



Woran wir  
ein Trauma  
erkennen  
können

Martin  
Straube

# DIE TRAUMAANAMNESE

**IINTP**

Freies Internationales Institut für  
Notfall- und Traumapädagogik

**MARTIN  
STRAUBE**

## Inhaltsverzeichnis

Traumaanamnese/Diagnostik .....	2
Inhalte der Anamnese .....	3
Intrusive und konstriktive Symptome .....	3
Spezifische Traumasymptome (PTBS):.....	5
Intrusionen .....	5
Vermeidung .....	5
Arousal.....	6
Amnesie oder: fragmentierte Erinnerungen .....	6
Dissoziative Störungen .....	7
Die Empathie .....	9
Die emotionale oder biologische Empathie .....	9
Die kognitive Empathie, empathic concern oder emotionale Empathie .....	10
Soziale Empathie, empathic perspective taking oder die Fähigkeit zur Theory of Mind .....	11
Beschreibung des Klienten .....	11
Anhang: Fragebögen .....	17
The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI).....	17
Der IES-R-Fragebogen (Impact of Event Skala - revidiert) für.....	19
Fragebogen zum komplexes PTBS nach Martin Sack.....	21

# Traumaanamnese/Diagnostik

Eine Anamnese ist in der Regel der Beginn einer gemeinsamen Arbeit. Neben dem Erfassen von Beschwerden und deren Entstehung ist ein Arbeitsbeginn auch immer der Beginn einer Beziehungsaufnahme. Entsprechend einfühlsam soll die Anamnese sein. Manche Therapeuten machen dies mit einem Fragebogen, den der Klient ausfüllt, es gibt auch computergestützte Fragebögen, wo dann der Computer die Diagnose erstellt. Das sind „kalte“ Verfahren, die sicherlich nicht der Beziehungsaufnahme dienen. Dennoch sind manche Fragebögen gut, es macht aber Sinn, sie im Kopf zu haben um die dortigen Anregungen zu Fragen im Gespräch einfließen zu lassen.

Zu dem Erstgespräch gehört aber auch ein angemessenes **Setting**. Gut wäre ein ruhiger Raum, bequeme Sitzmöbel, kein Chaos, und eine angenehme Atmosphäre. Z.B. welche Bilder hängen an den Wänden? Zu viele Bilder, besonders interessante Bilder können sehr stark ablenken, keine Bilder machen eine zu kühle Stimmung. Freundliche Farben, die sich nicht aufdrängen, möglichst abstrakte Werke, die keine Trigger auslösen können. Man kann ein Glas Wasser anbieten, vielleicht steht eine schöne Blume auf dem Tisch. Ich fange auch nie damit an, sofort nach den Beschwerden zu fragen, oft frage ich, ob der Betreffende etwas Schönes auf dem Weg erlebt hat, ich frage gerne, ob er aufgeregt ist und beruhige ihn, dass er ganz entspannt sein kann, er aber auch jederzeit das Gespräch unterbrechen kann, wenn es ihn trotzdem zu sehr belastet. Niemand sagt, dass die Anamnese beim ersten Gespräch abgeschlossen werden muss!

Besonders die so wichtige biographische Anamnese sollte mit aller Vorsicht vorgenommen werden, denn das Auffinden von traumatischen Ereignissen kann unmittelbar traumaverstärkend wirken, so dass dies sicherlich nicht am Anfang steht. Allenfalls kann wichtig sein, welche Art eines Traumas vorliegt (Entwicklungs-trauma, Gewalterfahrung, Unfall, Missbrauch, Vernachlässigung, Krieg, Flucht, Folter, Beziehungsstörung usw.), das Alter, wann das traumatische Geschehen stattgefunden hat, ob es sich um ein einmaliges Ereignis gehandelt hat, ob es ein serielles Trauma war. Mein Standartsatz ist hier immer: „Sie müssen mir keine Einzelheiten erzählen, ich werde nicht wieder nach dem Trauma fragen, aber wenn Sie erzählen wollen, haben Sie jederzeit mein Ohr!“

Daher geht es in den ersten Gesprächen in der Regel nicht darum, dass der Klient das Trauma schildert – unsere Neugier davon zu erfahren müssen wir ganz deutlich im Zaum halten! Es geht daher viel mehr um die derzeitige Belastung, die den Klienten quält!

Ich versuche in jedem Gespräch neben all dem Tragischen, was zur Sprache kommt, auch positives im Raum entstehen zu lassen. Viele Menschen haben durch das Trauma Erfahrungen gemacht, die sie ohne das Trauma nie gemacht hätten. Sie haben Menschen kennengelernt, die sie sonst nie kennengelernt hätten, darunter hilfreiche, nette Menschen, haben dadurch vielleicht Bücher gelesen, die ihnen geholfen haben. Darauf lenke ich stark das Interesse. Denn die seelische Waage hängt schief, das Trauma hat die Waagschale der negativen Erfahrungen stark nach unten bewegt und jede Gelegenheit das Gewicht der anderen Schale zu erhöhen, sollte nicht versäumt werden.

Die innere Haltung bei der Anamnese ist wichtig: Nie in Mitleid zerfließen! Dennoch volle Empathie, echtes Interesse aufbringen, aber nie mit leiden: wir sind die Anwälte der guten Seite, wir glauben dass es möglich ist, den verzauberten Königssohn/die verzauberte Königstochter, der/die unter dem Bärenfell gefangen ist, zu erreichen

D.h., es geht mehr um ein Screening der derzeitigen Situation den Klienten, der leidvollen Situation, aber auch der positiven Seite, der Ressourcen. Dabei geht es nicht um Abhaken auf Listen. Es geht mehr darum, dass der- oder diejenige, die das Erstgespräch führt, die Symptome kennt, damit sie wahrgenommen werden. Viele Väter erzählen, dass immer, wenn ihre Frau schwanger war, sie so viele schwangere Frauen in der Stadt gesehen haben, wie vorher und nachher nicht. Sie sind eingestimmt auf ein Phänomen, weswegen es ihnen auffällt. Wir müssen eingestimmt sein auf die Phänomene des Traumas, dass wir sie bemerken, wenn sie – oft ohne, dass der Klient es bemerkt – von ihm geschildert wird. Zur Not fragen wir nach. Je geübter wir sind, hat der Klient den Eindruck, es sei ein lockeres Gespräch gewesen, aber er hat uns das volle Bild geliefert. Wenn wir es im Anschluss zusammenfassen, wird er erstaunt und erleichtert sein, in kompetenten Händen zu sein – und weil das Gespräch nicht allzu belastend war, wird er gerne wiederkommen.

## Inhalte der Anamnese

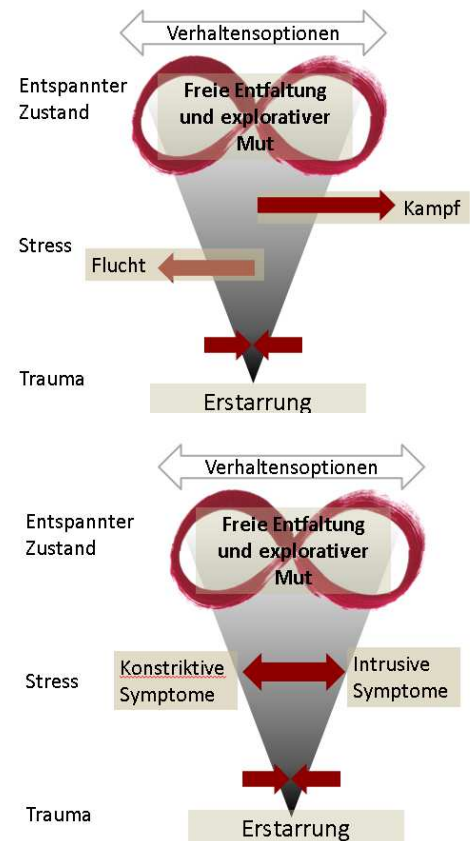
Das Anamnesegespräch sollte folgende Bereiche erfassen:

- Die spezifische Traumafolgesymptomatik:
  - Posttraumatische Belastungsstörung
  - Komplexe posttraumatische Belastungsstörung
  - Dissoziative Störung
- Komorbide Krankheitsbilder:
  - Angststörung
  - Depressive Störung
  - Somatoforme Störungen
  - Abhängigkeitserkrankungen
- Andere relevante Problembereiche:
  - Suizidalität
  - Selbstverletzendes Verhalten
- Störung der Affekt- und Selbstregulation:
  - Fähigkeit mit belastenden Affekten umzugehen
  - Kontrolle von Ärger und Wut
  - Konfliktfähigkeit
  - Beziehungsfähigkeit
- Ressourcen:
  - Äußere Ressourcen (Materielle Dinge, Arbeit, Wohlstand, Gesundheit)
  - Soziale Ressourcen (Familie, Partner, Freunde, wichtige Menschen, Vereine, Gruppen, die kleinen Eindrücke alltäglicher Begegnungen)
  - Persönliche Ressourcen (Eigenschaften, Fähigkeiten, Wissen und Kompetenzen, Interessen, Hobbys, Sport, Ziele, Überzeugungen, Werte, eigene Ideen, Spiritualität, Rhythmen, Rituale, Erinnerungen, Hoffnungen, Kunst, Kultur, Haustiere, Aussehen)

## Intrusive und konstriktive Symptome

Bei der Erhebung der Symptome unterscheiden wir „intrusive“ und „konstriktive“ Symptome („Konstriktion“: zusammenschnüren: Es sind z.B. Fähigkeiten, die durch das „Zusammengeschnürtsein“ der Seele, nicht mehr vorhanden sind). Während die ersteren rasch offenbar werden, da sie

Erscheinungen sind, die hinzugetreten sind und oft sehr belastend sind („Plus-Symptome“), sind die konstriktiven Symptome verborgener, da Fähigkeiten verloren gegangen sind („Minus-Symptome“). Die Intrusiven Symptome wird der Klient möglicherweise von sich aus beschreiben. Die konstriktiven Symptome müssen wir erlauschen. Sie fallen in Gesprächen auf, wenn man dafür ein Sensorium entwickelt. Man bemerkt Konzentrationsstörungen im Gespräch, auch Erinnerungslücken, fehlende Gefühle, Lustlosigkeiten, eine Haltung wie: „das bringt ja alles doch nichts“, Müdigkeit, Stupor. Nach Erschöpfung kann man fragen, auch nach Depersonalisationen, funktionellen Störungen der inneren Organe. Oft formulieren es Patienten: „Meine Frau glaubt an Sie“, ich wäre nie von alleine gekommen, aber die Familie sagt, dass ich etwas tun muss“. Dann ist es bereits in der Anamnese ein Teil der Psychoedukation, dass man erläutert, dass es nicht nur ihr/ihm so geht, dass das ein Teil des traumatischen Prozesses ist, dass es sich um ein Fluchtsymptom handelt. Da verwende ich dann gerne die nebenstehende Zeichnung, die dem Patienten zeigen soll, dass das auch schon ein erster Schritt in die richtige Richtung ist: Im gesunden und entspannten Zustand haben wir die meisten freien Handlungsoptionen, Im Stress nur noch Flucht (Depression, „es bringt ja doch nichts, alle konstriktiven Symptome) oder Kampf (Aggression, Wut, Hyperaktivität, Aufgeregtheit, Hysterie etc.). Im Trauma sind wir erstarrt und können weder Kämpfen, noch fliehen. Wenn er/sie z.B. im Fluchtmodus ist, ist sie/er nicht mehr erstarrt! Das ist bereits ein Schritt in die richtige Richtung. Das „Konzept des guten Grundes“, dass alle Symptome auch Versuche der Selbstheilung sind, und sinnvoll sind, dass wir sie wertschätzen und als wichtige Schritte begrüßen, sollte der Klient möglichst schon vom ersten Gespräch mit nachhause nehmen!



Hier ein kleiner Überblick:

	<b>Intrusive Symptome</b>	<b>Konstriktive Symptome</b>
Gedanken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sich aufdrängende Erinnerungen</li> <li>• Zwanghafte Gedanken an das Trauma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erinnerungslücken</li> <li>• Konzentrationsstörungen</li> </ul>
Affekt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst</li> <li>• Unsicherheit</li> <li>• Ohnmacht</li> <li>• Hilflosigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gefühllosigkeit</li> <li>• Lustlosigkeit</li> <li>• Fehlende Zukunftsperspektive</li> </ul>
Körpererleben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Körpererinnerungen</li> <li>• Schmerzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entfremdungserleben</li> <li>• Depersonalisation</li> <li>• Funktionsverlust</li> </ul>
Ausdrucksverhalten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unkontrollierbare Stressreaktionen</li> <li>• Abreaktionen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stupor</li> <li>• Lähmung</li> <li>• Kraftlosigkeit</li> <li>• Starke Müdigkeit</li> </ul>

## Spezifische Traumasymptome (PTBS):

### Intrusionen

Als Intrusion wird das Wiedererinnern und Wiedererleben von psychotraumatischen Ereignissen in der Psychotraumatologie verstanden. Intrusionen umfassen Bilder, Flashbacks und Albträume. Sie können auch als ins Bewusstsein einschließende, aufdringliche Gedanken und Vorstellungen auftreten (englisch intrusive thoughts). Intrusionen werden zumeist durch einen Schlüsselreiz ausgelöst („Trigger“). Die betroffene Person kann das traumatische Ereignis so in vielen Einzelheiten wiedererleben.

Betroffene Menschen berichten, dass sie immer wieder an das Trauma denken müssen, dass sie dabei immer wieder die selben belastenden Gefühle haben, dass unangekündigt diese belastenden Bilder vor Augen stehen, dass sie nachts als Albträume wiederkehren, manchmal können Trigger beschrieben werden, die die Gefühle oder Erinnerungen, bzw. die Bilder mit den belastenden Gefühlen auslösen. Das Auftreten solcher Intrusionen wird immer als Stress erlebt.

Trigger sind häufig:

- Visuelle Eindrücke (z.B. nach einem Überfall im Wald, kann der Anblick eines Waldes ein Trigger sein).
- Geräusche (z.B. Sirene bei Menschen, die Luftangriffe erlebt haben)
- Gerüche (z.B. die Alkoholfahne nach Gewalterlebnissen durch einen Betrunkenen)
- Taktile Eindrücke (z.B. Annäherungen des Lebenspartners bei Menschen, die als Kind missbraucht worden sind)
- Gefühle (z.B. bestimmte fröhliche Gefühle, wie man sie auf einer Autofahrt hatte, als der Unfall passierte)

Nach Intrusionen kann man gut direkt fragen: ob der/die Betreffende Albträume hat, ob sie/ihn die Bilder verfolgen, ob sie ungerufen kommen, ob es wache Erinnerungen sind, oder nur Fetzen davon, was sie auslöst (das ist auch wichtig, um in weiteren Gesprächen solche Trigger zu vermeiden!).

### Vermeidung

Um Situationen aus dem Wege zu gehen, die Intrusionen auslösen können, werden sie vermieden. Menschen, die z.B. einen Autounfall erlebt haben, trauen sich nicht mehr ans Steuer oder meiden überhaupt das Autofahren. Es kann sich auch mit der Zeit ausdehnen, dass der Straß als solcher vermieden wird.

Von einer **Konditionierung zweiten Grades** sprechen wir, wenn sich die Vermeidung immer mehr ausbreitet. So kommt es vor, dass eine Frau, die eine Vergewaltigung erlebt hat, die sie als „schmutziges Erlebnis“ empfunden hat, auch allen „normalen Schmutz“ im Haushalt vermeidet. Auch hiernach kann man gut fragen. Was sind die No-go Bereiche des Lebens seit dem Trauma? Was ist seither nicht mehr möglich. Das kann erschüttern, wenn es dem Klienten/Patienten in dem Moment bewusst wird. Aber oft ist es eine Erleichterung zu erfahren, dass es ein normaler Weg ist, dass die Symptome Intrusion, Vermeidung, Arousal und Fragmentierung die Symptome sind, die das Trauma charakterisieren. Die Dinge bekommen dadurch einen Namen, die Klienten erfahren, dass es nicht ihre persönliche Schwäche ist, deren sie sich schämen, sondern, dass das Ereignis das bei jedem Menschen auslöst: nicht der Betroffene Mensch ist das Problem, sondern

das, was erlebt hat, ist das Problem. Denn Scham ist ein großes Problem. Und die zu nehmen, kann während der Anamnese gelingen.

## Arousal

Arousal ist das englische Wort für „Erregung“, eine starke Aktivierung des zentralen Nervensystems, wie man es aus Stresssituationen kennt, nur dass dieser Erregungszustand nach einem Trauma jahrelang anhalten kann und von den Betroffenen nicht immer mit dem Trauma in Verbindung gebracht wird. Der Organismus ist dabei in ständiger Alarmbereitschaft.

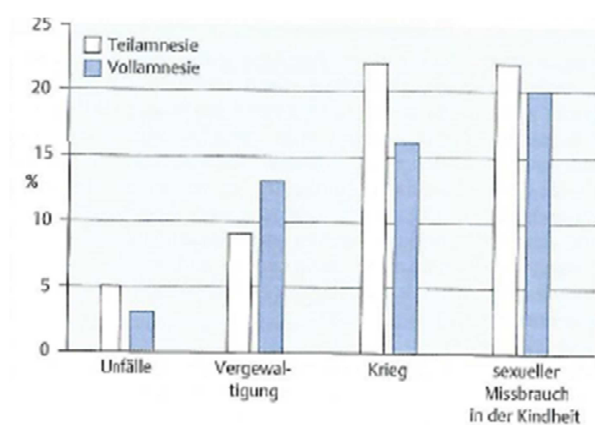
Typische Arousal-Symptome sind:

- Innere Unruhe,
- Erhöhte Schreckhaftigkeit
- Schlafstörungen
- Reizbarkeit und Wutausbrüche
- Überwachheit („Hypervigilanz“). Bei manchen Menschen mit einer deutlichen Verstärkung der Sinneswahrnehmung
- Psychomotorische Unruhe

Viele dieser Symptome beobachten wir im Gespräch, wir müssen nicht nach ihnen fragen. Sie in der Zusammenfassung als Symptome des Traumas wertschätzend zu benennen (der gute Grund: es ist Kampfmodus, schon weiter entfernt vom Trauma, als der Fluchtmodus), schafft Vertrauen und hilft der Beziehung.

## Amnesie oder: fragmentierte Erinnerungen

Eine Amnesie (Erinnerungsstörung) ist eine Teilabwehr, insofern auch ein Schutz für den betroffenen Menschen, nur dass bei Teilamnesien oft eine Belastung dadurch entsteht, dass die Fragmente nicht kontextualisiert werden können. Eine Vollamnesie bedeutet auch nicht, dass die übrigen Symptome (Intrusion, Vermeidung, Arousal) nicht vorhanden wären, nur dass sie von dem Betroffenen Menschen nicht mit einem Trauma in Verbindung gebracht werden können. Das traumatische Erlebnis kann nicht als ein zusammenhängendes Geschehen erinnert werden,



die Erinnerungen bestehen z.B. aus Bildern, Gefühlen, taktilen Eindrücken, Gerüchen, Geräuschen, die nicht als zusammenhängende „Geschichte“ erlebt werden. Es kann auch sein, dass das traumatische Ereignis überhaupt nicht erinnerbar ist, was bei den unterschiedlichen Traumaarten unterschiedlich häufig vorkommt (Siehe Abbildung).

Unsere Erinnerungen sind oft nicht „logisch“. Z.B. kommt es vor, dass wir eine

Telefonnummer nicht mehr erinnern können, der Daumen am Handy sie aber noch weiß. Der Körper vergisst nie, ein bewusstes Erinnern ist immer eine sekundäre mentale Leistung. Die Körpererinnerungen nennen wir „implizites Gedächtnis“, während die bewussten Erinnerungen ein „narratives Gedächtnis“ sind. Teil- und Vollamnesie bezieht sich dabei immer auf das

narrative Gedächtnis. Bei der Teilamnesie (fragmentiertes Gedächtnis) werden nur einzelne Elemente des impliziten Gedächtnisses an das bewusste Erleben weitergeleitet und darum stehen Einzelheiten unverbunden nebeneinander.

Die Amnesie ist dem betroffenen Menschen oft peinlich, aber er betrachtet es auch voller Sorge, weil alle an Demenz denken. Wir müssen danach fragen, müssen aber auch dann den Zahn ziehen, dass es nichts mit Demenz zu tun hat, sondern mit dem Prozess, den er angehen will (denn sonst wäre er nicht gekommen!). Aber das muss nicht im ersten Gespräch stattfinden. Drei Dinge reichen für ein Gespräch: Intrusion, Vermeidung, Arousal. Diese aufzudecken, sie verständlich zu machen, zu erläutern, sie als „Helfer“ auf dem Weg, der vor einem liegt, zu bezeichnen, macht Mut, schafft Vertrauen und bildet ein Beziehungsfundament. Oft wird die Amnesie erst bei einer genaueren biographischen Anamnese (bei mir oft viel später) angesprochen.

Dies sind die Symptome des PTBS. Von einem PTBS sprechen wir, wenn nach einem halben Jahr die Symptome der Anpassungsstörung (Depressive Stimmung, Überforderungen durch den Alltag, Störung des Sozialverhaltens, Stimmungsschwankungen) sich zum akuten Belastungsreaktion (Außergewöhnliche physische oder psychische Belastung, Generalisierte Angststörung, Sozialer Rückzug, Aufmerksamkeitsmangel, Desorientiertheit, Ärger oder verbale Aggression, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, Hyperaktivität/Unruhe, Außergewöhnliche und unkontrollierbare Trauer) gesteigert haben und nicht abgeklungen sind, sondern sich verstärkt haben.

## Dissoziative Störungen

- Ein weiteres Symptom kann die dissoziative Störung sein. Der Begriff Dissoziation in der Psychiatrie bezeichnet das teilweise bis vollständige Auseinanderfallen von normalerweise zusammenhängenden Funktionen der Wahrnehmung, des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität und der Motorik, also eine Fragmentierung des Bewusstseins und anderer höherer psychischer Funktionen. Das Problem der Namensgebung ist, dass Dissoziation auch für gesunde Reaktionen gilt (z.B. abtauchen in ein Buch, eine Geschichte, Traum...). Das Wort "Dissoziation" wird heute meist verwendet für die dissoziative Störung). Dissoziative Störungen sind umso häufiger, je schwerer das Trauma gewesen ist (bzw. erlebt wurde) und je früher im Leben es aufgetreten ist.

Mögliche Symptome sind:

- Gedächtnislücken im Alltag (es fehlen Minuten bis Stunden) und es kann nicht erinnert werden, was in dieser Zeit gewesen ist,
- Neben sich stehen, den eigenen Körper als fremd erleben (Depersonalisation)
- Das Geschehen um einen herum wird wie durch Nebel oder aus großer Distanz erlebt, als sei alles nicht wirklich oder zumindest sehr fremd (Derealisation).
- Das Gefühl, als würden sich widerstrebende Gefühle, Wünsche oder Neigungen in einem streiten, was zu tun sei oder wer man ist, ohne dass man eingreifen kann (Identitätsunsicherheit)
- Multiple Persönlichkeit (Identitätswechsel).

Äußerungen von Menschen mit dissoziativen Störungen können beispielsweise sein:

- „Ich steige dann aus“
- „Ich stehe neben mir“
- Es ist, als würde ich mir selber zusehen“
- Ich glaube, ich bin gar nicht richtig in mir“



- In mir ist alles von mir abgetrennt“
- Ich spüre mich gar nicht mehr“
- „Ich bin überhaupt nicht da“ usw.

Mögliche Fragen könnten sein:

- „Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie sich an einem Ort wiedergefunden haben und nichtrekonstruieren konnten, wie Sie dort hingekommen sind?“
- „Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie Dinge in ihrem Besitz gefunden haben und nicht wissen, wie Sie sie erworben haben?“
- „Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie wie neben sich gestanden sind und sich ansahen, als ob Sie ein Fremder Mensch seien?“
- „Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie damit konfrontiert worden sind, nahestehende Menschen nicht erkannt zu haben?“
- Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Ihr Körper oder ein Teil desselben nicht zu Ihnen gehört?“
- „Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie in vergleichbaren Situationen so unterschiedlich gehandelt haben, als wären es zwei verschiedene Personen gewesen?“
- „Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie Stimmen in ihrem Kopf gehört haben, die Sie zu einem bestimmten Handeln angewiesen haben oder Ihr Handeln kommentieren?“

Bei allen Symptomen ist es wichtig zu erfragen, ob sie erst nach dem Trauma aufgetreten sind. Besonders bei den Komorbiditäten (Angststörung, depressive Störung, somatoforme Störungen oder Suchtverhalten) kann dies oft der Fall sein. Dann sind sie nicht Folge des Traumas, sondern haben das traumatische Erlebnis verstärkt. Das selbe trifft Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten zu. Auch die „Störungen der Affekt- und Selbstregulation“ (Unfähigkeit mit belastenden Affekten umzugehen, fehlende Kontrolle von Ärger und Wut, Konfliktunfähigkeit und Beziehungsunfähigkeit) können vorbestehende Charaktereigenschaften sein, die sich nur im Rahmen des Stresses verstärkt haben und den Umgang mit dem Trauma erschwert haben.

Für das komplexe PTBS empfehle ich, sich den Fragebogen zu verinnerlichen und behutsam, verteilt auf mehrere Sitzungen nach den einzelnen Symptomen zu fragen.

Nach dem Erstgespräch gebe ich gerne eine Hausaufgabe: die „Temperaturkurve“: „bei was wird es Ihnen warm?“. Denn erfahrungsgemäß sind es oft nicht die Ressourcen, die wir kennen, von denen wir wissen, die unser Kopf „wichtig“ findet, die weiterhelfen, sondern es sind die identitätsstiftenden Erlebnisse und Tätigkeiten. Und Identität mit einem Erlebnis oder einer Tätigkeit erfährt der Kopf in der Regel als letzter, wehrt sie sogar ab. Identität erfahren wir durch ein tief empfundenes, meist leises und untergründiges Wärmegefühl in unserem Leib. Dann nämlich, wenn wir für etwas rote Ohren bekommen, wenn uns etwas „be-geistert“, wenn die Seele von unserem Geist geküsst wird. Komischerweise erfährt das der Geist nicht so schnell, die Seele schneller, aber am schnellsten der Leib, auf den wir diesbezüglich am wenigsten achten. Und dort ist es unser Herz, das es spürt, ganz konkret in unserer Brust. Und die Erkenntnis, dass der Kopf ein miserabler Chef, wohl aber ein guter Ratgeber ist, stelle ich ihn in die zweite Reihe. Mir sollen die Betroffenen erzählen, was sie lieben: Ihr Lieblingsmärchen, ihr Lieblingsbuch, ihr Lieblingsbild, ihr Lieblingsgedicht, ihre Lieblingsmusik, ihre Lieblingstätigkeit, ihre besten Momente am Tag (eben nicht, weil, man wichtig war, sondern, weil einem dabei warm wurde). Das sind Ressourcen, die in die Zukunft führen, die, mit denen sich zu verbinden

lohnt. Die fallen in einem Gespräch nicht ein. Die kommen frühestens im Verlauf einer Woche. Und darüber erfährt man mehr über den Menschen, als über seine tollen Erfolge, seine Urlaube, sein Konto und sein Auto oder sogar seine Rudolf-Steiner-Gesamtausgabe im Bücherschrank.

Im Anhang finden sich drei Fragebögen:

1. Kinderfragebogen
2. IES-R- Fragebogen (Erwachsene)
3. Fragebogen zum komplexen PTBS

Um aus der Diagnose eine traumapädagogische Handlungsoption abzuleiten, gehört aber mehr. Das wird an einem anderen Beispiel deutlich: Zwei Menschen haben den selben Infekt mit dem selben Virus. Der eine kommt mittags gesund nachhause, aber liegt am selben Abend mit hohem Fieber im Bett, fiebert wenige Tage und ist nach dem Infekt eher gestärkt, als geschwächt. Der andere Mensch mit dem selben Infekt fühlt langsam, wie sich etwas anbahnt und fragt sich einige Tage, ob er möglicherweise krank wird, dann fragt er sich ein bis zwei Wochen, ob er wirklich krank sei, denn das Fieber ist nur leicht erhöht, die Nase läuft nicht richtig, beim Husten kommt kaum etwas heraus – und wenn es abklingt, braucht er zwei bis drei Wochen, bis er sich nicht mehr fragen muss, ob er wieder gesund ist, denn er bleibt erschöpft. Die Diagnose ist in beiden Fällen die selbe, aber das Krankheitsbild ist jeweils ein völlig anderes und fordert jeweils eine andere Hilfe. So ist es bei Traumatisierten auch. Da gleicht kein Verlauf dem Anderen, die Diagnose PTBS reicht nicht, wenn man sachgemäß traumapädagogisch handeln will. Die Diagnose ist der Blick von außen, das Krankheitsbild ist mehr der Blick von Innen. Die Diagnose zu stellen ist eine mehr wissenschaftliche Arbeit, das Krankheitsbild zu erfassen, ist mehr der „Blick von Innen“. Es erfordert Empathie!

## Die Empathie

Das Wort „Empathie“ kommt aus dem Griechischen. „path“ ist der Wortstamm, das sowohl Leiden oder Fühlen bedeuten kann. Empátheia würde „intensive Gefühlsregung“ oder „Leidenschaft“ bedeuten und im Neugriechischen hat es sich gewandelt in „Feindseligkeit“ oder „Gehässigkeit“. Dass wir dieses Wort für „Mitgefühl“ verwenden, ist aus dem griechischen Wortgebrauch nicht ableitbar. Das beträfe mehr das Wort „Sympathie“ (sym = mit; path = leiden/fühlen). Aber Sympathie bedeutet bei uns eher eine positive emotionale Verbindung zu Jemanden oder zu einer Sache oder Idee.

„Empathie“ in dem Sinne von „Mitgefühl“ ist erst seit 1848 gebräuchlich, als Rudolf Hermann Lotze es geprägt hat.

Nach Lawrence Shaw,<sup>[11]</sup> Elizabeth Segal<sup>[12]</sup> sowie Tharrenos Braitsis<sup>[13]</sup> und Co-Autoren werden drei Formen unterschieden: 1.) Emotionale Empathie, 2. )kognitive Empathie und 3.) die soziale Empathie.

## Die emotionale oder biologische Empathie

Diese Form des Mitgefühls ist tief mit unserer allgemeinen, also nicht individuellen Konstitution verbunden, nur das Ausmaß ist unterschiedlich. Es ist eine Form der Empathie, die wir bereits im Tierreich finden. Ein Tier einer Herde bekommt einen Schrecken und alle aus dem Rudel springen auf. Es ist eine Art von „Ansteckung“, das zu fühlen, was der Andere auch fühlt. Ähnlich geht es uns, wenn wir im Film eine Szene sehen, in der einem Menschen Schmerzen zugefügt wird, dann müssen wir oft wegsehen, weil wir dann einen ähnlichen Schmerz erleben. Dieses im wahren Wortsinn „mitfühlen“ erleben wir stark Gruppen: Stimmungen „stecken an“. Die Begleitung eines depressiven

Familienmitgliedes macht den Rest der Familie oft auch depressiver, aber auch das Auftreten eines frohgemuten Menschen in einer Gruppe hebt meist die Stimmung des Restes der Gruppe. Das finden wir oft auch schon in Neugeborenzimmern, wenn ein Kind weint, dass die anderen ebenfalls zu weinen beginnen. Auch wenn Jemand sich ständig wegen seines Juckreizes kratzen muss, merken wir oft erst, wo es uns überall juckt!

Diese Form der Empathie, die meist ganz von alleine auftaucht, ist ungeeignet in der Traumapädagogik, denn sie birgt die Gefahr der sekundären Traumatisierung. In Kriegs- und Katastrophenregionen sieht man viel Leid. Wenn wir alles das „mitfühlen“, werden wir selber zum sekundären Opfer der Opfer, deren Leid wir verspüren. Man kann diese biologische Empathie nicht einfach abschalten. Man kann nur andere Formen der Empathie ausbilden, um diese erste Form leiser werden zu lassen.

Da wir es auch bei Tieren beobachten und es eine Grundausstattung unserer Konstitution ist, finde ich den Begriff der biologischen Empathie als angemessener, die in der Literatur gebräuchliche Bezeichnung aber ist „emotionale Empathie“ oder „emotional empathy“, Namen, die mir für zweite Form der Empathie angemessener erscheint:

## Die kognitive Empathie, empathic concern oder emotionale Empathie

Dies ist die Form von Empathie, die wir im Alltagssprachgebrauch als „Empathie“ verstehen. Es ist im Gegensatz zu der vorbeschriebenen Form nicht eine synchrone Form des Empfindens, sondern eher eine komplementäre Empfindung: wenn es einem Menschen schlecht geht, wollen wir ihm helfen, wir wollen etwas gegen sein Leid unternehmen. Wir beobachten es, wenn Jemand im freundlichen Ton einen anderen, der weint, trösten will, oder wenn man einem Menschen, der gestürzt ist, wieder aufhelfen will. Wenn das Erste ein echtes „Mit-Gefühl“ ist, ist dies ein „Gegen-Gefühl“, aber als Empathie nur dann, wenn es um die Linderung von Not geht, natürlich nicht, wenn wir Jemanden, dem es gut geht, schaden wollen. Viele pädagogische Grundmethoden sind solche komplementären Handlungen: je unruhiger ein Kind ist, umso ruhiger müssen wir mit ihm sprechen, um nicht die Unruhe zu verstärken, je verzweifelter das Gegenüber ist, müssen wir ihm gegenüber Zuversicht ausstrahlen usw. Gleichsinnig zu reagieren, also beispielsweise auf Gewalt mit Gegengewalt zu reagieren, eskaliert nur und befriedet nicht die Situation. Mahatma Gandhi mit seinem gewaltlosen Widerstand ist hier eines der größten Beispiele. Trost, Jemanden in den Arm nehmen, der einen Verlust beweint, dem Bettler Geld geben, sind solche Handlungen, die wir auch bei höheren Säugetieren, wie Affen, Elefanten oder Delphinen beobachten können. Diese Fähigkeit soll bei Arten beobachtbar sein, die sich im Spiegel wiedererkennen, eine erste Form von Werkzeuggebrauch beherrschen und gerne in Gruppen leben.

Auch diese Form der Empathie ist in der Traumapädagogik nur bedingt hilfreich. Natürlich bleibt es sinnvoll, Jemanden, der Durst leidet, etwas zu Trinken zu geben, Jemanden, der ertrinkt aus dem Wasser zu befreien. Aber die Geschichte der Entwicklungshilfe zeigt, dass Wasserlieferungen in wasserarme Gebiete die Not nur vordergründig lindert, anders, als einen Brunnen zu bauen oder besser: der Bevölkerung beizubringen, wie man Brunnen selber bauen kann. Bis das erreicht ist, soll man natürlich Wasser bereithalten. Baut man aber keine Brunnen, macht man hilfsbedürftige Menschen nur abhängig und waren sie zuvor bereits Opfer der Dürre, werden sie nun zu Opfern unserer humanitären Hilfe. Gerade bei traumatisierten Menschen ist das fatal, wenn wir sie durch unsere Hilfe zu Opfern machen und damit traumaverstärkend wirken!

Diese komplementäre Empfindung, die dieser Form der Empathie zugrunde liegt, halte ich für eine Form, die unserem Gefühlsleben entspricht, das immer in Gegensätzen arbeitet: entweder Schwarz oder Weiss, entweder sympathisch oder antipathisch, Aggression oder Libido usw. Diese Diversität liegt dem Zugrunde, was wir Empfindungsorganisation nennen, die immer in Gegensätze geht, anders als die Lebensorganisation, die alles ganz und harmonisch machen will und nicht in Gegensätzen empfinden lässt. Diese Form eine „kognitive Empathie“ zu nennen, scheint mir daher etwas an der Sache vorbei. Kognition lässt mehr an ein geistiges Vermögen denken, was mir mehr für die dritte Form der Empathie zu passen schein:

## Soziale Empathie, empathic perspective taking oder die Fähigkeit zur Theory of Mind

Damit ist die Fähigkeit beschrieben, gewissermaßen in die Haut des Anderen zu schlüpfen und sich zu fragen: „was würde mir jetzt guttun, wenn es mir so ginge, wie ihm?“ Nur dann würden wir merken, dass es z.B. einem Hilfsbedürftigen unangenehm ist, von Anderen abhängig zu sein, dass es gut tun würde, selber zur Linderung der Not beitragen zu können, dass der Stolz guttun kann, den Jemand empfindet, wenn er sich selber hat helfen können und dass wir innerlich immer kleiner werden würden, wenn wir weiter auf Hilfe angewiesen sein müssten. Es ist ein feines Gespür für die Grenzen, die darüber entscheiden, ab wann ich übergriffig werde oder ab wann mein Abstand zu groß geworden ist. Natürlich arbeitet diese Form der Empathie mit den vorherigen zusammen. Ohne so fühlen zu können, wie der Andere („biologische Empathie“) kann ich mich in den Anderen nicht hineinfühlen, aber ich bleibe dabei „bei mir“, so sehr ich mich auch dem Anderen zuwende, ich verschmelze nicht mit dem Anderen, ich setze mich nicht neben den Weinenden, um mitzuweinen, aber kann den Schmerz mitfühlen, ohne dass er mich lähmt. Auch die emotionale Empathie, die komplementär handeln will, nehme ich in mir war, aber kann abwägen, ob es angemessen, zielführend und notwendig ist oder Abhängigkeit schafft. Diese Form der Empathie ist reflektiv und sie steht nur Menschen zur Verfügung. U diese Form der Empathie geht es in der Traumapädagogik.

Es gibt ein paar Methoden, die einem dabei helfen können.

## Beschreibung des Klienten

Zunächst müssen wir den anderen Menschen wahrnehmen lernen. Es geht dabei um ein genaues Beobachten:

1. Die äußere Erscheinung: Ist er groß oder klein, dick oder dünn, wie sind die Proportionen, auch die Proportionen des Gesichtes (das Gesicht hat drei Abschnitte: Stirn, Nase, Mund/Kinn; welcher Teil ist größer, als die anderen, welche ist kleiner?), wie sind die Haare: fett, strohig, lockig, gerade usw., welche Augenfarbe hat er, liegen die Augen tief, treten sie hervor, sind sie vom Lid halb bedeckt oder offen ist der Blick unruhig, starr oder geschmeidig?
2. Die Bewegung: Ist sie sicher oder unsicher, grob, vorsichtig, sicher, unsicher, schnell, langsam, brüchig, schlüpfend, zielgerichtet, kraftvoll oder zögerlich, müde oder sprunghaft? Ist der betreffende Mensch mehr ein Feinmotoriker oder ein Grobmotoriker, hat er einen starken Bewegungsdrang oder ist er bewegungsfaul? Wie ist dabei seine Körperhaltung: mit gesenktem Kopf, vorgezogenen Schultern, gebeugt, gerade, aufrecht mit gewölbter Brust, bewegen sich die Arme im Kreuzmuster beim Laufen, oder muss er die Hände immer in den Taschen vergraben, zappelt an ihm alles oder ist alles stoisch-ruhig?
3. Wie ist das Sozialverhalten? Hier bieten sich die „big five“ aus der Motivationspsychologie an:

- a. Ist der Andere lebhaft, gesellig, optimistisch und überzeugend oder gehemmt, ohne Ausstrahlung, pessimistisch und verschlossen? (Extra- oder introvertiert)?
- b. Ist die andere Person freundlich und hält sie sich an soziale Normen oder eher unfreundlich und wehrt er Regeln ab (Verträglichkeit)?
- c. Ist er verlässlich, ordentlich und fleißig oder unzuverlässig, chaotisch und faul? (Gewissenhaftigkeit)?
- d. Ist die andere Person ausgeglichen, robust und stressresistent oder unausgeglichen, labil und verletzlich (emotionale Stabilität/Neurotizismus)?
- e. Ist die andere Person flexibel, phantasievoll und mental wach, innovativ oder unflexibel, phantasielos und mental verträumt, konservativ (Offenheit für neue Erfahrung, Kreativität)?

Ferner kann man zusammentragen, ob Jemand gute Freunde, viele Freunde und Bekannte hat, wie die Familiäre Situation ist (getrennte Eltern, Einzelkind, Sandwichkind, Ältester oder Jüngster in der Geschwisterreihe, ob er Anführer oder Mitläufer in der Peergroup ist oder lieber alleine für sich ist und Mühe hat, sich andere Menschen zu adaptieren.

Das Elternhaus kann eine Rolle spielen, wobei es hier besonders schwer sein wird, sich eines Urteils zu erwehren, besonders wenn es um Beziehungsstörungen geht (unsichere ambivalente, unsicher vermeidende oder desorganisierte Beziehung, ob es sich um Helikoptereltern handelt oder die Familie intakt, wertschätzend, vertrauensfähig und stabil ist usw.

Hierher gehören auch die Grundmelodien der Seele:

- Angst,
- Unruhe,
- Traurigkeit und
- Aggression.

Diese Wahrnehmung, die möglichst aufgeschrieben wird, soll völlig urteilslos sein, sondern soll wie eine Bildbeschreibung im Kunstunterricht, einfach nur beschreibend sein, aber so detailreich, als möglich.

Man kann natürlich diese Wahrnehmungen beliebig ergänzen. Die Vorgeschichte kann einbezogen werden, das Dominanzprofil, die Frage (in der Schule), welche Fächer ihm leicht von der Hand gehen und welche schwerer, zu welchen Mitschülern sucht es Kontakt, zu welchen meidet es Kontakt usw.

Erst dann kann in einem zweiten Schritt die Frage entstehen, wie sich ein solcher Mensch fühlen mag:

- Wie muss es sich anfühlen, wenn man so läuft, wenn man so eine Haltung hat, wenn man so spricht, wenn man dies oder jenes erlebt hat?
- Welche Not mag dahinter stehen?
- Kann ich das in Begriffe bringen?
- Kann ich verstehen, warum dieser Mensch dieses Verhalten zeigt?

Dazu kann es hilfreich sein, sich so zu bewegen, wie dieser Mensch, ähnliche Gefühle aufzubauen, sich in einen solchen Körper hineinzufühlen, so gut es geht.

Erst dann kann in einem dritten Schritt die Frage entstehen, was der Andere benötigt, z.B. ein Kind:

Was braucht dieses Kind?

- Welche Aufmerksamkeit braucht es?
- Wie nah darf ich ihm kommen, wieviel Nähe benötigt es?
- Welche Ansprache braucht es?
- Welche Spiele tun ihm gut?
- Was triggert ihn und wie können wir diese Reize vermindern?
- Was tut ihm gut, wie können wir das verstärken?

Hierzu kann man die Fragen kanalisieren, indem man sich die Frage nach den vier Grundinteraktionen, die zwischen Menschen existieren (Fallner):

- Stützen: Wo ist Unterstützung nötig, wo muss ich dem Anderen etwas abnehmen, wo ihm Halt geben? Und welche stützenden Methoden habe ich? Braucht der Andere körperliche Stütze, seelische, mentale oder ein soziales Coaching?
- Schützen: Von was fühlt er sich attackiert, vor was muss ich ihn bewahren, was sind seine Trigger, was stresst ihn? In welche Fallen stolpert er immer herein, wie steht es um seine Aufmerksamkeit, von wann ab wird ihm alles zu viel? Ist er mehr körperlich, seelisch, mental oder sozial irritierbar und bedarf er einen Schonraum, um zu sich zu kommen?
- Konfrontieren/Intervenieren: Wo wird der Andere übergriffig, stört er die Anderen oder sich? Benötigt er Grenzen oder schafft die Gemeinschaft, mit seinen Eskapaden selber umzugehen? Wann muss ich eingreifen, um ihn vor Eskalation, Scham, Blamage oder vor Konflikten zu bewahren?
- Fordern/Fördern: Was mag sein Wunsch, sein Ziel sein? Was könnte ihn interessieren, was sind seine Potentiale, denen ich zur Ausbildung verhelfen kann? Hier geht es weniger darum, mir etwas für ihn auszudenken, sondern mit ihm auf die Suche zu gehen, ihn so zu beobachten, dass mir auffällt, was sein Interesse weckt oder wecken könnte, für was er sich erwärmt, was ihm Freude und Ausgeglichenheit bringt; sind es mehr Dinge, die er wahrnimmt (Lesen, Tiere beobachten) oder Dinge, die er tut (Sport, Basteln, Musizieren usw.). Daraus lassen sich dann Angebote machen, die er ablehnen oder denen er zustimmen kann.

So kann man auch im Team vorgehen. Tradiert ist eine solche Methode als Kinderbesprechung in Waldorfschulen und -Sonderschulen und sozialtherapeutischen Einrichtungen. Im Team entsteht eine zusätzliche Situation: Z.B. in einer Schule nimmt der Klassenlehrer, der in der Regel die stabilste Beziehung zu dem Kind hat, das Kind anders wahr, als der Fachlehrer eines Faches, das dem Kind schwer fällt, im Sport verhält sich das Kind in der Regel anders, als im Mathematikunterricht oder noch anders, als in der Pause oder im Hort. D.h., dass Jeder ein anderes Spektrum des Kindes erlebt und damit ein einseitiges Bild von dem Kind hat. Der enge Blickwinkel auf das Kind wird „erlöst“ von den Möglichkeiten der jeweils anderen Kollegen! Zuhause wird das Kind sich nochmal anders verhalten, wenn möglich kann man die Eltern einbeziehen.

## Die Besonderheit bei Kindern - das Entwicklungstrauma

Bei Kindern sind die Symptome mitunter nicht so leicht wahrzunehmen, wie bei Erwachsenen. Strukturierte Verläufe und klare Symptome setzen ein bereits ausgereiftes und strukturiertes System des Organismus voraus. Davon können wir, je jünger ein Kind ist, nicht ausgehen. Je jünger ein Kind ist, desto weniger spielen sich die Erlebnisse als Bewusste Wahrnehmung ab, oft liegen sie vor der Zeit, an die man sich erinnern kann, nicht selten werden Traumata bereits in der Schwangerschaft erfahren, wenn das ungeborene Kind noch kleine Erlebnisse seelisch verarbeiten kann.

Viele Systeme im kindlichen Organismus sind noch in der Ausreifung begriffen. Traumatische Erlebnisse können die weitere Ausreifung blockieren, stören oder verzögern. Das betrifft insbesondere die Hirnreifung, die Reifung der Lunge und des Immunsystems.

Statistisch können wir es nicht belegen, aber die Erfahrung korreliert teilweise mit den Angaben Rudolf Steiners, der davon ausging, dass Traumata in der Schwangerschaft oft mit Erkrankungen der Atmungsorgane (er spricht von Asthma), Traumata in den ersten sieben Jahren oft zu Erkrankungen der Verdauungsorgane (chronisch entzündliche Darmerkrankungen) und Traumata in der Zeit zwischen Schulreife und Pubertät die Grundlage für einen rheumatischen Prozess darstellen. Das sind alles Erkrankungen, die, wenn sie manifest leiblich auftreten, dies oft erst nach Jahren oder Jahrzehnten tun, oft geht es aber um funktionelle Störungen.

Atmung: Ein- und Ausatmung ist nicht nur im engen Sinne das Ein- und Ausatmen von Luft über die Atemwege, um Sauerstoff aufzunehmen; wir atmen auch seelisch ein und aus. Bei Asthma ist die Ausatmung gestört; seelisch heißt das z.B., dass es sich um Kinder handelt, die viel aufnehmen, aber nicht in die Entspannung kommen – so könnte man das Stresssyndrom begreifen.

Verdauung: Mit der Verdauung verarbeiten wir die aufgenommenen Dinge, auch die Erlebnisse müssen wir „erst einmal verdauen“.

Rheuma: Das Wahrgenommene, das verarbeitet wird, ist Grundlage dafür, wie wir uns ins Leben stellen und in der Welt handeln. Beim Rheuma ist das Tätigwerden durch die Bewegungseinschränkung behindert.

Die Aufnahme und Wahrnehmung („Atmung“) der Welt ist bei einem „asthmatischen Prozess“ eingeschränkt, die Verdauung und Verarbeitung des Aufgenommenen oder Wahrgenommenen ist erschwert (Verdauungsstörung, chronisch entzündliche Darmerkrankungen) und es kommt nicht zum Handeln („rheumatischer Prozess“).

Die leiblichen Ausprägungen als Asthma, als chronisch entzündliche Darmerkrankung oder als Rheuma bedeutet einen Hinweis auf den Kreis der psychosomatischen Erkrankungen. Unter psychosomatische Erkrankungen verstehen wir in der Regel die „holy seven“. Darunter werden üblicherweise sieben Erkrankungen verstanden, die als Psychosomatosen gelten. Das sind:

1. Ulcus ventriculi (Magengeschwür) und Ulcus duodeni (Zwölffingerdarmgeschwür)
2. Asthma bronchiale (Bronchialasthma)
3. Rheumatoide Arthritis (Chronische Polyarthrit)
4. Neurodermitis (Hauterkrankung)
5. Essentielle Hypertonie (Bluthochdruck)
6. Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion)
7. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn (chronisch-entzündliche Darmerkrankungen)

Asthma, chronisch entzündliche Darmerkrankungen und Rheuma gehören dazu. In der Regel handelt es sich um Erkrankungen, deren leibliche Geste zunächst seelisch vorgegeben sind und es sind meist Erkrankungen, die mit einer immunologischen Fehlsteuerung einher gehen. Und das Immunsystem, das bei einem Kind noch in Ausreifung begriffen ist, kann im Rahmen der Erstarrung, die das Hauptphänomen eines Traumas ist, an der Ausreifung gehindert werden. Die Lungenreifung in den letzten Etappen der Schwangerschaft und die Reifung einer rhythmischen Atmung, die erst nach der Geburt erfolgt, können ebenso durch ein Trauma gestört werden und so die eine Voraussetzung für Asthma werden. Der Erwerb der Bewegungsfähigkeit, die Ausreifung der Gliedmaßen und die Bewegungskoordination können ebenso leiden und für einen rheumatischen Prozess den Weg ebnen.

Was weder durch Steiners Hinweise abgedeckt ist und was auch nicht zu den Psychosomatosen zählt, ist die Einschränkung der Hirnreifung. Besonders bei chronischem Stress der Mutter in der Schwangerschaft und durch Traumata der Mutter in der Zeit, bewirken die Stresshormone, die über die Nabelschnur

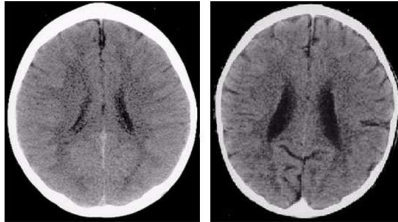


Abbildung 1: <https://www.omicsonline.org/mexico/reactive-attachment-disorder-peer-review-odf-aot-articles/>

das kindliche Blut überschwemmen wirken als Blockade der Hirnreifung. Das nebenstehende Bild zeigt links ein Computertomogrammbild eines gesunden Neugeborenen und rechts das Bild eines Kindes mit einem schweren vorgeburtlichen Trauma. Die grauen Flächen zeigen die Hirnsubstanz, die schwarzen Flächen zeigen die flüssigkeitsgefüllten Hohlräume (Ventrikel) bzw. die äußeren Falten des Gehirns (Einzahl: Sulcus, Mehrzahl: Sulci), die fjordartig in das Gehirn von außen eindringen und auch flüssigkeitsgefüllt sind (die Flüssigkeit ist der

Liquor cerebrospinalis, die Hirnflüssigkeit). In dem rechten Bild sehen wir eine Verminderung der Hirnsubstanz von ca. 10-15%. Dass damit das Erleben der Welt, die Verarbeitung der Erlebnisse und das angemessene Reagieren/Handeln erschwert ist, versteht sich von selbst.

Später, wenn Erlebnisse bewusster erfasst und erinnerbarer sind, treten die Symptome mehr im Seelischen auf, je kleiner das Kind war zum Zeitpunkt des Traumas, desto körperlicher werden die Symptome sein, z.T. uncharakteristisch (häufige Infekte, Kopf- und Bauchweh, Bettnässen, Nahrungsunverträglichkeiten, Wachstumsstörungen), im Schulalter treten Einschränkungen der Lernfähigkeit, der Aufmerksamkeit, der Konzentration, der Frustrationstoleranz, der und der emotionalen Stabilität in den Vordergrund. Vieles wird dann als ADHS interpretiert, als Leserechtschreib-Störung, Dyskalkulie oder Schulunlust interpretiert. Die Symptome des PTBS (Arousal, Intrusion, Vermeidung und Amnesie) können verwaschener und versteckter sein. Z.B. kann auch eine Nahrungsunverträglichkeit eine „Vermeidung“ auf körperlicher Ebene sein, viele der seelischen Probleme können als Arousal, Schlafstörungen mit Albträumen als Intrusion und manche der Lernstörungen als amnestisches Syndrom verstanden werden. Diese Unschärfe des Bildes und die Ablenkung vom traumatischen Prozess durch andere Namen (ADHS, LRS, Dyskalkulie, Nahrungsmittelunverträglichkeit, Schulunlust usw.) machen das Erkennen eines Prozesses mitunter schwer.

Dabei sind die kindlichen Traumata insofern in mancher Hinsicht gravierender, da wir viele körperlichen Erkrankungen im späteren Alter damit in Verbindung sehen können: bis zu 200% mehr Herzinfarkte, 170% mehr Depressionen, 140% mehr Übergewicht und Diabetes Typ 2, häufigere Tumore und Autoimmunerkrankungen z.T. 5-6 Jahrzehnte später. Die Anforderung diesen sich verleblichenden Prozess aufzuhalten, sind selbsterklärend.

Trotz der Schwierigkeit einer klaren Diagnose, ergibt sich ein Bild: Asthma bedeutet, die Luft nicht mehr unbefangen ein- und auszuatmen, chronisch entzündliche Darmerkrankungen bedeuten, dass man die Nahrung nicht mehr unbefangen zu sich nehmen kann, ein Rheuma heißt, dass man nicht mehr sich so in der Welt bewegen kann, wie man es möchte, die seelischen Symptome bedeuten, dass der Zugriff auf die Welt der Wahrnehmungen, der Informationen und der sozialen Kontakte verschleiert ist. Hinter allem steht, dass sich zwischen den Menschen und der Welt ein unsichtbarer Vorhang gelegt hat, eine Grenze zwischen Welt und Ich gezogen ist und eine Entfremdung entsteht. Das Kohärenzgefühl, wie Aaron Antonovsky das Grundgefühl eines gesunden Menschen nennt (es bedeutet in etwa: „die Welt und ich, wir sind ein gutes Team“) ist gestört! Die Grundmotivation des Menschen, der Lebens- und Erlebnishunger, der Tatendrang, in der Welt etwas zu bewirken, ein Leben mit größtmöglicher



Identitätsstiftung zu führen, ist vermindert, das Feuer der Motivation ist auf kleine Flamme gestellt oder gar erloschen. Kinder haben eine viel größere Motivation, mit der sie ins Leben treten. Mit Motivation ist hier nicht die Vorstellung gemeint, was mir mal machen könnten. Ein Kind im Mutterleib löst die Geburt aus, es „will“ auf die Welt, auch wenn es schon hundertmal hingefallen ist, will es laufen lernen, es will sich entwickeln, es hat einen natürlichen Entdeckungsdrang und Lebens- und Nachahmungswillen, der durch ein Trauma eine Lähmung erfährt.

# Anhang: Fragebögen

## The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)

Wie ich seit dem schrecklichen Ereignis denke und fühle

Wir möchten gerne wissen, welche Gedanken und Gefühle Du seit dem schrecklichen Ereignis hast. Unten findest Du eine Liste mit Aussagen. Bitte lies jede Aussage sorgfältig durch und sage uns, wie sehr Du mit jeder der Aussagen ÜBEREINSTIMMST oder NICHT ÜBEREINSTIMMST, indem du ein Kästchen ankreuzt. Menschen reagieren ganz verschieden auf erschreckende Ereignisse. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten bei diesen Aussagen.

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt etwas	Stimmt genau
1. Jeder könnte mich verletzen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Jeder lässt mich im Stich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Ich bin ein Feigling.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Seit dem Ereignis habe ich mich zum Schlechteren verändert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Ich vertraue niemandem mehr.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Seit dem Ereignis stimmt mit mir ernsthaft etwas nicht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Ich bin zu nichts gut.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Wenn ich mit meinen Ängsten nicht fertig werde, bin ich ein Versager.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Kleinigkeiten bringen mich aus der Fassung.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Ich komme mit Schwierigkeiten nicht zurecht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Ich kann nicht verhindern, dass mir schlechte Dinge passieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Ich muss mich die ganze Zeit vor Gefahren in Acht nehmen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Ich werde nie über das Ereignis hinweg kommen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Ich bin jetzt immer traurig, obwohl ich früher ein fröhlicher Mensch war.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15. Immer passieren schlimme Dinge.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16. Ich werde niemals wieder normale Gefühle haben können.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
17. Ich habe Angst davor so ärgerlich zu werden, dass ich etwas kaputt mache oder jemanden verletze.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
18. Das Leben ist nicht gerecht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
19. Mein Leben ist durch das Ereignis zerstört worden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
20. Ich fühle mich seit dem Ereignis wie ein anderer Mensch.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
21. Seit dem Ereignis habe ich das Gefühl verrückt zu werden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
22. Mir kann nichts Gutes mehr passieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
23. Ich muss meine Gedanken an das Ereignis kontrollieren, sonst wird etwas Schreckliches passieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
24. Das Ereignis hat mich für immer verändert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
25. Ich muss ganz vorsichtig sein, weil etwas Schlimmes passieren könnte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

(© CPTCI Meiser-Stedman et al., 2009; dt. Version Traumaambulanz Ulm, 2011)

## **Auswertung des CPTCI**

- Summe bilden: 1 (*Stimmt überhaupt nicht*), 2 (*Stimmt eher nicht*), 3 (*Stimmt etwas*), 4 (*Stimmt genau*)
- Klinisch relevanter Cut-Off bezüglich PTBS: 46-48 Punkte (Gesamtskala)

## **Referenzen**

- de Haan, A., Petermann, F., Meiser-Stedman, R., & Goldbeck, L. (2016). Psychometric Properties of the German Version of the Child Post-Traumatic Cognitions Inventory (CPTCI-GER). *Child Psychiatry & Human Development*, *47*, 151–158. doi: 10.1007/s10578-015-0552-0
- McKinnon, A., Smith, P., Bryant, R., Salmon, K., Yule, W., Dalgleish, T., Dixon, C., Nixon, R. D. V., & Meiser-Stedman, R. (2016). An Update on the Clinical Utility of the Children's Post-Traumatic Cognitions Inventory. *Journal of Traumatic Stress*, *29*(3), 253-258. doi: 10.1002/jts.22096
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Bryant, R., Salmon, K., Yule, W., Dalgleish, T., & Nixon, R. D. V. (2009). Development and Validation of the Child Post-Traumatic Cognitions Inventory (CPTCI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *50*(4), 432-440. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01995.x

**Der IES-R-Fragebogen (Impact of Event Skala - revidiert) für Erwachsene nach Maercker und Schützwohl (1998)**

Denken Sie bitte an den Vorfall: \_\_\_\_\_ (bitte eintragen).

Geben Sie im Folgenden an, wie Sie in der vergangenen Woche zu diesem Ereignis gestanden haben, indem Sie für jede der folgenden Reaktionen, wie häufig diese bei Ihnen aufgetreten ist.

		Überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
1.	Immer, wenn ich an das Ereignis erinnert wurde, kehrten die Gefühle wieder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ich hatte Schwierigkeiten nachts durchzuschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Andere Dinge erinnerten mich immer wieder daran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ich fühle mich reizbar und ärgerlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ich versuchte, mich nicht aufzuregen, wenn ich daran dachte oder daran erinnert wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Auch ohne es zu beabsichtigen, musste ich daran denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Es kam mir so vor, als ob es gar nicht geschehen wäre oder irgendwie unwirklich war	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ich versuchte Erinnerungen daran aus dem Weg zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Bilder, die mit dem Ereignis zu tun haben, kamen mir plötzlich in den Sinn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ich war leicht reizbar und schreckhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ich versuchte, nicht daran zu denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ich merkte zwar, dass meine Gefühle durch das Ereignis noch sehr aufgewühlt waren, aber ich beschäftigte mich nicht mit ihnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Die Gefühle, die das Ereignis in mir auslöste, waren ein bißchen abgestumpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Ich stellte fest, dass ich handelte oder fühlte, als ob ich in die Zeit (des Ereignisses) zurückversetzt sei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ich konnte nicht einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Es kam vor, dass die Gefühle, die mit dem Ereignis zusammenhingen, plötzlich für kurze Zeit viel heftiger wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Ich versuchte das Ereignis aus meiner Erinnerung zu streichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Es fiel mir schwer, mich zu konzentrieren,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Die Erinnerungen daran lösten bei mir körperliche Reaktionen aus wie Schwitzen, Atemnot, Schwindel oder Herzklopfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Ich träumte davon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Ich empfand mich selber als sehr vorsichtig, aufmerksam und hellhörig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Ich versuchte, nicht darüber zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Testauswertung IES-R

Die Itemwerte werden traditionellerweise wie folgt bewertet:

Überhaupt nicht	= 0
Selten	= 1
Manchmal	= 3
Oft	= 5

Subskalen:

Skala	Item-Nr.
Intrusion	1
	3
	6
	9
	14
	16
	20
Vermeidung	5
	7
	8
	11
	12
	13
	17
	22
Hyperarousal	2
	4
	10
	15
	18
	19
	21

Die Subskalenwerte entstehen durch die Addition entsprechender Itemwerte

Ein Verdacht auf PTBS nach Maercker und Schützwohl (1998) ergibt sich durch folgende Formel:

$$X = (-0,02 \times \text{Intrusion}) + (0,07 \times \text{Vermeidung}) + (0,15 \times \text{Übererregung}) - 4,36$$

Wenn  $X > 0$  -> Verdachtsdiagnose auf PTBS

## Fragebogen zum komplexen PTBS nach Martin Sack

1	<p><b>Störung der Regulation von Affekten und Impulsen</b></p> <p>a. Stimmungsschwankungen mit Unfähigkeit, sich selbst zu beruhigen</p> <p>b. Verminderte Steuerungsfähigkeit von aggressiven Impulsen</p> <p>c. Autodestruktive Handlungen und Selbstverletzen</p> <p>d. Suizidalität</p> <p>e. Störungen der Sexualität</p> <p>f. Exzessives Risikoverhalten</p> <p><b>Mindestens a) und mindestens ein Kriterium b-f</b></p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>
2	<p><b>Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins</b></p> <p>a. Amnesien</p> <p>b. Dissoziative Episoden und Depersonalisation</p> <p><b>Ein Kriterium a) – b) erfüllt</b></p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>
3	<p><b>Störung der Selbstwahrnehmung</b></p> <p>a. Unzureichende Selbstfürsorge</p> <p>b. Gefühl, dauerhaft zerstört zu sein</p> <p>c. Schuldgefühle</p> <p>d. Scham</p> <p>e. Gefühl, isoliert und abgeschnitten von der Welt zu sein</p> <p>f. Bagatellisieren von gefährlichen Situationen</p> <p><b>Zwei Kriterien a) bis f) erfüllt</b></p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>
4	<p><b>Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen</b></p> <p>a. Unfähigkeit zu vertrauen</p> <p>b. Reviktimisierungen<sup>1</sup></p> <p>c. Viktimisierung anderer Menschen<sup>2</sup></p> <p><b>Ein Kriterium a) bis c)</b></p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>
5	<p><b>Somatisierungen</b></p> <p>a. Somatoforme Symptome</p> <p>b. Hypochondrische Ängste</p> <p><b>Ein Kriterium von a) – b) erfüllt</b></p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>
6	<p><b>Veränderungen von Lebenseinstellungen</b></p> <p>a. Fehlende Zukunftsperspektive</p> <p>b. Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen und Werten</p> <p><b>Ein Kriterium von a) – b) erfüllt</b></p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p>

### Verwendete Literatur:

Martin Sack: Schonende Traumatherapie, Schattauer 2010

Martin von Wachter und Askan Hendrichke: Das Ressourcenhandbuch, Klett-Cotta 2017

Arne Hofmann: EMDR, Thieme 2014

[https://www.psychologie.uzh.ch/dam/jcr:211930d4-83bd-405a-9dc2-66b7dfbacc66/IES-R\\_Fragebogen\\_Auswertung.pdf](https://www.psychologie.uzh.ch/dam/jcr:211930d4-83bd-405a-9dc2-66b7dfbacc66/IES-R_Fragebogen_Auswertung.pdf)

<http://www.childrenandwar.org/measures/cptci/>

<sup>1</sup> Reviktimisierung: Wer z.B. als Kind Opfer von Missbrauch war, wird erfahrungsgemäß später überdurchschnittlich oft wieder zum Opfer sexueller Gewalt: Victim = Opfer, Re = wieder

<sup>2</sup> Viktimisierung anderer Menschen: Ehemalige Opfer werden oft zu Tätern, d.h., sie machen andere zu Opfern.