

Festvortrag von **Prof. Dr. Dr. Gerhard Roth**, Universität Bremen, Institut für Hirnforschung, im Rahmen des Festaktes des Ankerland Trauma-Therapiezentrum am 17. Juni 2016.

Die Folgen psychischer Traumatisierung im Kindesalter und ihre Therapierbarkeit

Während Psychotraumatisierung von Erwachsenen seit längerem als psychische Erkrankung bekannt und anerkannt ist (spätestens nach dem 1. Weltkrieg), wurde sie bei Kindern lange Zeit gelehnt oder verharmlost und ist erst seit rund 20 Jahren Gegenstand intensiver Forschung. Diese Forschung wurde ausgelöst durch das Bekanntwerden der Schicksale rumänischer und russischer Waisenkinder nach dem Zusammenbruch des sogenannten Ostblocks und in noch jüngerer Zeit durch die öffentliche Aufmerksamkeit auf zahlreiche Fälle kindlichen Missbrauchs in Schulen, Internaten, Kinderheimen, kirchlichen Einrichtungen, aber auch in sozio-ökonomisch benachteiligten Familien in mehr oder weniger allen Ländern.

Ein besonders häufiger Ort von Traumatisierung und Gewalt ist die Familie. Es handelt sich in vielen Fällen um sexuellen Missbrauch (geschätzt 15- 20% der Mädchen, 5-10% der Jungen) durch Familienangehörige sowie um körperliche und psychische Misshandlung (zu letzterem gehören z.B. Drangsalieren, Schikanieren, Stigmatisieren, Beleidigen, Erniedrigen, Ausgrenzen). Besonders häufig anzutreffende Ursachen von kindlicher Traumatisierung sind körperliche oder psychische Vernachlässigung (mindestens 20% der Kinder), Miterleben von Gewalt in der Familie, konflikthafte Trennung der Eltern oder Tod einer Bindungsperson, und schließlich eine schwer depressive, angstgestörte oder -traumatisierte Mutter bzw. andere primäre Bezugsperson. Häufig leiden die betroffenen Kinder unter mehrfachen bis vielfachen traumatischen Ereignissen.

Traumatisierende Ereignisse haben zum einen kurzfristige Folgen, z.B. eine stark erhöhte Ängstlichkeit und Schreckhaftigkeit, bei sexuellem Missbrauch ein selbstverletzendes Verhalten, Rückzug, Berührungängste, Distanzlosigkeiten, ungeklärte Verhaltensauffälligkeiten, Bauchschmerzen, Bettnässen, Einkoten (diese Symptome können natürlich auch anderweitig verursacht sein).

Die längerfristigen Folgen eines Kindheitstraumas sind beträchtlich. Zum einen erhöht sich bei den betroffenen Kindern stark die Wahrscheinlichkeit, im späteren Leben erneut traumatisiert zu werden, und zwar auch durch Ereignisse, die für Personen ohne Kindheitstrauma keine schwerwiegenden Folgen haben. Personen mit Kindheitstrauma zeigen deutlich erhöhte gesundheitliche Risikoverhaltensweisen wie Rauchen, Alkohol- und Drogenmissbrauch. Ebenso erhöht sich die Eintritts-Wahrscheinlichkeit für Herzerkrankungen, Schlaganfall, bestimmte Lungen- und Nierenerkrankungen, Krebs und Diabetes und allgemein für frühere Sterblichkeit im Erwachsenenalter auf das Doppelte bis Vierfache.

Besonders dramatisch sind die Folgen eines Kindestraumas hinsichtlich der Ausbildung psychischer Erkrankungen. Bei Angsterkrankungen, Depression, Essstörungen, Suchterkrankungen und posttraumatischen Belastungsstörungen ergibt sich ein enger Zusammenhang mit einem Kindheitstrauma. Besonders deutlich ist dies bei Patienten (und insbes. Patientinnen) mit einer sogenannten Borderline-Persönlichkeitsstörung. Bei diesen Personen finden sich in 65% der Fälle sexuelle Gewalterfahrungen, in 60% der Fälle körperliche Gewalterfahrungen und in etwa 40% der Fälle Vernachlässigung. Gehäuft finden sich emotional schlechte Beziehung zu den Eltern (67%), chronische familiäre Konflikte und Gewaltausübung (59%), berufliche Anspannung beider Eltern von klein auf (43 %).

Auch wenn solche psychische Erkrankungen auch ohne Kindheitstrauma auftreten können, ist die Verbindung zwischen Kindheitstrauma und später auftretenden psychischen Erkrankungen signifikant. Umgekehrt ist aber auch oft zu beobachten, dass Kinder aus problematischen, konflikt- und gewaltbereiten Elternhäusern stammen, anderweitige negative Erfahrungen gemacht haben und in der späteren Kindheit oder im Erwachsenenalter keine körperlichen oder psychischen Auffälligkeiten aufweisen. Ganz offensichtlich liegt hier kein einfacher, linearer Wirkzusammenhang vor.

Hieraus ergibt sich für die wissenschaftliche Erforschung die Frage nach den Faktoren, welche eine psychische Erkrankung begünstigen, also sogenannte *Vulnerabilitätsfaktoren* darstellen, sowie nach solchen, die eine Schutzwirkung ausüben und daher *Resilienz-*

oder protektive Faktoren darstellen. Erkenntnisse hierüber sind von großer Bedeutung für die Frage, wie die Ausbildung von Psychotraumata vermieden bzw. behandelt werden kann.

Die Erforschung der Ursachen und Gründe für eine gesunde und eine gestörte Entwicklung von Psyche und Persönlichkeit hat in den vergangenen 20 Jahren große Fortschritte gemacht, und zwar dank einer engen Zusammenarbeit von Psychiatern, Psychotherapeuten, Psychologen, Neurobiologen und Genetikern, wie dies früher nicht der Fall war. Die Forschung hat drei Faktoren identifiziert, die hierbei eine wesentliche Rolle spielen:

- (1) genetische Faktoren – meist sogenannte Gen-Varianten (Gen-Polymorphismen): hierbei handelt es sich in der Regel um Gene, welche die Aktivierung oder („Expression“) anderer Gene ermöglichen oder hemmen. Dabei geht es vor allem um solche Gene und Gen-Varianten, die mit dem *Stressverarbeitungssystem* und dem *Selbstberuhigungssystem* zu tun haben. Meist haben einzelne solcher Gen-Varianten eine vergleichsweise geringe Wirkung, wenn aber mehrere zugleich auftreten, kann dies eine Schwächung der Stressachse bewirken.
- (2) vorgeburtliche Einflüsse des Körpers und Gehirns der werdenden Mutter auf die Gehirnentwicklung des ungeborenen Kindes: Dies betrifft vor allem die Fälle, in denen die werdende Mutter vor der Schwangerschaft oder sogar in ihrer Kindheit und Jugend psychotraumatisiert wurde und deshalb ein gestörtes Stress-Verarbeitungssystem aufweist. Dieses kann sich negativ über die Blutbahn und die Plazenta auf die Entwicklung des Stressverarbeitungssystems des noch ungeborenen Kindes auswirken und diese Entwicklung schwächen. Auf diese Weise gibt die werdende Mutter, ohne es zu wollen, ihre Traumatisierung an ihr ungeborenes Kind weiter, zumindest in Form einer Schwächung der Stressachse.
- (3) früh-nachgeburtliche Einflüsse, vornehmlich in Form von Erfahrungen in der Familie und hinsichtlich der Qualität und Quantität der elterlichen Fürsorge. Dies betrifft vor allem die Verbindung zwischen Säugling bzw. Kleinkind und primärer Bezugsperson, also normalerweise, aber nicht notwendigerweise der Mutter. Eine warmherzige, feinfühlig, fürsorgliche und schützende Mutter stellt einen wirksamen Schutzfaktor dar, indem sie dem Kind eine sichere Bindung verschafft.

Dies kann gegebenenfalls auftretende andere negative Einflüsse wie Misshandlung oder Missbrauch durch andere nahestehende Personen zumindest teilweise kompensieren. Hingegen ist eine vernachlässigende, gefühlkalte oder gar selbst misshandelnde oder missbrauchende Mutter ein starker Vulnerabilitätsfaktor.

Dasselbe gilt auch für eine psychisch kranke, z.B. depressive Mutter, die aufgrund ihrer Krankheit unfähig ist, ihrem Kind eine sichere Bindung zu verschaffen.

Ob und in welcher Stärke im Kind, Jugendlichen und Erwachsenen eine posttraumatische Belastungsstörung oder andere psychische Erkrankungen auftreten, ist von der An- und Abwesenheit sowie der Stärke der genannten drei Faktoren abhängig. Sind alle drei Faktoren positiv, so stellt dies einen starken Resilienzfaktor dar, und dies bedeutet, dass das Kind in seinem späteren Leben viel an Belastungen „wegstecken“ kann, ohne psychisch oder körperlich zu erkranken. Ein einziger negativer Faktor kann in der Regel gut von zwei positiven Faktoren kompensiert werden und prägt sich eventuell in bestimmten Persönlichkeitseigenschaften (nervös, unruhig, ängstlich usw.) aus. Zwei negative Faktoren führen bereits zu einer deutlichen Verletzlichkeit gegenüber psychischen Belastungen, oft in Form von Angststörungen, Depression und Phobien, und eine Kombination dreier negativer Faktoren kann zu schweren Persönlichkeitsstörungen führen, die nur noch schwer zu therapieren sind.

Allerdings ist es zumindest beim Vorhandensein von zwei Negativfaktoren nicht ausgeschlossen, dass ein unglückliches Schicksal abgewendet werden können. So kann eine sichere, liebevolle Bindungserfahrung belastende genetische und nichtgenetische vorgeburtliche Einflüsse kompensieren. Die Forschung der letzten Jahre hat gezeigt, dass das sogenannte Bindungshormon Oxytocin, das in einem liebevollen Verhältnis zwischen Kind und Mutter bzw. anderer primären Bezugsperson in hoher Dosis ausgeschüttet wird, Verletzungen der Stressachse deutlich mildern kann. Das ist allerdings bei schwerer Traumatisierung meist nur im Zeitfenster der ersten beiden Lebensjahre gut möglich. Dies zeigten Untersuchungen an rumänischen und russischen Waisenkindern, die völlig vernachlässigt in Waisenhäusern aufwuchsen und später von Adoptiveltern aufgenommen wurden. Je später nach den ersten beiden Lebensjahren die Adoption erfolgte, desto weniger wirksam war auch eine noch so liebevolle Fürsorge.

Die Chance, genetische, vorgeburtliche und früh-nachgeburtliche Belastungen kompensieren zu können, hängt also von der Art, der Stärke und dem Zeitpunkt der Belastung ab. In der Regel gilt, dass psychische Belastungen in später Kindheit und erst recht in Jugend und Erwachsenenalter umso geringere Schäden anrichten, je positiver die genetische Ausstattung und die vorgeburtlichen und früh-nachgeburtlichen Erfahrungen waren. Ebenso gilt, dass vorbeugende und therapeutische Maßnahmen von umso größerer Wirkung sind, je früher, intensiver und fachkundiger sie im Leben einer Person stattfinden. Dies ist die wichtigste Botschaft für die Arbeit einer Institution wie der Ihrigen. Die heutige Bindungsforschung zeigt, dass die frühkindliche Bindungserfahrung uns Menschen nachhaltig in unserer Bindungs- und Partnerschaftsfähigkeit im Erwachsenenalter prägt. Menschen, die eine sichere kindliche Bindung erfahren haben, sind in der Lage, ihren eigenen Kindern eine solche sichere Bindung zu vermitteln, während solche Kinder, deren Bindungserfahrung sehr negativ war aufgrund von Misshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung usw. (eine sogenannte „desorientiert-desorganisierte Bindung“) später sehr oft selbst bindungsarm sind, sofern sie nicht das Glück hatten, in früher Jugend einen „Rettungsanker“ zu erleben in Form einer Tante, Großmutter, älteren Schwester, Krippenbetreuerin und natürlich in Form einer professionellen Traumatherapie

Auf die Frage nach einer effektiven Behandlung eines Kindheitstraumas gibt es ebenso wenig eine allgemein akzeptierte Antwort wie auf diejenige nach einer effektiven Behandlung einer posttraumatischen Belastungsstörung bei Erwachsenen. Aus neurobiologischer Sicht steht fest, dass der Kern der Erkrankung in einer Fehlentwicklung der Stressachse liegt, was dann Defizite im Selbstberuhigungs- und Bindungssystem nach sich zieht. Je früher dies geschieht, desto schwerer sind solche Fehlentwicklungen zu therapieren, denn sie graben sich – bildlich gesprochen – tief in Hirnstrukturen ein, die einer rein kognitiven Behandlung unzugänglich sind (in die sogenannten Basalganglien).

Aus neurobiologischer Sicht erscheint deshalb bei frühen und vergleichsweise schweren Traumatisierungen eine kognitive Verhaltenstherapie als weniger erfolgversprechend. „Klassische“ verhaltenstherapeutische Maßnahmen wie Expositions- und

Konfrontationstherapien haben aus neurobiologischer Sicht den großen Nachteil, dass sie die traumabezogenen Defizite nicht wirklich löschen, sondern nur überlernen. Auch kann sich bei einer solchen Therapie das Trauma noch vergrößern. Die Wirkung klassischer psychoanalytischer Verfahren ist nicht hinreichend untersucht. Erfolgreicher erscheint dagegen die von Reddemann entwickelte psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (PITT), die von Dr. Andreas Krüger für die Traumatherapie adaptiert wurde.

Aus Sicht der neurobiologisch fundierten Wirksamkeitsforschung muss beachtet werden, dass zwei wichtige Komponenten der Therapie von Kindheitstrauma wie auch jeder Psychotherapie zum einen in der „therapeutischen Allianz“, also im vertrauensvollen und voll akzeptierenden Verhältnis zwischen Patient und Therapeut bestehen und zum anderen im geduldigen Einüben alternativer Denk-, Fühl- und Verhaltensweisen – dem „prozeduralen“ Vorgehen statt einer rein kognitiv-belehrenden Therapie, was auch der bedeutende und viel zu früh verstorbene aus Hamburg stammende Psychotherapeut Klaus Grawe postuliert hat.

Für mich ist vor diesem Hintergrund die Arbeit des Ankerland Traumatherapiezentrum ideal geeignet für eine erfolgreiche Behandlung von Kindheitstraumata. Das gilt zum einen aufgrund der Art der Behandlung in Form der durch Dr. Krüger adaptierten Reddemannschen psychodynamisch-imaginativen Traumatherapie, die durch nicht-verbale Elemente wie der Kunst- und Musiktherapie sinnvoll ergänzt wird, und zum anderen aufgrund der Langfristigkeit der Therapiearbeit. Traumatherapie bei Kindern wie bei Erwachsenen ist eine umso langwierigere Angelegenheit, je früher, je schwerer und je häufiger die Traumatisierung sich ereignete.

Eine Therapie von Kindheitstraumata ist nicht nur moralisch und psycho-sozial geboten, sondern ihr kommt auch eine große sozio-ökonomische Bedeutung zu. Durch eine schlechte körperliche und psychische Entwicklung des Kindes entstehen infolge einer Nichtbehandlung von Traumaopfern für die Gesellschaft und die Wirtschaft Folgeschäden in Milliardenhöhe, z.B. aufgrund von Arbeitsunfähigkeit und frühem Eintritt ins Rentenalter, wie ich aus meiner Arbeit bei großen deutschen Unternehmen weiß. Dies

steht in keinem Verhältnis zu den Kosten einer Behandlung im Traumatherapie-Zentrum von 7.500 Euro pro Kind und Jahr. Solche Summen sind daher sehr gut investiert.

Auch vor diesem Hintergrund verdient das Ankerland-Trauma-Therapiezentrum unsere tatkräftige Unterstützung.

Literatur: G. Roth, N. Strüber: Wie das Gehirn die Seele macht. Klett-Cotta, Stuttgart.