



Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie ab dem Säuglingsalter I.B.T.®

Katrin Boger

Kinder/ Jugendpsychotherapie (VT/ TP)

I.B.T. Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern

Bindungsbasierte Psychotherapie/ Spezielle Psychotraumatologie Kinder/ Jugendliche (DeGPT)/ EMDR

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und
Psychologie

„Jedem Anfang liegt ein Zauber inne“
(Hermann Hesse)



Hiermit verpflichte ich mich, als Teilnehmer*in des (Online-)Seminars

Das Seminar wird von mir nicht aufgezeichnet und es werden keine
Screenshots gemacht.

Ich bin mir bewusst, dass Inhalte der Supervision und anderer Seminarteile, in denen
Patienteninhalte (auch anonymisierte) behandelt werden, der Schweigepflicht unterliegen
und nicht weitergegeben werden.



Integrative Bindungsorientierte
Traumatherapie bei Kindern,
Jugendlichen und Erwachsenen

Erscheinungsdatum
voraussichtlich Frühjahr 2026



Erscheinungsdatum Herbst 2025

Seminare ab Sommer 2025

www.wzpp.de

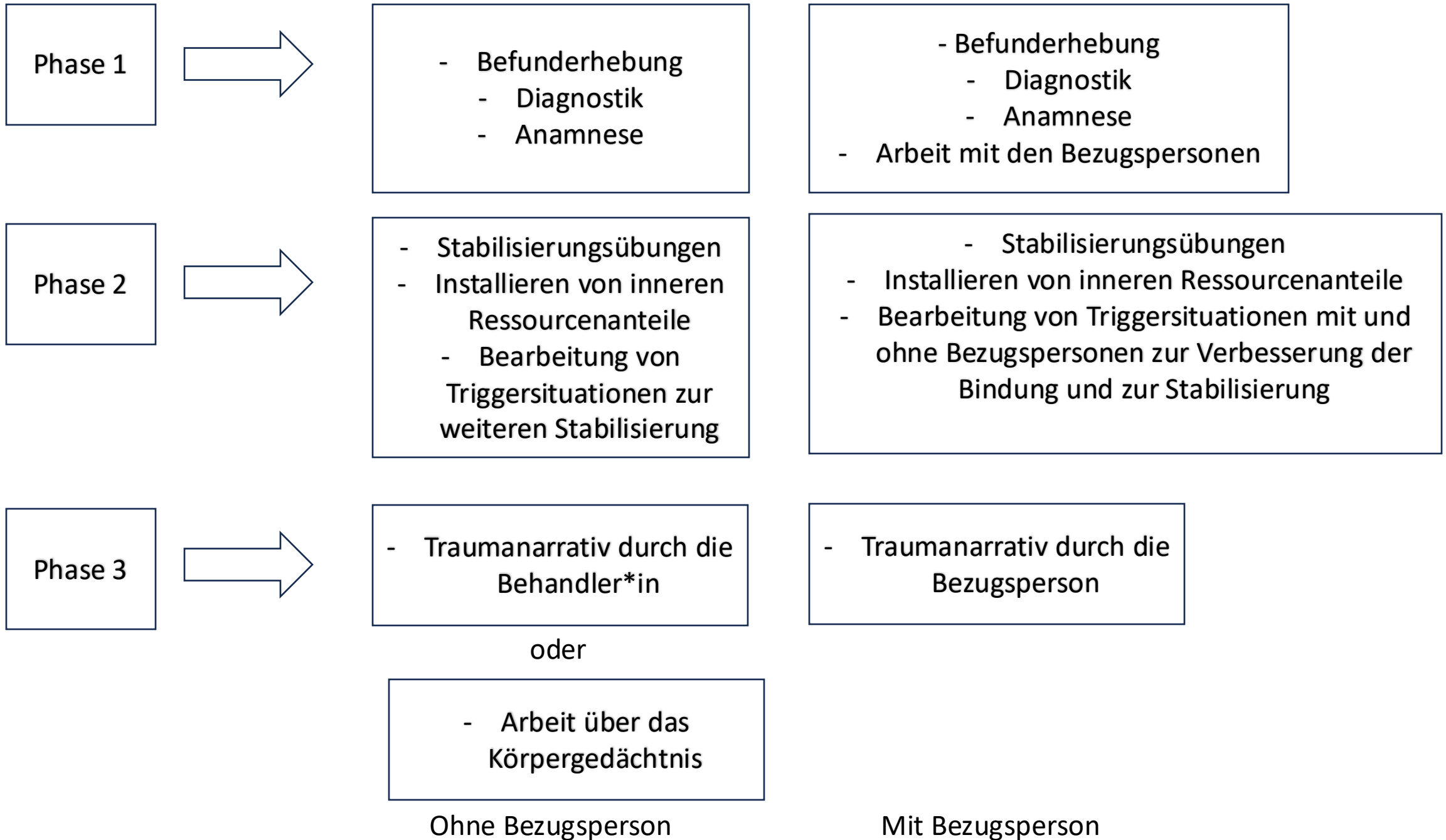
Phasen der I.B.T. Methode

- 1. Phase: Erstkontakt/ Anamnese + Arbeit mit den Bezugspersonen an deren eigenen Belastung in Bezug auf das Trauma des Kindes
- 2. Phase: Arbeit an der Bindung zwischen Bezugsperson und Kind
- 3. Phase: direkte traumaintegrative Arbeit am Kind mit Unterstützung der Bezugspersonen

→ Alle drei Phasen bauen aufeinander auf und bedingen sich gegenseitig!!

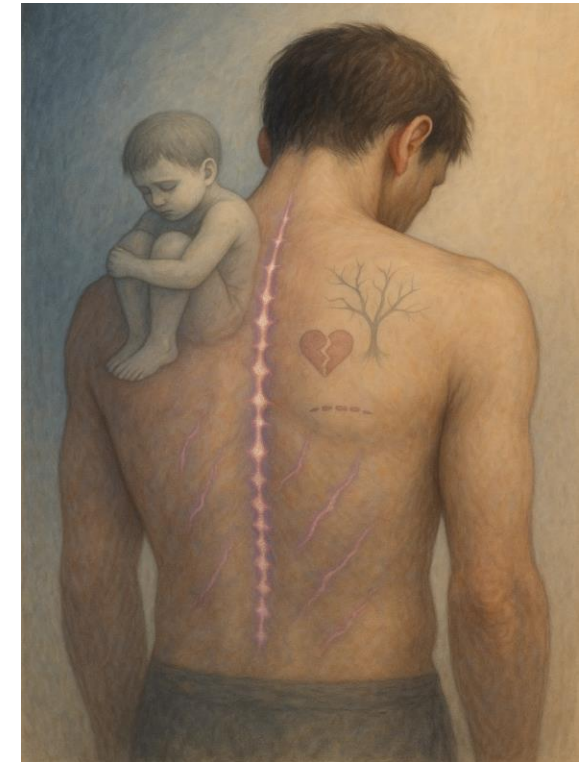
Phasen der I.B.T.® Methode bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit erinnerbaren Trauma-Inhalten

- **1. Phase:** Erstkontakt/ Anamnese (ggf Arbeit mit den Bezugspersonen an deren eigenen Belastung in Bezug auf das Trauma des Klienten)
 - **2. Phase:** (Arbeit an der Bindung zwischen Bezugsperson und Klienten); Installation von Ressourcenanteile - das heutige stabile Ich als Ressourcen-Anteil stärken; Erkennen von kontrollierenden und fragilen Anteilen
 - **3. Phase:** direkte traumaintegrative Arbeit am Patienten mit Unterstützung der Ressourcenanteile (Bezugspersonen) unter Berücksichtigung von kontrollierenden und fragilen Anteilen
- **Alle drei Phasen bauen aufeinander auf und bedingen sich gegenseitig!!**



„Der Körper vergisst nichts“

Bessel van der Kolk



Vor Zeugung

Zeugung

Pränatale Zeit

Geburt

Ersten zwei
Lebensjahre

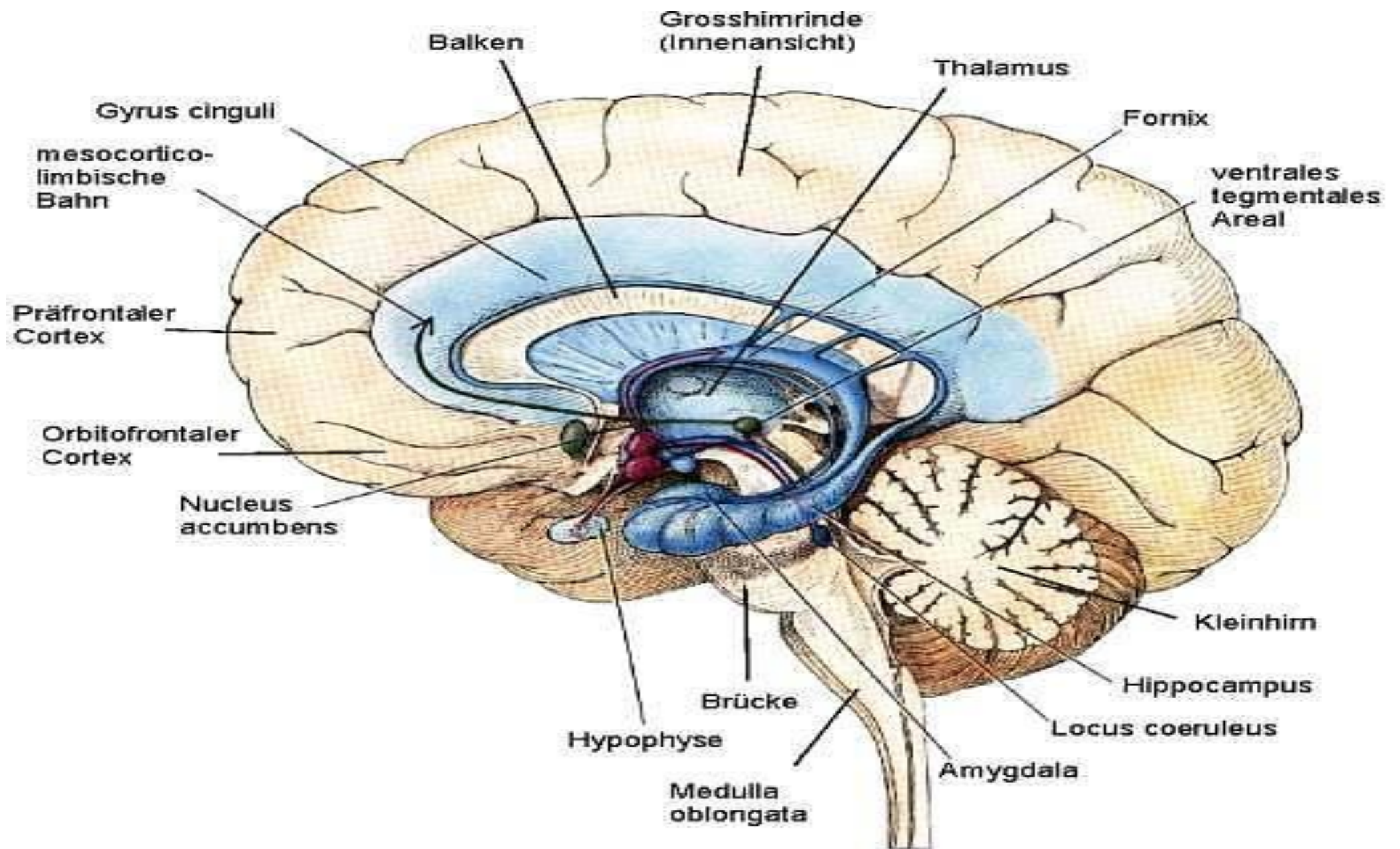
Ab dem
zweiten
Lebensjahr

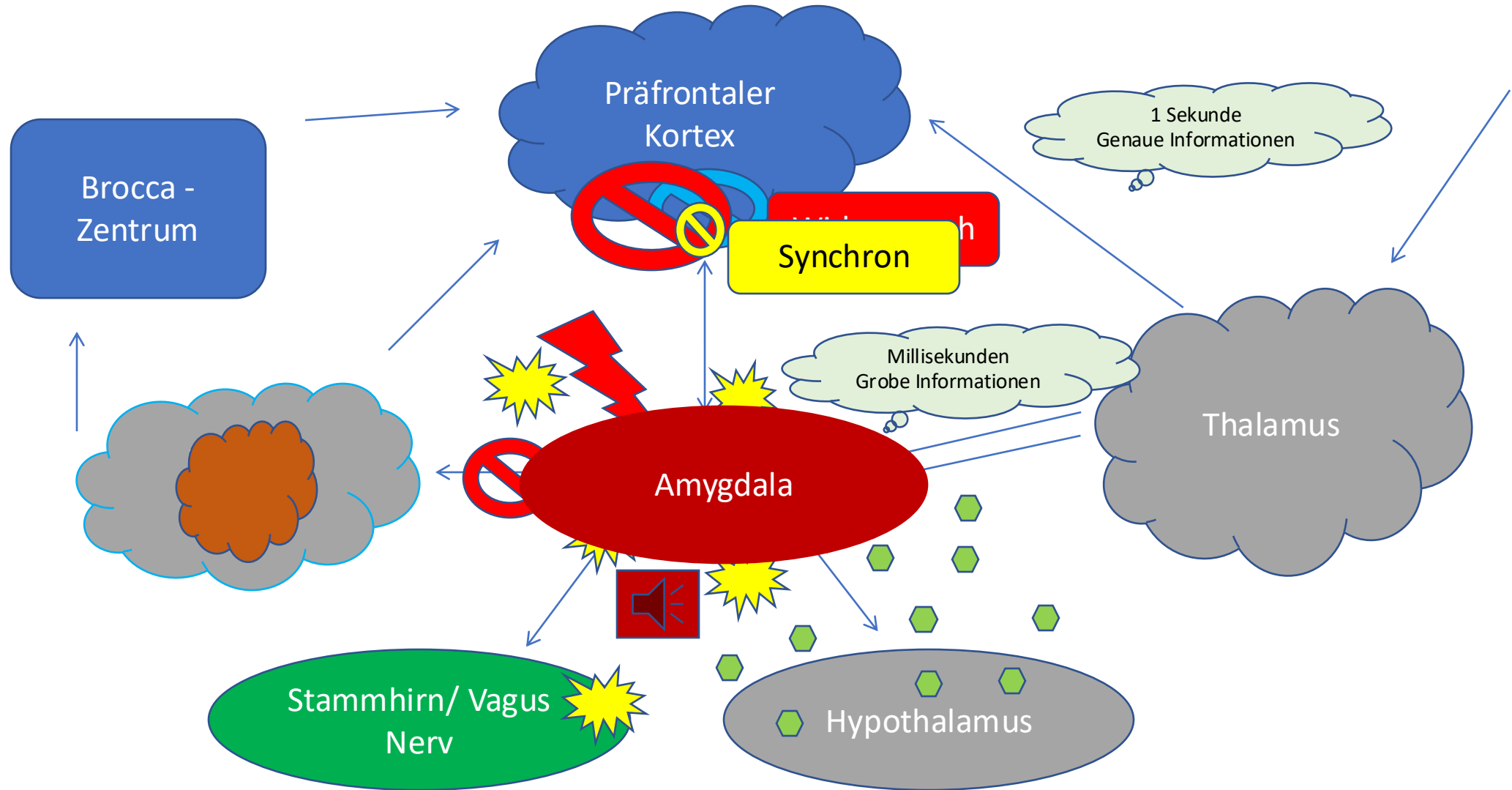
Physiologie psychischer Traumatisierung

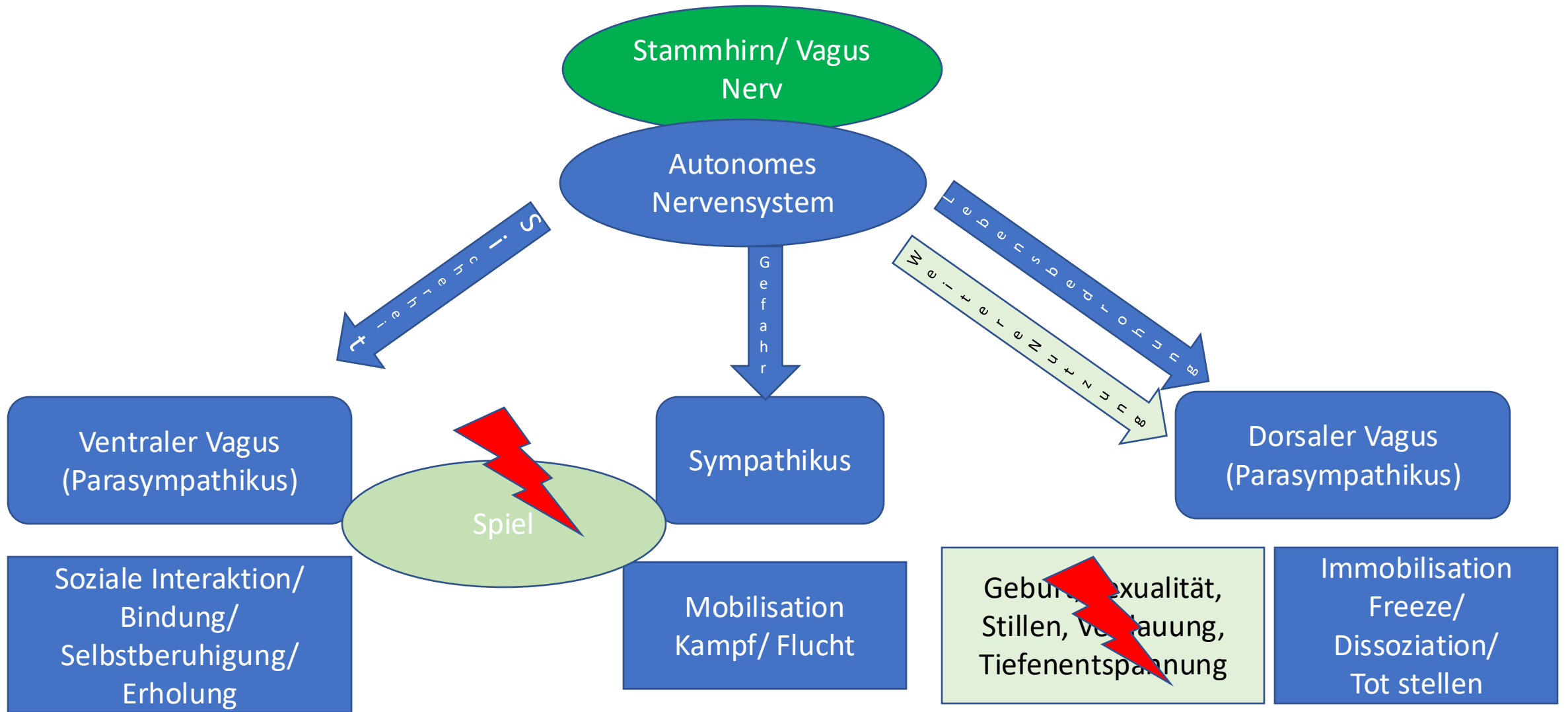
- Explizites Gedächtnis
- Implizites Gedächtnis

Neurobiologische, neurophysiologische,
neuroendokrinologische und neuroanatomische Aspekte

- Großhirnrinde: präfrontaler Kortex
- Mittlere subkortikale Ebene: limbisches System
- Untere subkortikale Ebene: Hirnstamm







Funktion	Peripher / Autonom	Neurochemie	Kortikal-Neuronales System
Soziale Bindung Regulation der Emotion Neuroprotektion Herz ↓ Respirat. Sinus Akt. ↑	Myelinisierter Vagus: Parasympathikus	Oxytocin Vasopressin Serotonin Norepiphedrin	Kortex Hirnstamm Ventraler Vagus
Mobilisierung Angst Panik Herz ↑ Kortison ↑	Sympathisch/ Adrenalin (Hypothalamus/ Hypophyse Achse)	Vasopressin Corticotropin Kortison	Kortex Hirnstamm Rückenmark
Immobilisierung Starre Depression Posttrauma Herz ↓ Kortison ↓	Nicht- Myelinisierter Vagus: Parasympathikus	Oxytocin Opioide Serotonin	Hirnstamm Dorsaler Vagus

Welche Auswirkungen haben frühe Traumatisierungen auf die Gehirnentwicklung?

- **Je früher** eine Traumatisierung stattfindet **umso ausgeprägter sind die Schädigungen im Gehirn** und damit verbunden die Langzeitfolgen im Fühlen, Verhalten und Denken. Frühe traumatische Beziehungserfahrungen gelten als besonders gravierend und sind leider auch am schwersten zu verändern.

Durch frühe anhaltendene traumatische Stresserfahrungen kann es zu einer **Veränderung in der Gehirnphysiologie** kommen:

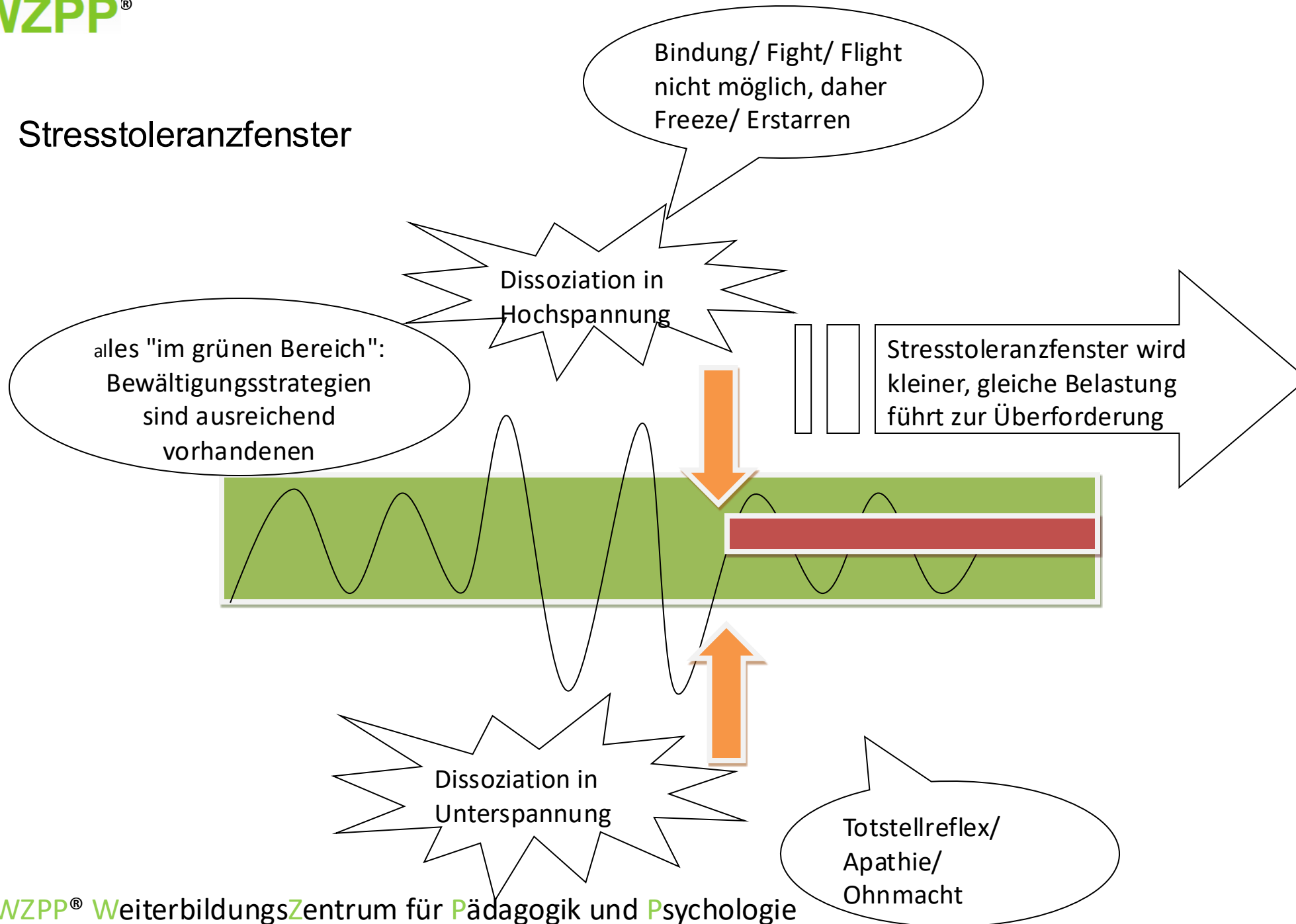
- Der Hippocampus (Verortung in Raum und Zeit, Übergang Kurz- zum Langzeitgedächtnis) verkleinert sich
- die Amygdala wird größer und damit zunehmend sensibler
- Der Präfrontale Cortex gelingt es immer weniger regulierend auf das limbische System einzuwirken
- Das gesamte **Stressverarbeitungssystem bleibt überreagibel** und es kommt zu einer **Dauerausschüttung von verschiedenen Stresshormonen**.
- Es folgen unter Umständen lebenslange Folgen im Bereich der Aufmerksamkeitsfokussierung, der Impulskontrolle, der Lernfähigkeit, der erhöhten Schmerzempfindlichkeit und Somatisierungstendenzen.

Eine „Rückveränderung“ dieser Strukturen ist je nach Schädigung teilweise noch möglich. Dies erfordert jedoch viele korrigierende Beziehungserfahrungen, gute Therapie und vor allem sehr viel Zeit.

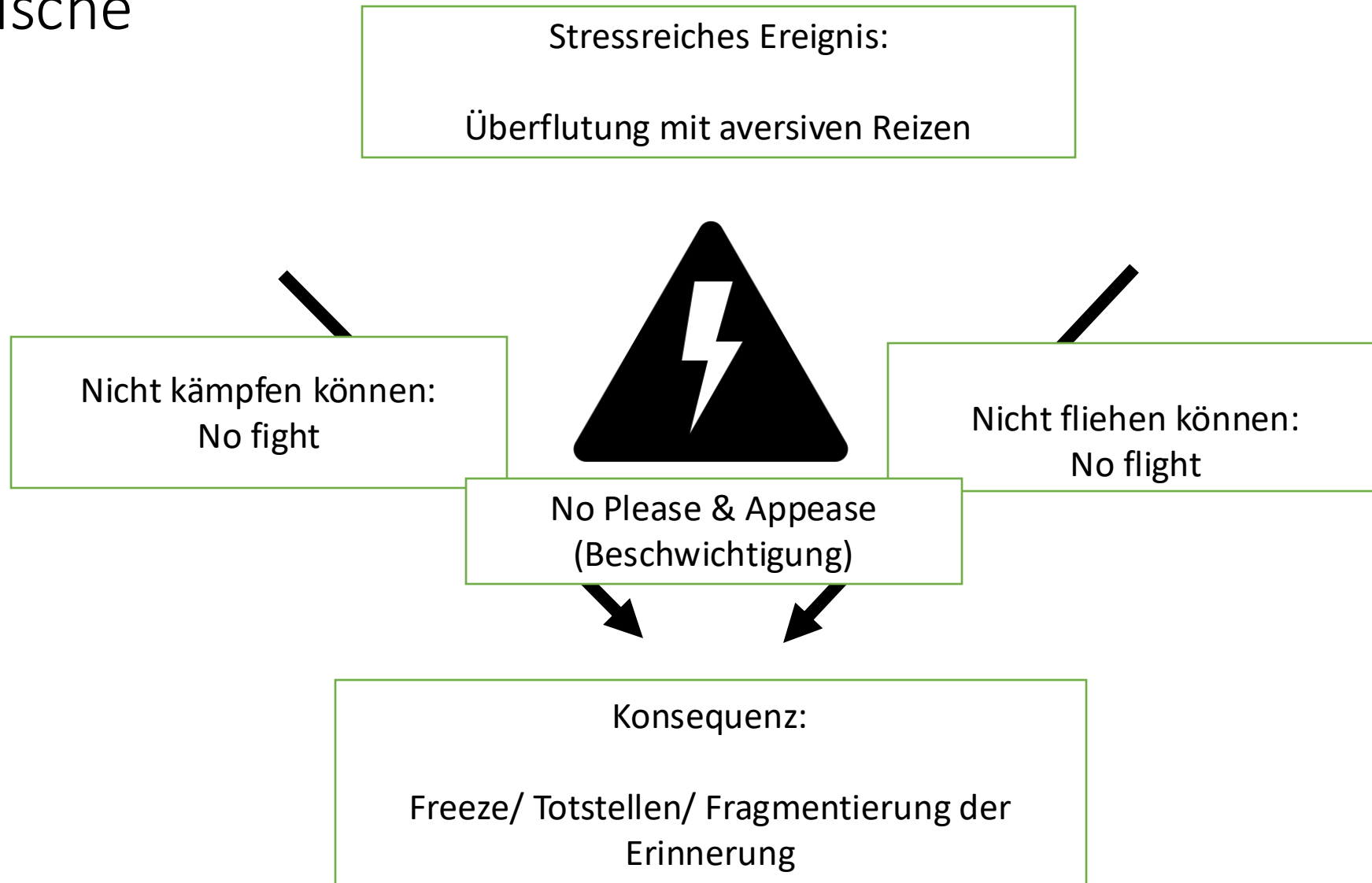
Aber: Kinder benötigen adäquate Stresssituationen, um sich weiterentwickeln zu können. Sie lernen durch Herausforderungen, bessere Strategien zu entwickeln.

Das heißt, Kinder brauchen für ihre Entwicklung einen altersentsprechenden Stress, um sich weiterzuentwickeln. Ein zu viel an Stress (Überforderung), aber auch ein zu wenig an Stress (Regressionsförderung) ist für Kinder schädlich und hindert sie an einer guten Weiterentwicklung.

Stresstoleranzfenster



Traumatische Zange



Traumakompensatorisches Schema

Was ist darunter zu verstehen? Auch schon bei Babys?

Frühe Gehirnentwicklung

- In der ersten Hälfte der Gehirnentwicklung bilden sich das **Rückenmark und das Stammhirn**. Das Stammhirn ist biologisch gesehen der älteste Teil unseres Gehirns und für das Überleben zuständig. In manchen Kontexten wird es auch als **Reptilienhirn** bezeichnet. Das Stammhirn ist für das vegetative Nervensystem, die Regulation der Atemmuskulatur, der Temperaturregulierung und das Herz-/ Kreislaufsystem zuständig. Dieser Gehirnbereich entwickelt sich bereits **ab der sechsten Schwangerschaftswoche** (Chamberlain, 1990).

Aus dem Stammhirn entwickeln sich weiter das **Mittel- und Großhirn**, sowie die Großhirnrinde. Im Mittelhirn ist das **limbische Nervensystem** verankert, dem emotionalen Teil des Gehirns. Als letztes bildet sich schließlich das Großhirn mit der Großhirnrinde (Cortex). In der 16. bis 19. Schwangerschaftswoche sind die Windungen des Frontal Cortex und zwischen der **24. und 27. Schwangerschaftswoche die Windungen des Präfrontalen Cortex** erkennbar. Der Präfrontale Cortex (PFC) ist unter anderem für die Handlungsplanung und Problemlösung zuständig (Cierpka et al., 2014; Chamberlain, 1990).

Die einzelnen Gehirnbereiche mit ihren Zellen sind mit **Synapsen** verbunden. Die umfangreiche Bildung von Synapsen beginnt in vielen Teilen des Cortex **bereits im letzten Schwangerschaftsdrittel und setzen sich bis zum vierten Lebensjahr** fort (Cierpka et al., 2014; Chamberlain, 1990).

Ein wichtiger Entwicklungsprozess des Gehirns ist die **Myelinisierung** der Zellfortsätze. Das Myelin bildet eine isolierende Umhüllung der Axone (Zellfortsätze) und ermöglicht dadurch eine schnelle und genaue Weiterleitung von Aktionspotentialen. Die **Myelinisierung beginnt zwischen der 12. Und 14. Schwangerschaftswoche im Rückenmark und setzt sich daraufhin in den anderen Gehirnbereichen fort. Auch diese Entwicklung wird erst um das vierte Lebensjahr abgeschlossen** (Cierpka et al., 2014; Chamberlain, 1990).

Bei Geburt sind die Gehirnhälften bereits voll ausgeprägt. Über die Geburt hinaus finden weitere Bildungen von Synapsen statt, die zunächst überschießend produziert und anschließend aktivitäts- und erfahrungsabhängig wieder reduziert werden. Ebenso nach der Geburt setzt sich die Myelinisierung der Axone fort, die aber bereits **während der Schwangerschaft auch in den Bereichen des Cortex (!)** begonnen hat. Die gesamte Gehirnentwicklung ist aber erst mit Abschluss der Pubertät endgültig abgeschlossen, wobei das Gehirn in der Lage ist, bis in das hohe Alter weitere Nervenzellen zu bilden und damit zu lernen (Cierpka et al., 2014; Chamberlain, 1990).

Die moderne Gehirnforschung konnte mit Hilfe hochauflösender Elektronenmikroskopen beweisen, dass der **Cortex bereits um die 28. Schwangerschaftswoche voll funktionsfähig** ist. Mit Messungen der Gehirnströme konnte des Weiteren gezeigt werden, dass der **Cortex um die 28. Schwangerschaftswoche bereits auf visuelle, akustische und taktile Reize reagiert**. Das Ungeborene ist demnach bereits im Mutterleib bereits schon in der Lage, auf Erfahrungen sinnvoll zu reagieren (Chamberlain, 1990).

Aktuelle moderne Studien bestätigen zudem, dass **Neugeborene bereits bei der Geburt über ein komplexes und persönliches Erinnerungsvermögen** verfügen (Chamberlain, 1990). Sie haben bereits ein Bewusstsein ihrer selbst und verfügen über angeborene Kommunikationsbestrebungen. Aussagen wie „Neugeborene seien autistisch“ und hätten, wie Jean Piaget schreibt, „keinerlei Bezug zur Außenwelt“ sind heute nicht mehr haltbar (Chamberlain, 1990).

Nach Levine beginnen **bereits im zweiten Schwangerschaftsdrittel im Mutterleib „verborgene“ Erinnerungsspuren** (in Form von prozeduraler Erinnerungen), die dann eindeutig um den Zeitpunkt der Geburt Zustande kommen. „Diese prägende Erfahrungen können eindruckliche Auswirkungen auf unsere späteren Reaktionen und Verhaltensweisen, unsere Emotionen und Gefühlszustände haben.“ (Levine, 2015).

Hören gilt als Voraussetzung für Sprache. **Bereits in der 18. Schwangerschaftswoche ist ein Baby neurobiologisch in der Lage, Geräusche wahrzunehmen. In der 28. Schwangerschaft sind die Reaktionen des Babys so beständig, dass gesichert davon auszugehen ist, dass ein funktionales, auf andere bezogenes Hören nun möglich ist** (Cierpka et al., 2014; Hüther/ Krens, 2008; Chamberlain, 1990).

Zusammenfassend kann also davon ausgegangen werden, dass Babys bereits bei der Geburt über erstaunliche Fähigkeiten verfügen. **Sie sind in der Lage, präzise zuzuhören, Sprache zu verstehen, auf ihre eigene Art zu kommunizieren und Beziehung herzustellen, Gefühle zu empfinden und zu zeigen, über die Haut, dem Kern des Selbstgefühls, zu spüren, auch Schmerzen zu empfinden, sie verfügen über ein Bewusstsein ihrer Selbst, sowie einem vorgeburtlichen Gedächtnis** (Cierpka et al., 2014; Renggli, 2013; Chamberlain, 1990; Janus, 2011; Hüther/ Krens, 2008).

Ergebnisse der aktuellen Gehirnforschung

- Die uns prägenste Zeit ist die Zeit von der Zeugung bis Ende des zweiten Lebensjahres
- Einfluss haben v.a. die Gene, Epigenetik, Schwangerschaft (v.a. Cortisol der Mutter), die ersten zwei Lebensjahre in Bezug auf Feinfühligkeit der Bezugspersonen!
- Das Kind ist in der Schwangerschaft eng an das emotionale Erleben der Mutter gekoppelt

Vor Zeugung	Vor Zeugung	Pränatal/ Perinatal	Postnatal 0-2 LJ	Postnatal Ab 2 LJ
Gene	Epigenetik	Einfluss der Erfahrungen v.a. der Mutter und eigene während der SS/ Geburt	Erfahrungen mit den ersten Bezugspersonen	Erfahrungen mit erweiterten Bezugspersonen, Peer- Group
Gen-Umwelt-Reaktion, hier v.a. Einfluss der Allele	Unverarbeitete traumatische Erfahrungen bes. der Mutter bereits vor der Schwangerschaft	Hormone der Mutter, v.a. Cortisol der Mutter haben Auswirkungen auf die Gehirnentwicklung des Kindes	Sehr hohe Feinfühligkeit der Bezugspersonen, Begleitung im Wahrnehmen, Zeigen und Co-Regulation von Emotionen (bes. Wut), Selbstwirksamkeitserleben	Weitere Prägungen durch Erfahrungen, kein deutlicher Effekt mehr auf die Ausbildung der Persönlichkeit
-> wie sensibel reagiert ein Mensch nach der Geburt auf verschiedene Reize, v.a. bzgl Oxytocin, Dopamin, Serotonin. Noradrenalin, Cortisol	-> ähnlicher Effekt wie eine schwere Traumatisierung während der SS		-> kann die ersten drei Punkte bei optimalen Bedingungen deutlich abmildern	-> Korrekturen sind durch längere Psychotherapie (möglichst integrativ) möglich, Kurzzeittherapie zeigt keinen nachhaltigen Effekt
-> Temperament				

Wie erlebt ein Baby die Schwangerschaft?

- Emotionaler Spiegel der Mutter
- Neurobiologie in der Schwangerschaft
- Polyvagal-Theorie



Ab wann können Traumata auftreten?

- Pränatale Traumata
- Perinatale Traumata
- Postnatale Traumata

Pränatale Traumata



Pränatale Traumata

- Stress der Mutter (Gewalterfahrungen, eigene Traumata/ Belastungen)
- Psychische Belastung/ Erkrankung der Mutter (z.B. Depression, Ängste etc.)
- Ablehnung durch die Mutter
- Abtreibungsversuch
- Zwillingstod
- Drogen (Nikotin, Alkohol, Medikamente etc.)
- Umwelteinflüsse

Entstehung pränataler Traumata

- Emotionaler Spiegel der Mutter mit Auswirkungen auf die Gehirnentwicklung
- Transgenerationale Weitergabe von Traumata/ Epigenetik
- Psychische Erkrankungen der Mutter
- Stress der Mutter
- Bindung beginnt bereits im Mutterleib!

Folgen pränataler Traumata

- Klinische Studien bestätigen, dass sich Stress, depressive Verstimmungen und andere seelische Probleme wie Ängste, Sorgen, Wut, chronische Überforderung der Mutter, aber auch ablehnende, konflikthafte oder ambivalente Haltungen der Mutter gegenüber dem ungeborenen Kind während der Schwangerschaft, auf das Stresssystem des Babys im Mutterleib in Form einer **Veränderung der Herzschlagrate und Variabilität des Herzschlags übertragen**. Diese Übertragung kann für das noch ungeborene Baby **nachhaltige Auswirkungen wie Verzögerungen im Gehirnwachstum, Lernstörungen, ein überreagibles Stressverarbeitungssystem, Frühgeburtlichkeit, niedrigeres Geburtsgewicht, eine schwerere Geburt, Missbildungen, Regulations- und Schlafstörungen** nach sich ziehen (Renngli, 2013, Janus, 2011; Hüther/Krens, 2008).

Im Kinder- und Jugendalter sind **häufiger Leseschwierigkeiten, Ticks, Verhaltensstörungen, erhöhte innerliche Unruhe, überhöhte Erregbarkeit, mangelnde Selbstregulation, Regulationsstörungen, Schlaf- und Essstörungen, Depressionen, Ängste bis hin zu Panik, teilweise auch Minderbegabungen, aber auch häufiger körperliche Erkrankungen** wie das Risiko für einen erhöhten Blutdruck oder Jugenddiabetes zu beobachten (Janus, 2011; Hüther/ Krens, 2008). Auch im Erwachsenenalter sind Folgen wie **Bluthochdruck, Fettleibigkeit, koronare Herzerkrankungen, Herzinfarkt und Diabetes Typ 2** erkennbar (Renggli, 2013).

Weitere Ergebnisse der aktuellen Gehirnforschung

- **Alle Fähigkeiten und Fertigkeiten hat das Kind bereits im Mutterleib auf die eine oder andere Weise kennengelernt, sich angeeignet und eingeübt.** Nach der Geburt lernt das Kind, aber auch der Erwachsene nur noch dazu.
- **Der Grund dafür ist, dass das Gehirn Neues nur dazu lernen kann, indem es an bereits vorhandenes anknüpft.** Im Erleben des Menschen gibt es daher auch neurobiologisch gesehen keinen Anfang (Hüther/ Krens, 2008).

Warum ist das so und was geschieht dabei im Gehirn genau?

Nimmt das Gehirn neue Sinneseindrücke wahr, entsteht im Gehirn für diese Wahrnehmung ein bestimmtes Erregungsmuster, quasi eine Störung in dem bisher routineverlaufenden Muster der synaptischen Verbindungen. Um diese Störung „zu beseitigen“, versucht das Gehirn nun intensiv nach alten Erregungsmustern (**„Erinnerungsbild“**), das zu dem neuen Erregungsmuster (**„Wahrnehmungsbild“**) auf irgendeine Art und Weise passt.

Stimmt das Wahrnehmungsbild mit einem bestehenden Erinnerungsbild völlig identisch überein, wird es routinemäßig beantwortet und es entsteht kein Lerneffekt.

Findet sich kein vorhandenes Erinnerungsbild, das irgendwie zum neuen Wahrnehmungsbild passt, wird es als „völliger Unsinn“ behandelt und ignoriert.

Findet sich aber ein altes Erinnerungsbild, das zumindest teilweise zum neuen Wahrnehmungsbild passt, entsteht ein Lernprozess. Die alte Erinnerung wird geöffnet, geformt und die neue Wahrnehmung eingefügt.

Es wurde etwas Neues dazu gelernt. Je häufiger das Kind, aber auch der Erwachsene diese positive Erfahrung erlebt, umso größer ist seine Lernfreude, seine Freude, neues zu entdecken, neue Herausforderungen anzunehmen (Renggli, 2013; Hüther/ Krens, 2008).

Über die Nabelschnur ist das Baby im Mutterleib auch an das emotionale Erleben der Mutter angeschlossen.

Über die Nabelschnur erfährt das ungeborene Kind emotionale Zustände der Mutter über hormonelle Veränderungen im Blut, in der Qualität der Sauerstoffzufuhr und in der Veränderung der Herzfrequenz. Alle Stresshormone der Mutter überschreiten ohne Schwierigkeiten die Plazentaschranke und stimulieren die physiologische Reaktion des ungeborenen Kindes auf genau dasselbe Gefühl wie bei der Mutter.

So lernt das Kind bereits vor der Geburt verschiedenste Gefühlszustände über die Nabelschnur kennen.

Aber auch über die **Bewegungen** (physiologische Wahrnehmung) und **Stimmlage** der Mutter (akustische Wahrnehmung) kommt es zu einer **sensorischen Kommunikation zwischen Mutter und Kind**.

Das Kind erlebt und fühlt die Emotionslage der Mutter auf verschiedensten Kanälen, stimmt sich darauf ein und reagiert spiegelnd entsprechend der Stimmungslage der Mutter. Dadurch entsteht bereits sehr früh eine enge Beziehung und Bindung zwischen Mutter und Kind (Hüther/ Krens, 2008).

Aber nicht immer ist eine Schwangerschaft von Seiten der Mutter mit Glücksgefühlen und Freude verbunden.

Heftige Angst- und Stressreaktionen der Mutter nimmt das Ungeborene als plötzliche oder auch chronische Veränderung in Form einer Veränderung im Herzschlag der Mutter, der Blutversorgung der Plazenta und einem Ansturm von Stresshormonen durch den Organismus der Mutter wahr.

Das Gehirn des Kindes passt sich in seiner weiteren Entwicklung an diese Veränderungen an, vor allem wenn sie über einen längeren Zeitraum bestehen bleiben.

Es kommt in Folge zu einer Erhöhung der hemmenden und einer Verringerung der erregenden synaptischen Verbindungen, die Schwelle für die Aktivierung erregender Regelkreise werden erhöht und entsprechend hemmende Regelkreise aktiviert.

Perinatale Traumata



Perinatale Traumata

- Geburtstrauma
- Kaiserschnitt
- Frühgeburt

Entstehung perinataler Traumata

- Geburt an sich als Herausforderung
- Was, wenn die Glückshormone, etwas geschafft zu haben, z.B. durch Kaiserschnitt ausbleiben?
- Was, wenn Bonding nicht stattfinden kann?

Bei einer Kaiserschnitts Geburt und einer Geburt unter starken Schmerzmitteln bleiben bei Mutter und Kind durch den anstrengenden Geburtsprozess der Prozess der Auslösung körpereigener Glückshormone und das Gefühl, etwas ganz besonderes erreicht und geschafft zu haben, aus.

Bei einer Geburt unter starken Schmerzmedikamenten wirken diese über den Blutkreislauf, der Plazenta und die Nabelschnur auch auf das noch ungeborene Kind ein. **Durch diese Medikamentenüberflutung ist auch die Wahrnehmungsfähigkeit und aktive Beteiligung des Kindes an der Geburt beeinträchtigt. Dadurch kann unter Umständen der Bonding-Prozess direkt nach der Geburt gestört werden (Renggli, 2013).**

Auch bei **Frühgeburten** kann es neben den medizinischen, körperlichen Folgen der verfrühten Geburt zu nachhaltigen psychischen Nachwirkungen kommen. „Die vielfältigen Anforderungen und Belastungen der Intensivpflegezeit können im Sinne einer kumulativen, chronischen Stressexposition interpretiert werden, der das frühgeborene Kind naturgemäß nicht entkommen kann“ schreibt von der Wense & Bindt (von der Wense & Bindt, 2013).

Weiter schreiben sie, dass „nicht auszuschließen [sei], dass die vermehrte Belastung mit Aufmerksamkeitsdefiziten, Konzentrations- und Lernstörungen und anderen emotionalen Symptomen, die den Entwicklungsweg vieler frühgeborener Kinder prägen, auch in einer prolongierten Stressexposition im Sinne einer **kumulativen Traumatisierung durch die neonatologische Intensivtherapie** mitbegründet ist (Simons et al., 2003; Scheeringa et al., 2001)“ (von der Wense & Bindt, 2013).

Das Risiko im weiteren Lebenslauf an einer Depression, bipolaren Störung oder gar einer Psychose zu erkranken, ist bei Frühgeborenen um das 1,3 bis 7-Fache der Norm erhöht (von der Wense & Bindt, 2013) – dies ergab eine Untersuchung an einer großen Stichprobe aus dem schwedischen Geburtsregister.

Des Weiteren ergab sie: je früher die Geburt, desto höher sei die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung (Nosarti et al., 2012). Zudem konnten Zusammenhänge zwischen Depressionen und Angststörungen und sehr niedrigem Geburtsgewicht und intrauteriner Wachstumsretardierung hergestellt werden (Raikonen et al., 2008).

Schwierigkeiten in der Beziehungsentwicklung zwischen Mutter und Kind werden zudem unter anderem als Folge einer Reifeverzögerung des Kindes gesehen (Sarimski, 2000).

Sarimski schreibt, dass **frühgeborene Kinder im Vergleich zu reifgeborenen Babys weniger zuverlässig und schwächer auf Reize reagieren, stärkere Reize als Auslöser benötigen und schneller in ihren Verarbeitungsmöglichkeiten überfordert sind bzw. sich schlechter wieder selbst beruhigen können** (Sarimski, 2000).

So werden bei diesen Kindern eine **erhöhte Irritierbarkeit, Störungen im Schlaf-Wach-Rhythmus, exzessives Schreien, Fütter- und Gedeihstörungen** beobachtet. Im Rahmen der weiteren Entwicklung werden aber auch **Störungen der emotionalen und sozialen Entwicklung (Kluge, 2010), Lern- und Aufmerksamkeitsstörungen (Wolke, 2006), chronische Schlaf- und Essstörungen, sowie Bindungs- und Beziehungsstörungen** diagnostiziert (Kluge, 2010).

Bis vor wenigen Jahrzehnten gab es noch die Haltung der Medizinwelt, dass Neugeborene keine Gefühle, v.a. auch keine Schmerzen empfinden können und überhaupt das gesamte Gehirn des Neugeborenen noch völlig unterentwickelt und damit nicht in der Lage sei, „höhere“ Funktionen auszuüben.

Auch wenn sich in der Haltung der Mediziner und damit die Bedingungen in Kliniken und auf Geburtsstationen drastisch im positiven Sinne für die Neugeborenen und deren Mütter verändert haben – so werden Babys zum Beispiel nicht mehr ohne Narkose operiert oder auch das Bonding nach Geburten fand in den Kliniken Einzug -, werden Babys in der Medizin, in der Psychologie, aber auch vor allem in der Allgemeinbevölkerung **noch nicht ausreichend als „voll erlebendes menschliches Wesen“ gesehen und behandelt**. In diesem Bereich ist noch viel Forschungs- und Öffentlichkeitsarbeit zu leisten, um den Babys und deren Erleben gerechter zu werden. Einen überaus wichtigen Anteil dazu trägt die aktuelle Gehirnforschung bei.

Postnatale Traumata

- Gerade in den ersten drei Lebensjahren ist das Kind besonders auf die Fürsorge der Bezugspersonen angewiesen.



Postnatale Traumata

- Bindungs-/ Entwicklungstraumata
- Körperliche Misshandlung
- Emotionale Misshandlung
- Vernachlässigung
- Sexueller Missbrauch
- Gewalterfahrungen
- Unfälle, Operationen, schmerzhaftes ärztliche Untersuchungen

Auswirkungen früher Kindheitsbelastungen

- Körperliche und psychische Erkrankungen
- Bindungs- und Entwicklungsstörungen
- Auswirkungen auf die Gehirnentwicklung
- Lebenslange Auswirkungen bis hin zu einem fast 20 Jahre früheren Tod



Wie aus dem Gold der Kindheit das Blei des Erwachsenenendaseins wird (Felitti 2003)

Ursprung der ACE Studien



Gesundheitliches Risikoverhalten und Einwirken von ≥ 4 frühen Stressfaktoren (N=17.000, Altersdurchschnitt: 57 Jahre) (nach Felitti et al. 1998, zitiert nach Cierpka et al. 2014)

Risikoverhalten	≥ 4 Stressfaktoren	OR*
Alkoholabusus	16,1%	7,4
Drogenkonsum	28,4%	4,7
Drogen i.v.	3,4%	10,3
Promiskuität (≥ 30 Sexualpartner)	6,8%	3,2
Sexuell übertragene Erkrankungen	16,7%	2,5
Rauchen	16,5%	2,2
BMI ≥ 35	12,0%	1,6
Weitreichender Bewegungsmangel	26,6%	1,3
Im vorangegangenen Jahr ≥ 2 Wochen depressiv	50,7%	4,6
Suizidversuche	18,3%	12,2

*** Korrigierte Odds Ratio (Alter, Geschlecht, Rasse, Bildung)**

Trauma-Entwicklungsheterotopie - Schmid, Fegert, Petermann 2010

Developmental heterotopia of trauma



Stressor-Kontinuum (Copeland et al. 2006; Verlinden 2013; Greeson et al. 2006; Mol et al. 2005; Gold et al. 2005)

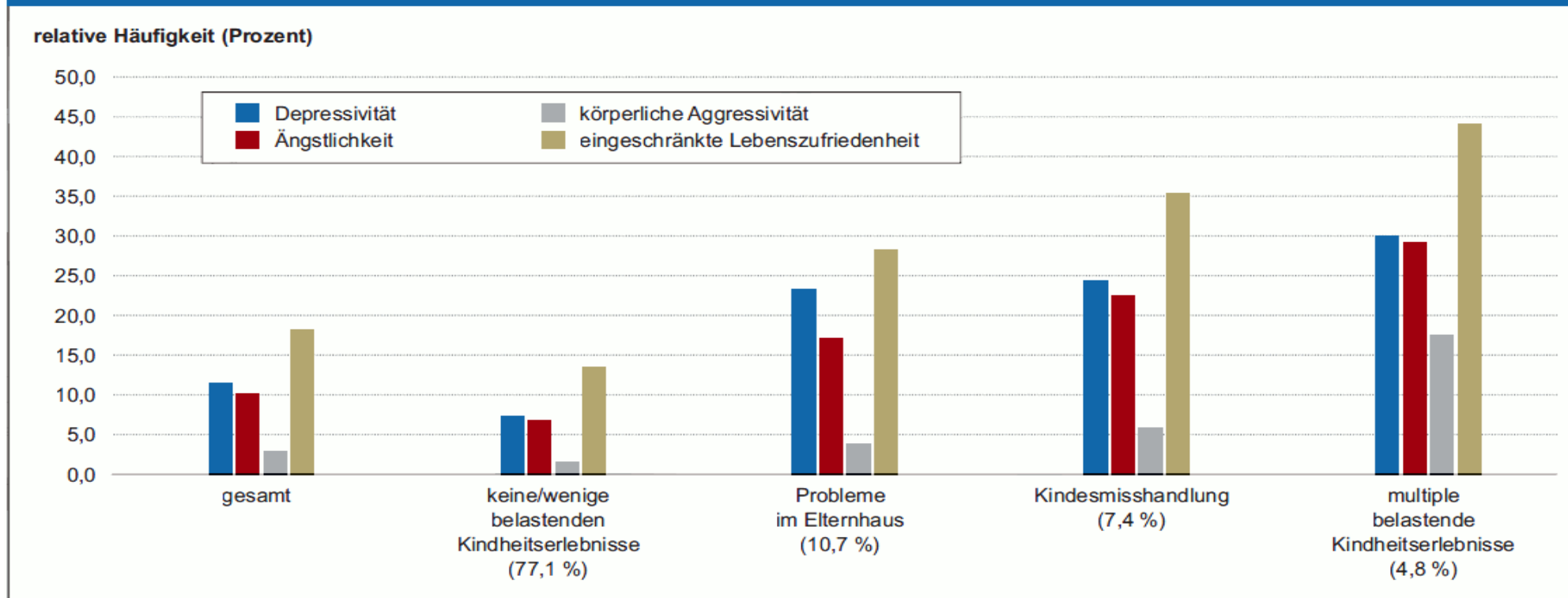
- Für **Kinder** haben **beziehungsbezogene NICHT-A1 Erfahrungen** (Verluste, Kränkungen, Beschämungen) mit wichtigen Bezugspersonen (Eltern, Freunde) **ebenso negative Auswirkungen wie A1 Erfahrungen** (Verlinden et al. 2013)
- Nur ein **geringer Teil der Kinder zeigt nach einer Traumatisierung das Vollbild einer PTBS**. Ein bedeutsamer Anteil zeigt nur subklinische Symptome, die aber in ähnlicher Weise als belastend erlebt werden.
- Die American academy of Child and Adolescent Psychiatry (ACCAP 1998) empfiehlt daher, ein Kind dann ebenfalls als **behandlungswürdig** anzusehen.

Es gibt einen **kumulativen Dosis-Effekt** zwischen der Anzahl der belastenden Faktoren, der **Vielfalt der traumatisierenden Erfahrungen** und der **Schwere und Komplexität der Symptomatik**.

Patienten mit belastenden Lebenserfahrungen in der Kindheit unterscheiden sich von den nicht belastenden Patienten mit gleicher Diagnose signifikant und **sprechen auf traditionelle Behandlungsansätze nicht gut an**.

Chronische Stressdysregulation kann zu **dauerhaften neurobiologischen Schädigungen** (z.B. Amygdala-Sensitivierung, Verringerung des Hippocampusvolumen) und dysfunktionalen epigenetischen Veränderungen führen, die **transgenerational vererbt** werden können.

GRAFIK 2



Häufigkeit psychosozialer Auffälligkeiten in der Gesamtstichprobe sowie in den einzelnen Gruppen. Es zeigt sich, dass in allen Gruppen psychosoziale Auffälligkeiten gegenüber der Gruppe ohne bzw. mit wenigen belastenden Kindheitserlebnissen deutlich erhöht sind, insbesondere in der Gruppe mit multiplen belastenden Kindheitserlebnissen

Witt, Andreas; Sachser, Cedric; Plener, Paul L.; Brähler, Elmar; Fegert, Jörg M.

Prävalenz und Folgen belastender Kindheitserlebnisse in der deutschen Bevölkerung

Dtsch Arztebl Int 2019; 116(38): 635-42; DOI: 10.3238/arztebl.2019.0635

© WZPP/Weiterbildungsinstitut für Pädagogik und Psychologie

Zusammenhang belastender Kindheitserfahrungen und ADHS (Miodus, S., Allwood, M. A., & Amoh, N. (2021))

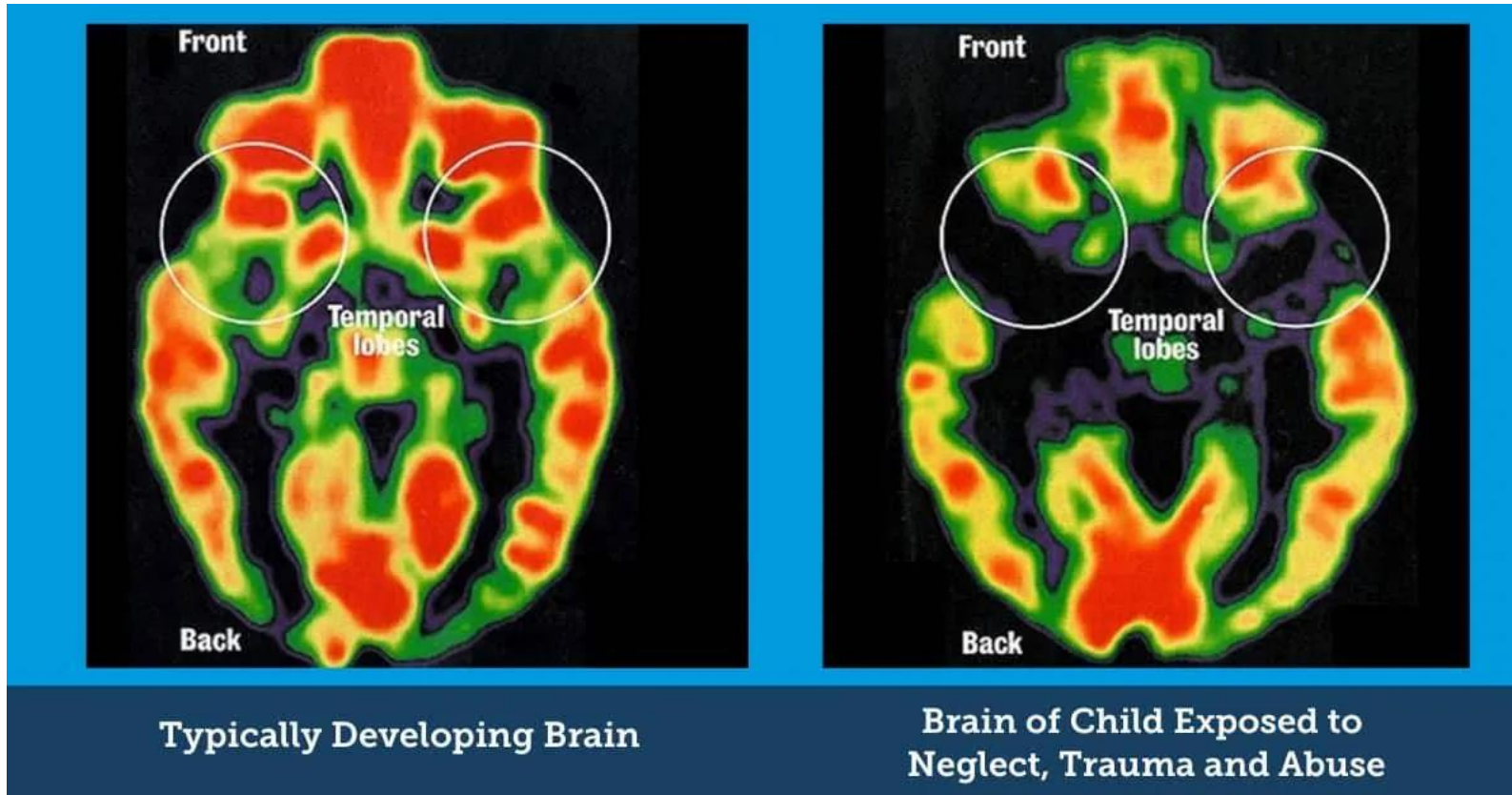
- Konzentrationsprobleme sind ein Symptom sowohl von ADHS & PTBS
- Vernachlässigung und Gewalt führen zu Konzentrations- und Affektregulationsproblemen im Rahmen einer kPTBS, die schwierig von ADHS-Symptomen zu unterscheiden sind
- Schwierig zu unterscheiden, speziell bei Kindern, sind Hyperaktivität (ADHS) versus Hyperarousal (PTBS) und Impulsivität (ADHS) versus Affektregulationsproblemen (PTBS, speziell kPTBS)
- ADHS in der Kindheit ist ein Risikofaktor für spätere Traumatisierungen und PTBS
- Kinder mit ADHS haben nach ähnlichen Traumatisierungen schwerere PTBS-Symptome als Nicht-ADHS-Kinder

Warum reagieren Kinder so viel empfindlicher auf Stress als Erwachsene?

- Als Grund für die besonders belastende und tiefgreifende Prägung von Kindheitsbelastungen wird durch das besonders **vulnerable Zeitfenster der Gehirnentwicklung im frühen Kindesalter** erklärt. Bereits bei Neugeborenen kann ein nicht adäquat erwidertes **Bindungsbedürfnis** die **individuelle Ausreifung** des **Stressverarbeitungssystem** beeinträchtigen (Cierpka et al., 2014).
- Ein feinfühliges Bindungsverhalten der **primären Bezugsperson** vor und nach der Geburt entscheidet, ob ein bestimmter **Genabschnitt** ablesbar und damit wirksam wird.

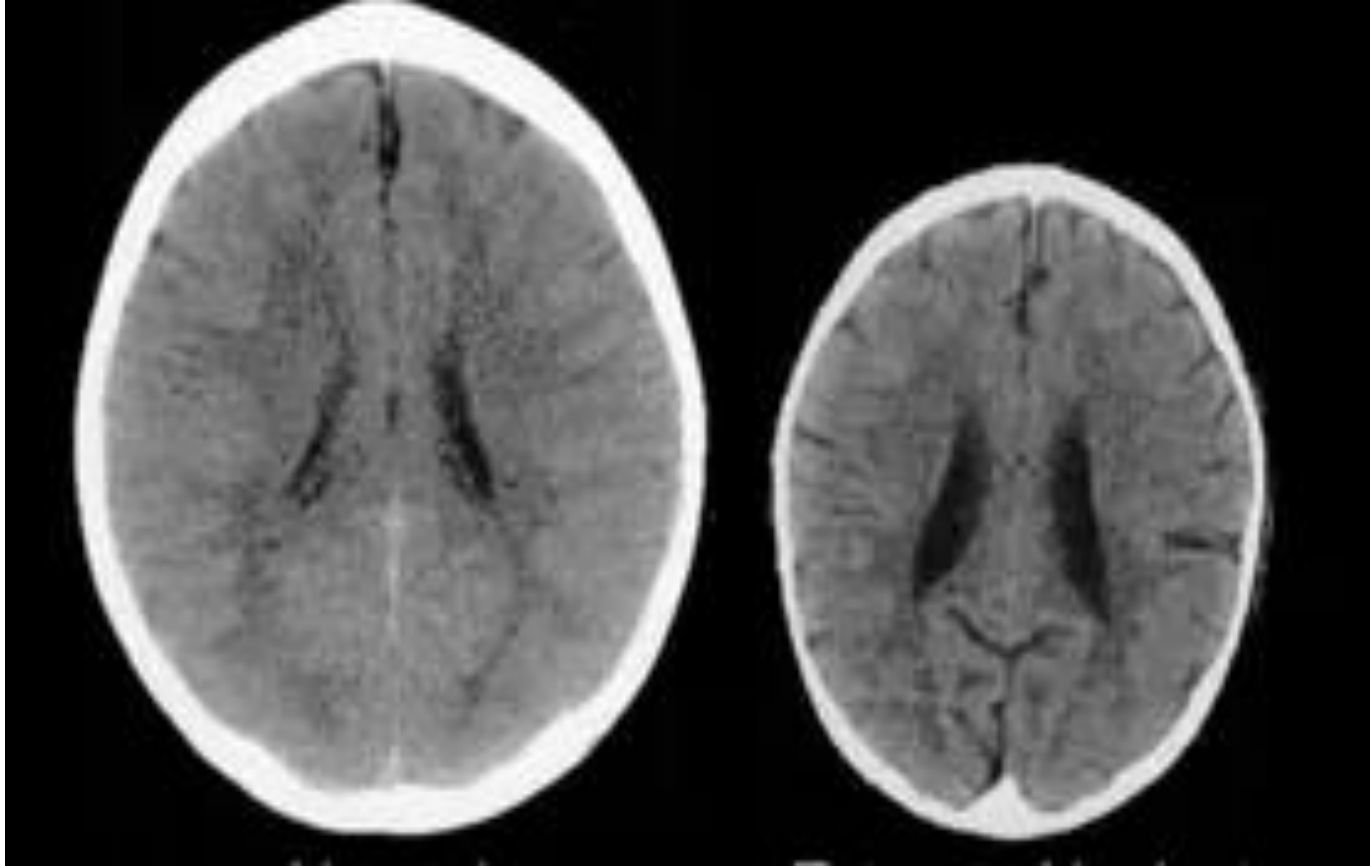
Lang andauernde oder sich häufig wiederholende Stresserlebnisse führen besonders in den ersten Lebensjahren zu einer **Schädigung des Hippocampus und „damit zu Einbußen im deklarativen Gedächtnis, d.h. zu erheblichen kognitiven Einschränkungen“** (Cierpka et al., 2014).

„Die gestörte Funktion des Hippocampus hat dann sowohl Konsequenzen für das Kurzzeitgedächtnis und die dynamisch-assoziative Verknüpfung von Erlebnisinhalten (Dissoziation), als auch für die Kontrolle der Cortisol Freisetzung (negativer Feedbackmechanismus)“ (Cierpka et al., 2014).



Quelle: Dr. H.T. Chugani, Newsweek, Spring/ Summer 1997 Special Edition „Your child from birth to three“. pp 30-31

Gehirn eines
Dreijährigen
mit liebevoller
Kindheit



Gehirn eines
Dreijährigen
mit vernachlässigter
Kindheit

Quelle Professor Bruce Perry 2017,
Leiter der Psychiatrie des
Texas children`s hospital

Die daraus folgende Übererregbarkeit der Amygdala und die Dysfunktion des vegetativen Nervensystems bewirken die

- **Entwicklung multipler körperlicher Beschwerden**
- **Neigung zur Somatisierung in körperlichen**
- **wie auch psychosozialen Belastungssituationen**
- **Einschränkung der Oxytocin Bildung [...]**

(Cierpka et al., 2014).

Zusammenfassend kann also gesagt werden,

dass **frühe tiefgreifende, anhaltende und/ oder sich wiederholende Stresserlebnisse in der Kindheit**, dazu gehört auch fehlende Bindungssicherheit,

auf Grund der noch **nicht hinreichend ausgereichten Stressverarbeitungsmechanismen im Gehirn**

besonders weitreichende, schwer veränderbare und lebenslange „Dysfunktion des Stressverarbeitungssystem im Sinne einer erhöhten Vulnerabilität für körperliche und psychosoziale Belastungssituationen niederschlagen kann“

(Cierpka et al., 2014).

Risikofaktoren

- Für eine erhöhte Stressvulnerabilität



Risikofaktoren

- Niedriger sozioökonomischer Status
- Schlechte Schulbildung der Eltern
- Arbeitslosigkeit
- Große Familien und sehr wenig Wohnraum
- Kontakte mit Einrichtungen der „sozialen Kontrolle“ (z.B. Jugendamt)
- Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils
- Chronische Disharmonie in der Primärfamilie
- Unsicheres Bindungsverhalten nach dem 18./ 24. Lebensmonat
- Psychische Störung der Mutter/ des Vaters

Parentifizierung/ Rollenumkehr

Chronisch erkranktes Geschwister

Alleinerziehende Mutter/ Vater

Längere Trennung von den Eltern in den ersten sieben Lebensjahren

Anhaltende Auseinandersetzung infolge Scheidung/ Trennung der Eltern

Häufig wechselnde frühe Beziehungen (z.B. Waisenhaus, Au-pair-Mädchen)

Gewalterfahrungen: sexueller und/ oder aggressiver Missbrauch

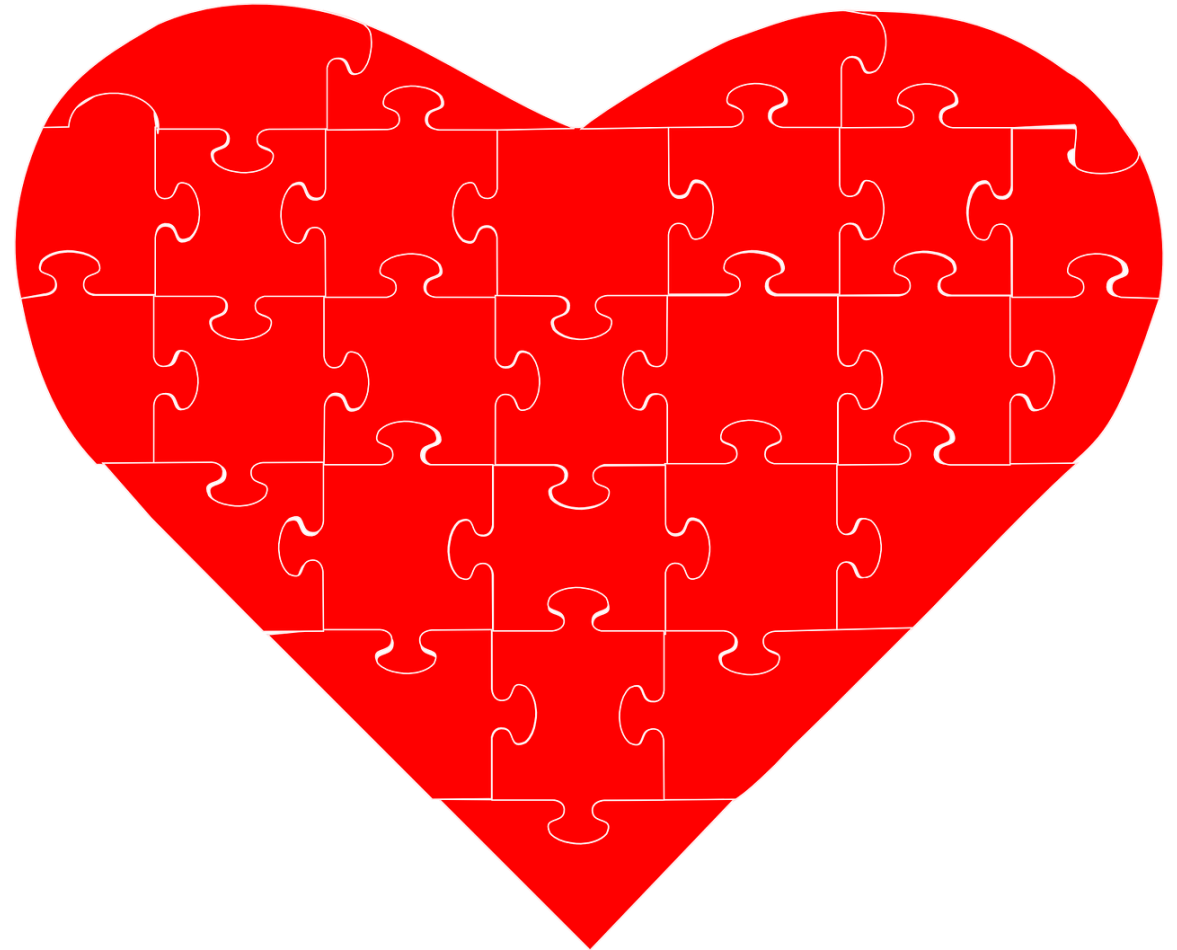
Schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen in der Schule

Altersabstand zu Geschwister < 18 Monate

Geschlecht (Jungen vulnerabler als Mädchen)

Resilienz

- Schutzfaktoren für das gesamte Leben



Resilienzfaktoren

- Dauerhafte gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson
- Sicheres Bindungsverhalten
- Großfamilie, kompensatorische Elternbeziehungen
- Entlastung der Mutter (v.a., wenn alleinerziehend)
- Gutes Ersatzmilieu nach früherem Mutterverlust
- Überdurchschnittliche Intelligenz
- Robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament
- Internale Kontrollüberzeugungen, „self-efficacy“

Soziale Förderung (z.B. durch Jugendgruppe, Schule, Kirche)

Verlässlich unterstützende Bezugsperson/ en im Erwachsenenalter

Lebenszeitlich spätere Familiengründung (i. S. v. Verantwortungsübernahme)

Geschlecht (Mädchen sind weniger vulnerabel)

V.a. Sichere Bindung

Oxytocin direkt nach der Geburt

Diagnostik

- Nach der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) wird in der aktuellen Leitlinie „Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter“ (Stand 26.09.15) empfohlen, zur Diagnostik einer Posttraumatischen Belastungsstörung die RDC-PA Kriterien zu verwenden, da sie das ICD-10 für jüngere Kinder als weniger geeignet empfindet.

Diagnosekriterien PTBS

A Traumatisches Ereignis

B Wiedererleben (1 Symptom)

- Posttraumatisches Spiel: Zwanghafte Wiederholung von Themen und Aspekten des Traumas, kein Angstabbau durch das Spiel. Weniger elaboriertes und kreatives Spiel
- Nachspielen bestimmter Aspekte des Traumas, ohne Charakteristika des posttraumatischen Spiels
- Wiederholte Erinnerung des traumatischen Ereignisses außerhalb des Spiels, ohne offensichtliche psychische Belastung
- Alpträume mit Bezug zum Trauma oder mit zunehmender Frequenz ohne wiedererkennbaren Inhalt
- Episoden mit objektiven Anzeichen eines Flashbacks oder von Dissoziation
- Psychische Belastung bei der Konfrontation mit Hinweiszeichen

C Vermeidung (1 Symptom)

- Tatsächliche oder versuchte Vermeidung von Aktivitäten, Gegenständen, Orten oder Personen, welche mit dem Trauma assoziiert sind
- Einengung des Spielverhaltens
- Sozialer Rückzug
- Eingeschränkte Bandbreite des Affekts

D erhöhte Erregung (2 Symptome)

- Ein- und Durchschlafschwierigkeiten
- Erhöhte Irritierbarkeit, Wutausbrüche, Affektlabilität
- Verringerte Konzentrationsfähigkeit im Vergleich zu vor dem Trauma
- Übertriebene Wachsamkeit (Hypervigilanz)
- Übertriebene Schreckreaktion

E neue Ängste und Aggressionen (für Diagnose nicht erforderlich)

- Verlust bereits erworbener Fertigkeiten, insbesondere im Bereich der Sauberkeitsentwicklung und der Sprache
- Neu auftretende Ängste
- Neu auftretende Trennungsängste
- Neu auftretende Aggressionen

Bindungs-/ Entwicklungstraumata



Bindungs-/ Entwicklungstraumatisierung

- Emotionale Vernachlässigung
- Chronische Entwertung von Kindern und Zuschieben einer Sündenbockrolle
- Behinderung der psychosozialen Entwicklung des Kindes durch Quälen, Isolieren (Abschneiden von Außenkontakten wie Spielkameraden), Terrorisierung (Drohung der Erwachsenen, das Kind zu töten oder zu verlassen) oder Ignorieren des Kindes
- Erleben einer Vielzahl von Trennungen und Verlusten
- Erleben von Gewalt, Gewaltandrohungen oder Suiziddrohungen zwischen den Eltern, Erleben von Substanzmissbrauch durch die Eltern
- Missachtung aller elementaren psychischen Bedürfnisse eines Kindes, wie wahrgenommen werden, gehalten werden, geschützt werden und Ähnliches

A Traumakriterium

B Anhaltende Fehlregulation im Zusammenhang mit traumabezogenen Erinnerungsreizen

- Schwierigkeiten in der Wahrnehmung und Differenzierung von Emotionen
- Gestörte Affekt- und Impulsregulation
- Schwierigkeiten in der Empathiefähigkeit
- Beeinträchtigung der Selbst- und Objektrepräsentanzen
- Somatisierungsphänomene wie häufige psychogene Beeinträchtigungen oder manifeste Erkrankungen
- Verhaltensveränderungen wie Reviktimierungsneigung oder Nachkonstellieren der traumatischen Situation in unterschiedlichen Positionen
- Kognitive Veränderungen von Aufmerksamkeit und Bewusstsein wie dissoziative Symptomatik oder anhaltende Aufmerksamkeitsstörungen
- Interpersonelle Veränderungen wie die Unfähigkeit zur gleichberechtigten partnerschaftlichen Interaktion oder dysfunktionale Wahrnehmung des Täters
- Selbstbildveränderungen wie beeinträchtigtes Identitätsgefühl

C Anhaltend veränderte Erwartung und Begründungsmuster

- Selbstbeschuldigungen
- Fremdbeschuldigungen gegenüber schützende Personen
- Verlust der Erwartung des Geschütztsein durch andere Menschen
- Verlust des Vertrauens in die Schutzfunktion von Institutionen oder andere Menschen
- Verlust der sozialen Erwartung sozialer Gerechtigkeit und Wiedergutmachung
- Überzeugung erneut zum Opfer zu werden
- Funktionelle Beeinträchtigung bezogen auf Bildung, Familie, persönliche Beziehungen, Beruf

Wie oft kommt Vernachlässigung vor?

Laut dem statistischen Bundesamt (Pressemitteilung 6. Januar 2021):

Kindeswohlgefährdung 2019 ist in Deutschland laut den Jugendämtern zum zweiten Mal in Folge um 10% gestiegen, d.h. rund 55 500 Kinder und Jugendliche!

Das ist der höchste Stand an Kindeswohlgefährdung seit Einführung der Statistik im Jahr 2012

Wie oft kommt Vernachlässigung vor?

Laut dem statistischen Bundesamt (Pressemitteilung 21. Juli 2021):

- **Behörden registrierten im Corona-Jahr 2020 rund 5 000 Fälle mehr als 2019 (+9% Kindeswohlgefährdung)**
- **Jedes dritte betroffene Kind war jünger als 5 Jahre**
- **Psychische Misshandlungen besonders stark gestiegen (+17 %)**
- **Weniger Hinweise von Schulen (-1,5 %), aber mehr aus der Bevölkerung (+21 %)**

Laut dem statistischen Bundesamt (Pressemitteilung 11. August 2022):

- **Jugendämter melden im zweiten Corona-Jahr 1 % weniger Kindeswohlgefährdungen, aber knapp 2 % mehr Fälle von Hilfebedarf**
- **Fast jedes zweite gefährdete Kind war jünger als 8 Jahre, jedes vierte Kind jünger als 4 Jahre**
- **In jedem fünften Fall wurden mehrere Arten von Vernachlässigung oder Gewalt festgestellt**
- **Die meisten Hinweise kamen von Polizei und Justiz, die zuverlässigsten von den Kindern**

Etwa **jedes zweite** der rund 59 900 von einer Kindeswohlgefährdung betroffenen Kinder war **jünger als acht Jahre (49 %)**, **jedes vierte sogar jünger als vier Jahre (25 %)**.

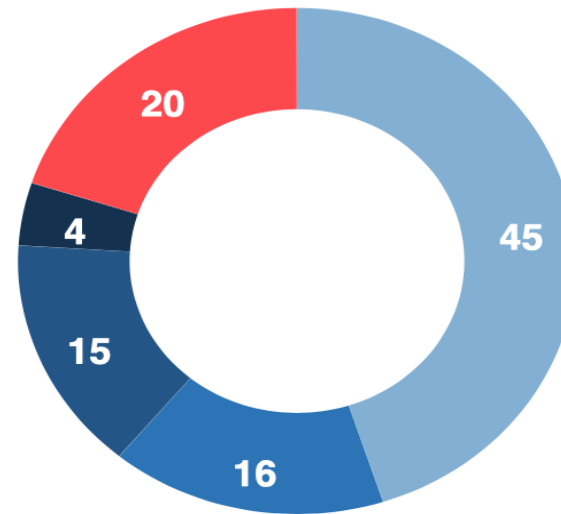
Während **Jungen bis zum Alter von 11 Jahren etwas häufiger** betroffen waren, galt dies **ab dem 12. Lebensjahr für die Mädchen**.

Die meisten Minderjährigen wuchsen bei **alleinerziehenden** Müttern oder Vätern (42 %), bei beiden Eltern gemeinsam (38 %) oder bei einem Elternteil in neuer Partnerschaft auf (11 %).

Die **Hälfte der betroffenen** Jungen und Mädchen nahm zum Zeitpunkt der Gefährdungseinschätzung bereits eine Leistung der Kinder- und Jugendhilfe in Anspruch und stand somit schon im **Kontakt zum Hilfesystem**.

Arten von Kindeswohlgefährdung 2019

Anteil in %, insgesamt 55 500 Fälle

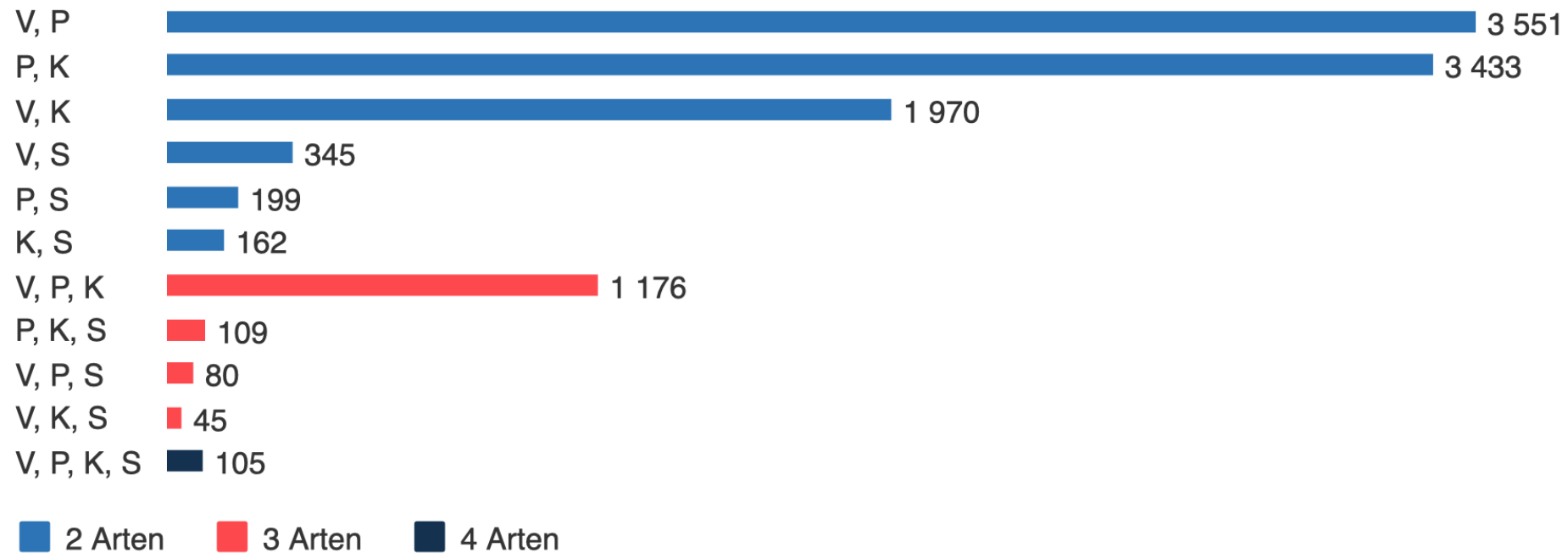


■ Vernachlässigung
 ■ Psychische Misshandlung
 ■ Körperliche Misshandlung
 ■ Sexuelle Gewalt
■ Mehrere Gefährdungsarten gleichzeitig

Rundungsbedingte Abweichung möglich.

Kindeswohlgefährdungen 2019: Kombinationen von Gefährdungsarten bei Mehrfachbetroffenen

nach Art und Anzahl der Fälle



V = Vernachlässigung, P = Psychische Misshandlung, K = Körperliche Misshandlung, S = Sexuelle Gewalt

ntv Artikel vom 18.06.2023

- **Zunahme der häuslichen Gewalt +9,3% im vgl zu 2021**
- 2/3 der 179179 polizeilich registrierten Personen **sind Frauen**
- Stärkster Zuwachs im Saarland (+19,7%), Thüringen (+18,1%) und B-W (+13,2%)
- **Sehr hohes Dunkelfeld**

Empfehlungen der AWMF

- Des Weiteren sollte auf Anraten der AWMF bei Verdacht auf komorbide psychische Störungen bei den Eltern diesen ebenfalls eine Diagnostik und Behandlung empfohlen werden. Komorbide Störungen (vor allem PTBS und Depression) sind bei Eltern von Kindern mit PTBS häufig. Es gibt einen hoch signifikanten Zusammenhang zwischen PTBS/Depression bei Eltern und Kindern, sodass von einer „Beziehungs-PTBS“ gesprochen werden kann.

WICHTIG

- Psychisch erkrankte Eltern sind meist nicht in der Lage, ihre Kinder ausreichend zu schützen. Gleichzeitig ist es für die Eltern eine große Belastung, ihre eigenen Kinder leiden sehen zu müssen. **Eine Ausgeprägte elterliche PTBS ist in der Regel mit einem schlechteren Outcome für die PTBS der Kinder verbunden.** Die Behandlung der elterlichen PTBS hat deshalb einen hohen Stellenwert.



Begriff psychische Traumatisierung

Die fünf Hauptkriterien der PTBS sind

- A Erleben eines Traumas (Trauma-, Stressor- oder Ereigniskriterium)
- B Intrusives Wiedererleben (unwillkürliche und belastende Erinnerungen an das Trauma)
- C Vermeidungsverhalten und emotionaler Taubheitszustand
- D Anhaltende physiologische Übererregung (Hyperarousal)
- E Die Symptome dauern länger als einen Monat

Definition:

intrusives Wiedererleben

Vermeidungsverhalten und emotionale Taubheit (Numbing)

Hyperarousal

A-Kriterium (**Stressor-Kriterium**)

1. Konfrontiert sein mit einem lebensbedrohlichen Ereignis, Gefahr schwerer Verletzung, sexualisierte Gewalt (in unterschiedlichen Positionen)

Als Betroffener

Als Zeuge

Indirekt über das Wissen von der Bedrohung einer wichtigen Bezugsperson

Wiederholte Exposition mit kritischen Ereignissen (Polizei/ Feuerwehr) aber nicht (nicht-berufliche) Exposition über Medien

B-Kriterium: **Intrusive Symptome** (1 Symptom)

1. intrusive Erinnerungen (repetitives traumatisches Spiel)
2. Trauma-bezogene Albträume (schlechte Träume auch ohne inhaltlichen Bezug zum Trauma)
3. Dissoziative Erfahrungen (Flashbacks) (Wiederholung des traumatischen Ereignisses im Spiel)
4. intensiver andauernder Stress nach Exposition mit Triggern
5. starke physiologische Reaktivität nach Exposition mit Triggern

C-Kriterium: **Dauerhafte angestrengte Vermeidung von mit dem Trauma assoziierten Stimuli/ Trigger**

(1 Symptom / bei U7 1 Symptom aus C oder D)

1. Vermeiden von trauma-bezogenen Gedanken oder Gefühlen (innere Trigger)
2. Vermeiden von trauma-bezogenen äußeren Triggern (Aktivitäten, Orten, Menschen oder Situationen)

D-Kriterium: Negative Veränderung von Gedanken und Gefühlen, die mit der traumatischen Erfahrung begonnen oder sich verschlimmert haben (2 Symptome)

1. Die Unfähigkeit einen wichtigen Teil der traumatischen Erfahrung zu erinnern (dissoziative Amnesie {keine Kopfverletzung oder Drogen})
2. Dauerhafte dysfunktionale negative Selbstüberzeugungen über sich, andere und die Welt
3. Selbstvorwürfe bzw. Vorwürfe an andere bezüglich des traumatischen Geschehens oder dessen Konsequenzen
4. Durchgängige negative trauma-bezogene emotionale Stimmung (Angst, Panik, Ärger, Schuld, Scham)
5. Verlust von prä-traumatisch vorhandenen Interessen an bedeutsamen Aktivitäten
6. sich von anderen abgetrennt fühlen

E-Kriterium: Trauma-bezogene Veränderungen im Erregungsniveau und verhaltensmäßiger Reaktivität, die mit dem Trauma begannen oder sich danach verschlimmerten (2 Symptome/ bei U7 1 Symptom)

1. Irritierbarkeit oder aggressives Verhalten
2. Waghalsiges und selbstverletzendes Verhalten
3. Hypervigilanz (ständiges auf dem Sprung sein; Anspannung)
4. Erhöhte Startle-Response-Reaktion (physiologische Schreckreaktion; Schreckhaftigkeit)
5. Konzentrationsprobleme
6. Schlafstörungen

F-Kriterium

Dauer der Symptomatik (B,C,D,E) länger als einen Monat

G-Kriterium

Die Symptome verursachen intensiven Stress und/ oder beeinträchtigen die Person in unterschiedlichen Lebensbereichen

H-Kriterium

Die Symptome sind nicht auf Medikamente oder eine körperliche Erkrankung zurückzuführen

Folgen früher Kindheits-traumata 4> ACEs	Zunahme von Psychischen Auffälligkeiten	Zunahme von Körperlichen Beschwerden	Folgen auf der Verhaltensebene	Gehirnphysiologische Veränderungen
	- Ängste - Depression - PTBS - ADHS - Impulskontroll-schwierigkeiten - Geringere Mentalisierungsfähigkeit/ Empathiefähigkeit - ...	- Adipositas - Körperliche Erkrankungen - Erhöhte Entzündungs- marker durch geringgradige Entzündungen -	- Suchtmittelmißbrauch - Hochrisikoverhalten - Zunahme an sozialen Problemen - Geringeres Einkommen - Körperliche Aggressivität - Häufiger zwischenmenschliche Konfliktsituationen -	- Verkleinerung des Hippocampus - Veränderung in der Amygdala - Abgeschwächte Cortisolreaktion bei psychosozialen Stressoren -

Symptome der Übererregung	Körperliche Symptome	Kognitive Symptome	Zwischenmenschliche Symptome	Vermeidungsverhalten
- Schlafstörungen - Unkonzentriertheit - innerer Unruhe - impulshaftes Verhalten - Stressregulationsschwierigkeiten - Diffuse Ängste	- Druck auf der Brust - Enge-Gefühl - Herzrasen - Atemschwierigkeiten - Übelkeit bis zum Erbrechen - Verstopfung - körperliche Schmerzen ohne organische Ursache - restless leg - Schwierigkeiten in der Körperwahrnehmung (Überempfindsamkeit bis hin zu überhaupt nichts zu fühlen) - Körperintrusionen - Auffälliges Essverhalten (von überhaupt nicht essen bis übermäßiges Essen)	- Eingeschränkte Merkfähigkeit - Dysfunktionale Glaubenssätze - Negatives Selbst- und Weltbild - Mangelndes vorausschauendes Verhalten - Katastrophisierende Gedanken	- Schwierigkeiten den Gegenüber zu lesen, mangelnde Empathiefähigkeit - starke Verunsicherung bei still face beim Gegenüber - Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung - Kommunikationsschwierigkeiten in Konfliktsituationen (nicht situationsangemessenes Verhalten)	- Gedächtnislücken/ Amnesien - Sich wegträumen - Ausgeprägtes Vermeidungsverhalten wie Ängste, Zwänge, um Dinge nicht tun zu können/ müssen - Erhöhtes Kontrollbedürfnis - Angst vor Veränderungen - Sozialer Rückzug

Unter 5 Jahren	○ Angst, von den Eltern getrennt zu werden ○ Schreien, Wimmern ○ Erstarren und/ oder ungezielter Bewegungsdrang ○ Zittern ○ ängstlicher Gesichtsausdruck ○ extremes Anklammerungsbedürfnis ○ regressives Verhalten wie Daumenlutschen, Bettnässen und Angst vor Dunkelheit
6-11 Jahren	○ Extremen sozialen Rückzug, Kontaktabbruch ○ Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten ○ Alpträume, Schlafprobleme ○ Reizbarkeit, Wutausbrüche, Prügeleien ○ Schulverweigerung ○ psychosomatische Beschwerden wie Magenschmerzen
12-17 Jahren	○ Flashbacks ○ Alpträume ○ Vermeidung von allem, was an das traumatische Ereignis erinnert ○ Depression ○ Drogenmissbrauch/ exzessives „zocken“ ○ Probleme mit Gleichaltrigen und antisoziales Verhalten ○ Suizidgedanken ○ Nachlassen der Schulleistungen ○ Rachephantasien gegen Täter

Art der Gewalt	Bindungstrauma	Typ-1-Traumata (einmalig/ kurzfristig)	Typ-2-Traumata (mehrfach/ langfristig)	Typ-3-Trauma (organisiert, langdauernd)
Interpersonelle Traumata	Bindungstraumatisierungen: psychische Gewalt, Vernachlässigung, körperliche Gewalt	- Sexuelle Gewalt: Übergriffe, Vergewaltigung - Körperliche Gewalt: Überfall, häusliche Gewalt	- Repetitive sexualisierte und körperliche Gewalt in Kindheit und Jugend - Geiselhaft, Folter - Krieg	- Organisierte sexuelle Ausbeutung: Online-Kindesmissbrauch, Loverboy-Missbrauch, Zwangsprostitution, Missbrauch durch spezialisierte Täterschaft - Rituelle/ ritualisierte Gewalt
Akzidentielle Traumata		- Schwere Unfälle: Verkehr, Lawine, Erdbeben, Flugzeugunfall u.a. - Berufsbedingte Traumatisierungen: Polizei, Ambulanz, Medizin, Pflege u.a. - Kurzdauernde Katastrophen: Hurrikan, Brand, Tsunami	- Technische Katastrophen: Nuklearkatastrophe, Giftgaskatastrophe - Langdauernde Naturkatastrophen: Erdbeben, Dürre	
Medizinische Traumata	- Frühgeburt und Inkubatorbehandlung (für Kind) - Schwere körperliche Erkrankungen in den ersten Lebensjahren	- Schwere Verletzungen nach Unfällen - Schwere innere Erkrankungen: Hirnschlag, Herzinfarkt - Traumatisierungen durch Komplikationen einer Geburt (für Mutter)	- Chronische lebensbedrohliche Krankheiten: Krebs, HIV/ AIDS, schwere Herzinsuffizienz u.a. - Chronische schwere unheilbare Erkrankungen: schwere rheumatische oder neurologische Erkrankungen, Niereninsuffizienz, Stoffwechselstörungen u.a.	

Allgemeines zeitliches Verlaufsmodell der psychischen Reaktion auf ein traumatisches Ereignis (Fischer und Riedesser 1999)

- **Schockphase:** Sie dauert eine Stunde bis eine Woche. Charakteristisch ist ein Gefühl der Unwirklichkeit, später erfolgt eine Verleugnung mit Gedanken wie „Das hat einfach nicht stattgefunden“. Das Opfer kann nicht glauben, was geschehen ist. Kennzeichen: z.B. Veränderung des Zeiterlebens, veränderte Wahrnehmung
- **Einwirkungsphase:** Sie beginnt einige Zeit nach dem Ereignis und kann bis zu drei Wochen anhalten. Die stärkste Erregung ist nun abgeklungen, die Betroffenen sind von den Ereignissen innerlich noch völlig in Anspruch genommen und reagieren mit Ärger, Selbstzweifel, Selbstanklagen, aber auch depressiven Gedanken, Gefühle der Hoffnungslosigkeit, ebenso Einschlafstörungen und Albträumen, Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen oder Flashbacks.

Erholungsphase: Nach 14 Tagen, manchmal aber auch erst nach vier bis längstens sechs Wochen, beginnen sich viele Betroffene vom Trauma zu erholen. Das Interesse am normalen Leben und an anderen Personen kehrt zurück, die Zukunftspläne werden wieder positiv gesehen. In einer erfolgreichen Erholungsphase wird das Trauma für viele Menschen zum Anlass, das bisherige Leben zu reflektieren und ihre Zukunftsplanung zu überdenken. Bleibt jedoch diese dritte Phase aus, verstärkt sich die Gefahr, eine PTBS zu entwickeln.

Ein Trauma bedeutet Erschütterung der gesamten Persönlichkeit.

Unmittelbare Folgen des traumatischen Stress (akute Traumata) sind

- Nicht mehr wissen, was los ist (Verstörung)
- Nichts mehr fühlen (wie im Schock)
- Nichts mehr spüren (emotionale Taubheit)
- Nichts mehr wahrnehmen oder überflutet werden von Bildern
- Nichts mehr wissen durch Erinnerungslücken oder den Verlust der räumlichen und zeitlichen Einordnung des Geschehens

Akute Belastungsreaktion entfällt mit ICD-11

- Kann auch durch nichttraumatische kritische Lebensereignisse ausgelöst werden
- Es liegt ein klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen einer ungewöhnlichen Belastung und dem Beginn der Symptome vor
- Dauer von mind. zwei Tage und max. 4 Wochen, Abklingen der Symptome innerhalb weiterer vier Wochen
- Symptome: Wiedererleben, Vermeidung, erhöhtes Arousal, mind. drei dissoziative Symptome

Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung

Entfällt mit ICD-11

- Folgen sind feindliche oder misstrauische Haltung der Welt gegenüber, sozialer Rückzug, Gefühle der Leere und Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedroht sein sowie Entfremdung

Posttraumatische Verbitterungsstörung

- Vorrangige Affekte: Kränkung, Hilflosigkeit, Beleidigt sein, Selbstaggression, Vorwürfe gegen sich und andere
- Betroffene hadern mit dem Schicksal, es kommt zu einer Antriebsblockade, häufig zu Ablehnung von Hilfsangeboten, Rückzug aus sozialen Beziehungen, sowie dem beruflichen Leben
- Kernkriterien: Ein vom Patienten als ungerecht erlebtes, schwerwiegendes, negatives Lebensereignis (Scheidung, Tod eines nahen Angehörigen, Arbeitslosigkeit, andauerndes Mobbing), auf das der Patient mit Verbitterung oder emotionaler Erregung reagiert und an das er sich immer wieder erinnert

Retraumatisierung

- Retraumatisierung sind Zustände des Betroffenen gemeint, in denen eine **erneute Erinnerung an das traumatische Ereignis direkt zu einer Symptombelastung** führt. Retraumatisierungen können auch hervorgerufen werden in juristischen oder polizeilichen Kontexten, durch häufige Betrachtung des traumatischen Ereignisses in Filmen, sowie durch Medienaktivitäten gegenüber Opfern.
- Techniken der Traumakonfrontation sind jedoch eindeutig von einer Retraumatisierung zu unterscheiden, da die traumatherapeutische Konfrontation gewollt, geplant und in einem sicheren Setting mit dem Ziel der Verarbeitung des Vergangenen durchgeführt wird. Allerdings können zu vorschnelle Traumakonfrontationen bei nicht ausreichender Stabilisierung zu einer Retraumatisierung führen und den Behandlungserfolg gefährden oder gar zu einer anhaltenden Dekompensation beitragen.

Zusammenfassend könnte man sagen, dass die PTBS eine normale Reaktion auf abnormale oder verrückte Umstände ist.

Eine akute posttraumatische Belastungssituation folgt also gewöhnlich auf eine außergewöhnliche und traumatische Erfahrung. **Ob diese in den ersten sechs bis zwölf Wochen danach verarbeitet werden kann oder ob die akute Symptomatik sich chronifiziert, ist sehr stark von zahlreichen sozialen und das Trauma begleitenden Faktoren abhängig.**

Spektrum der Traumafolgerkrankungen einschl. Komorbiditäten

- **Depressive Symptome:** häufig bei Opfern sexueller Traumatisierung, Zusammenhang zu einem negativen Selbstbild, geringem Selbstwertgefühl, Gefühlen von Schuldzuschreibungen und Stigmatisierung
- **Störung der Emotionsregulierung:** affektive Dysregulation häufig im Rahmen der Borderline-Störung und abhängigen Persönlichkeitsstörung
- **Selbstverletzende und andere autodestruktive Verhaltensweisen:** oft das wichtigste Mittel, um quälende traumatische Affektzustände wie diffuse Spannungszustände, aber auch Depersonalisierungsphänomene oder unerträgliche Gefühle des Verlassen seins zu unterbrechen, sowie Intrusionen, Flashbacks und Übererregung weitgehend einzuschränken oder zu verhindern.

Dissoziative Phänomene: Zusammenhang zu Kindheitstraumatisierungen; diese Mechanismen helfen, Bindungsbeziehungen zu misshandelnden und gleichzeitig sehr wichtigen Bezugspersonen zu erhalten. Das Trauma als „traumähnliche Unwirklichkeit“ zu erleben, kann in einem belastenden Umfeld Trost und Hilfe vermitteln. Depersonalisationen helfen Körperempfindungen zu verringern, Schmerz, Angst und Wut besser auszuhalten und Distanzierung herzustellen. Das Trauma wird schließlich so erlebt, als geschehe es einer anderen Person.

Angst- und Panikstörung: sehr häufig ist die erste Panikattacke mit einem traumatischen Stressereignis verbunden und spätere Attacken werden durch traumaassoziierte Stimuli und Trigger ausgelöst, bis sich schließlich Panikattacke verselbständigen und die Betroffenen kaum noch einen Zusammenhang zur ersten Panikattacke herstellen können. Auch Angstmanifestationen können durch traumaähnliche Stimuli ausgelöst worden sein und sich chronifiziert haben.

Somatisierungsstörungen: nicht verarbeitete Affekte werden ins Körperliche verschoben und lösen unterschiedliche Schmerzzustände oder andere Formen einer Somatisierungsstörung aus. Die Symptome können auch als intrusive Körpererinnerungen entsprechen. Manche Untersuchungen gehen davon aus, dass nahezu 60% der Patienten, die in Schmerzambulanzen behandelt werden, eine Traumavorgeschichte haben.

Körperliche Erkrankungen: Schmerzsymptome, funktionelle Sexualstörung, gastrointestinale Beschwerden oder weitere körperliche Beschwerden bei Frauen mit einer Vorgeschichte mit sexuellen Übergriffen und Missbrauch deutlich höher als bei Frauen ohne eine solche Vorgeschichte (Wöller, 2006).

direkte Beziehung zwischen der Häufigkeit von Herzerkrankungen, Krebserkrankungen, aber auch chronische Lungenerkrankungen, Knochenfrakturen und Lebererkrankungen mit Belastungsfaktoren in der Kindheit. chronische Müdigkeitssyndrom, Blasenstörung, Kopfschmerzen, Asthma, Diabetes und Herzprobleme treten bei Frauen mit Traumatisierung in der Kindheit und im Erwachsenenalter signifikant häufiger auf als bei Frauen ohne Traumatisierungshintergrund.

Funktionelle Sexualstörungen: besonders bei sexueller Gewalt; Bandbreite von gänzlich vermiedener oder deutlich reduzierter sexueller Aktivität, verbunden mit Schuldgefühlen und Hemmungen, bis hin zu zwanghaft gesteigerter Sexualaktivität und Promiskuität. Oft kann Sexualität nur in dissoziiertem Zustand ertragen werden.

Esstörungen: laut Literatur: sehr oft eine sexuelle Traumatisierung in der Kindheit. Aus der klinischen Erfahrung: starke subjektive Grenzüberschreitungen. Allerdings sind Traumatisierungen nur ein Faktor innerhalb einer multifaktoriellen Ätiologie, in der auch weitere genetische, persönlichkeitspezifische und soziokulturelle Faktoren beteiligt sind. Auch selbstinduziertes Erbrechen kann, ähnlich wie bulimische Fressattacken, zur Spannungsreduktion eingesetzt werden und dissoziative Zustände verändern oder in ihnen auftreten.

Traumatisierung und Sucht: Substanzmissbrauch und Abhängigkeit zählen zu den häufigsten Folgen; 14-35% nach sexueller und/ oder körperlicher Gewalt in der Kindheit (3-12% ohne Traumatisierung)

Epidemiologie

Häufigkeit einer PTBS

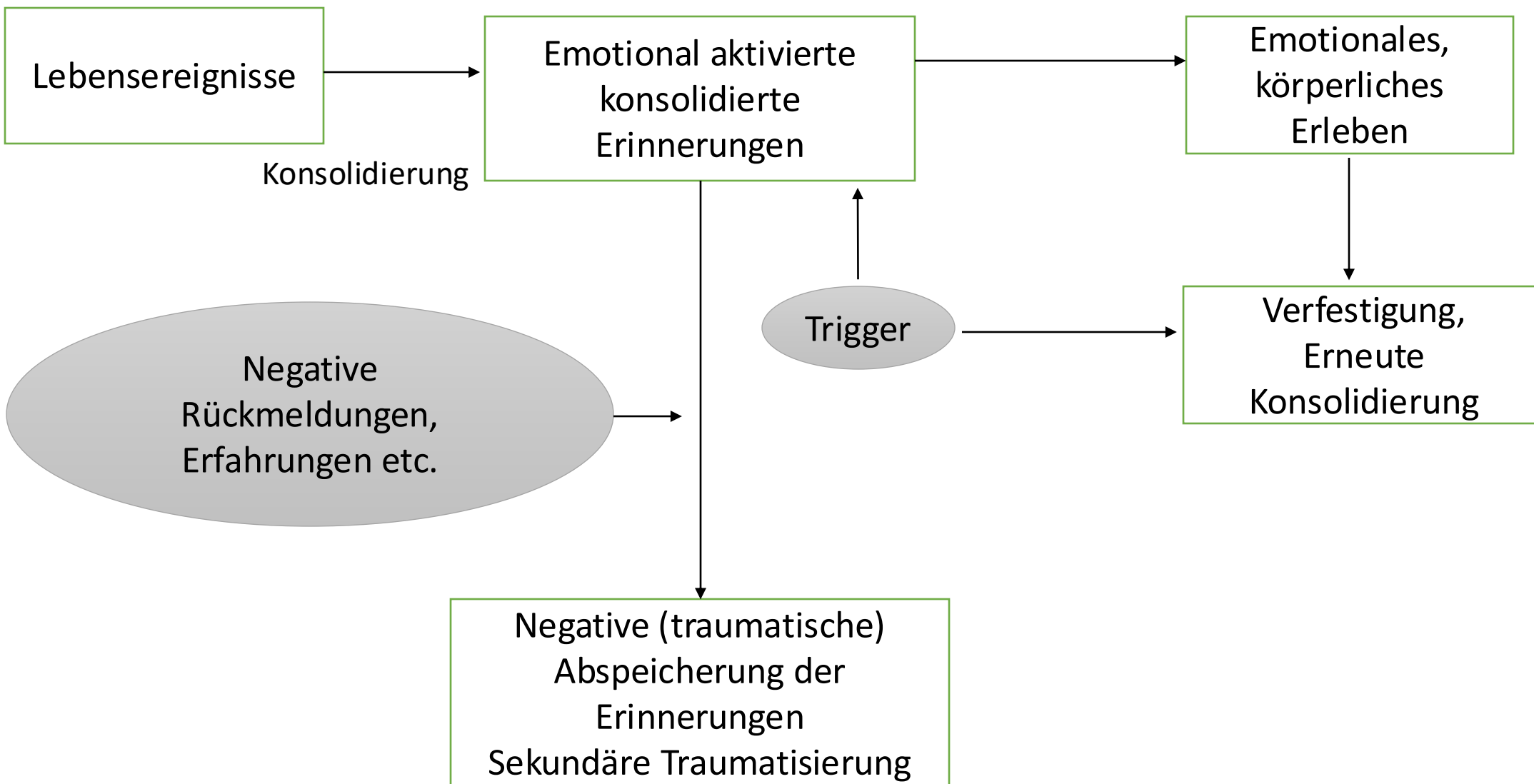
- Besonders schwer, wenn absichtsvoll von anderen Menschen zugefügt (Prävalenz bei Vergewaltigung 50%; Misshandlungen und sexueller Missbrauch in der Kindheit 50%)
- Prävalenz bei anderen Gewaltverbrechen 25%
- Prävalenz bei Verkehrsunfällen und schweren Organerkrankungen 10%

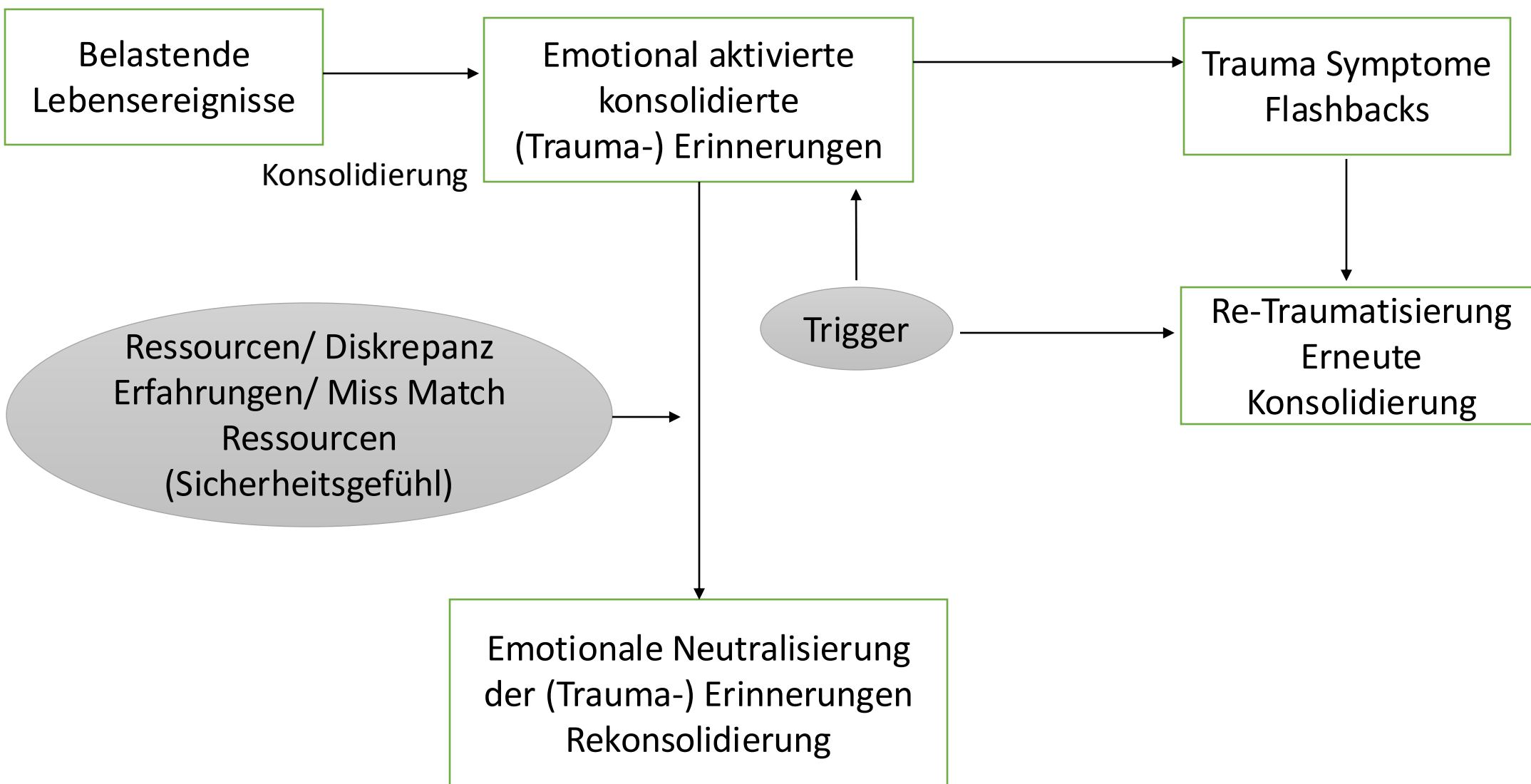
Prävalenz zu Entwicklung einer PTBS (Maercker et al., 2008)

- 5-10% der Jugendlichen und Erwachsenen (ab 14 Jahre)
- Bei Kindern ist eine statistische Erfassung schwierig, da die Diagnosekriterien nicht eindeutig sind

Schlussfolgerungen für die Behandlung von Traumata

- Menschen müssen sich wohl, sicher, gehalten und gesehen fühlen, um bereit zu sein, an ihren Problemen/ Traumata zu arbeiten.





Phasen-Modelle in Traumapädagogik, traumazentrierter Beratung und Therapie

- Stabilisierung und Affektregulation
- Traumasynthese/ Traumaexposition
- Integration und Neuorientierung

Professionelle Handlungsstrategien

Wesentlicher Wirkfaktor ist die Grundhaltung der Fachkräfte:

Verhaltensweisen der Klienten werden vor dem Hintergrund ihrer Lebensgeschichte verstanden und als Überlebensstrategie bewertet. Eine wertschätzende und positive Grundhaltung, sowie das verstehende fachkompetente Handeln bilden das Fundament der pädagogischen/beraterischen Arbeit.

Zentrales Element der Traumatherapie ist die **tragfähige Beziehung** zwischen Patienten und Therapeutin/ Beraterin. Zu Beginn der Beratung/ Therapie äußern Patienten oft den Gedanken wie ich „Ich will nicht mehr daran denken.“ oder „Ich halte es nicht aus, mich damit zu beschäftigen“. Daraus erklärt sich zum einen die hohe Angst vor und zum anderen eine Abbruchquote in der Therapie.

Zu Beginn der Beratung muss daher ein **sorgfältiger Bindungs- und Beziehungsaufbau** stehen, der den Klienten vermittelt, dass der Berater die Einzelheiten des Traumas aushält, über Methoden zur Überwindung der Probleme verfügt, aber auch über ein hohes Einfühlungsvermögen, sowie gute Bindungsfähigkeit. Aber es muss in der Anfangsphase dem Klienten auch die Angst genommen werden, sie würden verrückt werden, wenn sie nochmals über das erlittene Leid berichten.

Grundsätzlich benötigen alle Klienten:

- Schutz vor Bedrohung
- Verlässlichkeit in Beziehungen
- das Recht auf offenes Äußern ihrer Emotionen
- das Gefühl, akzeptiert und anerkannt zu werden
- sowie Zuwendung und konsistente Fürsorge

Aufbau der Zusammenarbeit in Pädagogik, Beratung und Therapie

Beziehungsaufbau, -gestaltung

- Eine sichere Bindungserfahrung in der frühen Kindheit ist eine der wichtigsten Schutzfaktoren bzgl. Traumfolgen. In den frühen entscheidenden Beziehungen wurden unsere Klienten oft traumatisiert.

Diese Erlebnisse prägten die Betroffenen grundlegend in der Wahrnehmung von Mitmenschen und in der Gestaltung von Beziehungen. Neue Beziehungserfahrungen, die von ihren eigenen bekannten Erfahrungen abweichen, machen den Betroffenen sehr häufig große Angst. Auch wenn es ihnen bewusst ist, dass diese neuen Erfahrungen wichtig und bedeutend für sie sind, haben sie eine Art innere Stimme, die an der Ernsthaftigkeit und Verlässlichkeit der neuen Beziehungserfahrungen zweifelt und sie testen möchte. Diese Testung wird in der Literatur häufig **„Beziehungstest“** genannt.

Die Betroffenen zeigen unbewusst (!) Verhaltensweisen, in denen sie in ihrer eigenen Lebensgeschichte besonders negative Erfahrungen gemacht haben, um zu „testen“, ob die „neuen“ Beziehungspartner nicht doch nur „spielen“ und eigentlich genauso reagieren wie die „alten“ Beziehungspartner. **Reagieren die neuen Beziehungspartner reflexhaft identisch wie die alten Beziehungspartner, haben sie den Test „nicht bestanden“ – es kommt zu einer Retraumatisierung.** Reagieren die neuen Beziehungspartner reflektiert anders (auf Grund ihrer inneren Grundhaltung des guten Grundes), sind die Betroffenen erst verunsichert und testen weiter. Bleibt die Reaktion der neuen Beziehungspartner aber konstant reflektiert anders, bilden sich **korrigierende Beziehungserfahrungen.**

Wie können diese Beziehungen nun aber gestaltet werden?

Die Helfenden müssen sich in der Beziehungsgestaltung aktiv einbringen, indem sie ein **Halt gebendes, verständnisvolles, Sicherheit ausstrahlendes Beziehungsangebot** bieten. Eine tragfähige Beziehung ist das Fundament für jede weitere Arbeit und wirkt auch neurobiologisch direkt beruhigend. Wöller spricht in der Beziehungsgestaltung vom „maximalen Kontrast zur traumatischen Situation“ (Wöller, 2006).

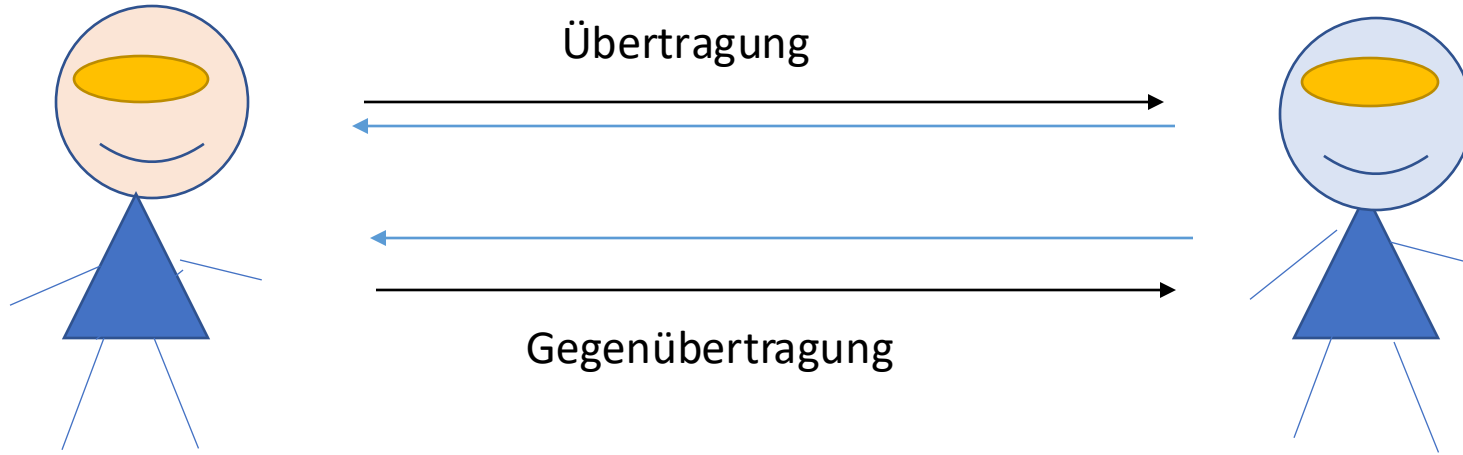
Das heißt von der ersten Begegnung an sollten die helfenden Personen aktiv dafür sorgen, dass sich der Gegenüber sicher fühlen kann und keinen erneuten Kontrollverlust erlebt. Also: wo möchte der Betroffene sitzen (frontal, seitlich, Distanz, Nähe)? Ist der Raum vor Störungen sicher? Wer befindet sich noch im Raum? Wie ist das zeitliche, finanzielle Setting? Was kann geleistet werden? Sind die Grundbedürfnisse (Nahrung, Toilette etc.) befriedigt?

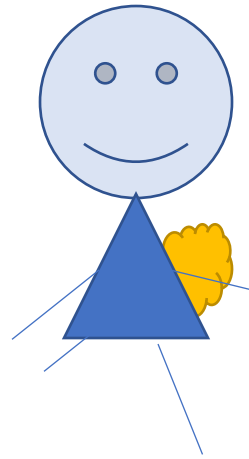
Viele Betroffene zeigen zu Beginn ein ausgeprägtes Misstrauen und ein erhöhtes Kontrollbedürfnis. Dies gilt von den helfenden Personen als Überlebensstrategie anzuerkennen und zu würdigen. Langes Schweigen und bekannte Trigger sollten vermieden werden.

Weiter bedeutend für das Gestalten der Beziehung ist es, **Reinszenierungen** im Sinne des Trauma-Vierecks (Opfer, Retter, Täter, Mitwisser) **frühzeitig zu erkennen und aufzulösen**. Regressionsfördernde und überfördernde Verhaltensweisen begünstigen das Entstehen von Reinszenierungen und sollten daher im Rahmen der Übertragung/ Gegenübertragung frühzeitig bemerkt und unterlassen werden.

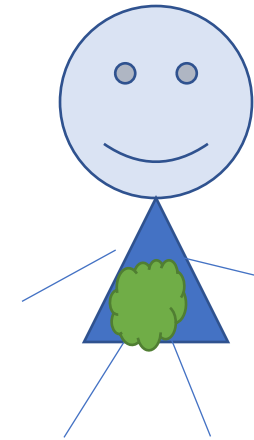
Übertragung/ Gegenübertragung

- **Kenntnisse und Reflexion über die aktuelle Beziehungsdynamik, sowie ein reflektierter Umgang mit den Gegenübertragungsgefühlen sind unerlässlich für eine hilfreiche Beziehungsgestaltung.**
- Dazu gehört die Betrachtung der belastenden Situationen verbunden mit der Suche nach konstruktiven Lösungen im Alltag. Helfer sollten ihre aggressiven Gegenübertragungsreaktionen nicht als falsch verbergen, sondern als Verstehenshilfe nutzen lernen.
- Übertragungen und Gegenübertragungen zu verstehen und versuchen, sie aufzulösen, schafft Distanz zur Vergangenheit, klärt, entlastet und stärkt die gegenwärtigen Beziehungen.





Projektion



Projektive Identifikation

Reflektiertes Vorgehen:

Wahrnehmung eines starken Gefühls (Übertragung)/ Gegenübertragungsimpuls bei sich selbst

Überprüfung:

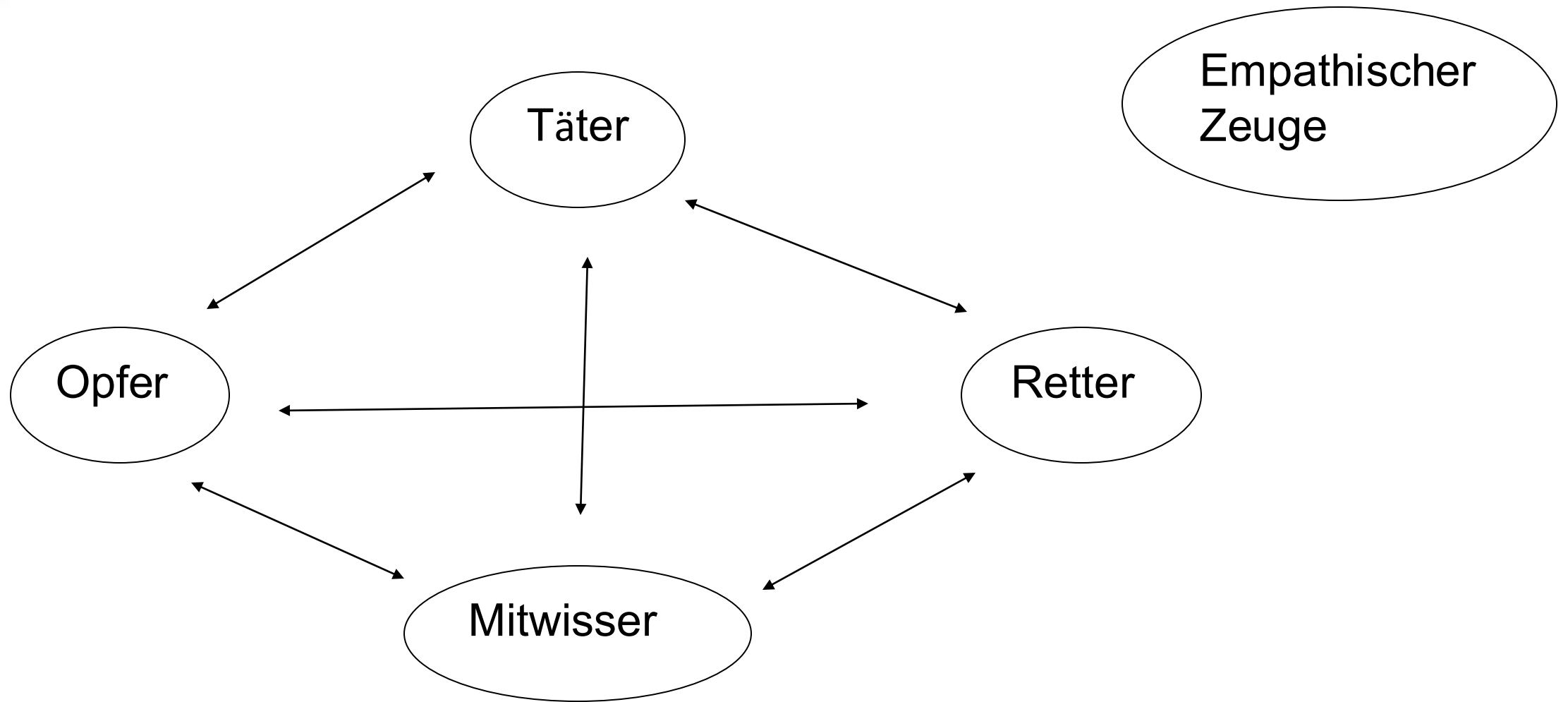
- bin ich selbst „getriggert“ / hat dieses Gefühl etwas mit meiner eigenen Lebensgeschichte zu tun?
- wenn ja, Selbsterfahrung, eigene Emotionsregulierung etc.
- wenn nein, ist mein Gegenüber in einer **Reinszenierung des Traumas** („angetriggert“), dann diese sofort unterbrechen, oder im **„Überlebensmodus“** (traumakompensatorischen Schema) – „Du tust das, weil... - Intervention“

Emotionales Abholen (Würdigung des Leids) (Pacing), erst dann sind Affektregulation und ressourcen-/ lösungsorientiertes Vorgehen möglich (leading)

Stabilisierendes Vorgehen beim Klienten:

Gefühlswahrnehmung und -differenzierung

(Mentalisierungsfähigkeit, Selbstreflexion und Körperwahrnehmung)



So können wir zum Beispiel von jüngeren, vernachlässigten Anteilen in die **Retterrolle** gedrängt werden, die den Gegenüber über regressions fördernden Verhaltensweisen „klein“ hält.

Eine Überforderung des Betroffenen kann zum Beispiel dazu führen, dass wir als „**Täter**“ wahrgenommen werden, der den Gegenüber klein halten muss und im Gegenzug von diesem bekämpft wird.

Komplex traumatisierte Menschen verfügen nicht selten über **ausgeprägte Täterintrojekte**, die die wachsende Beziehung zu den helfenden Personen unterbinden möchten, da sie diese unter anderem als zu bedrohlich erleben.

Charakteristika der beratenden/therapeutischen Haltung:

Freundlich, zugewandt, anteilnehmend, wertschätzend

Konsequent ressourcen- und lösungsorientiert von der ersten Stunde an

Klar und eindeutig, verlässlich, glaubwürdig und Halt gebend

Klare Grenzen setzen und wahren

Einverständnis der Klientin für jeden nächsten Schritt einholen

Emotional für die Sorgen und Nöte – besonders auch der traumatisierten Kinder und Jugendlichen – feinfühlig empathisch verfügbar sein

Erwachsene Klienten als gleichrangig, „auf Augenhöhe“ begegnen; auch Kinder nicht besserwisserisch behandeln

Klare transparente Angebote und Aufklärung, einschließlich zeitlichem Rahmen, Finanzierung, Grenzen und Beendigung der Maßnahme

Die professionelle Rolle und ethische Grundsätze wahren, keine privaten oder gar sexuellen Beziehungen eingehen, keine Arbeiten von Klienten für Betreuer verrichten lassen, keine Geschäfte mit ihnen eingehen, keine religiösen oder politischen Einfluss nehmen

Klare Werthaltung: Ablehnung von Gewalt und sexuellem Missbrauch

Traumaspesifische Anamnese (inkl. Ressource)

- Überblick – nicht Details – zu Art, Ausmaß, Dauer der Traumatisierung und Alter der Klientin zum Zeitpunkt der Traumatisierung, ebenso dazu, wer und was ihr half, das Schlimme zu überstehen.
- Besonders die Traumafolgeprobleme im Alltag und die Verfügbarkeit ausreichender Ressourcen sind die wesentliche Grundlage der Beratungs- und Behandlungsplanung. Beim Bericht über Traumata muss das Toleranzfenster und damit die ausreichende Distanz beachtet werden, so dass die Klientin schon hier eine Bewältigungsstrategie statt eine retraumatisierende Überflutung erlebt.

Intensität Jetzt

10

5

0

Ehemann

natürlich

Vertrauen
Kind und Körper

Ehemann

Vertrauen

Durchhaltevermögen

Herz-OP Kind

Ehemann

Fehlgeburt

Kaiserschnitt

Wissen
über Abläufe

Blutungen

Abspalten
von Gefühlen

Zeit

Vor Geburt. Zeugung. Schwangerschaft. Geburt. Kleinkindzeit. Kindergarten.

Ein wichtiges Prinzip ist: Immer zunächst Alltagsfunktionieren klären vor Innenleben!

Stabilisierung/ Affektregulation

- Kontrolle über sich und seine emotionale Reaktionen gewinnen
- Möglichkeiten zur Selbstberuhigung und Selbstregulation erlernen
- Aufbau einer stabilen Therapeut/Patienten-Beziehung (aktives Beziehungsangebot, um für kritische oder zurückhaltende Klienten eine neue Beziehungserfahrung im Sinne von Schutz und Empathie zu ermöglichen) und Aufbau von Sicherheit in einer verlässlichen beratenden und/ oder therapeutischen Beziehung

Für Menschen, die in wichtigen Beziehungen traumatisiert wurden, ist jede Beziehung Stress. Erst recht wird jede Form von Körperkontakt oder körperliche Nähe als bedrohlich erlebt. Die **aktive Förderung einer positiven, Sicherheit gebenden Beziehung** ist essenziell wichtig.

Arbeitsbündnis und Aufbau einer tragfähigen Bindungsbeziehung haben oberste Priorität und sind Voraussetzung für innere Sicherheit.

Aber ohne Vertrauen ist es schwer, sich zu öffnen und Hilfe anzunehmen. Und Berater wie Therapeuten sind nur vertrauenswürdig, wenn sie die persönlichen **Grenzen der Klienten aus eigener Verantwortung raus zuverlässig wahren und respektieren**. Sie tragen die gesamte Verantwortung für die Aufrechterhaltung der Grenzen, zumal sich traumatisierte Klienten auf ihre eigene Fähigkeit zur Grenzsetzung oft nicht mehr verlassen können.

Auch **transparente und klare Grenzen des Beratungsrahmens** sind enorm wichtig, geben Halt und werden oft getestet. Typische Themen sind der Wunsch nach Kontaktaufnahme außerhalb der Beratung oder nach Körperkontakt, der Umgang mit der Schweigepflicht oder mit selbstzerstörerischem Verhalten.

Traumatisierte Klienten brauchen das Gefühl eigener Kontrolle.

Wir sollten auf vegetative Zeichen von Angst und Erregung schon im Erstkontakt achten: hektische Flecken, feuchte Hände, Starre, kein Blickkontakt. Misstrauen sollte nach Erfahrungen von Verrat und Verlassen werden als gesunde Ressourcen gewürdigt werden. Stressreduktion ist der beste Dissoziationsstopp.

Das Grundprinzip ist: „Maximaler Kontrast zur traumatischen Situation“ (Wöller, 2006).

Traumatische Situation	Therapie/ Beratung
Bedrohung, Unsicherheit	Sicherheit
Kontrollverlust	Kontrolle
Fehlende Entscheidungsfreiheit	Entscheidungsfreiheit, Wahlmöglichkeit
Missachtung basaler Bedürfnisse	Respektieren basaler Bedürfnisse
Unterlegenheit	Gleichwertige Beziehungsgestaltung
Verwirrung, Intransparenz	Aufklärung, Transparenz
Gefühl, „verrückt“ zu sein	Entpathologisierung
Alleingelassen sein	Reale Präsenz
Grenzverletzung	Wahrung von Grenzen

Wir sollten **verlässlich und vorhersagbar** sein, **Auftrag und Ziele gemeinsam mit dem Klienten klären**, ihnen nichts überstülpen, **Autonomie und Selbstwirksamkeit beachten und stärken**.

Dazu gehört: **keine Willkür, alles erklären**, jeweils das Einverständnis der Klientin vor jedem nächsten kleinen Schritt einholen, nichts überstürzen, nicht zu viel versprechen.

Zuverlässigkeit und Transparenz bedeuten Kontrolle und Wahlmöglichkeit im Gegensatz zum traumatischen Kontrollverlust.

Wir sollten **klare Grenzen einhalten** und eigene Fehler eingestehen, Modell sein. Ein klares und rechtzeitiges Nein signalisiert, dass Autonomie und konstruktive Aggressionen erlaubt und nicht zerstörerisch sind.

Die Beziehung ist der wichtigste Wirkfaktor in Beratung und Psychotherapie. Ein gelungenes Arbeitsbündnis ist der beste Prädiktor positiver Ergebnisse der Beratung.

Hilfreiche Stabilisierungsübungen

- Sicherer Ort
- Helferwesen
- Tresorübung
- Lichtstromübung
- Notfallkoffer, besonders bei Dissoziationsneigung

Kontakt Daten

Katrin Boger

Kinder-/ Jugendpsychotherapie (VT/ TP), I.B.T.® Integrative Bindungsorientierte
Traumatherapie bei Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern,
Bindungsbasierte Psychotherapie (Brisch), EMDR-Therapie und Supervision,
Enaktive Traumatherapeutie (Nijenhuis), Hypnotherapeutin,
Entspannungstherapeutin

Spezielle Psychotraumatologie für Kinder und Jugendliche (DeGPT), Supervisorin
und Dozentin

Leitung des Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie WZPP®

Alfred-Delp-Strasse 2, D-73430 Aalen

info@wzpp.de

www.wzpp.de