

### Trauma nach Missbrauch und Misshandlung – Vorstellung eines jugendgerechten Manuals

Rita Rosner und Eline Rimane

*Stefanie\*, 16 Jahre, kommt mit ihrer Mutter in die Erziehungsberatungsstelle. Seit einiger Zeit ist das Zusammenleben alles andere als harmonisch. Stefanie zeigt aggressives Verhalten – nicht nur gegenüber der Familie, sondern auch sich selbst. Ihre Arme sind von Schnitten und Narben übersät. Auch in der Schule hat die Jugendliche Probleme: Es fällt ihr schwer, sich zu konzentrieren, und die Lehrer berichten, dass Stefanie oft wie weggetreten sei – das ginge so weit, dass sie nicht mehr ansprechbar wäre. Es kam deshalb sogar schon einmal der Krankenwagen. Stefanie selbst ist verschlossen und zurückgezogen. Sie leidet unter einem Gefühl der Niedergeschlagenheit und Interessenlosigkeit, auch von Problemen beim Schlafen berichtet sie. Nach Angaben der Mutter wurde Stefanie in den letzten beiden Jahren vom damaligen Partner der Mutter mehrfach sexuell missbraucht.*

*(\* Hier handelt es sich um ein fiktives Beispiel.)*

Ein Fall wie Stefanie ist keine Seltenheit im Therapie- und Beratungsalltag: Die Wahrscheinlichkeit für das Erleben von sexueller oder physischer Gewalt in Kindheit und Jugend ist alles andere als niedrig. Internationale Studien berichten, dass ungefähr 20% der Frauen und 8% der Männer ungewollte sexuelle Erfahrungen vor dem 18. Lebensjahr machen (Pereda, Guilera, Fornis & Gómez-Benito, 2009). Für physische Gewalt

liegen die Zahlen zwischen 4 und 16% (Annerback et al., 2012; Elklit, 2002; Finkelhor et al., 2009; Hawkins et al., 2010). Doch die Dunkelziffer dieser Fälle muss vermutlich noch deutlich höher angesetzt werden.

Was dabei genau unter Missbrauch und Misshandlung verstanden wird, ist allerdings eine Frage, zu der keine eindeutige Antwort existiert – die Definitionen variieren beträchtlich. Nach der American Psychological Association (APA; 1999) wird als körperliche Misshandlung physische Gewaltanwendung bezeichnet, welche durch Bezugspersonen ausgeübt wird und beim Kind/Jugendlichen zu körperlichen oder seelischen Schäden führt. Von sexuellem Missbrauch spricht man, wenn eine Person, die aufgrund ihres Alters oder ihres Einflusses in einer überlegenen Position ist, ein Kind oder einen Jugendlichen zu sexuellen Handlungen drängt oder zwingt. Hier kommt es nicht in jedem Fall zur Anwendung von körperlicher Gewalt – häufig stammen die Täter aus dem Verwandten- oder Bekanntenkreis der Betroffenen. Damit fallen sowohl Verbrechen im Nahbereich der Familie als auch Vergewaltigungen unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen in diese Definition. Solche Erfahrungen in jungen Jahren haben nicht nur kurzfristig negative Konsequenzen – sie können sich auch auf das ganze Leben auswirken. So haben Opfer sexueller Gewalt ein 2,4-fach erhöhtes Risiko, später an irgendeiner psychischen Störung zu erkranken.

ken, bei physischer Gewalt liegt dieser Faktor bei 1,5. Besonders häufig tritt dabei die sogenannte Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) auf, für welche sexuell missbrauchte ein 5,6-fach erhöhtes Risiko aufweisen (Fergusson, Boden & Horwood, 2008). Internationale Studien zeigen, dass ungefähr 37 bis 52% der sexuell missbrauchten Kinder und Jugendlichen die Kriterien einer PTBS erfüllen (Kendall-Tackett, Meyer Williams & Finkelhor, 1993; McLeer, Deblinger, Henry & Orvaschel, 1992; McLeer et al., 1998).

Doch auch wenn diese Erkrankungsraten hoch sind, wird aus den Zahlen deutlich, dass vom Erleben eines traumatischen Ereignisses nicht automatisch darauf geschlossen werden kann, dass Betroffene eine PTBS oder eine andere psychische Störung entwickeln – und sei das Ereignis aus subjektiver Sicht des Untersuchers auch noch so schlimm. In der Folge eines traumatischen Ereignisses ergeben sich daher zwei mögliche Fehlreaktionen der Umgebung: Einerseits können psychische Folgen übersehen werden, andererseits können die Folgen überschätzt werden. Eine ausführliche Untersuchung und Diagnostik durch darauf spezialisierte Fachkräfte, in welcher die Symptome einer PTBS und anderer psychischer Störungen abgeklärt werden, ist deshalb zwingend erforderlich, um psychische Folgen eines traumatischen Ereignisses adäquat einzuschätzen.

## **Diagnose und Symptomatik einer PTBS**

Für die Diagnosestellung einer PTBS ist zunächst das Erleben eines Traumas notwendig, was gemäß den offiziellen Klassifikationsrichtlinien als ein Ereignis mit außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß beschrieben wird, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde (World Health Organization, 1991). Daneben muss noch eine Vielzahl unterschiedlicher Symptome vorliegen, welche zu einer deutlichen Ein-

schränkung der Lebensqualität führen. Wie im Fall von Stefanie können diese in verschiedenen Alltagsbereichen deutlich werden. Hierbei sind Symptome des Wiedererlebens ein zentrales Merkmal der Störung, was bedeutet, dass Betroffene unter sich aufdrängenden Erinnerungen oder Albträumen leiden. Als weiteres Kriterium einer PTBS gilt Vermeidung, d.h. es wird versucht, Aktivitäten oder Situationen, die eine Erinnerung an das Trauma wachrufen könnten, aus dem Weg zu gehen. Beispielsweise vermeiden traumatisierte Patienten, welche oralen sexuellen Missbrauch erlebt haben, Nahrungsmittel wie Milch oder Joghurt, die an das Trauma erinnern. Auch ein Gefühl der emotionalen Taubheit ist charakteristisch für die Störung, wobei sich die Betroffenen gleichsam abgeschnitten und in ihrer Umgebung fremd fühlen. Darüber hinaus wird von einer Verminderung der Fähigkeit, Gefühle zu empfinden, berichtet. Aber auch Zeichen der Übererregung können vorkommen. In diesen Symptomkreis fallen Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, eine erhöhte Wachsamkeit sowie eine erhöhte Schreckhaftigkeit. Aggressives Verhalten ist bei Jugendlichen nicht selten. Im Falle der sogenannten komplexen Traumafolgestörung, die sich häufig in der Folge eines chronischen sexuellen und/oder körperlichen Missbrauchs im Nahbereich ergibt, kann es darüber hinaus zu dissoziativen Anfällen kommen. Hierunter versteht man nicht-epileptische nicht-organische Anfälle, während derer die Betroffenen plötzlich abwesend wirken und teilweise nicht mehr ansprechbar sind.

Zusammengefasst müssen für die Diagnose einer PTBS Symptome aus drei Hauptkategorien – Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung – vorhanden sein und zu Einschränkungen im Alltag führen, was gravierende Auswirkungen auf das Leben Betroffener haben kann. Umso wichtiger ist es, rechtzeitig zu intervenieren, um Langzeitfolgen so gering wie möglich zu halten.

## Therapie einer PTBS

Doch wann ist der richtige Zeitpunkt, eine Therapie zu beginnen? Prinzipiell ist angeraten, direkt nach einem Trauma zwar professionelle Hilfe zu suchen, in den ersten Wochen aber noch nicht zwingend eine Therapie zu beginnen. Stattdessen ist es in dieser Zeit wichtig, durch stabilisierende Maßnahmen innere und äußere Sicherheit zu vermitteln. Das bedeutet zum einen, körperliche Probleme zu behandeln, zum anderen, einen regelmäßigen Tagesablauf wiederherzustellen und ein Netz an sozialer Unterstützung aufzubauen. International wird hierfür der Begriff „Psychologische Erste Hilfe“ (siehe auch World Health Organization, 2013, S.7) verwendet. Ebenso sollten die unmittelbar nach einem Ereignis aufgetretenen Belastungssymptome normalisiert und als natürliche Reaktion beschrieben werden, die sehr wahrscheinlich wieder abklingt, ohne zu einer PTBS zu führen. Selbstverständlich muss der Betroffene in dieser Phase weiter beobachtet und die Symptomausprägung kontinuierlich eingeschätzt werden. In den internationalen Leitlinien wird hierfür der Begriff „watchful waiting“ (National Institute for Clinical Excellence, 2005, S.3) gebraucht. Bleibt dann eine Remission der posttraumatischen Symptomatik aus, gilt es, eine passende Behandlung anzuvisieren – der früheste Zeitpunkt sollte hierfür zwei bis drei Wochen nach dem Ereignis betragen (Kröger, Ritter & Bryant, 2012).

Für PTBS-Patienten gibt es eine Vielzahl verschiedener Behandlungsmethoden: Neben vielversprechenden Verfahren wie der Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR) und der Narrativen Expositionstherapie (NET) wird vor allem die Kognitive Verhaltenstherapie als Goldstandard zur Behandlung empfohlen (World Health Organization, 2013). Für Erwachsene und Kinder liegen bereits Manuale und Nachweise zur Wirksamkeit der Therapie vor, problematisch wird es allerdings bei dem Altersbereich zwischen diesen beiden Grup-

pen: Für Jugendliche mit einer PTBS sind die kinder- oder erwachsenenspezifischen Verfahren nur schwer anwendbar, dennoch gibt es kaum überprüfte Therapien für diese Altersgruppe.

## Vorstellung einer neuen Traumatherapie für Jugendliche

Jene Lücke zu schließen und die Versorgungssituation zu verbessern, ist Aufgabe unseres E-KVT-Projektes. E-KVT steht für entwicklungsangepasste kognitive Verhaltenstherapie und beschreibt das therapeutische Konzept: Basierend auf der bereits für Erwachsene erfolgreich überprüften Cognitive Processing Therapy (CPT; Resick, Monson & Chard, 2008) wurde ein Behandlungsmanual speziell für Jugendliche und junge Erwachsene entwickelt, die sexuellen oder physischen Missbrauch erlebt haben (Matulis, Resick, Rosner & Steil, 2013a). Die neue Behandlung besteht aus vier Phasen: In einem ersten Schritt soll eine Beziehung zum Therapeuten aufgebaut und die bei Jugendlichen häufig instabile Motivation gefestigt werden. Die zweite Therapiephase beinhaltet ein sogenanntes Emotionsregulations-training. Dies ist notwendig, da Jugendliche häufig auf die mit dem Trauma verbundenen schmerzhaften Emotionen und Erinnerungen mit fremd- oder selbstaggressivem Verhalten reagieren. Zu letzterem gehört beispielsweise Selbstverletzung wie Schneiden, Ritzen oder Verbrennen von Körperstellen. In dieser Therapiephase lernen die Patienten, wie sie mit intensiven Gefühlen umgehen können. Hierzu dienen sogenannte „Skills“ – darunter werden Ersatzhandlungen verstanden, die den Jugendlichen helfen, aus negativen emotionalen und aggressiven Zuständen herauszukommen, ohne schädlich zu handeln. Beliebte Skills sind beispielsweise Beißen auf eine Chilischote, Riechen an Ammoniak oder Kneten von Massagebällen. Das Emotionsregulationstraining dient auch der Vorbereitung auf die dritte Therapiephase, in welcher eine intensive Beschäftigung mit

dem Trauma erfolgt. Die Jugendlichen schreiben hier über ihr Traumaerlebnis, um sich willentlich und gezielt an die traumatischen Situationen zu erinnern. Doch nicht nur der erfolglose Versuch, Erinnerungen zu unterdrücken und mit dem Ereignis verknüpfte Reize zu vermeiden, sind ein großes Problem von Traumapatienten: Häufig werden diese auch von nicht hilfreichen, schädlichen Annahmen gequält wie beispielsweise, dass das Erleben des Traumas ihre eigene Schuld sei (z.B. weil man die falsche Straße entlang lief, falsch angezogen war, nicht sofort zur Polizei ging etc.). Diese sogenannten „Stuck Points“ werden gemeinsam mit dem Therapeuten herausgearbeitet und zu ändern versucht. In der letzten Therapiephase werden schließlich typische Entwicklungsaufgaben der Jugendlichen aufgegriffen. Hierzu gehören das Entwickeln eines realistischen Ausbildungs- oder Berufszieles, die Ablösung von der Ursprungsfamilie sowie die Wahl eines Partners. Besonders wichtig ist es, den Jugendlichen zu vermitteln, wie sie sich schützen können, damit ihnen in Zukunft ähnlich schlimme Erfahrungen erspart bleiben. Abbildung 1 zeigt den Aufbau der Therapie.

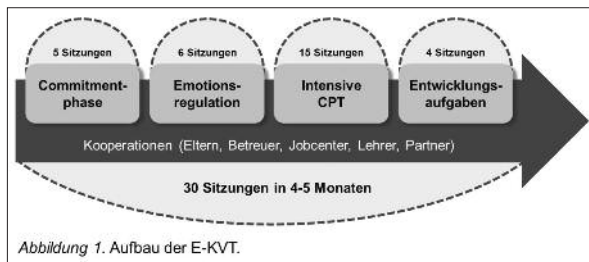


Abbildung 1. Aufbau der E-KVT.

Die Kombination der verschiedenen Therapiebausteine macht das Besondere der E-KVT aus und ermöglicht eine Anpassung an diese spezielle Altersgruppe: Durch die stabilisierende Anfangsphase wird der für Jugendliche typischen schwankenden Motivation begegnet. Zusätzlich soll die kurze Therapiezeit – in der Regel vier bis fünf Monate – die Patienten darin bestärken, die Therapie abzuschließen. Weiter sollen durch das Emotionsregulationstraining rechtzeitig Probleme angegangen werden, die bei Ju-

gendlichen häufig zu Therapieabbrüchen führen. Zudem widmet sich ein eigener Baustein den ganz speziellen Problemen und Fragen dieser Altersgruppe.

## Erste Erfolge der neuen Therapie

Die E-KVT wurde bereits erfolgreich in einer ersten Pilotstudie überprüft (Matulis, Resick, Rosner & Steil, 2013b). Zwölf Jugendliche mit PTBS-Diagnose wurden vor Behandlungsbeginn sowie direkt und sechs Wochen nach Therapieende mit verschiedenen klinischen Interviews und Fragebögen untersucht. Es zeigte sich eine überzufällige Besserung der PTBS sowohl im Interview als auch im Selbstbericht (siehe Abbildung 2): Im University of California Los Angeles PTSD Reaction Index (UCLA; Steinberg, Brymer, Decker & Pynoos, 2004; deutsche Version von Ruf, Schauer & Elbert, 2010) – ein Selbsteinschätzungsfragebogen zur posttraumatischen Symptomatik – kam es zu einer durchschnittlichen Reduktion von 44.50 (SD=10.66) auf 18.70 (SD=13.13) Punkten vor und direkt nach der Behandlung. Zu diesen Terminen ergab sich ebenso im Interview – der Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS; Blake et al., 2000; deutsche Version von Schnyder & Moergeli, 2002) – ein Absinken des Schweregrades der PTBS von 70.75 (SD=20.62) auf 39.08 (SD=29.52).

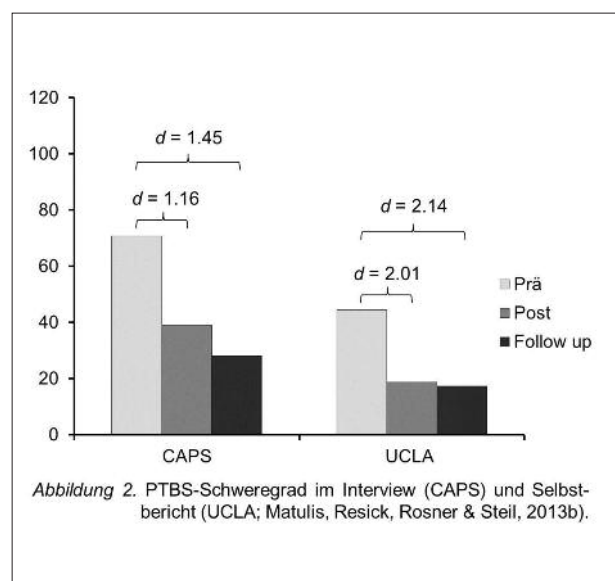


Abbildung 2. PTBS-Schweregrad im Interview (CAPS) und Selbstbericht (UCLA; Matulis, Resick, Rosner & Steil, 2013b).

Auch Defizite in der Emotionsregulation sowie die depressive und dissoziative Symptomatik waren nach Behandlung mit E-KVT signifikant reduziert.

Diese ersten Erfolge gilt es nun in einer großen Studie mit verschiedenen Behandlungszentren zu replizieren. Zu den Standorten gehören dabei die Hochschulambulanz der Freien Universität Berlin, die Verhaltenstherapie-Ambulanz der Goethe-Universität Frankfurt und die Psychotherapeutische Hochschulambulanz der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. Seit knapp fünf Monaten gibt es das neue Angebot an den Ambulanzen. Über mangelnde Nachfrage können sich diese dabei nicht beklagen – in allen drei Städten ist das Projekt vielversprechend angelaufen und hat das Interesse von Therapeuten, Ärzten, Beratungsstellen und Betroffenen geweckt.

Bis ins Jahr 2016 soll das Projekt noch laufen. Hierfür werden durchgehend Interessenten gesucht. Gerne kann man sich für ein erstes unverbindliches Gespräch an die am nächsten gelegene Projektambulanz wenden. Mit langen Wartezeiten ist bei diesem Termin nicht zu rechnen. Vielmehr soll hier

baldmöglichst abgeklärt werden, ob die angebotene Traumatherapie zu den Problemen des Interessenten passt. Hierfür wird eine psychologische Untersuchung durchgeführt, die ein umfassendes Bild über dessen Beschwerden gibt. Ist die Therapie für den Patienten geeignet, kann relativ schnell die Behandlung, die von allen Krankenkassen finanziert wird, begonnen werden. Der Vorteil: Die Wartezeit ist geringer als sonst üblich. Da die Studie den Standards wissenschaftlicher Forschung genügen muss, werden die therapeutische Arbeit und die Entwicklung des Patienten stärker beobachtet als im normalen Praxisalltag, was eine hohe Qualität der Behandlung sicherstellt. Das Angebot richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene, die körperliche oder sexuelle Gewalt erlebt haben, dadurch belastet und zwischen 14 und 21 Jahre alt sind.

Mehr Informationen unter [www.traumatherapie-jugendliche.de](http://www.traumatherapie-jugendliche.de)

Das Literaturverzeichnis wird auf Wunsch gerne zugesandt.

Kontakt: Dipl.-Psych. Eline Rimane, [eline.rimane@ku.de](mailto:eline.rimane@ku.de)