf eine solche „Eroberung“, wie man sie außerhalb der Analyse heißen würde, stolz zu sein.

Freund, Bemerkungen über die Übertragungsliebe, GsW X, 306-321

* Arzt, Lehrer, Erzieher, Therapeut etc.

