



Fachtagung:

**„Hilfen bei sexueller Kindesmisshandlung –
systemisches Verstehen als eine Voraussetzung
für kindzentriertes Handeln“**

Köln, 11. November 2010

Handout zu Workshop 3

Brigitte Topp:

**Psychotraumatologische Behandlungsansätze bei der
kindertherapeutischen Arbeit mit sexuell misshandelten Kindern**



Was ist ein Trauma?

- Ein psychisches Trauma entsteht durch ein extremes Ereignis, das unerwartet und plötzlich auftritt, das lebensbedrohend ist oder als solches empfunden wird und die betroffene Person intensiv über deren Sinneswahrnehmungen trifft.
- Die Intensität der Bedrohung versetzt den Menschen in einen ungeschützten Angst – Schreck – Schockzustand und damit in einen überflutenden „Stresszustand“.
- Eine Situation ist auch traumatisch, wenn sich ein Mensch plötzlich aber auch lang anhaltend oder permanent ansteigend einer bedrohlich – ängstigen Situation ausgeliefert fühlt, auf die er sich nicht (mehr) einstellen oder ihr anpassen kann und ihr auch nicht entkommen kann.
- Vor allem von Menschen verursachte Gewalthandlungen werden innerlich als Katastrophe wahrgenommen:
 - physische Misshandlungen und insbesondere sexuelle Gewalterfahrungen
 - seelische Grausamkeit und schwere Vernachlässigung durch nahe, vertraute Menschen,
 - noch dazu wenn die Traumatisierungen sehr früh in der Kindheit beginnen, wiederholt auftreten, nie an- und ausgesprochen werden konnten / durften (Geheimnisse) und nie ein Schutz und Trost erfahren wurde.
- Ein Ereignis wird dann zum Trauma, wenn eine Dynamik in Gang kommt, die das **Gehirn** eines Menschen so in die „Klemme“ bringt, dass es in einer besonderen Art und Weise damit umgehen muss:
 - Der Teil des Gehirns, in dem die Informationsverarbeitung angelegt ist, wird so überflutet, dass er den Eindruck bekommt, als sei „jetzt alles aus“, „ich muss sterben“
 - Die üblichen Bewältigungsmechanismen sind überfordert und setzen aus. Die beiden Überlebensreflexe **Kampf oder Flucht**, funktionieren nicht mehr.
 - Wenn der Flucht- oder Kampfreflex nicht mehr ausgelöst werden können, kommt es zum Erstarren, bzw. Einfrieren (freeze) und zum Fragmentieren der sensorischen, kognitiven, emotionalen und körperlichen Erlebensaspekten des Ereignisses.

Jetzt findet für den Menschen das Ereignis als Trauma statt.



(Was ist ein Trauma? – Forts.)

- Zusätzlich kommt es zum „Zersplittern“ des Ereignisses, so dass das äußere Ereignis nicht mehr (oder nicht mehr ohne spätere gezielte Anstrengungen) zusammenhängend wahrgenommen und erinnert werden kann.
Dies sind selbstschützende Wahrnehmungsveränderungen, um weniger zu spüren und zu leiden.

- Die **unmittelbaren Reaktionen** können als Schockzustand charakterisiert werden.
Ein Gefühl der Unwirklichkeit, emotionale Gefühllosigkeit oder Verwirrtheit sowie physische Reaktionen wie Zittern, Frieren oder Übelkeit können auftreten.

- Zu den **Langzeitfolgen** zählen Angst, Verletzbarkeit, Depressionen und Pessimismus, Reizbarkeit und Wut, Schlafstörungen, extreme Müdigkeit oder Konzentrationsstörungen sowie das wiederholte und unkontrollierbare Wiedererleben des Ereignisses.

- Im Extremfall kann es zu schützenden Formen von dissoziativem Verhalten kommen. Das kann auftreten:
 - als Entfremdungserleben der Umgebung (Derealisation),
 - der eigenen Person (Depersonalisation)
 - bis hin zum Fragmentieren aller Sinneseindrücke durch Ohnmacht und Bewusstlosigkeit.

Diese Reaktionen zeigen Erwachsenen und Kinder gleichermaßen.



Traumaverarbeitung im Gehirn

Wichtig für das Verständnis von Traumaerinnerungen sind zwei Regionen des limbischen Systems, die Amygdala (rechte Hemisphäre) und der Hippocampus (linke Hemisphäre)

- Die **Amygdala** (Frühwarnsystem) bekämpft die unter hohem Affekt, insbesondere unter(Todes-)Angst stattfindenden Erlebnisinhalte, in dem sie sie aus der Verarbeitung heraus greift und blockiert.

Die Amygdala ist bereits zum Zeitpunkt der Geburt reif und ermöglicht so von Anfang an die Speicherung von emotionalen und sensorischen Inhalten eines Erlebnisses.

- Der **Hippocampus** ist Archiv unseres Gedächtnisses. Hier werden Informationen sprachlich ausdrückbar, episodisch geordnet, überprüfbar und emotional wenig antriggerbar.

Der Hippocampus ist erst zwischen dem 2. und 3. Lebensjahr funktions-tüchtig, ausgereift ist es erst mit etwa 10 – 12 Jahren.

- Unter traumatischen Stress kommt es zu einem „Kurzschluss“ oder Versagen der geordneten Speicher- und Abrufmöglichkeiten im Hippocampus.
- Währenddessen „feuert“ das Amygdala-System weiter und speichert emotionale und körperliche Reaktionen, ohne Raum- und Zeit- Zuordnung, mit Unterbrechung zum Sprachzentrum. Auch nach Jahren können die Reaktionen in der Amygdala „unabgekühlt“ immer wieder abgerufen werden (durch Auslöserreize angetriggert).

Flashbacks und Intrusionen (Wiedererleben) fühlen sich nicht an „wie damals“, sondern als wenn es „gerade jetzt“ passiert!



Welche Erschütterung bedeutet ein Trauma für die gesamte Persönlichkeit ?

Nach den Erstreaktionen von Verstörung (Durcheinandersein, bis hin zum Verlust der Ich-Grenzen) versucht das Gehirn die abgespaltenen und weggekippten Inhalte zunächst spontan wieder zu integrieren. Diese integrative Arbeit braucht Zeit und ist mit erheblichen körperlichen und seelischen Irritationen verbunden, die sehr lange andauern können.

Diese ganz normale Reaktion nennt man **Posttraumatische Belastungssituation (PTSD)**:

- Angstzustände und erhöhte Schreckhaftigkeit
- Albträume und Schlafstörungen
- häufiges Wiedererleben von Teilen des Traumas
- Vermeidung von (möglichst allen) Reizen, die mit dem Trauma zu tun haben
- Gefühle von Empfindungslosigkeit, Einsamkeit, Entfremdung von Nahestehenden,
- Beeinträchtigung der Wahrnehmung der Umwelt, des eigenen Körpers, eigener Gefühle
- Konzentrations- und Leistungsstörungen

Wie zeigt sich ein Trauma bei Kindern anders als bei Erwachsenen?

- Frühe und serielle Traumatisierungen von Kindern sind schwerwiegender als bei Erwachsenen, da sie ein Gehirn im Reifeprozess treffen. Das betrifft vor allem frühe und andauernde Traumatisierungen in der kindlichen Entwicklung durch Vernachlässigung / Unterstimulation oder Erfahrungen von Gewalt wie z.B. körperliche oder sexuelle Kindesmisshandlung.
- Es kommt zu einer Vielzahl von Funktionseinschränkungen und zu wesentlichen Abweichungen im normalen Entwicklungsfortschritt.
- Bei entwicklungs-traumatischer Bedrohung sind die biologisch eingebauten Überlebensreflexe Kampf und Flucht aktiviert, (Klein)-Kindern neigen eher zu Erstarren, Täuschung, Dissoziation; dies umso mehr, je früher, anhaltender und quälender die Traumatisierung ist.
- Depressive Kinder sind häufig aktiv und ruhelos, depressive Erwachsene hingegen eher träge und in ihrem Tempo verlangsamt.



- Traumatische Erfahrungen im Kindesalter können besonders schwerwiegende Auswirkungen für einen Menschen haben:
 - auf das Selbstbild und das Weltbild
 - auf seine spätere Belastbarkeit
 - Skepsis und Misstrauen in andere Menschen, weil er erwartet, verletzt zu werden.
 - mangelnde Fähigkeit zur Selbstberuhigung bei Aufregung
 - Aufmerksamkeitsstörungen in Erregungszuständen
 - sehr häufig Entwicklung von selbstverletzendem Verhalten, Essstörungen oder Drogenkonsum

Als stärkste Auswirkung des Traumas auf die kindliche Psyche wird der Verlust der Fähigkeit zur Selbst-Regulation vermutet!

Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung

- Langanhaltende kindliche Erfahrungen von eigener Hilflosigkeit gegenüber mächtigen Erwachsenen führen oft zu späterer Beziehungsgestaltung im Sinn von Dominanz und Unterwerfung. Viele wiederholen dabei ihre familiären Muster.
- Die Überzeugung kleiner Kinder von ihren magischen Fähigkeiten (Denken, Handeln, Wunschkräfte) führt nach Traumatisierungen zu der fest verinnerlichten Überzeugung, für die ihnen angetane Misshandlung und für deren Folgen, die außerhalb ihres Einflussbereiches liegen, verantwortlich zu sein.
- Traumatisierte Kinder zeigen oft schwerwiegende Defizite in ihrer Fähigkeit zu spielen.
- Sie sind häufig entweder übermäßig schüchtern oder sie tyrannisieren und ängstigen andere Kinder.
- Traumatisierte Kinder werden auch später leicht wieder Opfer (Zwang zu wiederholen)



Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern

- **flash-backs:** lebhaftes, oft visualisierte und unwillkürliche Erinnerungen oder szenische Intrusionen.
- **sich wiederholende Verhaltensweisen:** z.B. das sog. „traumatische Spiel“, oft in endloser Folge, stereotype Wiederholungen von Spielszenen oder Zeichnungen oder Verhaltensweisen und Aspekten oder Teilaspekten der traumatischen Erfahrung:
- **Traumabezogene Ängste und Befürchtungen:** meist eng umschriebene Situationen oder Objekte, die in indirekter Verbindung mit dem Trauma stehen, z.B. Angst vor einer einschlägigen Hunderasse.
- **Einstellungswandel gegenüber Mitmenschen, dem Leben und der Zukunft:** resultiert aus einem tiefgreifenden Vertrauens- und Sicherheitsverlust, Aufgeben zentraler Kontrollüberzeugungen bezogen auf Selbstkompetenz und Beeinflussbarkeit des eigenen Schicksals.
- **sich wiederholende (repetitive) Träume oder Traumserien:** oft und reifungsbedingt erst ab dem 3. bis 5. Lebensjahr. Zustände generalisierter Übererregung führen häufig zu Schlafstörungen, da diese Kinder keine Fähigkeit zur Regulation des physiologischen Spannungsniveaus haben, sie fürchten zudem Alpträume
- **chronische Folgen bei komplexer Traumatisierung:** Dazu gehört eine Veränderung der Selbstwahrnehmung (z.B. durch ständige Selbstvorwürfe) oder der Fremdwahrnehmung (z.B. Idealisierung des Täters), Veränderung in der Beziehung zu anderen (z.B. Rückzug, Aggressivität, Depressivität, die Unfähigkeit zu vertrauen
- **vegetative Übererregung:** Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrationsprobleme, Hypervigilanz, erhöhte Reizbarkeit und Schreckhaftigkeit
- **Bewusste Vermeidung** von Gedanken, Gefühlen, Gesprächen, Aktivitäten oder Personen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen – bis hin zur teilweisen oder vollständigen Amnesie für bestimmte Traumaaspekte

Nicht alle Menschen werden von vergleichbaren traumatischen Erlebnissen gleichermaßen stark langzeitbeeinträchtigt, d.h. nicht alle Menschen entwickeln posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)

Hierbei spielt das Vorhandensein oder Fehlen von protektiven Faktoren eine zusätzliche Rolle.



Risikofaktoren in der Kindheitsentwicklung

Als Risikofaktoren sind belastende Lebensereignisse oder Lebensumstände zu verstehen, die einzeln oder in ihrem Zusammenwirken eine gesunde Entwicklung erschweren oder verhindern.

So kann ein Kind ein Schocktrauma schlechter verarbeiten, wenn der Erholungsprozess durch konfliktreiche und belastende Familienverhältnisse erschwert oder immer wieder unterbrochen wird.

Umgekehrt schützen unterstützende Lebensumstände vor Traumatisierung und verhindern, dass ein traumatischer Erlebnisverarbeitungsprozess in Gang kommt.

...bei sexueller Misshandlung von Kindern

- Jede Geschichte von Kindesmissbrauch ist im Einzelfall zu betrachten.
Zu berücksichtigen sind
 - Ausprägung, Intensität und Dauer der Extremerfahrung,
 - innerfamiliäre oder außerfamiliäre Übergriffe einerseits,
 - sowie schützenden Bezugspersonen, Stabilität des Lebensumfeldes, eigene und familiäre Ressourcen
 - sowie ermutigende und entwicklungsfördernde Kompetenzen.

- Ist ein Kind oder eine Jugendliche jedoch von sexueller Gewalt durch eine Bezugsperson betroffen, kann mit dieser nicht im Sinne eines Heilungsprozesses zusammengearbeitet und kooperiert werden.
 - dann z.B. wenn Mutter oder Vater mutmaßlich Täter (Missbraucher) oder Mittäter sind,
 - oder aber, wenn sie das Kind in seiner Schutzlosigkeit (mutmaßlich) preisgegeben haben.

- Doch auch, wenn nach sorgfältiger Betrachtung der familiären Situation, ein Kind kurzfristig nicht in seinem familiären Umfeld bleiben kann, ist die Arbeit mit den Eltern, Elternteilen und anderen wichtigen Familienmitgliedern notwendig.
 - Nur so können wir Ressourcen in der Familie erkennen und für den Heilungsprozess nutzbar machen,
 - oder auch problematische Bindungen und ungünstige Verhaltensweisen aufdecken und benennen.

Das Trauma des Kindes zeigt sich in der Regel als Auswirkung und Wechselwirkung im gesamten Familiensystem, im sozialen System und häufig auch in der Helferlandschaft.



Traumatisierte Angehörige und Therapie:

- Oftmals ist ein traumatisiertes Kind gleichzeitig ein Kind eines traumatisierten Familiensystems.
Häufig leiden Elternteile von sexuell misshandelten Kindern selbst an Traumafolgen aufgrund von eigenen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit.
- Das heißt: „Die Grenzen der Eltern im Umgang mit der eigenen Geschichte können auch die Grenzen ihrer Kinder sein.“
Dies gilt es zu erkennen und in der Arbeit mit der Familie zu beachten.

Therapie braucht eine gute Zeit und den richtigen Ort.

Kinderschutz und Therapie

„Je komplexer und dissoziierter ein Familiensystem ist, desto konstruktiver, also „assoziierter“ muss die Zusammenarbeit im Helfernetz sein.“

Erst dann kann zwischen Helfer und Familiensystem eine konstruktive Energie entstehen und verhindert werden, dass Familien durch Verschiebung von Verantwortung und aufgrund mangelnder institutioneller oder finanzieller Ressourcen erneut „Opfer“ oder auch „Mitspieler“ in einem „dissoziierten Familiensystem“ werden.

Interventionen außerhalb von Therapie:

- So wichtig es für die kindliche Entwicklung ist, ein kindliches Trauma zu erkennen und zu behandeln, so notwendig ist es auch, ein Kind auch losgelöst von seinem Traumakontext wahrzunehmen und es vor Traumafixierung und Pathologisierung zu schützen.
- Kinder und Jugendliche haben ein unvergleichliches Potenzial zur Spontanverarbeitung und eine hohe Selbstheilungskapazität.
Mit den kindlichen Entwicklungsressourcen, zu denen vor allem Spielförderung, Körperbewegung, kreative Gestaltung und Musik gehören, können Kinder der Hilflosigkeit und dem Kontrollverlust des traumatischen Erlebnisses etwas entgegensetzen.



Therapie mit sexuell misshandelten Kindern:

Für die Therapie mit durch Gewalt und sexuellen Missbrauch traumatisierten Kindern gelten folgende Grundsätze und folgender Ablauf:

- **Kein Täterkontakt!**

Das Kind muss ausreichend geschützt sein, d. h. oberste Priorität = Sicherung der Existenz und der basalen Grundbedürfnisse.

Wichtigstes Ziel ist die Annahme des Traumas als Bestandteil des eigenen Lebens, Symptomreduzierung und der Aufbau und die Verinnerlichung von Schutzfaktoren.

Dabei sollte das Kind bei allen Handlungen die Kontrolle über die Situationen behalten, sowohl über das Tempo, als auch über die gewählte Arbeitsform.

- **Zu Beginn keine gezielte Heranführung an die traumatischen Erlebnisse, z.B. durch Fragen nach spezifischen Inhalten, Aufforderung zum Malen oder Spiel des Geschehenen. Die Kinder haben jedoch Kenntnis, dass der Therapeut weiß, was ihnen geschehen ist.**

- **Klärung ist notwendig, ob, wo und wo nicht ein Kind berührt werden darf**

- **Vorbereitung zur späteren Traumaexposition**

ausführliche und differenzierte Anamnese und Diagnostik unter Zuhilfenahme von verfügbaren Informationen (Eltern, Lehrer, ASD, Ärzte...)

- **Stabilisierung, Stabilisierung, Stabilisierung**

Einführung verschiedenen Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken, da Stabilisierung der wichtigste und längste Teil der Traumaarbeit ist.

Alle Übungen werden detailangereichert in Farbe, Formen, Größe, Material, Struktur, Geruch, Geräusch, Lichtverhältnisse, Temperatur etc. Darüber werden die Bilder gesichert, d.h. in der linken Gehirnhälfte verankert. Das Kind kann die jeweiligen Bilder über ein eigenes Zeichen, abrufen.

- **Ressourcenarbeit**

Während des gesamten therapeutischen Prozesses werden die **Stärken** des Kindes und seines Umfeldes herausgearbeitet und dem Kind zugänglich gemacht.

- **Arbeit am Thema: „Wo komme ich her, wo will ich hin?“**

Die Kinder brauchen Aufklärung und Information darüber, welche unterschiedlichen Verantwortungen und Aufgaben die verschiedenen Generationen haben, um sich aus problematischen Bindungsmustern und Parentifizierungen zu lösen, sich von Schuld und Sorge zu entlasten und neue Beziehungen annehmen zu können.



(Therapie mit sexuell misshandelten Kindern – Forts.)

▪ **Arbeit mit den Gefühlen:**

erklären, erkennen und benennen zur Sicherung der Eigenwahrnehmung und Entlastung.

Abgespaltene Gefühle (z.B. Schmerzlosigkeit oder Angst) werden in einem längeren Prozess über Identifikation, Imaginationen wiederentdeckt und belebt und als wichtige Anteile des Kindes aufgenommen.

Relativierung von Selbstanklagen und negativen Verhaltensbewertungen durch positives Umdeuten (Reframing) als „damals“ sinnvoller Schutz- und Überlebensmechanismus

▪ **Traumaexposition:**

Ziel: die fragmentiert gespeicherten Sinneseindrücke werden reintegriert und führen somit zu Angst- und Symptomreduktion:

- **bei kleineren Kindern:** durch das Erfinden einer (distanzierten und gleichzeitig identifikationsfähigen) Traumageschichte, entlang der Anamnese des Kindes. Diese Geschichte braucht immer eine passende gute Lösung.
- **bei älteren Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen:** Bearbeitung z.B. mit der Screen- und Bildschirmtechnik (wirkt reintegrierend, in dem sie die fragmentierten Teile von inneren Bildern, Gedanken, Gefühlen und Körpersensationen wieder zu einer nachvollziehbaren Geschichte zusammenfügt)

Später wird das Kind nach genauer Instruktion mittels eines spezifischen Traumaprotokolls durch den alten Traumafilm geleitet, mit neutralem Vorspann und Nachspann.

- Nach der Traumabearbeitung geht es um die Bearbeitung von Trauer und Abschied und die Bearbeitung weiterer Themen, die durch das Ereignis zustande gekommen sind, im Rahmen von systemischer Kindertherapie.