

# **Traumazentrierte Psychotherapie (EMDR) bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens – das MASTR-Manual**

*Thomas Hensel*

In den USA wird inzwischen selbstverständlich davon ausgegangen, dass Störungen des Sozialverhaltens (Conduct disorders) als Traumafolgestörungen anzusehen sind (Harris, Putnam, & Fairbank, 2004), und es werden staatlich geförderte *trauma-basierte* Therapieprogramme für inhaftierte Jugendliche entwickelt (Mahoney et al., 2004; Siegfried & Ko, 2005). Wie Studien immer wieder zeigen (Steiner, Garcia & Matthews, 1997; Cuffe et al., 1998; Arroyo, 2001; Wood et al., 2002), waren diese Jugendlichen in ihrer Entwicklung chronischer Traumatisierung im Umfeld sowohl als Opfer wie als Zeugen ausgesetzt. Im Vergleich zu (nicht-delinquenten) Gleichaltrigen ist die PTBS-Rate in dieser Gruppe acht Mal höher (Siegfried & Ko, 2005). Jugendliche, die Opfer einer Natur- oder Technikkatastrophe wurden, weisen keine erhöhte Delinquenzrate auf. In Deutschland gibt es praktisch keine Forschung zu diesem Thema (Hosser & Bosold, 2005).

Bei der Durchsicht der deutschsprachigen Literatur zu Störungen des Sozialverhaltens fällt auf, dass psychotraumatologische Erkenntnisse bisher noch keinen expliziten Eingang in die Modelle zur Pathogenese und Therapieplanung gefunden haben (siehe etwa Petermann, Döpfner & Schmidt, 2001).

Im ersten Teil dieses Beitrags wird das Störungsbild unter trauma-theoretischen Vorstellungen neu betrachtet. Der zweite Teil beschreibt das MASTR-Protokoll, ein von dem amerikanischen Forscher und Psychotherapeuten Dr. Ricky Greenwald (2002, 2004, 2006) entwickeltes traumazentriertes Vorgehen bei Jugendlichen mit Störung des Sozialverhaltens. Dabei steht *MASTR* für ein manualisiertes Vorgehen, das die drei aufeinander aufbauenden Phasen *Motivation*, *Adaptiv Skills* (Selbstkontrolle) und *Trauma Resolution* (Traumaverarbeitung) beinhaltet. Als Verfahren zur Traumakonfrontation wird EMDR eingesetzt. Grundsätzlich sind aber auch andere Verfahren zur Traumaverarbeitung in diesem Rahmen anwendbar (Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen (MPTT-KJ) Dreiner & Fischer, 2003; Psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT) Reddemann, 2004; kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie Steil, 2003).

## **1 Störungen des Sozialverhalten**

Störungen des Sozialverhaltens (Conduct Disorders) zeigen ein sehr heterogenes Erscheinungsbild. Das ICD-10 kennt allein sechs verschiedene Diagnosen. Sie sind der häufigste Vorstellungsanlass und machen ein Drittel bis die Hälfte aller Störungen des Kindes- und Jugendalters aus (Kazdin, 1997). Aufgrund der hohen Komplexität und der oft geringen Motivation der Jugendlichen und ihrer Familien sind sie schwierig zu behandeln und die Ergebnisse bisher wenig befriedigend (Kazdin, 2000). Die Prävalenzraten liegen kulturübergreifend im Durchschnitt bei acht Prozent. Es wird unterschieden zwischen zwei Subtypen: Moffitt (1993) spricht einmal von einer früh einsetzenden und stabilen Symptomatik (die so genannten „early starter“) und einer episodenhaft auf das Jugendalter beschränkten („adolescent limited“) Variante (Abb. 1).

Persistente Delinquenz („Early Starter“)	Jugendgebundene Delinquenz
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Delinquenz als Persönlichkeitsphänomen:</b> Bereits im Vorschulalter auftretende antisoziale Verhaltenstendenzen, die zeitstabil bis ins hohe Alter persistieren (Roth &amp; Bartsch, 2004)</li> <li>• <b>Prävalenz:</b> 5-7 %</li> <li>• <b>Es gibt Untergruppen:</b> Ungefähr 10 % der im Vorschulalter so auffällig gewordenen Kinder entwickelt keine Störung des Sozialverhaltens (Lauth, 2001; Roth &amp; Bartsch, 2004)</li> <li>• <b>Genese:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Spezifische dysfunktionale Interaktion zwischen Kindern mit schwierigen Temperamenteigenschaften und ungünstigem familiären/ sozialen Umfeld.</li> <li>○ Verstrickung in einen devianten Lebensstil durch die Folgen der delinquenten Handlungen.</li> <li>○ „Dysfunktionaler Charakter“.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Delinquenz als Entwicklungsphänomen:</b> wird im Erwachsenenalter aufgegeben, unauffällige Kindheit, soziale Integration</li> <li>• <b>Prävalenz:</b> 25-30%</li> <li>• <b>Neue Forschungsergebnisse zeigen,</b> dass ein Teil der Jugendlichen auch im Erwachsenenalter delinquent bleibt (Moffit et al., 2002).</li> <li>• <b>Genese:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zielgerichteter Versuch, die „Reifungslücke“ zwischen biologischem und sozialem Alter zu überbrücken.</li> <li>○ Die „Erfolge“ delinquenter Gleichaltriger dienen als Vorbild.</li> <li>○ Peer-Group Prozesse</li> </ul> </li> </ul>

Abb. 1: Entwicklungspfade antisozialen Verhaltens (Moffit, 1993; Moffit et al., 2002).

Aus diesem Entwicklungsverständnis heraus entwickelte Loeber (2000) ein Verlaufsmodell psychischer Störungen für die *Early Starter*, das dem ADHS-Syndrom eine besondere Bedeutung zuweist (Abb. 2).

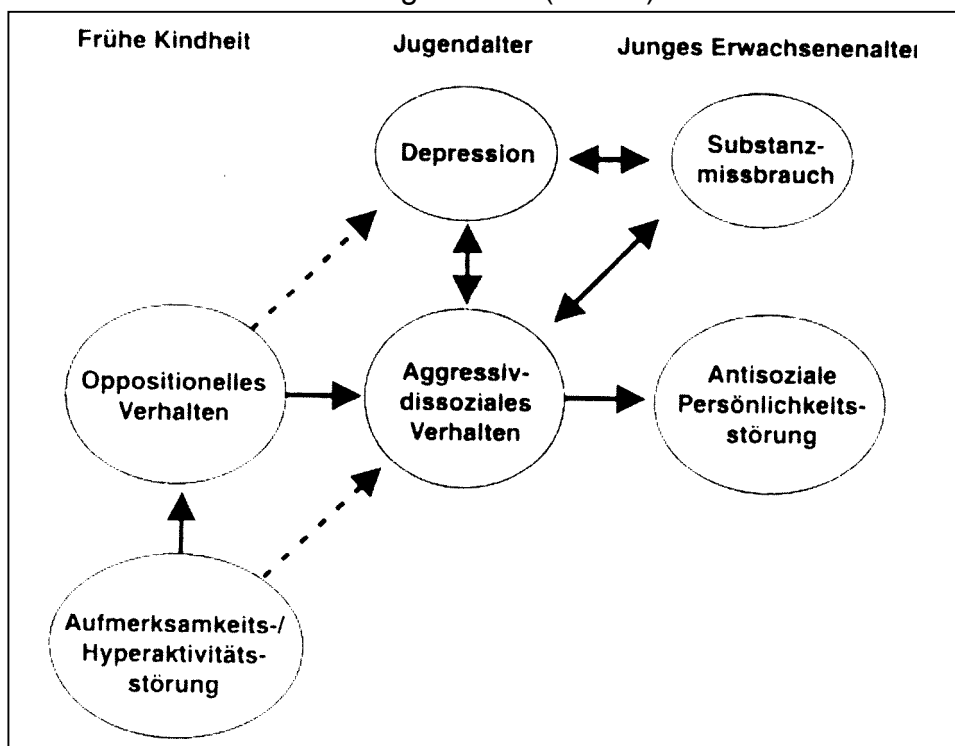


Abb. 2: Verlaufsmodell bei frühem Beginn der Störung des Sozialverhaltens (Loeber, 2000, in: Petermann, Döpfner & Schmidt, 2001)

Petermann, Döpfner & Schmidt (2001) sehen im aggressiven Verhalten im Vorschulalter einen weiteren zentralen Prädiktor für Störungen des Sozialverhaltens im Jugendalter und benennen Risikofaktoren für die Entwicklung von aggressivem Verhalten in den ersten Lebensjahren (Abb. 3):

<p><i>biologische Faktoren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Männliches Geschlecht</li> <li>• Belastungen in der Schwangerschaft (T)</li> <li>• Geburtskomplikationen (T)</li> <li>• Verminderte Cortisolreaktion nach Stress (T)</li> </ul>	<p><i>soziale Faktoren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unsichere Bindung (T)</li> <li>• Familiäre Stressbelastung, insbesondere fehlende emotionale Unterstützung (T)</li> <li>• Chronische Eltern-Kind-Konflikte (T)</li> <li>• Frühe negative Erfahrungen (vor allem Misshandlung, Ablehnung) (T)</li> </ul>
<p><i>psychische Faktoren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwieriges Temperament (T)</li> <li>• Niedrige Intelligenz</li> <li>• Unzureichende Impulskontrolle (T)</li> <li>• Dysfunktionaler Umgang mit Emotionen, vor allem Ärger (T)</li> <li>• Mangelnde Empathie (T)</li> <li>• Verzerrte sozial-kognitive Informationsverarbeitung (i. S. einer Bedrohung) (T)</li> </ul>	

Abb. 3: Pathogenese aggressiven Verhaltens in der frühen Kindheit. Faktoren (die aus psycho-traumatologischer Perspektive als traumatisches Ereignis oder als Ausdruck einer Traumatisierung bzw. als Traumafolgesymptom verstanden werden können, wurden mit einem (T) versehen).

Interessant sind in diesem Zusammenhang auch geschlechtsspezifische Unterschiede. Während im Kindesalter antisoziales Verhalten hoch geschlechtsspezifisch ist (Verhältnis Jungens zu Mädchen 4:1), gleicht sich das Verhältnis im Jugendalter an. Für weibliche Jugendliche, die eine ungünstigere Prognose haben als männliche, spielen insbesondere konflikthafte Mutter-Tochter-Beziehungen und häusliche Gewalterfahrungen eine entscheidende Rolle.

Insgesamt wird die Stabilität der Störung durch vier Aspekte begünstigt:

- Früher Störungsbeginn,
- Hohe Frequenz und Intensität,
- Große Vielfalt unterschiedlicher Verhaltensweisen,
- Vielzahl betroffener Bereiche.

Bisherige Therapieansätze stellen die Modifikation der Eltern-Kind-Interaktion (Elterntrainings im natürlichen Umfeld, Video-Interaktionstraining, Familientherapie), den Aufbau sozial-kognitiver Kompetenzen beim Kind/Jugendlichen und Pharmakotherapie (Methylphenidat) bei hoher Impulsivität in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen.

## 2 Störungen des Sozialverhaltens als Ausdruck von (komplexer) Traumatisierung

Dieser „traditionellen“ Sichtweise möchte ich nun ein trauma-basiertes Verständnis der Störungen des Sozialverhaltens gegenüber stellen.

### *These*

*(Frühe und wiederholte) traumatisierende Erfahrungen spielen eine Schlüsselrolle im Verständnis von Entwicklung und Aufrechterhaltung der Störungen des Sozialverhaltens.*

Wie schon berichtet, weisen Jugendliche mit diesem Störungsbild nicht nur eine deutlich erhöhte PTBS-Rate, sondern auch in hohem Umfang traumatische Erfahrungen auf, die Teil ihres Lebensalltags (geworden) sind. Zu vermuten ist daher, dass neben der klassischen PTBS auch die Dynamik so genannter „Komplextraumatisierung“ (Cook et al., 2003) zu beachten ist.

Nach dem aktuellen Stand der Debatte spiegelt die klassische Symptom-Trias der PTBS *nicht* die Dynamik und Phänomenologie komplextraumatisierter Kinder und Jugendlicher wieder. Van der Kolk (2005) führt folgende Gründe dafür an:

- PTBS ist nicht die häufigste Diagnose bei chronischem Trauma. Vielmehr werden vor allem Trennungsängste, oppositionelles Verhalten, Phobien und ADHS diagnostiziert.
- Die Mehrheit der traumatisierten Kinder haben (nach heutigen Kriterien) keine PTBS.
- Die häufigsten Phänomene im Kindesalter sind: Aggressives Verhalten und fehlende Impulskontrolle, Aufmerksamkeits- und dissoziative Störungen, Beziehungsprobleme.
  - Im Jugend- und Erwachsenenalter: Substanzmissbrauch, Borderline-Störung, Antisoziale Persönlichkeit, Essstörungen.
- Zudem zeigen Erfahrungen mit den PTBS-Diagnosekriterien, dass
  - PTBS nicht alterssensitiv ist.
  - PTBS nicht die Folgen frühkindlicher Traumatisierung beschreibt.
  - das heutige Komorbiditäts-Konzept, das Trennungsängste etc. als unabhängige Störungsbilder ansieht, der Dynamik frühkindlicher Traumatisierung nicht gerecht wird.

Deshalb sind in den letzten Jahren, vor allem in den USA, verstärkt Anstrengungen unternommen worden, die Gruppe der früh und anhaltend traumatisierten Kinder diagnostisch besser zu erfassen. Dies hat zu einem neuen Diagnosevorschlag („Developmental Trauma Disorder“) von van der Kolk (2005) für das DSM-V geführt. Kinder mit „**Developmental Trauma Disorder**“ zeichnen sich durch folgende Syndromatik aus:

- *Automatisierte Muster wiederholter Dysregulation, ausgelöst durch Trauma-Reize* (Emotional, kognitiv, somatisch, bezogen auf das Selbstkonzept, im Verhalten und in Beziehungen)
- *Fixierte veränderte negative Einstellungen und Erwartungen* (Negative Selbstattribuierung, Misstrauen, mangelnde Erwartung von Schutz und

Unterstützung durch andere, Erwartung unvermeidlicher zukünftiger Viktimierung)

- *Funktionale Defizite/Beeinträchtigungen* (in den Bereichen Schule, Familie, Peer-Gruppe und Einhalten von Gesetzen)

Vergleicht man die zentrale Symptomatik traumabedingter Folgen und Störung des Sozialverhaltens, so ist die Überlappung der beiden Syndromkreise so frappierend, dass es doch überraschend ist, wie wenig eine traumabasierte Betrachtungsweise bisher in die Konzeptualisierung der Störung des Sozialverhaltens und in ihre psychotherapeutische Behandlungsversuche Eingang gefunden haben (Abb. 5).

<b>Störungen des Sozialverhaltens (Conduct disorders)</b>	<b>Developmental Trauma Disorder (van der Kolk, 2005)</b>
<p><b>Mangelnde Affekttoleranz und -regulation</b> (Dysfunktionaler Umgang mit Ärger)</p> <p><b>Impulsives Verhalten</b> (als Ausdruck hoher Reaktivität auf traumabedingte Auslöser)</p> <p><b>Versuche autonomer Stressregulierung</b> (Substanzmissbrauch, Risikoverhalten, Promiskuität)</p> <p><b>Verzerrte Wahrnehmung</b> <b>i. S. einer generalisierten Attribuierung von Feindseligkeit</b> (Bedrohungsgefühl)</p> <p><b>Dysfunktionales Weltbild</b> (Fehlende Zukunftsperspektive, Hoffnungslosigkeit)</p>	

Abb. 4: Gemeinsamkeiten in der Syndromatik der Störungen des Sozialverhaltens und komplexer Traumatisierung

Möglicherweise können diese unverarbeiteten traumatischen Erfahrungen als organisierendes Prinzip hinter der Symptomatik der Störungen des Sozialverhaltens gesehen werden, ohne dass andere Faktoren der traditionellen Sichtweise verneint werden müssen. Dies soll nur an einem Aspekt vertieft werden. Die regelhaft geringe Bereitschaft, sich auf Psychotherapie einzulassen, kann durchaus als unverarbeitete Traumafolge verstanden werden. Das Vermeiden von nahen Beziehungen und zwischenmenschlichen Situationen, die als Auslöser (Trigger) für intrusive traumabedingte Bilder und Gefühle wirken können, gehört zu den bekannten Phänomenen in der psychotherapeutischen Arbeit mit komplextraumatisierten Menschen.

<b>Schlussfolgerung</b>
<p><i>Störungen des Sozialverhaltens sind ein komplexes, multifaktoriell bedingtes Syndrom. Bisherige Erklärungs- und Behandlungsansätze haben die Folgen (früh-)kindlicher und komplexer Traumatisierungen nicht in geplanter und systematischer Weise einbezogen.</i></p>

Ein traumabasiertes psychotherapeutisches Vorgehen bestünde zusätzlich zu anderen Maßnahmen darin, die traumatisierenden Erfahrungen der Jugendlichen direkt mit EMDR oder einem anderen Konfrontationsverfahren zu bearbeiten. Damit

ist die Erwartung verbunden, dass die Symptome, insbesondere die starke Reaktivität auf situative Stressauslöser, sich reduzieren.

Erste Fallberichte und Forschungsergebnisse mit EMDR sind ermutigend (Datta & Wallace, 1996; Scheck, Schaeffer & Gilette, 1998; Sobermann, Greenwald & Rule, 1999; Greenwald, 2006; Greenwald et al., (in Vorbereitung)).

### 3 Das MASTR-Manual – ein traumabasierter Ansatz für Störungen des Sozialverhaltens

Das MASTR-Manual, entwickelt von dem amerikanischen Psychotherapeuten und EMDR-Trainer Dr. Ricky Greenwald (2002, 2004), besteht aus drei aufeinander aufbauenden und sich überlappenden Phasen. Es beinhaltet Elemente und Prinzipien aus dem klientenzentrierten Ansatz, kognitiv-behaviorale und imaginative Techniken sowie EMDR als prozessförderndes und traumaverarbeitendes Verfahren.

Es umfasst 10 bis 16 wöchentliche Einzelsitzungen und kann sehr gut in bestehende Behandlungsansätze integriert werden. Dabei hat es sich als vorteilhaft erwiesen, wenn die Jugendlichen zur Teilnahme verpflichtet sind. Durch den Bausteincharakter der einzelnen Teile und Übungen ist die für diese Klienten notwendige Flexibilität trotz der Manualisierung gewährleistet (Abb. 5).

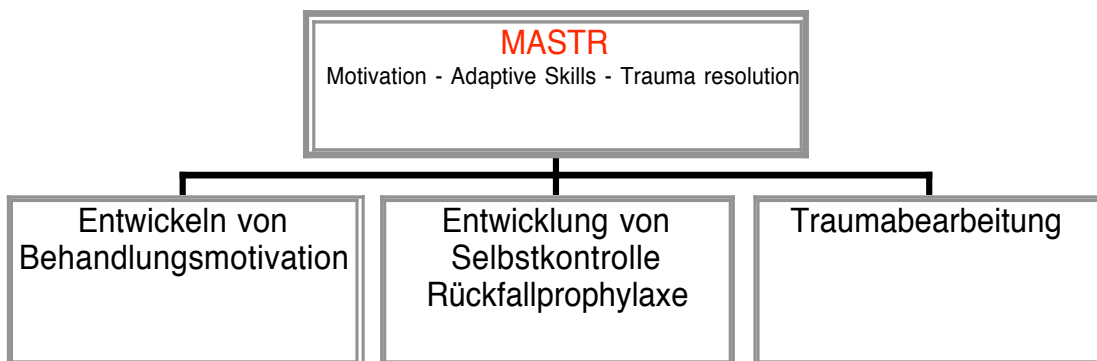


Abb. 5: Struktur des MASTR-Manuals.

Die Arbeit nach dem MASTR-Protokoll ist Trauma-Arbeit und verlangt die Beachtung der fachlichen Regeln für die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen (Greenwald, 2005). Hier noch einmal die schlagwortartig wichtigsten Aspekte:

- Ein transparentes, strukturierendes und unterstützendes Beziehungsangebot
- Safety First
- Ressourcenorientierte Grundhaltung
- Gemeinsames Verstehensmodell und informiertes Einverständnis des Jugendlichen zu allen therapeutischen Interventionen
- Traumazentrierte Behandlungsplanung
- Trauma-Exposition
- Trauma-Integration

Begleitend zur inhaltlichen Darstellung des Manuals gebe ich immer wieder Einblicke in die Arbeit mit Christian (17 Jahre), mit dem ich als externer Traumatherapeut in einer Einrichtung der stationären Jugendhilfe nach dem MASTR-Protokoll arbeitete.

Christian (17 Jahre)

*Christian hatte eine klassische Heimkarriere hinter sich. Mit zehn Jahren wurde er aus seiner Familie genommen, nachdem sein Vater ihn wiederholt massiv körperlich misshandelt hatte. Seine Mutter konnte ihn nicht schützen. Sie war immer wieder wegen psychotischer Schübe in stationärer Behandlung. Nachdem in der aktuellen Einrichtung, in der sich Christian seit fünf Jahren befand, die therapeutischen und pädagogischen Bemühungen „ausgereizt“ waren und das Personal keine Einflussmöglichkeiten mehr auf sein aktuelles problematisches Verhalten (Kiffen, Quälereien von jüngeren Kindern, oppositionelles Verhalten, Ausflippen) sah, wurde ich gebeten, als externer Therapeut eine „Traumatherapie“ durchzuführen. Auf einem vorbereitenden Treffen mit den Therapeuten und Erziehern erläuterte ich das Manual und wir entwickelten ein gemeinsames Vorgehen gegenüber Christian.*

### **3.1 Phase der Motivationsentwicklung**

Traumatisierte Jugendliche zu motivieren ist die hohe Kunst der Psychotherapie. Die Motivationsphase ist aus diesem Grunde sehr differenziert aufgebaut und auf Jugendliche zugeschnitten.

#### *3.3.1.1 Rapport herstellen*

Motivational Interviewing als Grundlage des Kontaktes  
Transparenz und Regeln

#### *3.3.1.2 Ressourcen- und Trauma-Anamnese*

#### *3.3.1.3 Persönliche Ziele herausarbeiten (Der Zukunftsfilm)*

Das biografische Video  
Die positive Zukunftsvision  
Zwischenschritte mit EMDR verankern  
Die negative Zukunftsvision

#### *3.3.1.4 Die Motivation für die weitere Arbeit festigen*

Für diese Phase werden zwischen 2 – 4 Sitzungen eingeplant. Am Ende der Phase sollte eine klare Entscheidung des/der Jugendlichen zur Mitarbeit stehen. Gelingt dies nicht, wird die Behandlung beendet.

#### *3.1.1 Rapport herstellen (Beziehungs- und Auftragsklärung)*

Motivational Interviewing als Grundlage des Kontaktes

Rapport herzustellen, einen vertrauensvollen Kontakt zu etablieren und Arbeitsziele heraus zu arbeiten, stellt die erste große Herausforderung bei dieser Klientel dar. Das therapeutische Vorgehen basiert auf der *motivierenden Gesprächsführung*

(Miller & Rollnik, 1999), einem durch über 50 Studien bestätigten Ansatz, der ursprünglich zur Weckung der Therapiebereitschaft von nicht-motivierten alkoholabhängigen Klienten entwickelt wurde. Die Kernelemente dieses direktiven klientenzentrierten Beratungsansatzes finden Sie im folgenden Kasten (Abb. 6)

**Motivational Interviewing**

Motivational Interviewing ist ein Beratungsansatz, der den Klienten darin unterstützen soll:

- die funktionalen und dysfunktionalen Seiten ihres Problemverhaltens zu erleben und gegeneinander abzuwägen,
- konkrete Änderungsziele zu formulieren und das konkrete Vorgehen zu planen, um dieses Ziel zu erreichen.

In seinem Vorgehen folgt es dem „Stufen-der-Veränderung-Modell“ von Prochaska & Di Clemente (1992):

- kein Nachdenken über Veränderung,
- Nachdenken über Veränderung,
- Entscheidung über Ziele und Wege,
- Umsetzen der Entscheidung,
- Aufrechterhalten der Veränderung,
- Rückfallprophylaxe.

Daraus ergeben sich folgende Leitlinien:

- Sehe die Welt des Klienten mit seinen Augen (Empathie).
- Entwickle Diskrepanzen zwischen seinem jetzigen Verhalten und seinen Werten/Zielen.
- Stärke die Zuversicht des Klienten und seine Entschlossenheit zur Veränderung.
- Gehe mit dem Widerstand, stelle dich nicht dagegen.
- Honoriere alle Äußerungen von konstruktiven eigenen Wünschen und Bedürfnissen

Interventionen sollten folgende Aspekte beinhalten:

- Eigenverantwortung betonen,
- Selbstwirksamkeitsüberzeugungen stärken, Erfolge erleben lassen,
- Alternativen zulassen,
- Rückmeldung geben,
- Empfehlungen aussprechen.

Abb. 6: Grundelemente des Motivational Interviewing (Körkel & Veltrup, 2003).

Bei der Umsetzung dieser Prinzipien in der Arbeit mit den traumatisierten Jugendlichen gilt es zweierlei zu beachten. Als erstes brauchen die Jugendlichen ein *trauma-basiertes Verstehensmodell* ihrer aktuellen „Probleme“. Nur so kann eine Bereitschaft entstehen, sich den alten „schlimmen“ Erinnerungen zuzuwenden. Hierzu werden die Ergebnisse der Trauma-Anamnese für ein *entlastendes* Erklärungsmodell ihres dysfunktionalen Verhaltens benötigt. Zweitens fehlt den oft resignierten Jugendlichen eine Zukunftsperspektive, für die es sich einzusetzen



lohnt. Sie brauchen also ein persönlich sinnvolles und erreichbar scheinendes Ziel. Dieses wird unter Zuhilfenahme der Wunderfrage (de Shazer, 2004) und dem Gebrauch von Video-Metaphern erreicht. Bevor wir uns der technischen Umsetzung widmen, wollen wir und weiteren Aspekten dieser Phase zuwenden.

## **Transparenz und Regeln**

Im Erstkontakt mit dem Jugendlichen stellt sich der Therapeut aktiv mit seiner Absicht vor.

„Ich will Jugendlichen wie dir helfen, dass ihr Leben mehr so läuft, wie sie es sich vorstellen. Ich würde gerne zwei bis vier Stunden mit dir verbringen, dich kennen lernen und dann mache ich dir einen Vorschlag, was ich glaube, was dir vielleicht helfen kann, deine Ziele besser zu erreichen. Du entscheidest dann, ob du meinen Vorschlag annehmen möchtest oder nicht.“

Danach sollte der Therapeut (je nach Kontext) noch verschiedene Aspekte ansprechen. Ist er ein externer Therapeut, sollte er seine Unvoreingenommenheit betonen („Ich habe deine Akte bisher nicht gelesen, ich möchte von dir selber erfahren, was du so alles erlebt hast.“). Sehr positive Erfahrungen habe ich damit gemacht, die Vorerfahrungen des Jugendlichen mit anderen Therapeuten zu thematisieren und zu versuchen, eine offene Kommunikation anzuregen („Woran würde ich merken, dass du sauer auf mich bist?“). Mögliche Therapieziele werden angesprochen („Jugendliche kommen in Therapie, um Dampf abzulassen, stärker zu werden als ihre Wut, besser mit ihrem Ärger umzugehen, Stress und schlimme Sachen von früher loszuwerden.“ „Welches sind deine Ziele?“). Alle Therapieziele, die der Jugendliche hat („Ich will so schnell wie möglich aus dem Heim raus.“) und die der Therapeut grundsätzlich befürworten kann, werden verbal unterstützt.

Die Regeln für unsere Arbeit werden expliziert eingeführt und „spielerisch getestet“.

- Regel 1 Schweigepflicht
  - „Ich erzähle nichts weiter, außer du möchtest es.“
  - Testen: „Woran merkst du, dass ich geplaudert habe?“
  - Grenzen der Vertraulichkeit klar ansprechen: „Was soll ich machen, wenn du dich umbringen willst oder andere in Gefahr bringst?“
- Regel 2 Verantwortlichkeit
  - „Du darfst hier nur sagen, was ich auch wirklich wissen soll. Spiel erisch testen: „Was würdest du sagen, wenn ich dich fragen würde...?“
- Regel 3 Entscheidungsfreiheit
  - „Du bist der Boss hier. Du kannst dich immer wieder neu entscheiden, ob du hier weitermachen willst. Auch wenn du geschickt bist.“

Im Sinne Grawes (2004) wird pervasiv d. h. auf der impliziten Beziehungsebene ressourcen-orientiert gearbeitet. Ohne sich den Jugendlichen anzubiedern, sollte der Therapeut seine Sprache und die gewählten Metaphern dem Erfahrungshintergrund des Jugendlichen anpassen. Dies beinhaltet z. B., Film- oder Sportmetaphern (Therapeut als Coach/Trainer, Therapie als Training, Erfolg als logische Folge von Einsatz usw.) zu verwenden, um eine gemeinsame sprachliche Symbolisierung für den weiteren Prozess schaffen.

Die *Menü-Technik* unterstützt den Jugendlichen in der sprachlichen Symbolisierung seiner inneren Prozesse. Menü-Technik: Antwortet der Jugendliche auf eine Frage nicht innerhalb von zwei bis drei Sekunden, macht der Therapeut ihm Vorschläge, was alles als mögliche Antwort infrage kommt. Er zeigt ihm das Menü der Möglichkeiten.

Anschließend erläutere ich dem Jugendlichen, dass das Videografieren der Stunden für meine Arbeit von großer Wichtigkeit ist (Schweigepflicht betonen!). Nur bei klarer Weigerung bin ich bereit darauf zu verzichten. Die Phase schließt mit dem Einverständnis des/der Jugendlichen für zunächst zwei bis vier gemeinsame Sitzungen und der Therapeut beginnt mit der Anamnese.

Christian:

*Christian war bereit, es mit mir als seinem siebten Therapeuten zu versuchen und hörte mir zunächst distanziert zu, als ich meine Ideen präsentierte. Über das Thema Musik – zufällig hatten wir ein gemeinsames Lieblingslied – entsteht erster Kontakt. Am Ende erklärte er sich dann bereit, für ein paar Stunden zu kommen. Auch mit Video-Aufnahmen war er einverstanden. Das sei kein Problem für ihn.*

*Als seine Ziele benannte er: Aufhören mit Kiffen, Hauptschule schaffen, Schreiner werden wollen.*

### 3.1.2 Ressourcen- und Trauma-Anamnese

Um dem Jugendlichen einen Sicherheitsabstand zu schaffen, führe ich die Anamnese als „Reporter“ durch. Ich habe ein vorbereitetes Blatt, auf dem Fragen aufgeschrieben sind und ich die Antworten notiere.

- Anamnese-Struktur
  - Die Fakten (Name, Geburtstag, Schuldaten, Gründe für Aufenthalt in der Institution etc.)
  - Ressourcen-Anamnese (Hobbys, Freunde, Lieblingshelden etc.)
    - Drei Wünsche frei von einer Zauberfee.
    - Bekräftigung oder Modifikation der persönlichen Ziele?

Christian:

*Ressourcen: Skateboard, Angeln, Fußball, DJ-Tätigkeit am Mischpult*

- Entwicklungsgeschichte (Eltern, soziale Umstände, Krankheiten, etc.)
- Familiengeschichte
- Wann fing es an, schlimm zu werden?
- Aktuelle Probleme

- Trauma- und Verlust-Anamnese

Die Erhebung der Trauma- und Verlustgeschichte des Jugendlichen stellt den anspruchsvollsten Teil dar. Ziel ist es, die wichtigen traumatischen Erfahrungen anzusprechen und in ihrer aktuellen emotionalen Belastung einzuschätzen, ohne jedoch den Jugendlichen zu „triggern“, d. h. wieder schutzlos die „alten schlimmen Gefühle“ erleben zu lassen.

„Es ist sehr gut, dass du diese alten Sachen so gut ausblenden kannst, damit du Ruhe hast. Wie wäre es, wenn du sie für einen ganz kurzen Moment einmal einschalten würdest, wie bei einem Fernseher, und mir sagst, wie schlimm es jetzt noch für dich ist und dann sofort den Fernseher wieder ausmachst?“

Die Einschätzung erfolgt einer Skala von 0 bis 10, wobei 10 die höchste Intensität meint. Sie entspricht der im EMDR-Protokoll verwendeten SUD (Subjective Unit of Discomfort) Skala.

Der Therapeut muss hier in der Regel aktiv Beispiele möglicher traumatisierender Ereignisse vorgeben, da Jugendliche selten von sich aus ihre schlimmen Erfahrungen benennen. Die Sitzung sollte auf jeden Fall mit für den Jugendlichen positiven Eindrücken abgeschlossen werden (Stabilisierung, Entspannung, Ressourcen, Humor, gemeinsame Ziele, Lob für Mitarbeit).

Christian:

Ergebnisse der Trauma-Anamnese in Form einer Tabelle (Abb. 7):

<i>Ereignis</i>	<i>Alter</i>	<i>SUD-Wert</i>
<i>Bedrohung durch einen Hund</i>	<i>2-3</i>	<i>4</i>
<i>Polizei sucht im Haus nach Waffen des Vaters</i>	<i>5</i>	<i>7-8</i>
<i>Vom Vater mit dem Gürtel geschlagen werden</i>	<i>5-6</i>	<i>7</i>
<i>Vom Vater über eine Schleuse gehalten werden</i>	<i>6</i>	<i>8-9</i>
<i>Von einem Mitschüler erpresst werden</i>	<i>7</i>	<i>6</i>
<i>Vater hält ihm eine Pistole an den Kopf</i>	<i>7-8</i>	<i>10</i>
<i>Vater missbraucht seine Schwester vor seinen Augen</i>	<i>12</i>	<i>7-8</i>

Abb. 7: Biografische traumatische Erinnerungen von Christian.

Diese Liste bildet die Grundlage für die spätere Traumakonfrontation mit EMDR. Die Stunde mit der Trauma-Anamnese schlossen wir mit ein paar Partien Rommé ab.

### 3.1.3 Persönliche Ziele herausarbeiten ((Der Zukunftsfilm)

Dies ist das Kernstück der Motivationsphase. Der Jugendliche soll erkennen und spüren, dass es sich für ihn lohnt, die weitere Arbeit (Entwickeln von mehr Kontrolle

über aktuelle Triggersituationen und die Auseinandersetzung mit den „schlimmen alten Sachen“) in Angriff zu nehmen.

Da Jugendliche neben den Sportmetaphern sehr vertraut mit einer filmischen Betrachtungsweise ihrer Erfahrungen sind, werden die persönlichen Ziele des Jugendlichen als so genannter Zukunftsfilm (Future Movie) symbolisiert. Da mich dieser Teil des Manuals besonders begeistert hat und diese Übung auch als singuläres Element in anderen therapeutischen Kontexten eingesetzt werden kann, möchte ich sie im Folgenden ausführlich darstellen.

### **Das biografische Video**

Der Therapeut greift die bisherigen Erfahrungen des Jugendlichen (Ressourcen- und Traumaanamnese; biografische Daten) in allgemeiner Form noch einmal auf und verbindet sie mit einem einfachen *Verstehensmodell* für die Folgen traumatischer Erfahrungen. Er bettet seine Darstellung in eine Rahmengeschichte ein, indem er die Biografie des Jugendlichen als Videofilm schildert, den der Therapeut sich in einer Videothek geholt hat.

Ich habe jetzt ganz viel von deiner Vergangenheit gehört. Jetzt will ich dir mal eine Geschichte erzählen und du kannst einfach mal zuhören. Ich habe mir eine Videokassette geholt, da steht „X – Die Geschichte eines Jungen“ (X ist der Name des Jugendlichen) drauf. Du kannst dir vorstellen, dass ich sehr gespannt war, was auf der Videokassette zu sehen ist. Ich habe sie mir angeguckt und folgende Geschichte gesehen: ...

Jetzt erzählt der Therapeut (ganz summarisch) die ihm bekannte Biografie des Jungen nach folgendem *Schema*:

Ein Junge wurde geboren, er war ein tolles, liebenswertes, perfektes Baby. Alle haben sich sehr über den Jungen gefreut, alle haben ihn sehr gerne gehabt. Dann passierten schlimme Dinge (hier jetzt summarisch die traumatischen Erfahrungen einzeln aufzählen) und diese schlimmen Dinge führten dazu, dass der Junge immer mehr schlimme Gefühle bekam. Diese schlimmen Gefühle wurde der Junge nicht mehr los und so konnte er nicht mehr anders reagieren, als er reagiert hat. Er ... (hier Verhaltensauffälligkeiten benennen). So bekam der Junge wegen der schlimmen Gefühle immer mehr Probleme, die er eigentlich gar nicht wollte. Und dann war der Junge x (Alter des Jugendlichen) Jahre alt und wohnt in ... .

Jetzt (weiterhin eingebettet in die Rahmengeschichte des Videofilms) orientiert der Therapeut den Jugendlichen über die Wunderfrage (de Shazer, 2004) auf eine mögliche positive Zukunft.

Und weißt du was, die Geschichte auf dem Video geht weiter. Es passiert fast wie Zauberei etwas völlig Verrücktes. Über Nacht wird alles besser. Der Junge merkt, dass er jetzt (hier beispielhaft positives, konstruktives Verhalten benennen) kann. Ab heute läuft alles so, wie der Junge es möchte. Alles wird gut.

## Die positive Zukunftsvision

Der Therapeut erarbeitet jetzt mit dem Jugendlichen eine positive Zukunftsvision, die darauf beruht, dass der Jugendliche ab heute in der Lage ist, so zu handeln, wie er möchte. Dies geschieht in Form eines *imaginativen Zukunftsbildes*, das ausdrückt, wie sich der Jugendliche seine Zukunft in x Jahren (sein jetziges Alter + 5 (oder 10) Jahre) vorstellt. Dieses Bild wird möglichst intensiv in allen Aspekten imaginativ entfaltet (imaginativ, auditiv, Körperempfindungen, Gefühle, Denken):

*Stell dir jetzt mal vor, bei dir läuft ab heute alles gut, alles so, wie du es eigentlich möchtest. Was wäre in 5 (10) Jahren? Was hättest du dann erreicht?* (Jetzt gemeinsam ein Bild entwickeln, das für eine ausschließlich positive Zukunft des Jungen steht. Dieses Bild muss konstruktiv sein, d. h. eine Zukunft als „größter Dealer am Ort“ ist nicht akzeptabel.

Ganz wichtig ist, dass das imaginative Bild mit einer deutlich spürbar positiven Körperempfindung verbunden ist, ähnlich wie bei einer guten Ressourcen-Installation (siehe Hensel in diesem Buch, Kap. 1.3.2.4). Wo möglich sollte jetzt noch eine positive Kognition (Affirmation) mit dem Bild verknüpft werden, etwa „Ich schaffe es.“. Dieses imaginierte Zukunftsbild wird jetzt (evtl. mehrfach) mit langsamen Augenbewegungen (AB) oder Tapping (< 10 AB) verankert. Dies ist optional bzw. kann auch über andere Methoden (NLP, hypnotherapeutische Techniken) erfolgen.

Christian:

Als ich Christian nach seiner positiven Zukunftsvision frage, sagt er spontan: „Ein großes Haus mit einem großen Garten voller Hanfpflanzen.“ Das kann ich natürlich nicht gelten lassen, und er lacht verschmitzt, als ich dieses Bild infrage stelle. Er findet dann ein anderes Bild, das er „Bora-Bora“ nennt. In diesem Bild sieht er sich auf der Südsee-Insel Bora-Bora in einem Haus auf Stelzen über dem Wasser auf einem Liegestuhl ruhen. Im Haus ist seine Frau und zu seinen Füßen liegt sein Bernadiner. Dieses Bild gefällt ihm außerordentlich, sein Gefühl ist große Zufriedenheit und er spürt eine Leichtigkeit in Armen und Beinen. Wir verankern es zusammen mit dem Satz „Ich habe es geschafft.“.

## Zwischenschritte (mit EMDR) verankern

Nachdem die Zukunftsvision jetzt geklärt und verankert worden ist, gilt es mit dem Jugendlichen zusammen eine konkrete Vorstellung davon zu entwickeln, wie er zu dieser für ihn positiven Zukunft auch gelangen kann. Welche realistischen Zwischenschritte sind notwendig? Diese Zwischenschritte müssen letztlich auf der Handlungsebene benannt werden, d. h. sie sollten so konkret sein, dass sie quasi gefilmt werden können. Aus diesen ganz kleinen Schritten soll dann ein innerer Film für den Jugendlichen werden, der das ursprüngliche Video, das ja heute endet, fortsetzt bis hin zu dem zuvor erarbeiteten positiven Zukunftsbild (in fünf bzw. zehn Jahren).

Okay, jetzt weißt du, wo du hin willst. Lass uns jetzt klären, was du tun kannst, um dein Ziel auch zu erreichen. Was kannst/musst du tun? (Jugendlicher: Ich muss fleißiger in der Schule sein.) Okay, was heißt das, fleißiger sein? Was musst du tun,

um fleißiger zu sein? (Jugendlicher: Ich muss meine Hausaufgaben regelmäßig machen.) Gut, stell dir das jetzt mal vor. Was für ein Bild hast du vor Augen, wenn du dir vorstellst, dass du deine Hausaufgaben regelmäßig machst? usw.

Wenn die Zeit zwischen heute und dem Zukunftsbild des Jugendlichen mit einer realistischen und konstruktiven Abfolge von Szenen erarbeitet ist, bittet der Therapeut den Jugendlichen, nun einen inneren Film mit diesen Szenen bis hin zum Zukunftsbild ablaufen zu lassen und er verankert diesen inneren Film (evtl. mehrfach) mit langsamen Augenbewegungen. Wichtig ist nachzufragen, ob der Jugendliche alle Schritte eingebaut hat.

Christian:

Als konkrete Zwischenstationen zwischen dem Jetzt und seiner Zukunftsvision erarbeiten wir: Hauptschulabschluss machen – ein Jahr Holzfachschule – Arbeit – Geld sparen – Frau finden – Bernadiner kaufen. Wir verankern mehrfach diese Szenen und komplettierten so den Film bis zum positiven Abschlussbild „Bora-Bora“.

### **Die negative Zukunftsvision**

Als nächstes entwickelt der Therapeut analog zum positiven Zukunftsbild ein negatives Zukunftsbild (in allen Modalitäten). Dieses aversive Bild wird mit einer kognitiven Einschätzung („Es lohnt sich nicht.“, „Das ist es (mir) nicht wert.“) verbunden und wieder mit langsamen Augenbewegungen ( < 10 AB) mehrfach verankert. Um Missverständnisse zu vermeiden, wird hier gesagt, dass es nicht um die Verankern des aversiven Bildes geht, sondern um die Koppelung des Bildes mit der persönlichen Entscheidung („Das will ich nicht.“). Damit das Bild seine Wirkung entfalten kann, muss der Jugendliche das Aversive wirklich spüren und es sich nicht nur vorstellen.

Jetzt stell dir mal vor was passiert, wenn es weiterhin so (schlecht) läuft wie bisher. Es geht einfach so weiter. Was ist dann in 5 bzw. 10 Jahren? Welches Bild hast du vor Augen? (Jetzt das Bild genau erarbeiten. Das aversive Gefühl ist dabei sehr wichtig.) Okay, jetzt gehe mal intensiv in dieses Bild hinein, fühle, wie es sich anfühlt und denke dabei: „Das lohnt sich nicht.“

Ich bin immer wieder erstaunt, wie wenig Jugendliche diesem negativen Bild ausweichen. Die allermeisten finden starke Bilder, die sie auch ertragen können.

Christian:

In seiner negativen Vision sah sich Christian im Knast hocken, zusammengepresst in eine Ecke gedrängt und hoffnungslos. Seine Arme und Beine fühlten sich gefangen an. „Da will ich nicht hin.“, war sein kommentierender Satz.

### 3.1.4 Die Motivation für die weitere Arbeit festigen

Die jetzt entstandene Therapiemotivation des Jugendlichen wird nun eingeschätzt und spielerisch „getestet“. Seine Neigung sowohl zum positiven Zukunftsbild wie auch zur Fortsetzung seines alten Verhaltens lässt man (auf einer Skala von 0 bis 10) einschätzen und durchspielen. Falls der Jugendliche keine Neigung zur konstruktiven Entwicklung zeigt, gilt es im Ablauf des Manuals zurückgehen und zu klären, woran es liegt.

Mögliche hilfreiche Ressourcen für diesen Weg, aber auch Schwächen des Jugendlichen und Hindernisse, werden besprochen. Dies kann wiederum unter Verwendung von Sport-Metaphern geschehen.

Was kann dir helfen, dein Ziel zu erreichen? Was hat dir in der Vergangenheit geholfen? Kennst du jemanden, der es geschafft hat? Was kann dich daran hindern, dein Ziel zu erreichen?

Ein größerer Teil von ihm will eine positive Veränderung. Es gibt aber auch einen anderen Teil, dem ist es egal, ob er Ärger kriegt. Es braucht Training, damit der positive Teil sich durchsetzen kann. Training ist manchmal hart, manchmal auch langweilig und braucht Durchhaltevermögen.

Bleibt der Jugendliche in der Opferhaltung („Ich bin ein armes Schwein“-Haltung; „Die anderen sind schuld“) oder glorifiziert bzw. rechtfertigt weiterhin sein Verhalten, dann kann der Therapeut mit der humorvollen Reframing-Übung „Ein Zeichen tragen“ einen weiteren Versuch starten, den Jugendlichen zu gewinnen.

KI: „Immer kriege ich den Ärger, nie die anderen.“

Th: „Weißt du, woran das liegt? Du trägst ein Zeichen auf dem Rücken, auf dem steht „ÄRGERE MICH!“. Die anderen sehen das und wollen dir eine Freude machen. Du scheinst das zu mögen, wenn du in Schwierigkeiten kommst.“

Eine weitere Möglichkeit stellt die Übung „Der kleine Tyrann“ dar, die im Kapitel über das Entwickeln von Selbstkontrolle genauer beschrieben wird.

Jetzt ist der Zeitpunkt erreicht, an dem der Jugendliche sich entscheiden muss, ob er sich auf die Therapie einlassen will. Der Therapeut erinnert ihn an seine eigenen Aussagen zu Beginn („Gib mir zwei bis drei Stunden Zeit, dich kennen zu lernen.“). Manchmal kann es nützlich sein, mit dem Jugendlichen einen Vertrag abzuschließen. Die Motivationsphase sollte nicht länger als zwei bis vier Sitzungen dauern und mit einer klaren Bereitschaft des Jugendlichen zu einer weiteren Zusammenarbeit abgeschlossen werden.

## 3.2 Entwickeln von Selbstkontrolle

Kontrolle über die eigenen heftigen Gefühle, vor allem über Ärger, zu gewinnen und wieder ansatzweise Wahlfreiheit über das eigene extrem reaktive Verhalten zu erlangen, ist das Ziel der zweiten Phase. Bildlich gesprochen geht es darum, das positive Zukunftsvideo wahr werden zu lassen. Aus Sicht der Psychotraumatologie

handelt es sich sowohl bei der mangelnden Regulationsmöglichkeit der intensiven Affekte wie auch bei den quasi automatisierten Reaktionen auf traumabedingte Auslösereize (Trigger) um Traumafolgesymptomatiken. Von besonderer Bedeutung zu Beginn dieser Phase ist es deshalb, dem Jugendlichen ein auf traumatheoretischem Hintergrund verständliches Modell seines auffälligen Verhaltens zu vermitteln. Dies wurde im ersten Teil (Zukunftsfilm) schon ansatzweise entwickelt, als von den schlimmen Gefühlen, die nicht mehr weggingen, die Rede war. Jetzt geht es darum, diesen Prozess zu vertiefen und plastischer werden zu lassen. Therapeut und Jugendlicher entwickeln ein gemeinsames Verstehensmodell des Problemverhaltens des Jugendlichen.

### *3.2.1 Erarbeiten eines traumabasierten Verstehensmodell für das problematische Verhalten*

Stressmännchen-Modell

„Wer hat dich in der Hand?“ (Der kleine Tyrann)

### *3.2.2 Verbesserung der Selbstwahrnehmung*

Frühwarnsystem

Zeitlupe

### *3.2.3 Entscheidungen haben Folgen*

Gute Wahl – Gute Folgen : Schlechte Wahl – Schlechte Folgen

### *3.2.4 Immunisierung gegen Provokationen*

Mauer hochziehen

Comic-Film

Vorbilder

### *3.2.5 Stressreduktion im Alltag und Rückfallprophylaxe*

Bevor wir in den konkreten Aufbau dieser Phase einsteigen, sollen die zugrunde liegenden Zielvorstellungen zusammengefasst werden:

- Entwickeln eines Verstehensmodells für die Dynamik der eigenen Reaktivität.
- Stärken von Kontrollüberzeugungen und Hoffnung.
- Fördern des Gewahrseins für die einzelnen Stufen der Eskalation.
- Erkennen, dass impulsive Reaktionen auch als Entscheidungen verstanden werden können.
- Reaktivität verringern.
- Auslöser (Trigger) desensibilisieren.
- Hoch-Risiko-Situationen vermeiden.
- Lernen, alltäglichen Stress zu reduzieren.

### *3.2.1 Erarbeiten eines traumabasierten Verstehensmodell für das problematische Verhalten*

#### **Stressmännchen-Modell**

Um das innere Geschehen (traumatischer Stress, Reaktivität) anschaulich werden zu lassen, hat es sich bewährt, den Jugendlichen sich selber als große Figur in ein Stressbarometer-Formular malen zu lassen (Abb. 8).



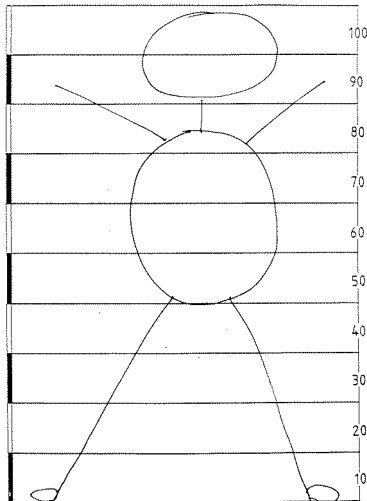


Abb. 8

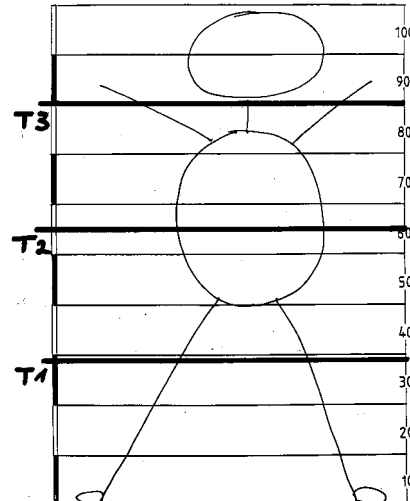


Abb.9

Anhand der eingezeichneten Figur wiederholt der Therapeut die bekannten und schon in Phase Eins benannten traumatisierenden Erfahrungen des Jugendlichen und markiert jede einzelne Erfahrung (T1, T2, T3 in Abb. 9) so mit einem Strich, dass sich die Stressaspekte kumulativ bis unter das Kinn des Jugendlichen aufsummieren.

Deutlich wird so, dass der Jugendliche – quasi ohne eigenes Zutun (Verschulden) – bereits morgens voller alter Spannung steckt und dass es nur noch eines kleinen Auslösers (Kritik, Anmache, etwas klappt nicht, ...) bedarf, um das Fass zum Überlaufen zu bringen und den Jugendlichen reaktiv handeln zu lassen. Unterstellt wird dabei, dass er dieses Verhalten eigentlich nicht will, bisher aber nicht anders konnte. Dieses Modell entlastet den Jugendlichen, macht ihm Mut. Abbau des alten Stresses ist möglich, verdeutlicht noch mal die Ziele der gemeinsamen Arbeit und fördert Selbstkontrollüberzeugungen. Dem dient auch der nächste kleine Baustein

### „Wer hat dich in der Hand?“ (Der kleine Tyrann)

Eine typische Situation aus dem Alltag wird genommen, z. B. eine so genannte Provokation durch einen anderen Jugendlichen (ironisch „Der kleine Tyrann“ genannt). Die Situation wird durch den Therapeuten im Sinne des Stressmodells „reframed“. Der Jugendliche soll überzeugt werden, dass seine Reaktivität ihn zum Sklaven seiner „Feinde“ macht.

Das Vorgehen umfasst fünf Schritte:

1. Die Äußerungen des anderen werden hinterfragt
  - Nehmen wir an, der andere hat die Mutter des Jugendlichen beschimpft, so lässt sich argumentieren: „Was weiß der eigentlich über deine Mutter, um so etwas sagen zu können?“
2. Dem „Feind“ wird eine schlechte Motivation zugewiesen
  - „Der will seine schlechte Laune loswerden und sucht jemanden, den er hochnehmen kann. Dann fühlt er sich ein bisschen besser.“

3. Auf die Schwäche („hohe Reaktivität“) des Jugendlichen selber hinweisen.
  - „Wenn der dich hochbringen will, muss er nur ... sagen. Du scheinst da einen Knopf zu haben, auf den jeder drücken kann und du gehst hoch und kriegst später Probleme.“
4. Auf langfristige Folgen für den Jugendlichen hinweisen.
  - „Wer ist der Depp, wenn du hoch gehst?“ „Wer kriegt den Ärger?“
5. An die Ehre des Jugendlichen appellieren
  - „Wer entscheidet, wie du dich verhältst? Er oder du?“, „Wie kannst du ihm gestatten, dich so hochzubringen?“, „Was kannst du tun, damit die schlechten Gefühle beim anderen bleiben und nicht auf dich überspringen?“

Dieses neue Verstehen kann durch Rollenspiele (mit Rollenwechsel) vertieft werden. Falls beim Jugendlichen spontan eine neue Einschätzung entsteht (*„Ich kann entscheiden, wie ich reagiere. Es ist nicht mein Problem.“*), kann diese mit EMDR verankert werden.

Sobald der Jugendliche verstanden hat, dass sein Gefangensein in der Reaktion sein Problem ist, kann der Therapeut zur nächsten Übung voranschreiten.

### *3.2.2 Verbesserung der Selbstwahrnehmung*

Nachdem der Jugendliche jetzt ein zukunftsweisendes Verständnis der kritischen Situationen entwickelt hat und auf der kognitiven Ebene seine Verantwortlichkeit für seine Reaktionen erkennt, ist es jetzt an der Zeit, mit der praktischen Arbeit zur Verminderung seiner traumabedingten Reaktivität zu beginnen. Für Jugendliche, die von ihren eigenen heftigen Reaktionen überrumpelt werden und sich ihrer inneren Abläufe wenig bewusst sind, sind optional zwei kleine Übungen (Frühwarnsystem und Zeitlupe) an dieser Stelle möglich.

#### **Frühwarnsystem (Imaginative Übung)**

Die metaphorische Gleichsetzung seines impulsiven Ärgers mit einem Einbrecher, der ihm an den Kragen will, vermittelt dem Jugendlichen ein Verständnis von der Notwendigkeit, sich zu schützen und Achtsamkeit für die eigenen Reaktionen zu entwickeln. Nach meiner Erfahrung lassen sich Jugendliche sehr gerne auf diese Übung ein. Im imaginativen Raum wird durchgespielt, wie der Jugendliche einen Einbrecher rechtzeitig entdecken kann und dadurch die Möglichkeit erhält sich zu schützen (Leibwächter, Hunde, Überwachungskameras etc.). Diese Übung stärkt die Kontroll-Überzeugungen des Jugendlichen und motiviert ihn durch die starken Bilder.

#### **Zeitlupe**

Diese Achtsamkeitsübung kann den Jugendlichen darin schulen, erste Anzeichen eines beginnenden problematischen Verhaltens bewusst(er) wahrzunehmen. Am Beispiel eines alltäglichen Auslösers für das Verhalten exploriert der Therapeut ausführlich und genau alle Aspekte der Reaktion des Jugendlichen. Dazu gehören

die Wahrnehmung des Triggers (Schimpfwort des Gegenübers), erste körperliche Reaktionen (Faust ballen o ä.), das unmittelbare Erleben (Erschrecken), die Körperempfindung (Anspannung) und die einsetzenden Verarbeitungsprozesse (z. B. Bedrohungsdenken und die sich daraus ergebenden Erlebensweisen wie Angst, Ärger, Wut sowie die dadurch konditionierten Verhaltensweisen (zuschlagen, weglaufen).

*„Woran merkst du als erstes, dass es schief laufen wird?“*

Um eine Bewusstheit für diese in der Realität bisher automatisiert ablaufenden Prozesse zu erreichen, wird das Filmelement „Zeitlupe“ als Metapher genutzt. Hat sich der Ablauf geklärt, dann soll der Jugendliche diesen „Zeitlupenfilm“ mehrere Male imaginativ ablaufen lassen, dabei den entscheidenden Moment wahrnehmen, in dem er die Kontrolle verliert, und alternative Verläufe und Reaktionsmöglichkeiten ausprobieren. Die Verankerung einer positiven Verhaltensalternative wird wieder durch langsame Augenbewegungen (oder andere Techniken) unterstützt.

### *3.2.3 Entscheidungen haben Folgen*

Dies ist der zentrale Aspekt der Selbstkontrollphase. Es handelt sich um eine imaginative Desensibilisierung, die auf dem bereits in Phase Eins entwickelten positiven und negativen Zukunftsvisionen aufbaut und diese in Beziehung zum aktuellen Problemverhalten setzt.

Nachdem ein gemeinsames Verstehensmodell für die traumabedingten Stressreaktionen etabliert wurde und der Jugendliche über die Module „Frühwarnsystem“ und „Zeitlupe“ eine größere Bewusstheit über seine bisher quasi automatisch ablaufenden dysfunktionalen Reaktionen erworben hat, werden jetzt die langfristigen ungünstigen Folgen dieses Verhaltens in den Blick genommen. Die typischerweise fehlende Zukunftsperspektive dieser Jugendlichen stellt ein klassisches Traumasymptom im Kindes- und Jugendalter dar.

### **Gute Wahl – Gute Folgen : Schlechte Wahl – Schlechte Folgen**

Es handelt sich um eine imaginative Desensibilisierung, die auf der „Zukunftsvision“ (Motivationsphase) aufbaut. Die Impulsivität soll durch Gewahrsein der Folgen des Handelns geschwächt werden, indem die impulsive Reaktion des Jugendlichen als „Entscheidung“ symbolisiert wird und mit dem positiven bzw. negativen Zukunftsbild verbunden wird. Dazu wird eine typische Alltagssituation ausgewählt, die gewöhnlich die unerwünschte Reaktion des Jugendlichen (Ausflippen, Weglaufen) auslöst. Im Sinne der Zeitlupe wird diese Situation (innerpsychisch und äußerlich) entfaltet und mindestens eine positive Verhaltensalternative entwickelt. Nachdem es nun im Bewusstsein des Jugendlichen zwei Handlungsmöglichkeiten auf die „Provokation“ gibt – etwa Ausflippen und „Cool“ bleiben - erläutert der Therapeut das Prinzip

*„Gute Wahl – gute Folgen : Schlechte Wahl – schlechte Folgen“.*

Er verbindet die gute Handlungsweise mit dem positiven Zukunftsbild und die ungünstige Reaktion mit dem negativen Zukunftsbild.

„Du hast mindestens zwei Möglichkeiten zu reagieren. Wenn du dich für das Ausflippen entscheidest, wird dein negatives Zukunftsbild wahr, wenn du dich fürs „Cool-Bleiben“ entscheidest, wird dein positives Zukunftsbild wahr. „

### **„Schlechte Wahl – schlechte Folgen“ - Film**

Nun wird der Jugendliche aufgefordert, einen Film mit folgenden Elementen zu imaginieren:

Die auslösende Situation (aus der Wahrnehmung des Jugendlichen), der folgende innere Prozess (Körperempfindung, Gefühl, Denken, ...) in Zeitlupe, die *Entscheidung* für das ungünstige Verhalten und die negativen Folgen dieser Entscheidung in Form des in Phase Eins entwickelten negativen Zukunftsbildes. Dieses aversive Bild wird wieder gekoppelt mit einer Einschätzung im Sinne von „Es lohnt sich nicht.“ („Das ist es mir nicht wert.“).

Dieser Film besteht aus der Abfolge:

Provokation – dysfunktionales Verhalten – negatives Zukunftsbild mit Kommentar „Es lohnt sich nicht.“

Diese Kombination von ungünstigem Verhalten und negativer Zukunftssicht wird mit langsamen Augenbewegungen begleitend (evtl. mehrfach) verankert. Der Therapeut sollte nachfragen, ob alle Aspekte des Films bei der Verankerung vorhanden waren.

### **„Gute Wahl – gute Folgen“ – Film**

Nach dem gleichen Schema wird nun die auslösende Situation mit einer der zuvor erarbeiteten möglichen positiven Reaktionen (gute Entscheidung) und dem positiven Zukunftsbild (aus Phase Eins) in einem Film gekoppelt. Eine dazugehörige Einschätzung des Jugendlichen könnte lauten „Es lohnt sich.“, „Ich schaffe es.“. Auch dieser Film wird wieder (mehrfach) mit langsamen Augenbewegungen verankert.

Der positive Film besteht aus den Elementen:

Provokation – Entscheidung für angemessenes Verhalten – positives Zukunftsbild (mit Affirmation „Ich schaffe es.“)

### **Film mit offenem Ausgang**

Diesmal gibt der Therapeut nur die triggernde Situation vor und bittet den Jugendlichen, seine spontane Reaktion und das dazugehörige Zukunftsbild auftauchen zu lassen. Bei positivem Ausgang wird die Koppelung „Meisterung der Provokation – Positives Zukunftsbild“ einige Male abgespielt (und evtl. begleitend verankert). Bei negativem Ausgang akzeptiert der Therapeut dies, erinnert wieder an das Prinzip von Wahlfreiheit und Folgen und startet einen neuen Versuch. Der Film wird solange durchgespielt, bis mindestens zweimal hintereinander spontan eine positive Wahl getroffen wurde. Auf diese Weise können dann verschiedene Situationen durchgespielt werden und der Belastungsgrad gesteigert werden. Es ist wichtig, (immer wieder) zu betonen, dass der Jugendliche selber entscheiden kann, wie und wann er diese neuen Fähigkeiten nutzen will. Es darf kein moralischer Druck entstehen, sich so verhalten zu sollen.

## Fallbeispiel

Alicia (13 Jahre)

Alicia steht kognitiv an der Grenze zur geistigen Behinderung. Sie besucht eine Förderschule. Sie ist schon sechs Monate bei mir in Psychotherapie, als sie zum ersten Mal etwas klaut (Pokemonkarten bei Karstadt) und gleich erwischt wird. Weil eine sprachlich orientierte Durchführung der Übung nicht möglich ist, lasse ich sie zunächst die negativen Folgen weiterer Diebstähle malen (Abb. 10).

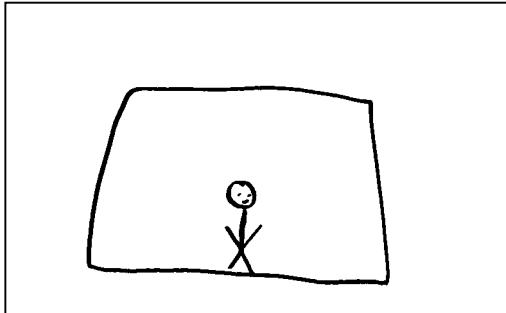


Abb. 10

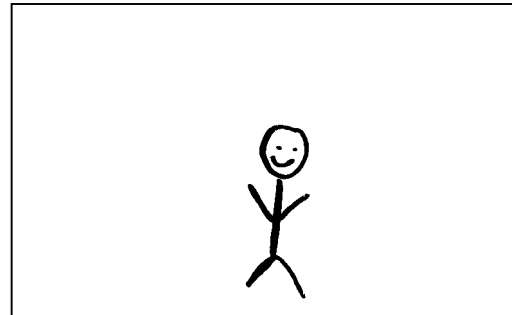


Abb. 11

Sie malt „Alicia im Gefängnis.“ (Abb. 10). Mit Unterstützung durch bilaterale Stimulierung lasse ich sie den emotionalen Gehalt dieses Bildes spüren („schlecht“, „allein“) und verankere mit dem Satz „Das will ich nicht“. Das positive Bild (Abb. 11) „Alicia in Freiheit“ wird gezeichnet. Dann lasse ich sie beide Zukunftsszenarien immer wieder gegeneinander abwägen, bis es in ihr zu einer für mich wahrnehmbaren Entscheidung für die Freiheit kommt. In der nächsten Stunde berichtet sie, dass die Finger im Karstadt schon zugreifen wollten, als ihr das Bild vom Gefängnis gekommen sei und sie sich anders entschieden habe.

### 3.2.4 Imaginative Techniken zur Meisterung von Triggern

Der Jugendliche hat sich jetzt zumindest exemplarisch nicht mehr als Opfer von anderen bzw. Situationen, sondern als Verantwortlicher mit der Freiheit zur eigenen Entscheidung erlebt. Jetzt sollen ihm Möglichkeiten an die Hand gegeben werden, sich vor „Provokationen“ (interpersonellen Triggern) zu schützen, um so seine impulsive Reaktivität weiter zu verringern und interpersonelle Auslöser in ihrer Bedeutung zu „reframen“. Dazu gibt es eine Vielzahl von erprobten Techniken, von denen hier nur eine kleine Auswahl vorgestellt werden soll.

#### **Schutzwall**

Eine typische Alltagssituation, bei welcher in der Vergangenheit das Problemverhalten erfolgte, wird ausgewählt. Der Jugendliche soll imaginativ eine Möglichkeit entwickeln, wie er sich dagegen schützen kann, dass die schlechten Gefühle des Gegenübers auf ihn überspringen und er in nicht gewünschter Weise reagieren muss. Bleiben eigene Ideen aus, kann der Therapeut Vorschläge machen

(„eine durchsichtige Schutzwand“). Das stimmige Bild wird in Form eines inneren Films der Problemsituation mit Augenbewegungen (AB) verankert. Mehrfache Wiederholungen und Variationen verstärken den Effekt.

## **Comicfilm**

Der Jugendliche wird instruiert, dass ihm als Filmemacher für Comicfilme alle Möglichkeiten zur Verfügung stehen. Er soll eine Situation, in der er ungünstig impulsiv reagiert habe, in einen comicartigen Film verwandeln und dabei Lösungen entwickeln.

### Fallbeispiel

Peter (13 Jahre) stellt sich vor, dass seinem „Heimgegner“ in dem Moment, wo dieser ihn verbal attackieren wollte, die Hose runterrutscht. Dieses Bild hatte in der Therapiesitzung einen Lachanfall zur Folge, den Peter auch in der nächsten realen Konfrontation nicht unterdrücken konnte und der sein Gegenüber so verunsicherte, dass dieses spezielle interaktionelle Muster durchbrochen war.

Verankern mit Augenbewegungen, Wiederholungen und spielerisches Variieren schließen diese Übung ab.

## **Vorbild**

Der Jugendliche wählt sich ein Vorbild, das in der Konfliktsituation angemessen reagieren kann. Es kann sich um eine reale Person oder auch einen „Helden“ des Jugendlichen handeln. Nachdem eine konstruktive Reaktion dieser Person in einer für den Jugendlichen schwierigen Situation entwickelt und als innerer Film verankert wurde, soll der Jugendliche im nächsten Durchgang selber in die Rolle dieser Person schlüpfen und in nicht-reaktiver Weise reagieren. In einer dritten Phase imaginiert sich der Jugendliche selber als konstruktiver Akteur. Jeweils wird verankert.

### *3.2.5 Stressreduktion im Alltag und Rückfallprophylaxe*

## **Selbstfürsorge**

Mit dem Jugendlichen wird eine Liste von Aktivitäten und Möglichkeiten erstellt, die sein Wohlbefinden im Alltag verbessern. Eventuelle Hindernisse werden diskutiert. Möglichkeiten, wie der Jugendliche sich vor aufkommendem Stress schützen kann, werden besprochen und eingeübt.

Die Phase zum Erlernen von Selbstkontrolle nimmt mehrere Sitzungen in Anspruch. Sinnvoll kann es sein, immer wieder Einschätzungen (0 bis 100) z. B. für die Kontrollüberzeugungen oder den Therapiefortschritt vornehmen zu lassen. Nachdem der Jugendliche nun ein Gefühl von (möglicher) Kontrolle entwickelt hat und sich in der Beziehung zum Therapeuten ausreichend sicher fühlt, kann die Traumaverarbeitung folgen, falls dies notwendig erscheint.

## **Rückfallprophylaxe**

Künftige Herausforderungen und wie der Jugendliche damit umgehen möchte, werden besprochen. Mit Hilfe der „Gute Wahl – gute Folgen“-Übung kann der Jugendliche immer wieder trainieren, sich aus der Reaktivität zu lösen. Zur Unterstützung kann das EMDR-Ressourcen-Protokoll (Anhang) eingesetzt werden.

### **3.3 Traumabearbeitung mit EMDR**

Traumaexposition mit EMDR ist mit diesen Jugendlichen grundsätzlich möglich, und – wo sie durchgeführt kann – auch erfolgreich (Scheck, Schaeffer & Gillette, 1998). Da es sich aber bei vielen dieser Jugendlichen um komplextraumatisierte Klienten handelt, möchte ich kurz auf die Besonderheiten bei der Anwendung von EMDR eingehen.

Zunächst kann – bei Verdachtsmomenten – ein Screening der dissoziativen Symptomatik mit Hilfe der Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES) (Armstrong et al., 1997) erfolgen. Bei entsprechend hohen Werten (>3; Martinez-Taboas, A. et al., 2004) ist eine unmittelbare Traumaexposition mit zentralen traumatischen Erinnerungen sicher nicht sinnvoll, da mit dissoziativen Unterbrechungen des EMDR-Prozesses gerechnet werden muss. Das Vorliegen einer dissoziativen Störung sollte diagnostisch abgesichert werden und Übungen zur Affektregulation vorderhand durchgeführt werden. Cloitre et al. (2002) konnten zeigen, dass die Kombination aus einer guten therapeutischen Allianz und der Fähigkeit, die eigenen Affekte zu regulieren, entscheidend für den Erfolg der späteren Traumakonfrontation waren.

Nach der Abklärung dissoziativer Reaktionsmuster geben folgende drei Kriterien eine erste grobe Einschätzung, ob eine Traumakonfrontation mit Aussicht auf Erfolg durchgeführt werden kann:

- Ist der Jugendliche in der Lage, strukturiert und (halbwegs) funktional seinen Alltag zu bewältigen?
- Lässt sich imaginativ ein konstanter Sicherer Ort etablieren?
- Ist der Jugendliche in der Lage, über seine traumatischen Erfahrungen zu sprechen?

Können alle drei Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, steht der Arbeit mit EMDR nach dem Standard-Protokoll grundsätzlich nichts mehr im Wege. Das heißt aber nicht zwingend, mit der frühesten traumatischen Erfahrung beginnen zu müssen. Gemeinsam mit dem Jugendlichen wird die Abfolge der Targets festgelegt. Es ist möglich, zunächst mit aktuellen Auslöser-Situationen zu beginnen, mit der am wenigsten belastenden Erfahrung aus der Trauma-Anamnese, aber auch mit der frühesten oder schlimmsten Erinnerung, wenn der Jugendliche dies wünscht und er dem Therapeuten ausreichend ressourcenhaft und stabil erscheint.

Alternativ zur unmittelbaren Traumakonfrontation sind folgende Vorgehensweisen möglich:

- Es wird eine verlängerte Stabilisierungsphase durchgeführt. Dies kann eine Vielzahl von Interventionen umfassen. Äußere Stabilisierung ebenso wie das Einüben von Affektregulierung, den Aufbau von Ressourcen etc.
- Das umgedrehte Standard-Protokoll (Hofmann, 2006). Hier arbeitet der Therapeut die drei Zeitpunkte des Protokolls (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft) in umgekehrter Reihenfolge ab.
  - Das heißt, dass im ersten Schritt der Jugendliche die vor ihm liegenden „kleinen“ Herausforderungen mit Hilfe von aktivierten und verankerten Ressourcen meistern lernen soll (siehe Ressourcen-Protokoll im Anhang).
  - Im nächsten Schritt werden Auslösersituation für traumabedingte Abläufe und Verhaltensweisen (Impulsivität) mit EMDR bearbeitet. Hierbei ist darauf zu achten, dass eventuell auftretende Affektbrücken zu traumatischen Erinnerungen vom Therapeuten aktiv unterbrochen werden.
  - Abschließend können dann – möglicherweise – die früheren traumatischen Erfahrungen prozessiert werden.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass bei der EMDR-Arbeit mit Komplextraumatisierten die Ressourcen-Arbeit aktiver, kreativer und eventuell umfangreicher sein muss. Beispielweise kann es sinnvoll oder nötig sein, dass der Bezugserzieher des Jugendlichen bei der Behandlung dabei ist, oder dass vor der Konfrontation imaginative Bewältigungsfantasien erprobt und verankert werden.

Interessant sind in diesem Zusammenhang die vorläufigen Daten einer großen Studie (in Greenwald, 2004). Von den 300 (länger als sechs Monaten inhaftierten) Jugendlichen im Alter zwischen 13 bis 17 Jahren, die nach dem MASTR-Manual behandelt wurden, prozessierte nur ungefähr *jeder zweite Jugendliche (46%)* biografische traumatische Erinnerungen. Dieses Ergebnis kann man auf zwei Arten interpretieren:

- Die Vorbereitungsphase war zu kurz, so dass viele Jugendliche die Traumakonfrontation verweigerten.
- Die Vorbereitungsphase war zu lang, so dass keine Zeit mehr für die Arbeit mit EMDR blieb.

Beide Möglichkeiten weisen auf die Wichtigkeit einer ausreichenden stabilisierenden Vorbereitung hin.

Folgt man der Struktur des EMDR-Standard-Protokolls, so entsprechen die beiden ersten Phasen des MASTR-Manuals in etwa den beiden ersten Phasen des Standard-Protokolls. Bevor wir jetzt in Phase drei des MASTR-Protokolls einsteigen, ist es wichtig, vor der Traumakonfrontation mit EMDR sich noch einmal explizit das informierte Einverständnis des Jugendlichen einzuholen und das gemeinsame Verstehensmodell für die Arbeit (Stressmännchen) zu bekräftigen. Außerdem muss ein Sicherer Ort verankert werden.

Da das konkrete Vorgehen bei der Arbeit mit EMDR ist an anderer Stelle ausführlich beschrieben (Hensel, 2007), möchte ich mich hier auf Beispiele beschränken.



## Arbeit mit aktuellen Triggern

Kevin (14 Jahre):

Kevin hatte am gleichen Morgen, an dem die Sitzung stattfand, einen Konflikt mit seinem Lehrer gehabt, in dessen Verlauf er sich aus der Schule entfernte. Bestimmte „abfällige“ Worte des Lehrers hatten ihn so verletzt, dass er den Schmerz nicht mehr aushielt und weglief. Kevin ärgerte sich über sich selber, dass er sich von „dem blöden Kerl“ so auf die Palme bringen ließ, dass er abhauen musste. So war er motiviert zu arbeiten. Nach der Etablierung des Sicheren Ortes wählten wir im Sinne des EMDR-Standardprotokolls den „schlimmsten Moment“ des Vorfalles (als der Lehrer sagte: „Womit denkst du eigentlich?“) als Ausgangspunkt für die Prozessierung mit EMDR aus und erarbeiteten die zugehörigen Aspekte (negative Selbsteinschätzung „Ich halte das nicht aus.“, positive Selbsteinschätzung „Ich kann standhalten.“, das dazugehörige Gefühl „Wut“ sowie das resonierende Körperempfinden „riesige Anspannung in den Armen und Beinen). Der Belastungsgrad (SUD) für Kevin betrug 8. Die Prozessierungsphase erstreckte sich über rund 20 Minuten, in deren Verlauf Kevin zunächst auf der imaginativen, dann auch auf der emotionalen Ebene Distanz zu diesem Lehrer gewann. Während der Prozessierung traten keine Affektbrücken oder Assoziationen zu anderen Situationen auf. Der Belastungsgrad sank auf 1.

Verankert wurde „Ich bestimme, was ich mache.“, der VoC betrug 6. Der Körpertest zeigte eine minimale Anspannung in Armen und Beinen, die sich nach einigen Augen-bewegungssets auflöste.

Diese eine Sitzung bewirkte, dass Kevin danach seine Fluchtendenzen (Affektregulation) deutlich besser unter Kontrolle hatte.

## Arbeit mit traumatischen Erinnerungen

Christian:

*Christian zeigte wenig Interesse, sich mit seinem alltäglichen dysfunktionalen Verhalten auseinander zu setzen, war aber offen, mit seinen „schlimmen Erinnerungen“ zu arbeiten. Das Stressmännchen-Modell erschien ihm plausibel und er wollte unbedingt einen guten Schulabschluss schaffen. So „drängte“ er mich, bald EMDR zu machen. Aus der Liste der Ereignisse der Trauma-Anamnese (Abb. 8) wählte er sich in jeder Sitzung, nachdem wir die Ergebnisse der vorherigen EMDR-Arbeit evaluiert (und gegebenenfalls nachbearbeitet) hatten, eine neue Situation aus.*

In der folgenden Tabelle ist unsere Trauma-Arbeit zusammen gefasst (Abb. 12):

Abb. 12: Inhalte und Ergebnisse der EMDR-Sitzungen mit Christian

Sitzung	Trauma (Alter)	SUD bei Anamnese	SUD vor EMDR	SUD nach EMDR	SUD bei Evaluation
7.	Bedrohung durch einen Hund (2-3 J)	4	7	0	1: 0,5 2: 0
8.	Erpressung durch einen Mitschüler (7 J)	7-8	6	0,5	0
9.	1. Polizei sucht Waffen (5 J)	7-8	7-8	0,5	0
	2. Vater schlägt seinen Hund (5 J)	---	6-7	0,5	0
10.	Vater hält ihn über eine Schleuse (6 J)	8-9	7-8	0,2	0,2
12.	Vater schlägt ihn mit einem Gürtel (5-6 J)	7	5-6	0	0,5

Wie man sehen kann, war die Prozessierung durchgängig erfolgreich. Der Belastungswert (SUD) reduzierte sich von durchschnittlich 6,6 auf 0,3. Christian prozessierte immer auf die gleiche Weise. In seinem Kopf entstanden spontan Filme, welche die Ausgangssituation nach und nach „zu einem guten und entspannten Ende“ führten. Sei es, dass sein Vater ihm das Geld, das sein Klassenkamerad von ihm verlangte, einfach gab und die Bedrohung dadurch behoben war, sei es, dass der Vater sich beruhigte und sie zusammen Angeln gingen. Jeder neue Assoziationskanal brachte eine neue Geschichte hervor. Keiner der imaginären Filme in seinem Kopf entsprach den realen damaligen Abläufen. Ich war zunächst skeptisch gewesen, ob es sich nicht um reine Wunscherfüllung oder Vermeidung handeln könnte, aber Christian versicherte mir glaubhaft, dass er „einfach nur zuschauen“ und dass die alten Bilder wirklich ihre Schrecken verlören. In der 9. Sitzung tauchte spontan eine neue Situation, wie sein Vater seinen Hund schlägt, auf, die wir sofort prozessierten.

Aus zeitlichen Gründen (Stundenausfall wegen Prüfungen, Krankheit etc.) konnten wir die beiden letzten Erinnerungen der Trauma-Liste (Abb. 8) nicht bearbeiten, aber Christian versicherte, dass diese Erinnerungen ihn jetzt nicht mehr so belasten würden. Der ganze „Kram“ sei jetzt vorbei für ihn. Das wichtigste sei ihm, dass er seine Prüfung sehr gut bestanden habe und nach den Ferien seine Lehre als Schreiner beginnen werde.

Gefragt, was ihm die Behandlung denn gebracht habe, antwortet er, dass sein Einnässen aufgehört habe und er jetzt nicht mehr so schnell ausflippe (Affektkontrolle). Außerdem mache es ihm Spaß, immer wieder an Bora-Bora (sein Zukunfts-Video) zu denken.

Die objektivierende Diagnostik (CBCL-Fragebogen; Depressionsdiagnostik; Aggressives Verhalten; Lehrerfragebogen; Verhaltensbeobachtung auf täglicher Basis durch die Bezugserzieher) zeigte keine positive Veränderung während der

viermonatigen Therapiedauer. Der Haschisch-Konsum ging allerdings deutlich zurück.

Die neun Monate später durchgeführte Katamnese brachte dann doch überraschende Ergebnisse: Christian hatte sich erheblich stabilisiert. Außer zwei deutlichen Rückfällen hatte es keine Drogenepisoden mehr gegeben. Christian war in seiner Lehre stabil und zuverlässig in Anwesenheit und Leistung. In der Gruppe war er jetzt eher zu einem ruhenden Pol geworden.

Trauma-Arbeit mit Jugendlichen ist so unterschiedlich wie die Jugendlichen selber. Während Kevin (siehe Fallbericht oben) schon in der Anamnese bei seiner zentralen traumatischen Erfahrung (dem Tod seiner Mutter im Alter von vier Jahren) spontan und heftig auf allen Kanälen ausdrückte, dass er daran nie wieder erinnert werden wollte, und wir uns deshalb nur mit seinen gegenwärtigen Problemen und seine Zukunftshoffnungen befassten, war Christian der ideale EMDR-Arbeiter. Bei beiden ließen sich Veränderungen zunächst nicht durch objektivierende Diagnostik feststellen. Dies stimmt mit Ergebnissen der Studie von Greenwald (in Vorb.) überein, in der es auch keine messbare Reduktion der PTBS-Symptome gab. Mittelfristig zeigten sich aber deutliche stabilisierende und orientierende Effekte bei beiden Jugendlichen. Kevin schaffte den Sprung auf die extreme Schule und einen befriedigenden Abschluss, während Christian alle mit seiner Durchhaltekraft beeindruckte.

Nach meiner Einschätzung sind es – neben der EMDR-Arbeit – vor allem das nicht-bewertende gemeinsame Verstehen der Symptomatik (Stressmännchen) und die wieder erlebbare Zukunftsperspektive (Zukunfts-Video), die den Jugendlichen Mut machen und ihnen eine Richtung für ihr Leben geben.

Last not least macht mir diese Art von therapeutischer Arbeit einfach großen Spaß, und dass mit einer Klientel, die als anstrengend, unkooperativ und widerständlerisch verschrien ist. Für die Zukunft ist dieses Manual sicher ausbaufähig. Ich glaube, dass der Tatsache der Komplextraumatisierung vieler dieser Jugendlichen stärker Rechnung getragen muss und der Ressourcen- und Stabilisierungsteil noch besser gestaltet werden kann (Storch & Riedener, 2005).

#### 4. Literaturverzeichnis

- Armstrong, J., Putnam, F. W., Carlson, E., Libero, D. & Smith, S. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experience Scale. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 185, 491-497.
- Arroyo, W. (2001). PTSD in children and adolescents in the juvenile justice system. In S. Eth (Ed.), *Review of psychiatry*, 20 (1), PTSD in children and adolescents. Washington, DC: American Psychiatric Publishing 59-86.
- Hosser, D. & Bosold, C. (2005). Posttraumatische Belastungsstörung bei Inhaftierten. In *Praxis der Rechtspsychologie. Themenschwerpunkt: Posttraumatische Belastungsstörung im Kindes- und Jugendalter*, 15 (1), 68-84.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R. & Han, Hyemee (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1067-1074.

- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J. et al. (Eds.) (2003). Complex Trauma in Children and Adolescents. *White paper from the National Child Traumatic Stress Network*.
- Cuffe, S. P. et al. (1998). Prevalence of PTSD in a Community Sample of Older Adolescents. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, Vol. 37, No. 2, 147-154.
- Datta, P. C. & Wallace, J. (1996). Enhancement of victim empathy along with reduction in anxiety and increase of positive cognition of sex offenders after treatment with EMDR. *Paper presented at the 11th annual symposium in forensic psychology, San Francisco*.
- De Shazer, S. (2004). *Der Dreh*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Dreiner, M. & Fischer, G. (2003). Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen (MPTT-KJ). *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1(4), 61-77.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenwald, R. (2000). A trauma-focused individual therapy approach for adolescents with conduct disorder. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44, 146-163.
- Greenwald, R. (2001). *EMDR in der psychotherapeutischen Behandlung mit Kindern und Jugendlichen*. Paderborn: Junfermann.
- Greenwald, R. (2002). Motivation-adaptive skills-trauma resolution (MASTR) therapy for adolescents with conduct problems: an open trial. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 6, 237-261.
- Greenwald, R. (2004). Motivation-Adaptive Skills-Trauma Resolution (MASTR) Protocol for acting out adolescents (and adults). Workshop Handout.
- Greenwald, R. (2005). *Child Trauma Handbook*. A guide for helping trauma-exposed children and adolescents. New York: Haworth Press.
- Greenwald, R. (2006). EMDR with traumatized youth. In N. Webb (Ed.), *Helping traumatized children and youth in child welfare: Perspectives of mental health and children's services practitioners*. New York: Guilford, 246-264.
- Greenwald, R., Lundberg, D. & Smyth N. (Manuscript in preparation). *Trauma treatment for reduction of problem behaviors in an adolescent residential facility*.
- Harris, W. W., Putnam, F. W. & Fairbank, J. A. (2004). Mobilizing trauma resources for children. *Presented at the meeting of the Johnson and Johnson Pediatric Institut, San Juan, February 12-16, 2004*.
- Hensel, T. (Hrsg.) (2007). *EMDR mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe
- Hofmann, A. (2006). *EMDR*. (3. Auflage) Stuttgart: Thieme.
- Kazdin, A. (1997). Practitioner review: Psychosocial treatment for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 2, 161-178.
- Kazdin, A. E. (2000). Treatments for aggressive and antisocial children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 841-858.
- Körkel, J. & Veltrup, C. (2003). Motivational Interviewing: Eine Übersicht. *Suchttherapie*, 4, 115-124.
- Lauth, M. (2001). Antisoziales Verhalten im Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 29(4), 297-311.
- Loeber, R. et al (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part 1. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1468-1484.

- Mahoney, K., Ford, J. D., Ko, S. J. & Siegfried, C. B. (2004). Trauma-focused interventions for youth in the juvenile justice system. *Paper from the National child traumatic network, juvenile justice working group*. (Verfügbar unter: [www.NCTSNet.org](http://www.NCTSNet.org)).
- Martinez-Taboas, A. et al. (2004). The psychometric properties of a shortened version of the Spanish adolescent dissociative experience scale. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5 (4), 33-54.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg: Lambertus (engl. Motivational Interviewing: Preparing people for change (1991). New York: Guilford Press).
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-coursepersistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review* 100, 674-701.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H. & Milne, B. J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow up at 26 years. *Development and Psychopathology*, 14, 179-207.
- Petermann, F., Döpfner, M. & Schmidt, M. (2001). *Aggressiv-dissoziale Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. M. Eisler & P. M. Miller (Eds.), *Progress on behavior modification*. Sycamore, IL: Sycamore Press.
- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamische Imaginative Traumatherapie*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Roth, M. & Bartsch, B. (2004). Die Entwicklungstaxonomie von Moffitt im Spiegel neuerer Befunde. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 53 (10), 722-737.
- Scheck, M. M., Schaeffer, J. A. & Gillette, C. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of EMDR. *Journal of traumatic Stress*, 11, 1, 25-44.
- Schubbe, O. (2002). EMDR in der Psychotherapie mit traumatisierten Jugendlichen. In: Berufsverband der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (bkj) (Hrsg.). *Viele Seelen wohnen doch in meiner Brust*. Münster: Verlag für Psychotherapie, 181-194.
- Shapiro, F. (1998). *EMDR – Grundlagen und Praxis*. Paderborn: Junfermann.
- Shapiro, F. (2003). *EMDR: Adaptive information processing*. Papier des EMDR Institut USA.
- Siegfried, C. B. & Ko, S. J. (2005). Addressing child trauma in juvenile justice and residential settings. *Child Welfare League of America Link* 4, no. 1.
- Sobermann, G. B., Greenwald, R. & Rule, D. L. (2003). A controlled study of EMDR for boys with conduct problems. In: R. Greenwald (Ed.), *Trauma and Juvenile Delinquency*. New York: Haworth.
- Steil, R. (2003). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. Maerker, a. (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung*. Springer: Berlin, 282-307.
- Steiner, H., Garcia, I. G. & Matthews, Z. (1997). Posttraumatic Stress Disorder in incarcerated juvenile delinquents. *Journal of american academy of child and adolescent psychiatry*, 36, 3, 357-365.
- Storch, M. & Riedner, A. (2005). *Ich packs! – Selbstmanagement für Jugendliche*. Ein Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Züricher Ressourcen Modell. Bern: Huber.

Van der Kolk, B. (2005). Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for chronically traumatized children. *Psychiatric Annals*, 35 (5), 401-408. (verfügbar unter [www.kindertraumainstitut.de](http://www.kindertraumainstitut.de) Link: Aktuelles)

Wood, J., Foy, D., Goguen, C., Pynoos, R. & Boyd, J. C. (2002). Violence exposure and PTSD among delinquents girls. *Journal of aggression, maltreatment and trauma*, 6 (1), 109-126.