

Aus der Abteilung für Psychosomatische Medizin
Prof. Dr. Thomas H. Loew
der Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

ARTISTA – AutoRegolazione contro disturbo post-Traumatico Integrando SandplayTerapia
Assistita – Selbstregulation gegen posttraumatische Belastungsstörung mittels assistierter
Sandspieltherapie. Ein Konzept zur Reduktion von Traumafolgestörungen bei Kindern und
Jugendlichen nach Naturkatastrophen – Eine Praktikabilitätsstudie in Mittelitalien.

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Ida Montanari

2023

Aus der Abteilung für Psychosomatische Medizin
Prof. Dr. Thomas H. Loew
der Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

ARTISTA – AutoRegolazione contro disturbo post-Traumatico Integrando SandplayTerapia
Assistita – Selbstregulation gegen posttraumatische Belastungsstörung mittels assistierter
Sandspieltherapie. Ein Konzept zur Reduktion von Traumafolgestörungen bei Kindern und
Jugendlichen nach Naturkatastrophen – Eine Praktikabilitätsstudie in Mittelitalien.

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Ida Montanari

2023

Dekan: Prof. Dr. Dirk Hellwig

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Thomas H. Loew

2. Berichterstatterin: Prof. Dr. Karin Tritt

Tag der mündlichen Prüfung: 13.11.2023

Inhaltsverzeichnis

1. Abstract	6
2. Einleitung	8
2.1. Entwicklung des Traumabegriffs im 19. und 20. Jahrhundert: der Weg zur psychosomatischen Krankheitsentität	8
2.2. Pathophysiologische Grundlagen der Posttraumatischen Belastungsstörung.....	13
2.3. Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung: Genese und therapeutische Ansatzpunkte.....	16
2.4. Die Posttraumatische Belastungsstörung im Kindes- und Jugendalter.....	20
2.4.1. Auswirkungen auf die Emotionsregulation	20
2.4.2. PTBS-Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen – diagnostische Herausforderungen	22
2.4.3. Erhebung der PTBS-Symptome bei Kindern und Jugendlichen im TraumaHelfer-Konzept.....	33
3. Therapiemethoden des TraumaHelfer-Projektes („OT-AVO“)	43
3.1. Grundsatz: über den Körper zur Erinnerung und umgekehrt.....	43
3.2. Entschleunigtes Atmen.....	44
3.3. Short universal regulative exercise (SURE)	46
3.4. Bilaterale Stimulation.....	47
3.5. Synoptische Beurteilung von Entschleunigtem Atmen, SURE und bilateraler Stimulation	51
3.6. Musik und Bewegung im TraumaHelfer-Modell.....	51
3.7. Sandspieltherapie	55
3.8. Narrative Expositionstherapie	59
3.9. Liegende Acht	66
4. Praktikabilität des TraumaHelfer-Projektes in Mittelitalien: Ergebnisse	67
4.1. Die Problematik des Raumes: Schule als therapeutisches Setting.....	67
4.2. Beteiligte Einrichtungen und Rekrutierung des Personals für das TraumaHelfer-Projekt	71
4.3. Wissenschaftliche Betreuung des Projektes und Studiendesign	73
4.4. Übersicht Aufgabenverteilung im OT-AVO Projekt für Mittelitalien.....	75

4.5. Schulungskonzept für TraumaHelfer bei Erdbeben in Mittelitalien	76
4.6. Durchführung des TraumaHelfer-Projektes	79
4.7. Datenfluss und Datenmanagement.....	83
5. Diskussion	85
6. Schlussfolgerungen aus Ergebnissen und Diskussion.....	87
7. Anhang	88
7.1. RETROS – Fragebögen: italienische Versionen	88
7.1.1. Muster Fragebögenübersicht „RETROS – Set“	88
7.1.2. Muster RETROS-Fragebogen für den Lehrer des Kindes: Modulo RETROS per l’insegnante del bambino (RETROS-BI).....	89
7.1.3. Muster RETROS-Fragebogen für den Betreuer des Kindes: Modulo RETROS per il tutore del bambino (RETROS-BT).....	91
7.1.4. Muster RETROS-Fragebogen für den Elternteil des Kindes: Modulo RETROS per il genitore del bambino (RETROS-BG)	93
7.1.5. Muster RETROS-Fragebogen für den Lehrer des Jugendlichen: Modulo RETROS per l’insegnante dell’adolescente (RETROS-AI)	96
7.1.6. Muster RETROS-Fragebogen für den Betreuer des Jugendlichen: Modulo RETROS per il tutore dell’adolescente (RETROS-AT)	98
7.1.7. Muster RETROS-Fragebogen für den Elternteil des Jugendlichen: Modulo RETROS per il genitore dell’adolescente (RETROS-AG).....	101
7.1.8. Muster RETROS-Selbstauskunft-Fragebogen für den Jugendlichen: Modulo RETROS per l’autocertificazione dell’ adolescente (RETROS-AA).....	104
7.2. RETROS – Fragebögen: deutsche Originale	107
7.2.1. Muster Fragebögenübersicht „RETROS – Set“	107
7.2.2. Muster RETROS-Fragebogen für den Lehrer des Kindes (RETROS-KL).....	108
7.2.3. Muster RETROS-Fragebogen für den Betreuer des Kindes (RETROS-KB)	109
7.2.4. Muster RETROS-Fragebogen für den Elternteil des Kindes (RETROS-KE).....	110
7.2.5. Muster RETROS-Fragebogen für den Lehrer des Jugendlichen (RETROS-JL)	111
7.2.6. Muster RETROS-Fragebogen für den Betreuer des Jugendlichen (RETROS-JB).....	112
7.2.7. Muster RETROS-Fragebogen für den Elternteil des Jugendlichen (RETROS-JE)....	113
7.2.8. Muster RETROS-Selbstauskunft-Fragebogen für den Jugendlichen (RETROS-JS). 114	
7.3. Informationsbroschüren für die Schulen	115
7.3.1. Informationsbroschüre für die Schulen: Fassung in deutscher Sprache	115
7.3.2. Informationsbroschüre für die Schulen: Projektversion in italienischer Sprache....	129

7.4. Informationsbroschüren für die Eltern	141
7.4.1. Informationsbroschüre für die Eltern: Fassung in deutscher Sprache	141
7.4.2. Informationsbroschüre für die Eltern: Projektversion in italienischer Sprache	151
7.5. Kurzfassungen Informationsbroschüren für die Eltern	161
7.5.1. Kurzfassung Informationsbroschüre für die Eltern: Fassung in deutscher Sprache	161
7.5.2. Kurzfassung Informationsbroschüre für die Eltern: Projektversion in italienischer Sprache	171
7.6. Informationsbroschüren für die Behörden	180
7.6.1. Informationsbroschüre für italienische Behörden.....	180
7.6.2. Kurzfassung Informationsbroschüre für italienische Behörden	184
7.7. Schulungs-DVD „Pronto soccorso per l’animo“ („Erste Hilfe für die Seele“).....	187
7.7.1. DVD-Text in italienischer Sprache	187
7.7.2. DVD-Broschürentext in italienischer Sprache	211
8. Literaturverzeichnis.....	227
9. Danksagung	

1. Abstract

Ziel

Diese Arbeit erforscht die medizinische Fundiertheit eines multimodalen, nonverbalen, körperorientierten, kreativ-spielerischen Therapiekonzeptes („TraumaHelfer-Modell“) gegen Posttraumatische Belastungsstörung im Kindes- und Jugendalter. Darauf aufbauend wird dessen Praktikabilität im mittelitalienischen Kulturraum im Kontext von Erdbebenkatastrophen hinsichtlich kultureller, organisatorischer, sowie forschungsethischer Aspekte untersucht.

Methoden

Der Beitrag von Wissenschaftlern des 19. und 20. Jahrhunderts zu einem organisch-neurowissenschaftlichen Verständnis der Posttraumatischen Belastungsstörung wird hervorgehoben. Davon ausgehend werden die allgemeine sowie die altersgruppenspezifische PTBS-Symptomatik dargelegt. Das im TraumaHelfer-Modell vorgesehene Screeninginstrumentarium zur Erhebung traumabezogener Symptome bei Kindern und Jugendlichen durch unterschiedliche Bezugspersonen (Lehrer, Betreuer, Elternteil, Selbstauskunft bei Jugendlichen) wird auf Kongruenz hinsichtlich neurowissenschaftlicherseits postulierter Diagnosekriterien sowie -strategien untersucht. Anatomische und physiologische Wirkprinzipien der Therapiemethoden des TraumaHelfer-Modells (Entschleunigtes Atmen, SURE, bilaterale Stimulation, Musik und Bewegung, Sandspieltherapie, narrative Expositionstherapie, liegende Acht) werden herausgearbeitet. Die Relation dieser Therapiemethoden zu bis heute relevanten Erkenntnissen der Jahrhundertwende wird aufgezeigt.

Zum Zwecke einer erfolgreichen Umsetzung des TraumaHelfer-Modells nach Erdbeben in Mittelitalien werden lokale Schlüsselorganisationen für die Rekrutierung von TraumaHelfern und von Psychotherapeuten sowie für die Projektdurchführung identifiziert. Ein mögliches Zusammenspiel dieser Strukturen, auch zum Zwecke einer wissenschaftlichen Auswertung der erhobenen Daten, wird skizziert und ein grundlegendes Konzept zum datenschutzbezogene Projektmanagement erarbeitet. Kulturspezifische Anpassungen kreativer Elemente des Therapieprojektes werden untermauert.

Ergebnisse

Das im TraumaHelfer-Modell vorgesehene Screeninginstrumentarium berücksichtigt wesentliche Kinder-Diagnosekriterien des DSM-5 sowie DTD-Kriterien nach van der Kolk et al.

Die Auffassung der traumaassoziierten Dissoziation seitens Pierre Janet ist kongruent mit aktuellen Gedächtnismodellen und deren Rolle in der Pathogenese der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen nach Naturkatastrophen in Mittelitalien. Die Therapiemethoden des TraumaHelfer-Modells unterstützen die Überführung traumatischer Erinnerungen in das episodische Gedächtnis, zum einen als symptomatische Intervention durch vegetative Stabilisierung; zum anderen erfolgt durch sie eine direkte kognitive Verarbeitung des Geschehenen, die ihrerseits eine Symptomkontrolle erwirkt.

Das Zusammenspiel von italienischem Katastrophenschutz, der Protezione Civile, lokalen Schulen und Schulbehörden sowie staatlichen Strukturen ermöglicht die Durchführung des Therapieprojektes im Katastrophensetting durch qualifiziertes Personal zum Zwecke des Schutzes von Minderjährigen in einem Kontext erhöhter Vulnerabilität. Die Nutzung der Schulen als Schlüsselstrukturen in der Organisation und Durchführung des Projektes stellt eine teambildende Maßnahme dar, die in Kontinuität zu nach Erdbeben in Mittelitalien bereits stattgefundenen Therapieprogrammen steht. Das TraumaHelfer-Modell harmoniert aufgrund der nonverbalen Therapieinterventionen mit der inklusiven Einstellung des italienischen Schulsystems gegenüber Schülern mit Behinderung. TraumaHelfer-Schulungen sowie die Projektimplementierung können im Erbebensetting bei mangelnder Zugänglichkeit der Schulgebäude in entsprechenden Zeltstrukturen sowie provisorischen Schulgebäuden erfolgen.

Die wissenschaftliche Datenauswertung könnte wertvolle epidemiologische Aussagen zur erdbebenassoziierten Traumabelastung in spezifischen Altersgruppen und nach Geschlechtern in Mittelitalien liefern und die gezielte Förderung von bereits bestehenden staatlichen Programmen zur Förderung psychosozialer Gesundheit ermöglichen.

Limitierungen

Wiederkehrende Erdbebenstöße können die logistische Durchführung des Projektes sowie dessen therapeutischen Erfolg behindern, da sie ein re-traumatisierendes Potential aufweisen. Die Einhaltung grundlegender Prinzipien des Datenschutzes (Integrität, Vertraulichkeit, Verfügbarkeit) ist prinzipiell auch unter den logistischen Bedingungen des Katastrophenfalls möglich, könnte jedoch durch die oben beschriebene Gefahr einer mangelnden räumlichen Kontinuität erschwert sein. Eine Erstimplementierung in Form eines Pilot-Projektes wäre erforderlich, um hierfür praktikable Lösungen zu eruieren und um den Einfluss wiederkehrender Erdbebenstöße auf die Symptomatik zu untersuchen.

2. Einleitung

2.1. Entwicklung des Traumabegriffs im 19. und 20. Jahrhundert: der Weg zur psychosomatischen Krankheitsentität

Die heute anerkannte Definition der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ist das Ergebnis einer über 150-jährigen hürdevollen Beobachtung und Erforschung der Symptome von Menschen, die extrem belastenden Ereignissen in ihrem Leben ausgesetzt waren. Auf dem Weg hin zu der heute gültigen Auffassung der posttraumatischen Belastungsstörung sind der Wissenschaft mitunter auch Fehleinschätzungen unterlaufen. Diese beruhten zum einen auf wissenschaftlichen Interferenzen mit der sich um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert entwickelnden Psychoanalyse, zum anderen auf dem zeitgleich verbreiteten sozialdarwinistischen Zeitgeist. Beide Formen der Fehldeutung traumaassoziiierter Symptomatik haben sich lange und teils auch ineinander verzahnt in das vergangene Jahrhundert hinein fortgepflanzt. (1,2)

Grundsätzlich bezeugen bereits literarische Werke aus der griechischen Antike das Bewusstsein der damaligen Menschheit um die verheerenden Folgen traumatisierender Erlebnisse, beispielsweise in Form von furchteinflößenden Erinnerungen, Arousal und Vermeidungsverhalten. Auch in der nachfolgenden westlichen Literatur bleibt das psychische Trauma ein zentrales Thema. (2 S.19)

Erste Ansätze der Beschreibung des psychischen Traumas als Krankheitsentität lieferte der französische Psychiater Briquet 1859, indem er den Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen in der Kindheit und nach der damaligen wissenschaftlichen Auffassung als Hysterie eingeordneten Symptomen wie starker emotionaler Reaktionen, Dissoziation und Somatisierungssymptomen beschrieb. Der französische Neurologe Jean-Martin Charcot weitete diese Auffassung aus, indem er sogenannte hysterische Attacken als dissoziative Zustände in Folge von unerträglichen Erfahrungen beschrieb. Sein Schüler und Psychiater Pierre Janet widmete sich daraufhin intensiv der Untersuchung des Zusammenhangs von Dissoziation und traumatischen Erinnerungen. (2 S.21) Er vertrat die Ansicht, dass ein intaktes persönliches Bewusstsein entscheidend sei für die psychische Gesundheit eines Menschen: das Bewusstsein um die eigene Vergangenheit sowie die Fähigkeit zur genauen Wahrnehmung der Umgebung seien entscheidend, um auf Stressoren adäquat zu reagieren. Janet sah die Ursache der damals als Hysterie beschriebenen Symptome in einer Unfähigkeit, das Erleben von „starken Emotionen“

(„vehement emotions“) mit bereits existierenden kognitiven Schemata im Einklang zu bringen. Extreme emotionale Erregung verursache eine Abspaltung traumatischer Erinnerungen vom Bewusstsein, was entsprechende klinische Erscheinungen zur Folge habe. Aufgrund dieser Abspaltung traumatischer Erinnerungen sei ebenfalls eine Eingliederung neuer Erfahrungen in das biographische Narrativ beeinträchtigt. (2 S.23) Beachtliche Energieressourcen dieser Patienten würden erodiert, um traumatische Erinnerungen außerhalb des Bewusstseins zu halten, mit entsprechenden negativen Auswirkungen insbesondere hinsichtlich künftiger Betätigungen sowie Lernprozessen. (2 S.24)

Aber nicht nur Psychiater und Neurologen untersuchten in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Auswirkungen traumatischer Erlebnisse auf die Gesundheit von Betroffenen. So analysierte beispielsweise der englische Chirurg Eric Erichsen die psychischen Symptome von bei Eisenbahnunfällen Verunglückten und schrieb ihnen eine organische Ursache zu. (1 S.5, 2 S.20) Er vermutete bei den Betroffenen vorrangig eine unfallbedingte chronische Myelitis als Ursache für deren Beschwerden und beschrieb 1866 das klinische Erscheinungsbild als „railway spine“-Erkrankung. Zugleich stellte er jedoch auch die Hypothese auf, das Unfallgeschehen könne im Patienten eine pathologische Veränderung des Bewusstseins herbeiführen, die er als „Zustand der moralischen oder mentalen Bewusstlosigkeit“ beschrieb („mental or moral unconsciousness“, 1875). Infolgedessen käme es letztlich zum Kollaps der Steuerungsfähigkeit des Gehirns. (1 S.5)

Obwohl Erichsen für die psychosomatische unfallassoziierte Symptomatik seiner Patienten also weitgehend pathologische Veränderungen in der Anatomie des zentralen Nervensystems für verantwortlich hielt, räumte er zugleich die Möglichkeit einer direkten Einwirkung des Unfallgeschehens auf das Bewusstsein der Betroffenen als Ursache für die Symptomatik ein. Aus den obigen Ausführungen entnimmt man außerdem, dass Erichsen sich mit seiner Auffassung der traumainduzierten Bewusstseinsveränderung zumindest ansatzweise dem Konzept der Dissoziation von Janet näherte.

Weiterverfolgt wurde Erichsens Ansatz der Bewusstseinsveränderung vom Chirurgen Page, wonach das Unfallgeschehen einen „Schockzustand“ auslöse (1 S.5) und die Symptome des railroad spine infolgedessen psychisch bedingt seien. (2 S.20) Den aufgrund dessen entstehenden Symptomenkomplex bezeichnete der deutsche Psychiater Kraepelin aus seiner Zeit heraus als „Schreckneurose“. (1 S.5) Im deutschsprachigen Raum festigte der Neurologe Oppenheim die Erkenntnis, mit einem Unfallgeschehen könne eine psychische Erschütterung einhergehen,

die für krankhafte nervöse Beschwerden ohne morphologische Schädigung zentraler oder peripherer Strukturen des Nervensystems ursächlich sei. Erstmals spricht Oppenheim in diesem Kontext von einer „traumatischen Neurose“ (1889). (1 S.6)

Es lässt sich aus der bisher geschilderten Entwicklung der medizinischen Erforschung des psychischen Traumas entnehmen, dass zum Ende des 19. Jahrhunderts extrem belastende Lebensereignisse als direkte Auslöser von psychopathologischen Auffälligkeiten fächerübergreifend erkannt worden waren und das psychische Trauma als unabhängige Krankheitsentität von Briquet, Charcot und Janet in seinen Grundzügen korrekt beschrieben worden war.

Leider konnte diese entscheidende medizinische Erkenntnis nicht ihre Integrität gegenüber zwei sich zeitgleich Ende des 19. Jahrhunderts ausbreitenden philosophischen bzw. wissenschaftlichen Strömungen behaupten: dem Sozialdarwinismus und der Psychoanalyse. (1,2) Ersterer vertrat, basierend auf einer Fehlinterpretation der Evolutionstheorie Darwins, eine starre und ideologische Einteilung der Gesellschaft in Stufen unterschiedlicher körperlicher sowie psychischer Leistungsfähigkeit. Dieses Denken hatte zur Folge, dass traumatisch bedingte Krankheitserscheinungen von Soldaten des Ersten Weltkrieges ätiologisch einer angeblich schwachen psychophysischen Verfassung der Betroffenen zugeordnet wurden. (1 S.7,8) Traumabedingte Kriegerserscheinungen wurden von vielen Ärzten in Europa nationenübergreifend als Simulation in Folge von angeblicher „moralischer Schwäche“ der Betroffenen gedeutet (1,2). So wurden beispielsweise im Ersten Weltkrieg – jedoch auch weitere Jahrzehnte danach – im deutschsprachigen Raum traumaassoziierte Symptome als „Willensversagung“ oder „Willenskrankheit“ gedeutet. (2 S.22) Und mehr als 2200 Soldaten der britischen Armee wurden aufgrund von angeblicher Feigheit und Desertierung zum Tode verurteilt. (2 S.21) Der deutsche Psychiater Bonhoeffer vertrat 1926 die Ansicht, sog. traumatische Neurosen würden vorgetäuscht, in der Hoffnung, durch die gesetzliche Unfallversicherung einen Krankheitsgewinn zu erreichen. Als Resultat dessen wurde noch im selben Jahr entsprechend der Reichsversicherungsordnung die traumatische Neurose nicht mehr als erstattungspflichtig betrachtet. (2 S.22) Verstärkt wurde diese sozialdarwinistische Einordnung von Traumafolgestörungen durch die zeitgleich sich entwickelnde Psychoanalyse. (1 S.6,7) Das vermehrte Interesse der Psychiatrie für interpersonelle Beziehungen und die sich daraus ergebenden unbewussten Konflikte im Menschen lenkten die damalige gesellschaftliche sowie wissenschaftliche Aufmerksamkeit weg von möglichen externen Auslösern neurotischer Krankheitsbilder hin zu angeblich unbewussten intrapsychischen Konflikten des Patienten als deren Ursache. (1 S.6) Dabei hatte Freud selbst als Gründer der Psychoanalyse zunächst Charcots Ansätze übernommen. So vertrat er

1893 die These, dass Hysteriepatienten beim Erleben einer entsprechenden Attacke wieder in körperliche Zustände vorheriger traumatischer Erfahrungen versetzt werden und dass für die Hysterie die Dissoziation ursächlich sei. (2 S.24) Anschließend distanzierte sich Freud jedoch von der Auffassung, die Entwicklung von Hysterie sei durch traumatische Erfahrungen bedingt und behauptete im Sinne der psychoanalytischen Theorie, Hysterie-Attacken seien Ausdruck einer aktiven Verdrängung sexueller bzw. aggressiver Impulse aus der frühen Kindheit. (2 S.25) Aus den obigen Ausführungen lässt sich herleiten, dass Sozialdarwinismus und Psychoanalyse dazu führten, dass die Ursache traumaassoziierter Erscheinungen und Beschwerden nicht mehr im traumatischen Ereignis selbst, sondern in den persönlichen Gegebenheiten des Betroffenen gesucht wurden.

Bezeichnend für die Entwicklung des Traumabegriffs in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts ist, dass die im Grunde genommen bereits korrekt erkannte Ätiologie der – damals noch nicht als solche bezeichneten – PTBS sich in passende Bezeichnungen und Begrifflichkeiten der damaligen Zeit widerspiegelt: Kriegsneurose, „war neurasthenia“, „buried alive neurosis“. (1 S.7) In all diesen Begriffen wird eine Verbindung zwischen einer krankhaften psychischen Erscheinung und einem Erlebnis – entsprechend der heutigen Definition der PTBS – von katastrophenartigem Ausmaß hergestellt. Trotzdem überwog im Umgang mit Traumaopfern aus dem Ersten Weltkrieg die anhand von obigen Belegen skizzierte ideologische Fehldeutung ihrer Symptomatik. Diese pflanzte sich auch lange nach beiden Weltkriegen in das weitere 20. Jahrhundert fort. So sahen beispielsweise die 1967 in Kraft getretenen Psychotherapierichtlinien eine verbindliche Leistungspflicht der Krankenkassen für die psychotherapeutische Behandlung psychischer Krankheiten nur dann verbindlich vor, wenn der Störung eine psychoanalytische oder verhaltenstherapeutische Ursache zugrunde lag.

An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass es verteilt über das gesamte 20. Jahrhundert auch kritische Gegenpositionen zur oben beschriebenen Fehlinterpretation der PTBS gab. Beispielsweise stellte Eduard Stierlin um 1910 die These der intrinsischen Veranlagung als Ursache für Traumasymptome infrage, indem er die Ausprägung dieser Symptomatik innerhalb einer Bevölkerungsgruppe untersuchte, in der der für die Jahrhundertwende typische ideologisch-kolonialistische Nationalstolz aus historischen Gründen nicht so stark ausgeprägt war wie in anderen Teilen Europas. Nach seinen Beobachtungen der Traumasymptomatik innerhalb der Population der sizilianischen Stadt Messina infolge des Erdbebens von 1907 zog Stierlin die gleichen Schlussfolgerungen wie Charcot und Janet vor ihm: der bedeutendste ätiologische Faktor von „Schreckneurosen“ seien die beim Trauma erlebten „heftigen Emotionen“. Auch stellte Stierlin

einen Zusammenhang fest zwischen dem Erleben eines Erdbebens und dem Auftreten von heute gesicherten PTBS-Symptomen wie Schlafstörungen und Alpträumen. (2 S.22)

Der amerikanische Psychiater Kardiner (1891-1981) gilt als einer der bedeutendsten Verfechter des psychischen Traumas als eigene Krankheitsentität in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. 1941 veröffentlichte er seine Erfahrungen aus Behandlungen von Soldaten aus dem Ersten Weltkrieg und ordnete ihre PTBS-typische Symptomatik ätiologisch als neurobiologische Entität ein, aufgrund dessen es bei zuvor Gesunden zu psychischen Krankheitserscheinungen kam. (1 S.8) Er bezeichnete die von ihm detailliert beschriebene Traumasymptomatik als „physioneurosis“. (1 S.8, 2 S.27) Auch wies er die Auslösbarkeit traumatischer Erinnerungen durch traumaassoziierte Reize nach. (2 S.27) Ebenfalls in Frage gestellt wurde der sozialdarwinistisch-psychoanalytische deterministische Fehlanatz im Umgang mit der PTBS 1958 von Venzlaff in seiner Auffassung, das traumatische Erlebnis verursache bei Betroffenen eine Persönlichkeitsveränderung. 1964 führte Häfner zusammen mit von Baeyer und Kisker in einer gemeinsamen Abhandlung den Begriff der „chronischen traumatischen Depression“ ein und verstärkte damit im wissenschaftlichen Diskurs den Zusammenhang zwischen traumatischem Erleben und dem Auftreten psychischer Störungen, der heute ebenfalls belegt ist. (1 S.9)

Eine bedeutungsvolle Reaktion auf für die damalige Zeit kritische Stimmen hinsichtlich einer deterministischen Traumaauffassung zeigte sich 1952, als die American Psychiatric Association die Diagnose der „gross stress reaction“ im damaligen DSM-I einführte. Es handelte sich zwar nicht um eine detaillierte Kriterienauflistung für die PTBS, jedoch ermöglichte die neu geschaffene Kategorie eine Diagnosestellung für die Symptomatik von Patienten, die vor einem Erlebnis von katastrophenartigem Ausmaß gesund waren. (3 S.3) Erstmals fanden die seit dem 19. Jahrhundert beschriebenen Zusammenhänge zwischen Traumaerleben und emotionaler Aktivierung Einzug in ein offizielles Diagnosesystem. Die neu geschaffene diagnostische Kategorie wurde allerdings aus dem nachfolgenden DSM-II 1968 wieder gestrichen, vermutlich aus politischer Motivation hinsichtlich des damals auf dem Höhepunkt befindlichen Vietnamkrieges. (3 S.3)

Nichtdestotrotz wurde in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg die oben beschriebene ideologische Fehldeutung posttraumatischer Symptome durch wissenschaftliche und gesellschaftliche Auseinandersetzungen mit dem Holocaust, dem Vietnamkrieg und den Folgen von (sexualisierter) Gewalt an Frauen und Kindern weiterhin zunehmend in Frage gestellt. (3 S.4)

Durch zunehmende Untersuchungen von Holocaustüberlebenden, z.B. durch Krystal Ende der 1960er- bzw. Ende der 70er -Jahre, konnten insbesondere die Auswirkungen von extremem und langanhaltendem Stress auf die weitere Gesundheit Betroffener nachgewiesen werden. (2 S.29) Im internationalen wissenschaftlichen Diskurs bezüglich des Traumabegriffs begann sich ab Anfang der 1960er-Jahre eine Wende abzuzeichnen, als auf Konferenzen in den USA zu den Folgen des Holocausts gezeigt werden konnte, dass auch Überlebende anderer Katastrophen, beispielsweise amerikanische Veteranen des Koreakrieges, weitgehend gleiche Symptome nach dem jeweiligen Traumaerlebnis aufwiesen wie Holocaustüberlebende. In der 1970er-Jahren mehrten sich zunehmend wissenschaftliche Beschreibungen der Traumasymptomatik bei weiblichen Opfern sexueller Gewalt sowie von Kindesmisshandlung. Zunehmend belegten Studien über die Folgen von Gewalt im familiären Umfeld den Zusammenhang zwischen dem Trauma selbst und der somatopsychischen Symptomatik. (1 S.10) Ferner formte sich neben der Ablehnung durch die Zivilgesellschaft auch zunehmend wissenschaftlich begründeter Widerstand gegen den Vietnamkrieg durch Psychiater und Therapeuten. (2 S.30) Der sozialdarwinistisch-psychoanalytisch motivierte Fehlanatz, nur Menschen mit konstitutionell-psychischer oder biographisch bedingter Vulnerabilität könnten eine Traumafolgestörung entwickeln, war endgültig nicht mehr haltbar, als massenhaft junge Soldaten ohne Vorerkrankungen mit psychischen Schäden aus dem Vietnamkrieg zurückkehrten. (1 S.10)

Auch wurde in den 1970er-Jahren die Ähnlichkeit zwischen der Symptomatik von Opfern interpersoneller Traumatisierung und der von Vietnamveteranen wissenschaftlich zunehmend herausgearbeitet. (2 S.30)

Auf der Grundlage all dieser Erkenntnisse der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde das PTBS-Konzept entsprechend überarbeitet und die heute im wesentlichen noch gültige Auffassung der PTBS in das DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) aufgenommen. (1 S.10)

2.2. Pathophysiologische Grundlagen der Posttraumatischen Belastungsstörung

Die posttraumatische Belastungsstörung ist eine psychosomatische Krankheitsentität, bei der es in Folge einer oder mehrerer traumatischer Erfahrungen zu einer zentralnervösen Störung der emotionalen Verarbeitung von Umweltreizen und der Reaktion darauf kommt. (4,5)

Als traumatische Erfahrung gilt hierbei gemäß ICD-10 ein „kurz oder lang haltende[s] Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß (...), das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“. (6 S.136)

Die zentrale funktionelle Einheit im zentralen Nervensystem, die unter physiologischen Umständen mit anderen zentralnervösen Strukturen zur korrekten Verarbeitung von Umweltreizen zusammenwirkt, ist die Amygdala. (4) Ihr Aufbau wird im Folgenden dargestellt. Die Amygdala ist eine paarig angelegte Einheit von Kerngebieten, die sich subkortikal medial im Pol des Temporallappens befindet. Sie erhält Informationen von allen afferenten Bahnen im menschlichen Organismus, wobei unterschiedliche Kerngebiete der Amygdala mit Afferenzen aus unterschiedlichen Sinnesorganen und Sinnessystemen verbunden sind. In der Amygdala selbst erfolgt die Vernetzung der Informationen aus den verschiedenen Sinnesorganen untereinander, sodass hier ein einheitliches Bild eines bestimmten Umweltreizes bzw. einer bestimmten Situation entstehen kann. (7 S.659,660) Die Amygdala ist neuronal mit der frontalen sowie präfrontalen Großhirnrinde verschaltet. (8 S.217, 9 S.498) Dadurch kann die gegebene Situation kognitiv bewertet und die angemessene Reaktion geplant werden. (4 S.62) Außerdem weist die Amygdala Efferenzen zum Hippocampus auf. (8 S.218) Dieser sorgt bei Situationswahrnehmungen für einen Vergleich der gegenwärtigen Situation mit vergangenen Erfahrungen. (4 S.60) Über die Projektionen des Hippocampus in die präfrontale Großhirnrinde über den Gyrus cinguli fließen dessen Informationen in die kognitive Verarbeitung durch die präfrontale Großhirnrinde mit ein. (4 S.61, 9 S.498)

Beim Erleben einer Bedrohung von katastrophenartigem Ausmaß fällt die Aktivierung der präfrontalen Großhirnrinde aus. (4 S.63,69) Es kommt lediglich zu einer Aktivierung von evolutionär ältesten Gehirnanteilen. (4 S.57,64) Für das Traumaerleben und die nachfolgende Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung pathophysiologisch relevant sind hierbei die Amygdala und die *Formatio reticularis*. Die Amygdala ist neuroanatomisch den ältesten Gehirnanteilen, nämlich dem Paleo- und dem Archikortex zuzuordnen. (8 S. 215-219) Die *Formatio reticularis* ist ein Kernkomplex, der sich über den gesamten Hirnstamm erstreckt und für die Koordination von lebensnotwendigen vegetativen Funktionen zuständig ist. (8 S.145-149) Entscheidend für die Reaktion auf Bedrohungen und damit auch bei einem Traumaerleben ist, dass die *Formatio reticularis* mit der Amygdala verschaltet ist. (8 S.148,149; 9 S.359) Die *Formatio reticularis* ist ihrerseits direkt mit Körper und ANS verbunden. (9 S.359) Demzufolge ermöglicht eine erhöhte Aktivierung der Amygdala in einer bedrohenden Situation die entsprechende vegetative Anpassung des Organismus. Wird durch die Amygdala eine Situation als

bedrohlich eingestuft, wird zunächst gemäß der Polyvagaltheorie von Porges der sog. ventrale vagale Komplex (VVC) aktiviert. (4 S.80-82). Der VVC umfasst „den aus dem Hirnstamm entspringenden Vagus sowie weitere Hirnnerven, die die Muskulatur von Gesicht, Hals, Kehlkopf und Larynx innervieren“. (4 S.81) Es kommt somit zu einer Entschleunigung von Atem- und Kreislauffunktion und zu einer Aktivierung der Phonation. (4 S.81) Das bedrohte Lebewesen versucht so, Unterstützung zu erhalten und versucht durch eine ruhige Ausstrahlung, diese zu erhalten. Dies bezeichnet man auch als „social engagement“. (4 S.80-82) Kommt es zu keiner erfolgreichen Rekrutierung von Unterstützung und bleibt die Bedrohung weiterhin bestehen, stellt sich der Organismus darauf ein, dass er kämpfen oder fliehen soll. Dies erfolgt durch Aktivierung des Sympathikus im Organismus. (4 S.82) Es kommt zu einer Steigerung der Herz-Kreislauffunktion sowie der Atemfunktion. (4 S.77,82) Die Hypothalamusaktivierung durch die Amygdala führt zu einer Ausschüttung der Stresshormone. (4 S.61) Durch die Aktivierung des Sympathikus wird der Organismus in einem Zustand der Aktivierung und der Erregung zur Vorbereitung auf einen eventuell bevorstehenden Kampf oder eine Flucht versetzt. Wenn Kampf oder Flucht scheitern, greift der Körper auf die letzte physiologische Reaktionsmöglichkeit zurück, um sich vor einem qualvollen Tod zu schützen, indem der dorsale vagale Komplex (DVC) aktiviert wird. Es kommt zu einer starken Reduktion des Stoffwechsels und aller Organfunktionen. (4 S.80-84) Es werden endogene Opioider zur Schmerzhemmung und zur Sedierung ausgeschüttet. (10) Diesen Zustand bezeichnet man auch als Erstarrung bzw. „freeze“. (4 S.82) In allen drei möglichen Szenarien, die bei einer starken Bedrohung auftreten können – social engagement, fight or flight oder freeze – funktionieren Hirnstamm und Amygdala autonom, ohne Zusammenspiel mit dem Neocortex. (10) Es kommt zu einer funktionellen Unterbindung der neurologischen Verschaltungen zum Hippocampus. (4 S.176) Ebenfalls funktionell unterbunden werden die Verbindungen zum medialen präfrontalen Kortex, der für eine Bewertung von Situationen zuständig ist. (4 S.62) Durch die Deaktivierung des dorsolateralen präfrontalen Kortex werden die gemachten Erfahrungen nicht in Relation zur Vergangenheit gesetzt und deren Relevanz für die Gegenwart wird nicht kognitiv erarbeitet. (4 S.69)

Abschließend kann man aus den oben geschilderten neurologischen Zusammenhängen erarbeiten, dass die (isolierte) Aktivierung von Amygdala, Formatio reticularis und vegetativem Nervensystem sowie die Unterbindung der kortikalen Verarbeitung der Erfahrungen beim Erleben eines Traumas per se keinen Krankheitswert haben. Es handelt sich um eine physiologische Anpassung an bedrohliche Situationen, zu deren Bewältigung der Organismus auf angeborene, evolutionär bedingte Abläufe zurückgreift. Das traumatische Erleben unterscheidet sich jedoch

von den drei möglichen Szenarien „social engagement“, „fight or flight“ oder „freeze“. Es wird eine extreme Bedrohung ohne erfolgreiche Bewältigung hilflos erlitten, im Gegensatz zu gefährlichen Situationen, die von der Evolution her betrachtet möglich sind. In diesen Fällen würden nämlich entweder „social engagement“ oder „fight or flight“ zum Erfolg führen oder der Organismus würde versuchen – wenn keine Überwindung der Bedrohung möglich ist – durch den Übergang in den „freeze“-Status den qualvollen Tod nicht bewusst zu erleben. Bei einer traumatischen Erfahrung versagen die Überwindungsmechanismen der sozialen Unterstützung, des Kampfes, der Flucht und der Erstarrung, zugleich wird die Bedrohung aber überlebt.

Werden Bedrohungen erfolgreich gemeistert, kommt es zur Beruhigung der vegetativen Funktionen ohne weitere Folgeerscheinungen. (4 S.54) Ein Trauma zeichnet sich jedoch durch das Erleben des Versagens aller angeborenen Bewältigungsstrategien aus. (4 S.54,55)

Unter diesem Blickwinkel hat die unterbundene kognitive Verarbeitung des Erlebten bei einem Trauma eine pathologische Relevanz. Die Reize aus den unterschiedlichen Sinnesorganen und -systemen des Körpers wurden beim Erleben des Traumas von der Amygdala als bedrohlich identifiziert, können jedoch nicht durch Hippocampus und präfrontalen Kortex in ein zeitliches biographisches Narrativ eingeordnet werden. Auch können sie nicht kognitiv als erlittenes Unrecht oder Schicksal der Vergangenheit verarbeitet werden, das sich in der Zukunft nicht zwangsläufig wiederholen muss.

Die beim Trauma wahrgenommenen Reize werden als sog. Procedural memories unbewusst in dem der Amygdala anatomisch und funktionell untergeordneten Hirnstamm gespeichert. (11 S.35,36) Diese Erinnerungen können posttraumatisch unter nicht bedrohlichen Umständen reaktiviert werden und die Amygdala in einen Zustand der Aktiviertheit zurückversetzen. (10) Dieses Prinzip liegt der Ausbildung eines für die PTBS typischen Symptomenkomplexes zugrunde. Es zeigt sich abschließend, dass die modernen Neurowissenschaften die von Janet im Kern korrekt erkannte Pathogenese der PTBS untermauern.

2.3. Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung: Genese und therapeutische Ansatzpunkte

Gemäß ICD-10 zeichnet das Vorliegen untenstehender Symptome eine Posttraumatische Belastungsstörung aus.

„B. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen.

C. [Vermeidungsverhalten gegenüber traumaähnlichen oder traumaassoziierten Umständen, das vor dem Traumaerleben nicht bestand]

D. Entweder 1. oder 2.

1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, sich an einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern
2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung [die vor der Belastung nicht bestand] mit zwei der folgenden Merkmale:
 - a. Ein- und Durchschlafstörungen
 - b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche
 - c. Konzentrationsschwierigkeiten
 - d. Hypervigilanz
 - e. Erhöhte Schreckhaftigkeit.

E. [Die unter B, C und D genannten Symptome treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis bzw. der Belastungsperiode auf] (...).“ (6 S.136)

Der Entwicklung der oben genannten Symptome liegt die Existenz traumatischer Erinnerungen in Form von sogenannten prozeduralen Gedächtnisinhalten zugrunde.

Das prozedurale Gedächtnis ist von der Qualität und dem anatomischen Korrelat her eine Gedächtnisentität, die sich klar von anderen Gedächtnisformen des Menschen unterscheidet. (11,12) Als prozedurale Gedächtnisinhalte bezeichnet man „Impulse, Bewegungen und innere Körperempfindungen“ (11 S.25), die uns in einer bestimmten Situation die Durchführung von adäquaten Handlungen ermöglichen. Anatomisches Korrelat dieses Gedächtnisses ist der Hirnstamm. Vom prozeduralen Gedächtnis abzugrenzen ist das emotionale Gedächtnis, welches aus der Verarbeitung von Umweltreizen und Körperempfindungen durch das limbische System resultiert. (11 S.37-50) Prozedurales und emotionales Gedächtnis werden auch als implizite Gedächtnisformen bezeichnet, da sie ohne Beteiligung des Frontalhirns, also unbewusst entstehen. (11 S.1-50, 12 S.861) Vom impliziten Gedächtnis abzugrenzen ist das explizite Gedächtnis, zu dem wiederum das episodische und das deklarative Gedächtnis zählen. Das episodische

Gedächtnis resultiert aus der kognitiven Verarbeitung von Sinneseindrücken, Körperempfindungen und deren emotionaler Wertigkeit durch das Frontalhirn zu einer bewusst zugänglichen Erinnerung, die eine klare zeitliche und räumliche Zuordnung im biographischen Gedächtnis erhält. Unter deklarativen Gedächtnisinhalten versteht man Faktenwissen, welches unterschiedlich stark im Langzeitgedächtnis verankert sein kann, z.B. eine Einkaufsliste oder Allgemeinbildung. (11 S.1-50, 12 S.864,865)

Prozedurale Gedächtnisinhalte können weiterhin in unterschiedliche Subkategorien unterteilt werden. Man unterscheidet erlernte motorische Reaktionen auf spezifische Situationen, die in Zusammenspiel mit der Großhirnrinde verbessert und von angeborenen Reaktionen verfeinert werden können. Angeborene prozedurale Gedächtnisinhalte sind Notfallreaktionen im Sinne von „fight or flight“- bzw. „freeze“-Mechanismen (vgl. Abschn. 2.2.) sowie „Vermeidungs- bzw. Suchverhalten“ gegenüber förderlichen oder schädlichen Umweltreizen. (11 S.25,26)

Bei einer traumatischen Erfahrung kommt es zu einer Aktivierung des angeborenen prozeduralen Gedächtnisses sowie zum Erlernen von motorischen Reaktionen auf bestimmte Reize (11 S.37-50), jedoch ohne die Möglichkeit einer Korrektur durch die Großhirnrinde (vgl. Abschn. 2.2.).

Hieraus resultieren fehlangepasste Reaktionsmuster auf Umweltreize und ein Unvermögen, Situationen korrekt einzuordnen. (11 S.38,39)

Traumabedingte prozedurale Gedächtnisinhalte bleiben somit als fehlangepasste Reaktionsmuster im Hirnstamm gespeichert und können situationsinadäquat wieder aktiviert werden. Dies kann anhand des Erleben eines Erdbebens veranschaulicht werden.

Als Reaktion auf Erdstöße sucht ein Erdbebenopfer in der traumatischen Situation Zuflucht unter einer Unterlage, im Sinne einer flight-Reaktion. Persistieren und verstärken sich die Erdstöße oder kommt es sogar zum Einsturz des Hauses, wird sich der Organismus des Opfers in einen freeze-Zustand versetzen (vgl. Abschn. 2.2.).

Diese Reaktionsmechanismen sind per se angeboren, im Falle von mehrmaligen aufeinanderfolgenden Erdstößen zu unterschiedlichen Zeitpunkten, verfestigen sich diese zusätzlich als erlernte motorische Reaktionen auf ruckartige Bewegungsimpulse.

Sowohl bei häufigem als auch bei einmaligem Erleben von Erdstößen kann die fehlende Verarbeitung dieses prozeduralen Reaktionsmusters durch die frontale Großhirnrinde des Betroffenen zur Folge haben, dass er oder sie auf sämtliche ruckartige Bewegungsimpulse, zum Beispiel bei der Wahrnehmung harmloser Schleuderbewegungen einer Waschmaschine, Zuflucht sucht, als handle es sich um ein Erdbeben.

Aus diesem Grund ist es das Ziel einer adäquaten Traumabehandlung, fehlangepasste prozedurale Reaktionsmuster des Patienten zu entdecken und diese in dessen Bewusstsein im Kontext der sicheren Atmosphäre einer therapeutischen Sitzung zu überführen. Daraufhin können diese korrigiert und aufgelöst werden. (11 S.49)

Obigen Ausführungen kann entnommen werden, dass innere Bedrängnis in traumaähnlichen oder traumaassoziierten Situationen, wie sie im Symptomenkatalog der PTBS unter B aufgezählt wird, ein Resultat unverarbeiteter prozeduraler Erinnerungen an das Trauma sind. Einzelne traumaassoziierte Reize reaktivieren diese und versetzen den Organismus in einem unangenehmen Zustand des Arousal oder des Freeze. Um diesem zu entgehen, wird der Betroffene ein Vermeidungsverhalten entwickeln, im Sinne von Punkt C des PTBS-Symptomenkomplexes nach ICD-10.

Aus der oben beschriebenen Intrusionsproblematik ergibt sich eine allgemein erhöhte Neigung zur vegetativen Überaktiviertheit, die sich in Form von Hypervigilanz, erhöhter Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit oder Wutausbrüchen (D2d,e,b) zeigt. Daraus ergeben sich Konzentrationschwierigkeiten sowie Ein- und Durchschlafstörungen (D2c,a).

Auch die Intrusionssymptome (Punkt B des ICD-10) können als physische Erinnerungen an das Trauma aufgefasst werden, die aufgrund der ausgefallenen zeitlichen und räumlichen Einordnung in das biographische Narrativ des Betroffenen weiterhin auf Hirnstammebene aktiv bleiben, ohne Möglichkeit der übergeordneten kognitiven Steuerung.

Die Nicht-Zugänglichkeit prozeduraler Erinnerungen von Seiten des Großhirns und damit auch die mangelnde bzw. nicht vorhandene Überführung dieser Erinnerungen in das episodische Gedächtnis führt dazu, dass die Traumaerfahrung im Sinne von Punkt D1 des PTBS-Symptomenkataloges nur bruchstückhaft erinnert wird. Außerdem liegt in der Natur prozeduraler Gedächtnisinhalte selbst begründet, dass traumatische Erinnerungen als „bruchstückhafte einzelne körperliche Eindrücke und Reaktionen“ (4) gespeichert werden.

Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung können insgesamt (auch) als dissoziative Symptomatik erfasst werden. (13) Oftmals wurde seit der Aufnahme der Posttraumatischen Belastungsstörung in den DSM 1980 die im ICD-10 aufgeführte Symptomatik vom Konzept der Dissoziation getrennt betrachtet. (13 S.417) Ausschließlich pathologische Veränderungen des Bewusstseins, die nicht auf eine neurologische Erkrankung zurückzuführen sind, wie beispielsweise Amnesien wurden und werden oft allgemein im Kontext der PTBS als Dissoziation erfasst. Oft versteht man in diesem Zusammenhang unter Dissoziation Zustände der geistigen Abwesenheit und der Abspaltung des Bewusstseins vom eigenen Körper (4), die durch einen

Übergang in den freeze-Zustand infolge einer Intrusion oder eines Triggerreizes zu erklären sind.

Dissoziation ist jedoch – in Anlehnung an die obigen Ausführungen zur Neuropathogenese der PTBS – als Unfähigkeit, traumatische Erfahrungen in die eigene Biographie zu integrieren zu verstehen (13 S.418) – ein Ansatz, der bereits von Pierre Janet verfolgt wurde. (13 S.417) Die oben beschriebene ICD-10 Symptomatik kann als Resultat dieser mangelnden Integration aufgefasst werden. Dies erklärt beispielsweise das Auftreten von Alpträumen und Flashbacks. (13 S.421) Ausdruck der mangelnden Integration können aber auch Symptome wie Amnesien oder Lähmungserscheinungen sein, die oft im therapeutischen Sprachjargon vereinfacht als Dissoziative Symptome bezeichnet werden.

Eine effiziente Traumatherapie muss folglich die Eingliederung des Traumas in das biographische Narrativ des Patienten ermöglichen. Dies muss sie mittels körperorientierter Behandlungsansätze erwirken, da die PTBS – wie oben dargestellt – eine präverbale Krankheitsentität ist.

2.4. Die Posttraumatische Belastungsstörung im Kindes- und Jugendalter

2.4.1. Auswirkungen auf die Emotionsregulation

Die beschriebene Störung der Steuerung der vegetativen und emotionalen Regulation infolge einer oder mehrerer traumatischer Erfahrungen verursacht dann besonders schwerwiegende Folgen, wenn sich das Trauma in einer Lebensphase ereignet, in der die emotionalen Regulationsmechanismen des Organismus noch in Entwicklung sind. Entwicklungsphysiologisch erlernt ein Individuum im Kindesalter über mehrere, aufeinanderfolgende Stufen die Steuerung der Emotionen:

In einer ersten Entwicklungsphase erlernt das Kind, Emotionen bei sich selbst und bei es umgebenden Menschen wahrzunehmen. Hierbei erlernt es auch die Kategorisierung von Emotionen, entsprechend den Bezeichnungen des sozialen Umfelds, in dem es aufwächst.

Darauf aufbauend wird sich das Kind in einem weiteren Entwicklungsschritt der Ursachen von Emotionen bewusst. Es lernt, dass Emotionen stets im Zusammenspiel mit der Umwelt entstehen und differenziert diese als direkte Reaktion auf Umweltreize zum einen und zum anderen als Resultat eigener Bedürfnisse.

Hat das Kind Bewusstsein über Qualität und Ursachen von Emotionen erlangt, kann es die begleitenden vegetativen Reaktionen als deren begleitendes Phänomen erfassen und darauf aufbauend zur Einsicht gelangen, dass Emotionen in gegenseitiger Wechselwirkung mit denjenigen von Mitmenschen stehen: diese können die Emotionen des Kindes wahrnehmen und in ihm wiederum mit der eigenen Reaktion Emotionen auslösen. Mit zunehmendem Erlernen der sozialen Interaktion wird das Kind emotionale Regulationsstrategien erlernen und zunehmend in der Lage sein, Emotionen zu kontrollieren. (14 S.92)

Aus obigen Ausführungen kann entnommen werden, dass gesunde Lebensbedingungen, also ein stabiles psychosoziales Umfeld sowie gesunde Umweltverhältnisse, maßgeblich für die physiologische emotionale Entwicklung von Heranwachsenden sind. Nur unter diesen Bedingungen kann ein Kind lernen, Emotionen und entsprechende vegetative Reaktionen auf korrekte Art und Weise körperlich und kognitiv wahrzunehmen und situationsadäquat zu regulieren. Entscheidend für die Entwicklung dieser Fähigkeit ist der Mechanismus der Spiegelneurone, bei denen es sich um in der Insula gelegene Neurone handelt, die eine Art virtuelle Figur des Gesehenen beim Betroffenen abbilden. (15 S.57-59) Somit wird im Kind eine Nachahmung des Gegenübers induziert: vernimmt es im eigenen Kontext Ruhe und Entspannung, wird die Entwicklung von Regulationsstrategien dadurch gefördert. Ist in der Umgebung eines Heranwachsenden hingegen die Fähigkeit zur Selbstregulation defizitär, wird sich diese auch in der kindlichen Entwicklung mangelhaft ausprägen. Sämtliche Erfahrungen mit traumatisierendem Potential bringen dieses Koordinatensystem der emotionalen Regulation durcheinander bzw. verhindern je nach Alter, in dem das Trauma erlebt wird, dessen Entstehung oder Entwicklung. Beispielhaft ist dies am Trauma des Missbrauchs durch enge Bezugspersonen oder anhand des Bindungstraumas zu erkennen: geht von Menschen, die vor dem Trauma für das Kind eine stabilisierende Wirkung hatten und mit dessen Umgang es die beschriebene situationsadäquate soziale Interaktion erlernt hatte, Gewalt aus, wird das bestehende emotionale Stabilisierungsgerüst in Frage gestellt. Künftige neutrale oder positive Reize von Mitmenschen werden nicht mehr korrekt eingeordnet und es entwickelt sich die oben beschriebene PTBS-Symptomatik. Auch menschenunabhängige Traumatisierungen können die emotionale Regulationsfähigkeit eines Heranwachsenden beeinträchtigen. Durch den Verlust von Bezugspersonen – beispielsweise nach Naturkatastrophen – kann ebenfalls die Fähigkeit zur Selbstregulation und deren Erlernen beeinträchtigt werden, insbesondere vor der Pubertät. (16 S.280-284)

Die PTBS im Kindes- und Jugendalter stellt folglich einen gravierenden Einschnitt in das Leben eines Betroffenen dar, der aus dem altersentsprechenden emotionalen Entwicklungsstand herausgerissen wird, was einen Rückstand hinsichtlich seiner psychosozialen Entwicklung in allen möglichen Facetten mit sich bringen wird. (17)

Der destabilisierende Effekt einer im Kindesalter sich entwickelnden Posttraumatischen Belastungsstörung kann zudem durch die physiologisch in der Pubertät auftretenden, hormonell bedingten morphofunktionellen Veränderungen verstärkt werden, da diese auch auf die Regulation von Emotionen einen Einfluss haben. (14 S.124, 18)

Die aktuelle neurowissenschaftliche Forschung bestätigt die obigen Schlussfolgerungen. So zeigten von PTBS betroffene Kinder und Jugendliche neuroanatomische und funktionelle Veränderungen in Strukturen des Nervensystems, die mit einer defizitären Regulation und Verarbeitung von Emotionen einhergehen. Abnahme des Hippocampus-Volumens, gesteigerte Aktivität der Amygdala und Abnahme der neuronalen Kopplung zwischen der Amygdala und der präfrontalen Großhirnrinde sind Beispiele hierfür, die mit der beschriebenen Pathogenese der PTBS kongruent sind. (19)

2.4.2. PTBS-Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen – diagnostische Herausforderungen

Je prekärer die Fähigkeit, Emotionen zu regulieren zuvor in einem Individuum ausgeprägt war, desto mehr wird sie mit weiterem Heranwachsen verstärkt. (14 S.124) Traumabedingter Stress kann außerdem einen direkten Einfluss auf die Bildung von Nervenzellen sowie auf deren synaptische Verschaltung ausüben. Dies kann die Entwicklung weiterer Defizite über die Emotionsregulation hinaus verursachen, beispielsweise in Form von Aufmerksamkeitsstörungen oder Störungen der exekutiven Funktionen. (20 S.83,84) Die Entwicklung dieser kognitiven Störungen kann durch den laut aktuellem Forschungsstand altersgruppenübergreifend zu Beginn der PTBS am ehesten initial erhöhten Cortisolspiegel (21 S.98) gefördert werden: aktuelle Forschungsergebnisse untermauern die Hypothese (20 S.93), dass Cortisol einen toxischen Einfluss auf die Entwicklung vom Hippocampus des Heranwachsenden hat. (22, 23)

Umso wichtiger ist es demzufolge, dass eine PTBS beim Heranwachsenden rechtzeitig als solche erkannt und korrekt behandelt wird. Allerdings besteht bei der Berücksichtigung von typischen PTBS-Symptomen bei Kindern und Jugendlichen in den international anerkannten Klassifikationssystemen ICD-10 (bzw. ICD-11) und DSM-V nach wie vor großer Handlungsbedarf.

Zwar sind bestimmte grundlegende PTBS-Kriterien des Erwachsenen auch auf Kinder übertragbar: Symptome des traumatischen Wiedererlebens, Vermeidungsverhalten, agitiertes oder desorganisiertes Benehmen sowie Hyperarousal sind auch bei traumatisierten Heranwachsenden vorzufinden. (24)

Jedoch enthalten weder der ICD-10 noch die bisher bekannten ICD-11-Kriterien PTBS-Symptomenkataloge, die die „entwicklungsabhängig verschiedene Ausprägung der Symptomatik berücksichtigen“. (25 S.54) Auch im DSM-5 sind diese nicht zu finden. (26)

Die von van der Kolk et al. 2009 erstellten Kriterien zur Diagnose der PTBS im Kindes- und Jugendalter sind nach wie vor kein integraler Bestandteil des DSM-5. (27 S.16) Bereits vor über einem Jahrzehnt wurde die Angemessenheit des damals gültigen DSM-IV zur Diagnoseerhebung bei Kindern wissenschaftlich in Frage gestellt. (28)

Immerhin berücksichtigt der 2013 erschienene DSM-5 das Vorschulalter, in dem es getrennt von der Erwachsenensymptomatik PTBS-Symptome von Kindern, die jünger als sechs Jahre alt sind, nennt. (29 S.413)

Im Folgenden wird eine tabellarische Gegenüberstellung der DSM-IV-Version (30 S.491,492) und der aktuell gültigen DSM-5-PTBS-Kinderkriterien (26 S.371-373) vorgenommen:

Vergleich zwischen den PTBS-Kriterien im DSM-IV und im DSM-5 (Kinder im Alter von bis zu 6 Jahren)

DSM-IV: PTBS	DSM-5: PTBS bei Kindern bis 6 Jahre
Diagnostische Kategorie: Angststörungen	Diagnostische Kategorie: Trauma- und belastungsbezogene Störungen
„A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren: (1) die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.	„A. Das 6-jährige oder jüngere Kind war tatsächlichem oder drohenden Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt auf eine (oder mehrere) der folgenden Arten ausgesetzt: 1. Direktes Erleben eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse. 2. Persönliches Erleben eines oder mehrerer solcher traumatischer Ereignisse bei anderen Personen, insbesondere bei primären Bezugspersonen.

<p>(2) die Reaktion der Person umfaßte intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.</p> <p>Beachte: Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern.</p>	<p>Beachte: Dieses Erleben bezieht sich nicht auf Ereignisse, die ausschließlich über elektronische Medien, Fernsehen, Filme oder Bilder verfolgt worden sind.</p> <p>3. Erfahren, dass einem nahen Familienmitglied oder einem engen Freund ein oder mehrere traumatische Ereignisse zugestoßen sind.</p>
<p>B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:</p> <p>(1) wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.</p> <p>Beachte: Bei kleinen Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.</p> <p>(2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.</p> <p>Beachte: Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten.</p> <p>(3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten).</p> <p>Beachte: Bei kleinen Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten.</p>	<p>B. Vorhandensein eines (oder mehrerer) der folgenden Symptome des Wiedererlebens (Intrusionen), die auf das oder die traumatischen Ereignisse bezogen sind:</p> <p>1. Wiederkehrende, unwillkürlich sich aufdrängende belastende Erinnerungen (Intrusionen) an das oder die traumatischen Ereignisse.</p> <p>Beachte: Spontane und intrusive Gedanken müssen nicht notwendigerweise belastend wirken, sondern können auch spielerisch reinszeniert werden.</p> <p>2. Wiederkehrende, belastende Träume, deren Inhalte und/oder Affekte sich auf das oder die traumatischen Ereignisse beziehen.</p> <p>Beachte: Es kann möglicherweise nicht gesichert werden, dass der beängstigende Inhalt der Träume mit dem belastenden Ereignis zusammenhängt.</p> <p>3. Dissoziative Reaktionen (z.B. Flashbacks), bei denen das Kind fühlt oder handelt, als ob das oder die traumatischen Ereignisse sich wieder ereignen würden.</p>

<p>(4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.</p> <p>(5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.</p>	<p>(Diese Reaktionen können in einem Kontinuum auftreten, bei dem der völlige Wahrnehmungsverlust der Umgebung die extremste Ausdrucksform darstellt.) Aspekte des Traumas können auch im Spiel nachgestellt werden.</p> <p>4. Intensive oder anhaltende psychische Belastung bei der Konfrontation mit inneren oder äußeren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse symbolisieren oder an Aspekte desselben bzw. derselben erinnern.</p> <p>5. Deutliche körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit inneren oder äußeren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse symbolisieren oder an Aspekte desselben bzw. derselben erinnern.</p>
<p>C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:</p> <p>(1) bewußtes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,</p> <p>(2) bewußtes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,</p> <p>(3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,</p>	<p>C. Vorhandensein eines (oder mehrerer) der folgenden Symptome, welche entweder anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem oder den traumatischen Ereignissen verbunden sind, oder negative kognitive oder affektive Veränderungen im Zusammenhang mit dem oder den traumatischen Ereignissen beinhalten. Diese Veränderungen traten erstmalig nach dem oder den Ereignissen auf oder haben sich danach verschlimmert:</p> <p>Anhaltende Vermeidung von Reizen</p> <p>1. Vermeidung oder Bemühungen, Aktivitäten, Orte oder Gegenstände zu vermeiden, die an das oder die traumatischen Ereignisse erinnern.</p>

<p>(4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,</p> <p>(5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,</p> <p>(6) eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),</p> <p>(7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).</p>	<p>2. Vermeidung oder Bemühungen, Personen, Gespräche oder zwischenmenschliche Situationen zu vermeiden, die Erinnerungen an das oder die traumatischen Ereignisse hervorrufen.</p> <p>Negative kognitive Veränderungen</p> <p>3. Deutlich häufiger auftretende negative emotionale Zustände (z.B. Furcht, Schuld, Traurigkeit, Scham oder Verwirrung).</p> <p>4. Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten, darunter eingeschränktes Spielen.</p> <p>5. Soziales Rückzugsverhalten.</p> <p>6. Dauerhaft verminderter Ausdruck positiver Emotionen.</p>
<p>D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:</p> <p>(1) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen,</p> <p>(2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche,</p> <p>(3) Konzentrationsschwierigkeiten,</p> <p>(4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),</p> <p>(5) übertriebene Schreckreaktion.</p>	<p>D. Veränderungen des Erregungsniveaus und der Reaktivität im Zusammenhang mit dem oder den traumatischen Ereignissen. Die Veränderungen haben nach dem oder den traumatischen Ereignissen begonnen oder sich verschlimmert und sind durch zwei (oder mehr) der folgenden Symptome gekennzeichnet:</p> <p>1. Reizbarkeit und Wutausbrüche (ohne oder aus geringfügigem Anlass), welche typischerweise durch verbale oder körperliche Aggression gegenüber Personen oder Gegenständen ausgedrückt werden (einschließlich extremer Wutanfälle).</p> <p>2. Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz).</p> <p>3. Übertriebene Schreckreaktionen.</p>

	<p>4. Konzentrationsschwierigkeiten.</p> <p>5. Schlafstörungen (z.B. Ein- oder Durchschlafstörungen oder unruhiger Schlaf).</p>
E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.	E. Das Störungsbild dauert länger als 1 Monat.
F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.	F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in Beziehungen mit Eltern, Geschwistern, Gleichaltrigen oder anderen Bezugspersonen oder im schulischen Verhalten.
[G IM DSM-IV NICHT ENTHALTEN]	G. Das Störungsbild ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z.B. Medikament, Alkohol) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.
<p><i>Bestimme, ob:</i></p> <p>Akut: Wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern.</p> <p>Chronisch: Wenn die Symptome mehr als 3 Monate andauern.</p>	[ENTFÄLLT]
[DISSOZIATIVE SYMPTOME IM DSM-IV NICHT ENTHALTEN]	<p><i>Bestimme, ob:</i></p> <p>Mit Dissoziativen Symptomen: Die beim Kind auftretenden Symptome erfüllen die Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung. Zusätzlich erlebt das Kind dauerhaft oder wiederkehrend eines der beiden folgenden Symptome:</p> <p>1. Depersonalisation: Anhaltende oder wiederkehrende Erfahrung des Losgelöstseins und das Gefühl, die eigenen Gedanken und Körperempfindungen von außen zu beobachten (z.B. Gefühl, als sei man in einem Traum; Gefühl der Unwirklichkeit</p>

	<p>des Selbst oder des Körpers oder alles wie in Zeitlupe zu erleben).</p> <p>2. Derealisation: Anhaltende oder wiederkehrende Erfahrungen der Unwirklichkeit der Umgebung (z.B. die Umgebung wird als unwirklich, wie im Traum, entfernt oder verzerrt wahrgenommen).</p> <p>Beachte: Um diesen Subtyp zu vergeben, dürfen die dissoziativen Symptome nicht auf die physiologische Wirkung einer Substanz (z.B. Erinnerungsverlust) oder einen medizinischen Krankheitsfaktor (z.B. komplex fokale Anfälle) zurückgehen.</p>
<p><i>Bestimme, ob:</i></p> <p>Mit Verzögertem Beginn: Wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.“ (30 S. 491,492)</p>	<p><i>Bestimme, ob:</i></p> <p>Mit Verzögertem Beginn: Wenn das Auftreten und das Beschreiben einzelner Symptome zwar initial erfolgt, aber erst mindestens 6 Monate nach dem Ereignis alle diagnostischen Kriterien erfüllt sind.“ (26 S.371-373)</p>

Bereits hinsichtlich der Zuordnung der PTBS im Kindes- und Jugendalter zu einer bestimmten Kategorie psychischer Störungen zeigt sich ein bedeutender Unterschied der aktuellen DSM-Auflage im Vergleich zur alten: die veränderte Zuordnung der PTBS von den Angststörungen hin zur Gruppe der trauma- und stressbezogenen Störungen impliziert zum einen die Abgrenzung der PTBS im Kindes- und Jugendalter von der ätiologisch und symptomatisch sehr heterogenen Gruppe der Angststörungen. (31 S.744-759) Zum anderen wird in der neuen Zuordnung eine kausale Verknüpfung der PTBS mit Stressoren erwähnt. Dies ist ausschlaggebend, denn nur die Anerkennung von Stress als biologische Entität, die es zu reduzieren gilt, liefert einen effektiven Ansatzpunkt für eine körperorientierte PTBS-Behandlung, entsprechend der unter 2.2. erläuterten Pathogenese.

Die A-Kriterien im DSM-5 erwähnen zudem im Vergleich zur DSM-IV-Version erstmalig die Möglichkeit der Entwicklung einer PTBS durch das Erleben von durch dritte Personen erlittene

Traumatisierungen ohne direktes Miterleben. Dies ist von entscheidender Bedeutung zur Erkennung einer PTBS bei Kindern und Jugendlichen in Erdbebengebieten. So können nämlich beispielsweise unterschiedliche Intensitäten der Erdbebenstöße an unterschiedlichen Orten desselben betroffenen geographischen Areals zur Folge haben, dass das Erdbeben zwar von mehreren Mitgliedern einer auf mehrere Orte verteilt lebenden Familie erlebt wird, es jedoch nur an einem Ort zum gewaltsamen Tod von Familienangehörigen kommt. So kann ein Kind vom Tod eines nahen Angehörigen oder Freundes infolge des selber wahrgenommenen Erdbebens erfahren und aufgrunddessen auf dem Boden einer akuten Belastungsreaktion durch das selber erlebte Erdbeben eine PTBS entwickeln, da es die eigenen erdbebenbezogenen Gedächtnisinhalte mit der Hilflosigkeit angesichts des Todes der nahen Bezugsperson koppelt (siehe Abschn. 2.2.). Für die Erhebung von Erdbebenerlebnissen im Sinne von Erfahrungen mit traumatisierendem Potential seitens Bezugspersonen des Heranwachsenden im TraumaHelfer-Projekt wird auf Abschn. 2.4.3. verwiesen.

In Interesse einer sensitiven Erfassung von möglichst vielen von PTBS betroffenen Kindern ist es also entscheidend, dass die aktuelle DSM-Version das indirekte Erleben von Traumatisierungen bei wichtigen Bezugspersonen des Kindes als diagnostisches Kriterium auflistet.

Hervorzuheben ist außerdem die Streichung der Unterscheidung zwischen akuter und chronischer Posttraumatischer Belastungsstörung in der neuen DSM-Ausgabe. Dies ist ebenfalls im Sinne einer sensitiven Erfassung traumabezogener Symptomatik in großen Stichproben, wie es in Erdbebenregionen der Fall ist, von Vorteil. Die zuvor in der alten DSM-Ausgabe vollzogene Differenzierung ist nicht von therapeutischer Relevanz in sich breit erstreckenden Erdbebennisikogebieten wie beispielsweise in Mittelitalien, wo sich Erdbebenserien von unterschiedlicher Dauer und unterschiedlicher Intensität je nach Ort ereignen können. Diese unterschiedlichen Ausprägungen können – zusammen mit weiteren das Auftreten der PTBS beeinflussenden Faktoren wie z.B. Geschlecht, Vorhandensein von sozioprotektiven Faktoren (29 S.420,421) – die Entwicklung einer PTBS beeinflussen. Entscheidend ist jedoch für eine strukturierte Traumaintervention in Krisengebieten die punktuelle Einordnung der Symptome möglichst vieler Betroffener als PTBS, unabhängig von der Dauer von deren Bestehen.

Für die Altersgruppe der Kinder unter 6 Jahren sind im DSM-V also durchaus gute Anhaltspunkte zur Stellung der Diagnose PTBS vorhanden. Den PTBS-Kriterien für Vorschulkinder des DSM-V wurden auch bereits zwei Jahre vor der Einführung des DSM-5 Sensitivität und Validität attestiert. (32) Es besteht jedoch weiterhin in der offiziellen PTBS-Klassifikation des DSM eine Lücke hinsichtlich der Altersgruppe zwischen 6 und 14 Jahren, weshalb anzunehmen

ist, dass das Krankheitsbild in dieser Altersgruppe weiterhin in vielen Fällen undiagnostiziert bleibt. (29 S.434) Die diagnostischen Kriterien für die nach van der Kolk et al. in den DSM einzuführende Diagnose der Entwicklungs-Traumastörung (Engl.: „Developmental Trauma Disorder“, DTD) wären allerdings ein valides und reliables Instrument, um von PTBS betroffene Kinder und Jugendliche zu identifizieren (33) und können somit dem Ziel gerecht werden, auf diesem Gebiet klinisch tätigen Therapeuten einen Ansatzpunkt zu bieten, um wirksame Interventionen zu erstellen. (34 S.1)

Im Folgenden werden die Kriterien für die Entwicklungstrauma-Störung nach van der Kolk et al. genannt (Übersetzung I. M.):

- **A. Exposition.** Das Kind oder der Jugendliche hat mehrere oder sich über einen längeren Zeitraum erstreckende negative Ereignisse (mit)erlebt, über eine Zeitspanne der Dauer von mindestens einem Jahr, beginnend in der Kindheit oder in der frühen Jugend. Die traumatisierenden Erfahrungen umfassen hierbei:
 - A.1. Direktes Erleben oder Zeuge Sein von wiederholten und schwerwiegenden Ereignissen zwischenmenschlicher Gewalt; und
 - A.2. Gravierende Unterbrechungen des Schutzes durch Bezugspersonen als Ergebnis wiederholter Wechsel der primären Bezugsperson; wiederholte Trennung von der primären Bezugsperson; oder Ausgesetzt sein gegenüber schwerwiegendem und anhaltenden seelischem Missbrauch

- **B. Affektive und Physiologische Fehlregulation.** Das Kind zeigt eine Minderung entwicklungsentsprechender Fähigkeiten, in Bezug auf die Arousal-Regulation. Die Beeinträchtigung umfasst hierbei mindestens zwei der folgenden Kriterien:
 - B.1. Unfähigkeit, starke Emotionen (z.B. Angst, Wut, Scham) zu modulieren, zu tolerieren oder sich davon zu erholen. Dies umfasst auch extreme Wutanfälle über längere Zeit oder Immobilisierung
 - B.2. Schwierigkeiten, Körperfunktionen zu regulieren (z.B. persistierende Schwierigkeiten beim Schlafen, Essen und bei der Ausscheidung; gesteigerte oder verminderte Empfindlichkeit gegenüber Berührungen und Klängen; Desorganisiertheit bei routinemäßigen Übergängen)
 - B.3. Eingeschränkte Bewusstheit, Dissoziation von Empfindungen, Emotionen und körperlichen Zuständen
 - B.4. Beeinträchtigte Fähigkeit, Emotionen oder körperliche Zustände zu beschreiben

- **C. Fehlregulation von Aufmerksamkeit und Verhalten.** Das Kind zeigt eine Minderung entwicklungsentsprechender Fähigkeiten, in Bezug auf anhaltender Aufmerksamkeit, dem Lernen oder der Stressbewältigung. Die Beeinträchtigung erfüllt hierbei mindestens drei der folgenden Kriterien:
 - C.1. [Übermäßige] Hauptbeschäftigung mit Gefahren oder beeinträchtigte Fähigkeit, Gefahren wahrzunehmen, einschließlich der Missdeutung von Hinweisen auf sichere Situationen oder auf Gefahren
 - C.2. Verminderte Fähigkeit des Selbstschutzes, einschließlich des Eingehens von extremen Risiken oder der Suche nach extremer Erregung
 - C.3. Fehlangepasste Versuche der Selbst-Beruhigung (z.B. Schaukeln und andere rhythmische Bewegungen, zwanghafte Masturbation)
 - C.4. Gewohnheitsmäßige (vorsätzlich oder automatisiert) oder reaktive Selbstverletzung
 - C.5. Unfähigkeit, zielgerichtetes Verhalten einzuleiten oder aufrechtzuerhalten

- **D. Fehlregulation des eigenen Ichs und der eigenen zwischenmenschlichen Beziehungen.** Das Kind zeigt eine Minderung entwicklungsgemäßer Fähigkeiten, bezüglich des eigenen Selbstverständnisses und bezüglich der Beteiligung in zwischenmenschlichen Beziehungen. Die Beeinträchtigung erfüllt hierbei mindestens drei der folgenden Kriterien:
 - D.1. Intensive Sorge um die Sicherheit der Bezugsperson oder anderer geliebter Personen (einschließlich frühreife Fürsorge) oder Schwierigkeiten, die Wiedervereinigung mit diesen nach vorausgegangener Trennung zu ertragen
 - D.2. Persistierendes negatives Selbstbild, einschließlich Abscheu gegenüber dem eigenen Ich, Gefühl der eigenen Hilflosigkeit, der Wertlosigkeit, der Unwirksamkeit oder der Mangelhaftigkeit
 - D.3. Extremes und persistierendes Misstrauen, Trotz oder Mangel an reziprokem Verhalten in engen Beziehungen zu Erwachsenen oder Gleichaltrigen
 - D.4. Reaktiv körperlich oder verbal aggressives Verhalten gegenüber Gleichaltrigen, Bezugspersonen oder anderen Erwachsenen
 - D.5. Unangemessene (übertriebene oder promiskuitive) Versuche, intimen Kontakt (einschließlich, aber nicht beschränkt auf sexuelle oder körperliche Intimität) zu Gleichaltrigen oder Erwachsenen aufzubauen oder übertriebene Suche nach einer Stütze bei diesen zwecks eigener Sicherheit und Verstärkung

- D.6. Beeinträchtigte Fähigkeit, empathiebezogenes Arousal zu regulieren, wie dargelegt in Form eines Mangels an Empathie für oder Intoleranz gegenüber Ausdrücken des Leidens Anderer oder in Form von übermäßiger Empfindlichkeit gegenüber der Bedrängis Anderer
- **E. Posttraumatisches Symptomspektrum.** Das Kind weist mindestens ein Symptom in mindestens zwei der drei PTBS-Symptomkategorien B, C & D.
- **F. Dauer der Störung.** (Symptome der Entwicklungstrauma-Störungskategorien B, C, D und E) mindestens 6 Monate.
- **G. Funktionelle Beeinträchtigung.** Die Störung verursacht klinisch bezeichnendes Leid oder eine Beeinträchtigung in zwei der folgenden Funktionsbereiche:
 - Schulisch: Leistungsminderung, mangelnder Schulbesuch, mangelnde Disziplin, Schul- oder Studienabbruch, Versagen beim Vollenden des Abschlusses bzw. dem Erlangen aller Leistungsnachweise, Konflikte mit dem Schulpersonal, Lernbehinderung oder intellektuelles Defizit, das nicht auf Ursachen neurologischer oder anderer Natur beruht.
 - Familiär: Konflikte, Vermeidungsverhalten/Passivität, Weglaufen von Zuhause, Absonderung von der Familie und Ersatz dieser mit einem Surrogat, Versuche, Familienangehörige körperlich oder emotional zu verletzen, mangelnde Erfüllung von Verantwortlichkeiten innerhalb der Familie.
 - Peer-Group-bezogen: Isolation, normabweichende Angliederungen, persistierende körperliche oder emotionale Konflikte, Vermeidungsverhalten/Passivität, Einbeziehung in Gewalttaten oder gefährliche Handlungen, altersunangemessene Interessen oder Interaktionsstil.
 - Rechtlich: Verhaftungen/Rückfallkriminalität, Haft, Verurteilungen, Inhaftierung, Missachtung der Bewährungsfrist oder anderer Gerichtsurteile, in zunehmendem Maße schwerwiegende Straftaten, Verbrechen an dritten Personen, Missachtung oder Geringachtung von gültigem Recht oder von herkömmlichen moralischen Normen.
 - Gesundheitsbezogen: körperliche Erkrankungen oder Probleme, die nicht vollständig durch körperliche Verletzungen oder Degenerationen erklärt werden kön-

nen, den Verdauungsapparat, das Nervensystem (einschließlich Konversions-symptome und Schmerzunempfindlichkeit), die Sexualität, das Immunsystem, das kardiopulmonare System, die Propriozeption oder Sinnesorgane betreffend oder schwere Kopfschmerzerkrankungen (einschließlich Migräne) oder chronischer Schmerz oder Fatigue.

- Berufsbezogen (für Jugendliche beteiligt in bzw. suchend nach Beschäftigung, Ehrenamt oder Berufspraktika): Desinteresse hinsichtlich Arbeit/Beruf, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu erhalten oder beizubehalten, anhaltende Konflikte mit Kollegen oder Vorgesetzten, Beschäftigung unterhalb des Qualifikationsniveaus, Unfähigkeit, realistische Beförderungen zu erreichen.

2.4.3. Erhebung der PTBS-Symptome bei Kindern und Jugendlichen im TraumaHelfer-Konzept

Der mangelnde Konsens hinsichtlich einer offiziellen Klassifikation der PTBS-Symptomatik im Kindes- und Jugendalter erschwert in der therapeutischen Praxis die Diagnosestellung bei PTBS-Verdachtsfällen.

Angesichts dieser Ausgangslage ist es wichtig, im Kontext von Naturkatastrophen über Screeninginstrumente zu verfügen, die möglichst sensitiv alle Kinder und Jugendliche mit einer PTBS-kompatiblen Symptomatik erfassen. Dies erfolgt im TraumaHelfer-Konzept mittels der im Anhang befindlichen RETROS-Fragebögen. Das TraumaHelfer-Konzept wurde von Prof. Dr. Thomas H. Loew und Prof. Dr. Beate Leinberger erstellt und bietet einen körperbezogenen Ansatz zur Reduktion von Traumasymptomen bei Kindern und Jugendlichen mittels der therapeutischen Integration von Entspannungsverfahren, von Spieltherapie und von kreativen sowie psychomotorischen Aktivitäten. Schlüsselstein dieses Behandlungskonzeptes sind Laienhelfer, sog. TraumaHelfer, die die jungen Patienten bei der Durchführung der o.g. Therapieverfahren begleiten, wobei jedem Therapieteilnehmer ein TraumaHelfer zugeordnet ist.

Das TraumaHelfer-Konzept wurde erstmalig im Kontext der Migrationskrise 2016 bei belasteten geflüchteten Kindern und Jugendlichen angewendet und hat sich in diesem Kontext als wirksame Intervention erwiesen. (35) Ferner sind dessen Übertragbarkeit in unterschiedliche Kulturräume sowie die Effektivität des angebotenen Therapieprojektes unabhängig von der Art der erlittenen Traumatisierung wissenschaftlich belegt. (36)

Dem PTBS-Screening im TraumaHelfer-Konzept liegt die Einbeziehung unterschiedlicher Bezugspersonen des betroffenen Kindes bzw. Jugendlichen zugrunde. Ein Lehrer (bzw. Erzieher) sowie ein Elternteil bzw. ein Erziehungsberechtigter des Patienten erhalten jeweils einen RETROS-Fragebogen. Falls vorhanden, füllen auch anderweitige Personen mit betreuender Funktion, z.B. Betreuer eines (schulischen) Nachmittagsprogramms, einen entsprechenden Fragebogen aus. Mittels dieser Bögen erfolgt die Erhebung der Traumaanamnese sowie weiterer wichtiger anamnestischer Daten des Patienten, soweit bekannt. Die den Bogen ausfüllende Person muss zudem Auskunft über die Häufigkeit bestimmter psychopathologischer Befunde des Heranwachsenden erteilen. Diese werden im weiteren Verlauf dieses Abschnittes genauer ausgeführt. Das Heranziehen von unterschiedlichen Bezugspersonen des Heranwachsenden zu dessen Beurteilung ist ein Verfahren, das in der Traumadiagnostik im Kindes- und Jugendalter als etabliert gilt (37 S.212). Auch ist die erfolgreiche Erhebung von PTBS-vereinbaren psychopathologischen Befunden über die Lehrer speziell bei Erdbebenopfern im Grundschulalter aus dem italienischen Kulturraum bereits in den 1980er-Jahren erfolgt. (38)

Für die Erhebung von PTBS-Symptomen bei Jugendlichen sieht das TraumaHelfer-Konzept zusätzlich zu den o.g. Screening-Instrumenten das Ausfüllen eines Selbstauskunft-Fragebogens durch den Jugendlichen selbst aus. Dies wird der im Vergleich zu Kindern im Vorschul- sowie Schulalter fortgeschritteneren Fähigkeit von Jugendlichen gerecht, die eigenen Emotionen zu reflektieren und zu kategorisieren. (39 S.204, 205) Daher wird im TraumaHelfer-Konzept auf die Erhebung einer Selbstauskunft bei Kindern verzichtet.

Das Fragebogenkürzel „RETROS“, bereits Bestandteil der ersten Fragebögenversionen, wird für eine Projektimpletierung in Mittelitalien als sprachlich geeignet erachtet, da es die lateinische Sprachwurzel „retro“ (Bed.: zurück) enthält. Die ausfüllenden Personen blicken auf die aktuelle Symptomatik des Kindes bzw. Jugendlichen, damit diese in Bezug zu möglichen zurückliegenden Traumata gesetzt werden kann.

Für die Umsetzung des TraumaHelfer-Konzeptes im Kontext von Erdbebenkatastrophen in Mittelitalien wurde das Projektkürzel „OT-AVO“ von Prof. Dr. Thomas Loew erstellt. Dieses italienische Adjektiv bedeutet „das/der/die Achte“ und enthält damit zum einen einen Bezug zur im Projekt angewandten Therapiemethode der sog. liegenden Acht (siehe auch Abschn. 3.9.). Zum anderen entsteht durch den Bindestrich im Kürzel das italienische Substantiv „avo“ (der Ahne) und versinnbildlicht damit das Bedürfnis Betroffener in Erdbebenregionen den durch das Erdbeben zerrütteten Bezug zum eigenen familiären und kulturellen Ursprung wie-

derherzustellen (siehe Abschnitte 4.1. und 4.2.) Die RETROS-Fragebögen wurden für eine Verwendung in Mittelitalien so angepasst, dass möglichst viele Kinder und Jugendliche mit einer PTBS-kompatiblen Symptomatik erfasst werden. Zu diesem Zweck erfolgt im Anfangsteil der Fragebögen die Erhebung der erdbebenbezogenen Traumaanamnese. Es müssen ferner im Einklang mit dem Kriterium G der DSM-5 Klassifikation andere medizinische und/oder pharmakologische Ursachen für die PTBS-kompatible Symptomatik des Kindes bzw. Jugendlichen ausgeschlossen werden. Aus diesem Grund wird die befragte Person im Fragebogen gebeten, anzugeben, ob das Kind bzw. der Jugendliche nach ihrem Kenntnisstand an Grunderkrankungen leidet. Anschließend wird sie gebeten, die eventuelle Einnahme von Medikamenten durch das Kind bzw. den Jugendlichen anzugeben und hierfür vorgesehene Felder im Fragebogen auszufüllen.

In der erdbebenbezogenen Traumaanamnese werden die Bezugspersonen gebeten, anzugeben, ob das Kind bzw. der Jugendliche – nach ihrem jeweiligen Kenntnisstand – die Erfahrung des Erdbebens direkt selbst gemacht hat, entsprechend Punkt A.1. der bisher verfügbaren DSM-5 PTBS-Kriterien für Kinder sowie Punkt A.1. der DTD-Kriterien nach van der Kolk et al. Vorgesehen sind hierbei drei Antwortmöglichkeiten: „JA“, „NEIN“ oder „NICHT BEURTEILBAR“. Im Einklang mit den Punkten A.2. sowie A.3. der DSM-5 Kinderkriterien werden die befragten Personen gebeten, anzugeben, ob enge Bezugspersonen des Kindes bzw. Jugendlichen, z.B. nahe Angehörige oder enge Freunde, das Erdbeben erlitten haben. Es wird hierbei nicht differenziert, ob das Erleben des Erdbebens durch nahe Bezugspersonen vom Heranwachsenden direkt miterlebt wurde oder er durch Dritte davon erfahren hat, da beide Konstellationen ein traumatisierendes Potential aufweisen. Alle genannten Konstellationen werden im Einklang mit dem DSM-5 als erdbebenbezogene Traumatisierung gewertet und Betroffene bei Vorliegen einer passenden Punktzahl (s.u.) bezüglich der Traumasymptomatik im *Studien*-Projekt eingeschlossen. Im Einklang mit den DSM-Kriterien A1-3 wird hierbei in den RETROS-Fragebögen nicht unterschieden, ob nur ein Erdbebenstoß oder mehrere erlebt wurden. Je nach Intensität der Vorfälle und/oder den damit verbundenen Konsequenzen für den Betroffenen kann nämlich deren traumatisierendes Potential mehr oder weniger stark ausgeprägt sein. Neben der erdbebenbezogenen Anamnese erheben alle Fragebögen personenbezogene Daten (Alter, Geschlecht) sowie klinische Daten zu Vorerkrankungen und Medikamenteneinnahme, entsprechend Kriterium G des DSM-5. Die Erhebung der o.g. Daten erfolgt in allen Fragebögen, damit im Falle von lückenhaftem Ausfüllen eines Fragebogens durch die jeweils befragte Person dies durch die anderen Fragebögen ausgeglichen werden kann. Bei widersprüchlichen Angaben sollen die

Angaben im Eltern-Fragebogen als korrekt angenommen werden, da diese Bezugsperson die am wahrscheinlichsten korrekte Auskunft erteilt.

Über dem gemeinsamen Anamneseteil hinsichtlich Erdbeben, Alter, Vorerkrankungen und Medikamenten hinaus unterscheiden sich die RETROS-Fragebögen in ihrem Inhalt je nach betroffenem Patienten (Kind oder Jugendlicher) sowie nach Art der befragten Person (Erziehungsberechtigter, Betreuer, Lehrer bzw. Erzieher), s.u.

Hierbei weist eine Punktzahl oberhalb des Cut-off-Wertes auf ein mögliches Vorliegen einer PTBS hin. Bei einem Punktwert niedriger als 10 (Cut-off-Wert) ist entsprechend einer Querschnittsuntersuchung an deutschen Schulen mit heterogener Schulpopulation eine PTBS unwahrscheinlich, ab einem Wert von 14 sollte eine Therapie in Erwägung gezogen werden. (40) Schüler mit einem Punktwert über 10 in mindestens einem der Fragebögen werden in das *Therapie*-Projekt eingeschlossen. (40) Zu *Studienzwecken* werden jedoch nur die Screeningdaten von Kindern und Jugendlichen verarbeitet, die neben einem PTBS-kompatiblen Punktwert eine positive erdbebenspezifische Traumaanamnese aufweisen (s.o.). Kinder und Jugendliche mit positiver erdbebenbezogener Traumaanamnese sowie positiver Medikamentenanamnese und/oder Vorhandensein von Vorerkrankungen werden gesondert je nach Art der eingenommenen Medikamente bzw. Vorerkrankungen ausgewertet. Die Auswirkungen des Erdbebens und der angebotenen Therapie auf deren Symptome werden in dieser Subgruppe gesondert untersucht (siehe Abschnitte 4.3. und 4.4. für ausführliche Beschreibung der wissenschaftlichen Implementierung des Projektes).

In allen Fragebögen wird dem teilnehmenden Heranwachsenden eine fortlaufende alphanumerische ID zugeordnet, die dessen Schule und Klasse codiert. Somit können dessen pseudonymisierte Daten korrekt ausgewertet werden.

Im Folgenden werden schrittweise die einzelnen Fragebögen erläutert, beginnend mit dem Kinder-Elternteil-Fragebogen (siehe Abschn. 7.1.4).

Kinder-Elternteil-Fragebogen (Modulo per il genitore del/della bambino/a, „RETROS-BG“)

Der ausfüllende Elternteil bzw. Erziehungsberechtigte wird zunächst gebeten, die passende soziefamiliäre Wohnsituation des Kindes anzukreuzen. Er soll angeben, ob das Kind mit beiden Eltern zusammenlebt, bzw. ob es bei der Mutter, beim Vater oder bei einer anderen anzugebenden Person (z.B. Großmutter/Großvater, Onkel/Tante usw.) wohnt. Außerdem gibt der Elternteil an, ob sich die Wohnverhältnisse des Kindes bzw. die gemeinsamen Wohnverhältnisse der

Familie in Folge des Erdbebens geändert haben und falls zutreffend, in welcher Art und Weise bzw. der Elternteil wird gebeten, die neue Wohnsituation kurz zu beschreiben.

Die Erhebung der soziefamiliären Wohnsituation des Kindes dient zum einen der Erfassung möglicher vorbestehender Stressoren, z.B. Trennung von einem Elternteil, die durch das Erdbeben in ihrem Effekt verstärkt werden könnten. Zum anderen wird durch die Frage nach Veränderungen der familiären Wohnverhältnisse in Folge des Erdbebens ein direkter erdbebenbezogener Belastungsfaktor des Kindes eruiert und in Relation zur Symptomatik gesetzt. (29 S.420,421)

Anschließend erfolgt im Kind-Elternteil-Fragebogen die Beantwortung mehrerer Fragen bezüglich psychopathologischer Auffälligkeiten durch den Elternteil des Kindes. Diese Fragen entsprechen der deutschen Originalfassung der RETROS-Fragebögen entsprechend dem TraumaHelfer-Konzept von Prof. Dr. Thomas Loew und Prof. Dr. Beate Leinberger. Der Elternteil des Kindes soll hierbei die Häufigkeit der beobachteten Verhaltensweise entsprechend einem Ordinalskalenniveau angeben:

„0“: nie

„1“: selten

„2“: gelegentlich

„3“: häufig

„4“: sehr häufig

Ebenfalls wird die oben dargestellte Ordinalskala in allen anderen Fragebögen zur Erhebung der Symptomatik verwendet.

In Frage 1 wird der Elternteil gebeten, eine subjektive Bewertung der Angemessenheit der Verhaltensweisen des Kindes bezogen auf die erreichte Altersgruppe durchzuführen: „[Das Kind] zeigt altersunangemessene Verhaltensweisen.“

Diese Frage entspricht einer Erhebung des Gesamteindrucks des Kindes im Sinne der Kategorien B (Regulation von Emotionen), C (Aufmerksamkeit und Verhalten) und D (Selbstbild und zwischenmenschliche Beziehungen) der DTD-Kriterien.

In den weiteren Fragen 2-26 werden PTBS-kompatible Symptome entsprechend den einzelnen Items der Kriterien des Developmental Trauma Disorder nach van der Kolk abgefragt.

Die Unfähigkeit, Emotionen zu regulieren und zu modulieren (DTD-Kriterium B.1.) wird in den Fragen 7 sowie 10-14 erhoben. Frage 7 („Das Kind hat den Blick starr in eine Richtung gerichtet.“) enthält einen Hinweis auf eine mögliche dissoziative Problematik des Kindes als Ausdruck eines nicht angemessenen Umgangs mit Emotionen in Form einer Immobilisierung

des Blickes. Ein starrer Blick ist auch vereinbar mit einer Bewusstseinsveränderung im Sinne von B.3. der DTD-Kriterien. Auch die Fragen 10-14 erheben sämtliche pathologische Veränderungen in der Emotionsregulation, in Form von allgemeiner Reizbarkeit (Frage 12) sowie gegenüber Geräuschen, Gerüchen und Körperkontakt (Frage 11). Frage 10 erfragt körperliche und verbale Aggressivität im Sinne von DTD-Kriterium D.4. Die Frage 11 ist ebenfalls als Störung der Regulation von Körperfunktionen in Form einer gesteigerten Empfindlichkeit gegenüber Sinnesreizen zu verstehen (B.2.). Durch die Frage nach allgemeiner Reizbarkeit (Frage 12) wird auch die Erhebung von verbal aggressivem Verhalten im Sinne von D.4. teilweise abgedeckt. Die Fragen 13 („Das Kind hat Wutausbrüche.“) und 14 („Es erschrickt leicht“) ermitteln ebenfalls eine mögliche defizitäre Emotionsregulation des Kindes im Sinne von B.1. Ein wichtiger Aspekt der RETROS-Fragebögen ist wie oben erwähnt die Erhebung von Regulationsstörungen der Körperfunktionen entsprechend Punkt B.2. der DTD-Kriterien. In diesem Sinne werden Schlafstörungen des Kindes in Frage 22 abgefragt: „Das Kind leidet unter Schlafstörungen oder schafft es nicht, alleine zu schlafen.“; außerdem werden Störungen des Essverhaltens in Frage 23 eruiert: „Das Kind (...) isst zu viel/zu wenig, übergibt sich, ist sehr wählerisch in der Auswahl von Lebensmitteln.“

Die für die PTBS typischen Bewusstseinsveränderungen (B.3.), z.B. in Form von Dissoziation körperlicher Zustände, werden neben der Frage 7 auch durch die Frage 5 abgefragt: „Das Kind träumt mit offenen Augen“. Als dissoziative Erscheinung im Sinne von Punkt B.3. können auch die in Frage 24 erhobenen Wahrnehmungsstörungen aufgefasst werden: „[Das Kind] berichtet über Stimmenhören oder man hat den Eindruck, dass ein im Raum nicht anwesender Fremder zu ihm spricht.“

Zahlreiche Fragen des Kind-Elternteil-Fragebogens widmen sich Anzeichen der Störung der Regulation von Aufmerksamkeit und Verhalten entsprechend den Items der Kategorie C der DTD-Kriterien. Erhoben wird ein pathologisch veränderter Umgang des Kindes mit Gefahrensituationen im Sinne von C.1. in den Fragen 20 („[Das Kind] zeigt eine Fehlwahrnehmung von Gefahren“) und 21 („[Es] sucht aktiv gefährliche Situationen.“). Beide Fragen decken zudem Punkt C.2. der DTD-Kriterien ab, nämlich die Frage nach einer verminderten Fähigkeit des Selbstschutzes.

Frage 2 („Das Kind ist motorisch unruhig und/oder schafft es nicht, sitzen zu bleiben wie vorgesehen“) deckt die Items C.3. und C.5. des DTD ab, da sich motorische Unruhe zum einen in Form von rhythmischen Bewegungen (C.3.) zur Selbst-Beruhigung, zum anderen als ungerichtetes motorisches Verhalten (C.5.) äußern kann.

Vom Kind unternommene Versuche der Selbstberuhigung entsprechend Punkt C.3. der DTD-Kriterien werden ebenfalls im Fragebogen in der Frage 26 erhoben: „[Das Kind] versucht, sich selbst mittels Aktivitäten zu beruhigen, die in der Öffentlichkeit nicht angemessen sind, z.B. mittels Selbstbefriedigung, Lutschen oder Beißen von Gegenständen.“

Ein weiteres wichtiges PTBS-Kriterium nach van der Kolk ist selbstverletzendes Verhalten (C.4.), welches im Fragebogen in Form der Frage 19 abgefragt wird.

Das Vorhandensein von Kriterium C.5. („Unfähigkeit, zielgerichtetes Verhalten aufrechtzuerhalten.“) wird im Fragebogen neben der bereits besprochenen Frage 2 auch in den Fragen 8 und 9 abgefragt: „[Das Kind] wirkt chaotisch und/oder desorganisiert.“ (Frage 8) bzw. „[Es] tut sich schwer dabei, Entscheidungen zu fassen oder bei diesen zu bleiben.“ (Frage 9).

Frage 3 („Das Kind verlangt mehr Aufmerksamkeit im Vergleich zu Gleichaltrigen und/oder möchte im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen.“) deckt übergreifend mehrere Entitäten der Kategorie D „Fehlregulation des eigenen Ichs und der eigenen zwischenmenschlichen Beziehungen“ des DTD ab. Das Verlangen nach vermehrter Aufmerksamkeit kann sich auf vielfältige Art und Weise äußern, beispielsweise in Form übermäßiger Besorgnis um wichtige Bezugspersonen (D.1.), als aggressive verbale oder körperliche Reaktionen im Umgang mit dem sozialen Umfeld (D.4.), jedoch auch als unangemessene Versuche der Kontaktaufnahme zu anderen Menschen im Sinne von Punkt D.5. sowie als Unvermögen, eigene Arousalreaktionen zu regulieren, insbesondere in Hinblick auf Gefühlszustände anderer (D.6.).

Ein mögliches Vorliegen von Trennungsangst, entsprechend Punkt D.1. der DTD-Kriterien, wird in der Frage 16 erhoben. Als Hinweis auf ein negatives Selbstbild (vgl. Punkt D.2.) wird nach mangelndem Selbstwertgefühl des Kindes in Form mangelnden Unternehmenseinsatzes in der Frage 15 gefragt.

Nicht zuletzt werden funktionelle Beeinträchtigungen (Kategorie G der DTD-Kriterien entsprechend) in Folge der PTBS-Symptome in diversen Bereichen erhoben. Beispielsweise hinsichtlich schulischem Erfolg in Form von Konzentrationsschwierigkeiten in der Frage 4, von Vergesslichkeit hinsichtlich Hausaufgaben und Eltern-Unterschriften in der Frage 6, hinsichtlich zwischenmenschlicher Beziehungen in Form von Lügen als antisoziales Verhalten (Frage 17), in Form von Hilflosigkeit (Frage 18) und gesundheitlicher Probleme in Frage 25 (Bauch- sowie Kopfschmerzen).

Kinder-Lehrer(Erzieher)-Fragebogen bzw. Kinder-Betreuer-Fragebogen (Modulo per l'insegnante del bambino, „RETROS-BI“, bzw. Modulo per il tutore del bambino, „RETROS-BT“)

Die Fragebögen zur Befragung der Lehrer bzw. Erzieher sowie Betreuer des Kindes im Nachmittagsprogramm erheben deckungsgleich mit dem Kinder-Elternteil-Fragebogen folgende psychopathologische Befunde, die sich typischerweise auch im schulischen Kontext sowie in Freizeitaktivitäten äußern können:

1. Frage 1: Motorische Unruhe und/oder Unfähigkeit, ruhig zu sitzen und/oder Schaukeln mit dem Stuhl (entsprechend Frage 2 im Kinder-Eltern-Fragebogen)
2. Frage 3: Konzentrationsschwierigkeiten (entsprechend Frage 4 des Kinder-Eltern-Fragebogens)
3. Frage 4: Chaotischer und/oder desorganisierter Eindruck (entsprechend Frage 8 des Kinder-Eltern-Fragebogens)
4. Frage 5: Körperliche und/oder verbale Aggressivität (entsprechend Frage 10 des Kinder-Eltern-Fragebogens)
5. Frage 6: erhöhte Reizbarkeit (entsprechend Frage 12 des Kinder-Eltern-Fragebogens)
6. Frage 7: häufigeres Lügen (entsprechend Frage 17 des Kinder-Eltern-Fragebogens)
7. Frage 9: starrer Blick nach vorne gerichtet (entsprechend Frage 7 des Kinder-Eltern-Fragebogens)
8. Frage 10: Vergesslichkeit hinsichtlich Hausaufgaben, Unterschriften der Eltern, etc. (entsprechend Frage 6 des Kinder-Eltern-Fragebogens)
9. Frage 11: Schwierigkeiten in der Entscheidungsfindung oder -aufrechterhaltung (entsprechend Frage 9 des Kinder-Eltern-Fragebogens)
10. Frage 12: Erhöhte Reizbarkeit ggü. Geräuschen, Gerüchen und Körperkontakt (entsprechend Frage 11 des Kinder-Eltern-Fragebogens)
11. Frage 13: Erhöhte Schreckhaftigkeit (entsprechend Frage 14 des Kinder-Eltern-Fragebogens)
12. Frage 14: mangelndes Selbstwertgefühl zur Eigeninitiative (entsprechend Frage 15 des Kinder-Eltern-Fragebogens)

Darüber hinaus werden im Sinne der DTD-Kriterien von van der Kolk et al. folgende funktionelle Beeinträchtigungen eruiert, die sich typischerweise im schulischen sozialen Umfeld zeigen können:

13. Frage 2: Spielen des Classenclowns
14. Frage 8: Unfähigkeit, einen logischen Gedankenfluss im Gespräch zu verfolgen

Jugendlicher-Lehrer-Fragebogen (Modulo per l'insegnante dell'adolescente, „RETROS-AI“)

Der RETROS-AI-Fragebogen enthält neben Fragen, die als Bestandteile der anderen Fragebögen bereits oben besprochen wurden, folgende Items: Der Jugendliche

- „ist leicht ablenkbar“, Frage 9, entsprechend DTD-Kriterium C.5.: „Unfähigkeit, zielgerichtetes Verhalten einzuleiten oder aufrechtzuerhalten“,
- „ist misstrauisch“, Frage 17, entsprechend DTD-Kriterium D.3.: „Extremes und persistierendes Misstrauen, Trotz oder Mangel an reziprokem Verhalten in engen Beziehungen zu Erwachsenen oder Gleichaltrigen“,
- „ist weinerlich“, Frage 22, entsprechend DTD-Kriterium B.1.: „Unfähigkeit, starke Emotionen (...) zu modulieren, zu tolerieren oder sich davon zu erholen“,
- „scheint charakterlich ein anderer zu sein“, Frage 23, einer funktionellen Beeinträchtigung entsprechend DTD-Kriterium G, zumal Entfremdung vom sozialen Umfeld wahrgenommen wird.

Jugendlicher-Betreuer-Fragebogen (Modulo per il tutore dell'adolescente, „RETROS-AT“)

Der RETROS-AT-Fragebogen enthält neben Fragen, die als Bestandteile der anderen Fragebögen bereits oben besprochen wurden, folgende Items:

Der Jugendliche

- „isoliert sich leicht“, Frage 9, entsprechend G-DTD-Kategorie „Funktionelle Beeinträchtigung“,
- „hat Beeinträchtigungen des Schlafes (Schlafstörungen, Alpträume, Schlafwandeln)“, Frage 24, entsprechend DTD-Kriterium B.2. „Beeinträchtigte Regulation vegetativer Funktionen“,
- „hat Suizidgedanken oder hat Suizidversuche unternommen“, Frage 26, entsprechend DTD-Kriterium C.4. „Selbstschädigendes Verhalten“.

Jugendlicher-Elternteil-Fragebogen (Modulo per il genitore dell'adolescente, „RETROS-AG“)

Der Jugendliche-Elternteil-Fragebogen bildet das strukturelle Pendant zum Kinder-Elternteil-Fragebogen. Es werden bereits besprochene Traumasymptome erhoben.

Jugendlicher-Selbstauskunft-Fragebogen („RETROS-AA“)

Der RETROS-AA-Fragebogen enthält neben Fragen, die als Bestandteile der anderen Fragebögen bereits oben besprochen wurden, zudem folgende Items:

- Der Jugendliche „[hat] den Eindruck, dass [er] mehr Scherze und/oder Witze macht im Vergleich zu (...) Gleichaltrigen“, Frage 1. Entsprechend DTD-Kriterium D.5. sucht der Jugendliche durch dieses Verhalten Verstärkung bei der Peer-Group.
- Symptome, die auf das Vorliegen einer dissoziativen Problematik (B.3.) hinweisen, werden in den Fragen 18, („[hat] ein schlechtes Zeitgefühl“), sowie 14 („[Der Jugendliche] bemerkt, Gedächtnislücken zu haben.“) abgefragt.
- Auch wird subjektive innere Unruhe in der Frage 6 im Sinne von DTD-Kriterium B.1. (beeinträchtigte Regulation von Emotionen) in dieser Altersgruppe abgefragt.

Fragebogenübersicht SET-RETROS (Übersicht für den verantwortlichen Psychotherapeuten)

Die Fragebogenübersicht „SET-RETROS“ kann unter Abschn. 7.1.1. eingesehen werden. Dieses Dokument ist vom leitenden Psychotherapeuten einer Interventionsgruppe sowie vom (Klassen-)Lehrer zusammen auszufüllen. Im Dokument wird jeweils die Abgabe der Fragebögen durch die jeweils ausfüllenden Personen seitens des (Klassen-)Lehrers dokumentiert (für detailliertere Informationen zur Beteiligung von Lehrern im Projekt siehe Abschn. 4.6.). Aufgabe des (Klassen-)Lehrers ist es, allen Beteiligten die jeweiligen unausgefüllten Fragebögen auszuteilen und die von diesen ausgefüllten Exemplare wieder einzusammeln. Der Therapeut vermerkt zudem auch hier analog zu den anderen im Projekt befragten Personen die erbebenbezogene Anamnese, die er im Gespräch mit dem Schüler und seiner Familie erhebt. Weitere Informationen zum anfänglichen Gespräch zwischen Therapeuten, Schüler und seiner Familie können dem Abschn. 4.6. entnommen werden. Zudem dokumentiert er die allgemeine biographische Traumaanamnese des Schülers (erdbebenunabhängig), damit er dessen Entwicklung sowie Verhalten während der Therapie vor diesem Hintergrund einordnen kann. Es wird erhoben,

- ob der Schüler eine oder mehrere Traumaerfahrungen in seiner Biographie hatte,
- ob eine oder mehrere Bezugspersonen Traumaerfahrungen gemacht haben,
- ob der Schüler anwesend war, während Dritte ein Trauma erlitten haben,
- ob der Schüler in der Lage ist, sich ohne Erinnerungslücken an das erlittene Trauma zu erinnern.

3. Therapiemethoden des TraumaHelfer-Projektes („OT-AVO“)

3.1. Grundsatz: über den Körper zur Erinnerung und umgekehrt

„All the psychological phenomena that are produced in the brain are not brought together in one and the same personal perception; a portion remains independent under the form of sensations or elementary images, or else is grouped more or less completely and tends to form a new system.“ (41 S.109)

“Alle psychologischen Phänomene, die im Gehirn entstehen, werden nicht in einer und derselben persönlichen Wahrnehmung zusammengeführt; ein Teil bleibt losgelöst in Form von Empfindungen oder rudimentärer Bilder oder Ähnlichem, wird mehr oder weniger vollständig zusammengestellt und neigt dazu, ein eigenes System zu bilden.“ (Übersetzung I. M.)

Mit diesem Satz beschrieb Janet 1901 – wenn auch der damaligen Auffassung entsprechend als Hysterie eingeordnet – die Problematik der Autonomie traumatischer Erinnerungen, deren Zustandekommen in den Abschnitten 2.2. sowie 2.3. erläutert wurde. Bereits Janet hatte, wie obiges Zitat belegt, erkannt, dass die Natur traumatischer Erinnerungen in körperlichen Sinneseindrücken besteht („Empfindungen oder rudimentärer Bilder“), die nicht weiter bzw. nicht ausreichend kognitiv verarbeitet worden sind.

Aus dieser Erkenntnis lassen sich zwei elementare Säulen der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung ableiten. Zum einen körperlich-therapeutische symptomorientierte Interventionen, die der vegetativen Stabilisierung dienen und damit der Beherrschung der durch traumatische Erinnerungen hervorgerufenen Traumasymptomatik. Zum anderen sind Behandlungsmaßnahmen erforderlich, die dem Patienten dazu verhelfen sollen, die traumatischen Erinnerungen kognitiv zu verarbeiten. Für den Erfolg der Traumabehandlung ist eine Konfrontation des Patienten mit der traumatischen Erfahrung unerlässlich. Nur die therapeutische Integration von Selbstregulation und Entspannung, Exposition sowie kognitive Verarbeitung kann zu einer nachhaltigen Überwindung des Traumas führen, im Sinne einer sog. Genesung über allen Bahnen. (42 S.31,32)

Selbstregulation, Exposition und kognitive Verarbeitung werden im TraumaHelfer-Konzept in Form von diversen Therapiemethoden erwirkt, wobei eine Verflechtung der Interventionen ineinander möglich ist und angestrebt wird, wie im Folgenden dargestellt wird.

Der Selbstregulation dienen primär das Entschleunigte Atmen, SURE, die bilaterale Stimulation sowie kreativ-spielerische Interventionen (Gruppensingen, Zeichnen einer liegenden Acht). Die kognitive Traumaverarbeitung erfolgt vornehmlich in Form der Sandspieltherapie sowie der Narrativen Expositionstherapie (NET). Die Anwendung dieser Methoden mit Heranwachsenden hat sich in kulturübergreifenden Implementierungen des TraumaHelfer-Modells in Indien sowie Palästina als praktikabel erwiesen. (36)

3.2. Entschleunigtes Atmen

Das Entschleunigte Atmen ist eine Entspannungstechnik, deren Wirksamkeit in unterschiedlichen Kontexten belegt ist. So untermauert eine aktuelle Studie von You et al. die entspannende Wirkung der Methode im Leistungssport, bei Durchführung von sechs Atemzyklen pro Minute. (43)

Auch im Alltag ist diese Methode praktikabel in Form von 10-minütigen Anwendungen, die sich gut im Alltag integrieren lassen. Auch hierbei werden 6 Atemzüge pro Minute empfohlen. Das Entschleunigte Atmen besteht in einer Verlangsamung der Atemfrequenz, indem die Dauer der Inspiration auf 4 s und die Dauer der Expiration auf ca. 6 s festgelegt wird. (44) Somit ergibt sich eine Entschleunigte Atmung mit 6 Atemzügen pro Minute, siehe auch oben. (45 S.115)

In unterschiedlichen therapeutischen Kontexten, in denen bei Heranwachsenden vegetative Regulation erwirkt werden soll, hat sich die Methode als wirksam erwiesen, mitunter in Kombination mit Liedern. (44) Auf die Integration von Entschleunigtem Atmen und Musik wird im Abschnitt „Musik und Bewegung im TraumaHelfer-Konzept“ genauer eingegangen.

Eine aktuelle Studie von Min You et al. von 2021 hat gezeigt, dass die vagale Herzaktivität, ein elementarer Parameter der vegetativen Regulation, der auch im weiteren Verlauf dieser Arbeit besprochen wird, bei Durchführung von Entschleunigtem Atmen unabhängig von dessen Dauer zunimmt. (46) Bereits von kurzen und bedarfsorientierten Interventionen, wie es im Rahmen einer Traumatherapiesitzung mit Heranwachsenden der Fall ist, kann man sich somit einen Benefit erhoffen.

Vegetative Regulation wird durch das Entschleunigte Atmen erreicht, da diese Atemtechnik einen Einfluss auf die vagal gesteuerte Herzaktivität hat. (47) Diese Beeinflussung erfolgt durch Anteile des N. vagus, die aus dem Nucleus ambiguus entspringen und in der Lage sind, durch

Nervenendigungen am Sinoatrialen Knoten eine Synchronisation von Atmungs- und Kreislaufsystem zu etablieren. (48 S.49) Effekte dieser Kopplung von Atmung und Kreislaufsystemen sind eine Zunahme der Herzratenvariabilität sowie der respiratorischen Sinusarrhythmie. Klinische Effekte der Änderung der oben erwähnten physiologischen Parameter sind eine Steigerung von Wohlbefinden und Entspannung sowie von Vitalität und Aufmerksamkeit. Zudem kommt es zu einer Abnahme von Arousal-Symptomatik, Angst, Depressivität und Wut. (47) Diese positiven Wirkungen beruhen anatomisch-physiologisch auf speziellen afferenten pulmonalen Fasern, die bei der entschleunigten Atmung in der Inspirationsphase rekrutiert werden und in ein weiteres Kerngebiet des N. vagus, den Nucleus tractus solitarii, abgekürzt NTS, projizieren. (49)

In den NTS enden viele vagale Afferenzen, die sensorische Informationen aus peripheren Organsystemen leiten (48 S.27,28). Da der NTS in den Nucleus ambiguus projiziert (48 S.28), kann dieser mittels seiner Efferenzen die oben erwähnten Effekte bewirken.

Neben dieser vago-vagalen Kopplung beruht die vegetative Stabilisierung auch auf einer gesteigerten generellen kortikalen Aktivität im alpha-Wellen-Bereich. (50) Für diese Aktivierung des Kortexes kann eine durch nasale Mechanozeptoren bedingte Umwandlung des Atemstroms in neurologische Impulse angenommen werden, die die Aktivität im Bulbus olfactorius modulieren, was wiederum die Aktivierung des gesamten Kortex zur Folge hat. (47,49)

Dieser Einfluss des entschleunigten Atmens auf die kortikale Aktivität ist im EEG erhebbar. (44) Über Verschaltungen der Großhirnrinde mit der Formatio reticularis ist ein Einfluss auf die parasympathischen Efferenzen möglich, die Herzfrequenz, Gefäßweite und Atemfrequenz regulieren. (44)

In Hinblick auf eine Traumabehandlung, die wie in der Einleitung der Therapiemethoden beschrieben, nicht nur die Linderung der traumaassoziierten Symptomatik zum Ziel hat, sondern auch die kognitive Verarbeitung des Traumas selbst, muss hervorgehoben werden, dass eine alpha-Wellen-Aktivität (s.o.) zusammen mit Musik eine erinnerungsfördernde Wirkung hat. (51) Die entschleunigte Atmung ist also im Kontext der vom TraumaHelfer-Konzept vorgesehenen Traumatherapie nicht nur, wie oben erläutert, eine physiologisch fundierte Methode zur Selbstregulation, sondern auch ideal geeignet zur Einleitung sowie Unterstützung der Erinnerung an das Trauma. Auf diesen Aspekt soll im Abschn. 4.6. genauer eingegangen werden.

3.3. Short universal regulative exercise (SURE)

Eine weitere, im TraumaHelfer-Konzept angewendete Methode zur Selbstregulation beim Auftreten von Traumasymptomen ist SURE, aus dem Englischen „Short universal regulative exercise“. Dabei werden rhythmische, nicht anstrengende Schaukelbewegungen des Oberkörpers durchgeführt, die vielfältig gestaltet sein können, z.B. können diese kreisend oder wiegend sein und sich in alle Richtungen erstrecken, z.B. von vorne nach hinten, von rechts nach links, sowohl im Stehen als auch im Sitzen. Eventuell können auch der Kopf oder die Fußballen hin und her gewippt werden. So gelangt der sie Durchführende unwillentlich innerhalb kurzer Zeit in einen entspannten Zustand. (52 S.44,45) Für die Wirksamkeit von SURE wurde bis heute über empirische Erfahrungen hinaus noch keine eindeutige wissenschaftliche Ursache gefunden. (53 S.32) Nichtsdestotrotz hat sie sich als erfolgreiche Methode zur Stressreduktion in unterschiedlichen Kontexten erwiesen, beispielsweise im Rettungsdienst (52) und in der Nachsorge von Bundeswehrsoldaten. (54) Sie lässt sich kulturunabhängig in diversen Weltreligionen beobachten, z.B. im islamischen Korangebete sowie in der Rezitation des jüdischen Talmuds. Auch wird die Methode z.B. von zahlreichen Sportlern vor ihren Performances und von Politikern vor wichtigen Reden angewendet. (55) Im Kontext der Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen ist ferner von essentieller Bedeutung, dass Schaukelbewegungen von Heranwachsenden physiologischerweise unbewusst durchgeführt werden, um die Verschaltung der unterschiedlichen neuronalen Funktionssysteme, zu denen beispielsweise kognitive Fähigkeiten, Motorik, Emotionen und Sinneswahrnehmungen gehören, zu fördern. Die Verschaltung der für die erwähnten Funktionen zuständigen Nervenbahnen ist zudem für die Entwicklung jeder einzelnen Funktionalität erforderlich. Neurophysiologisch entsteht diese Verschaltung durch Ausschüttung neurotroper Substanzen, die dem Erhalt und dem Wachstum der Nervenbahnen dienen. (56)

Ausgehend von dieser Tatsache kann angenommen werden, dass die von traumatisierten Kindern und Jugendlichen durchgeführten Schaukelbewegungen ein Versuch sind, das durch das Trauma gestörte Zusammenwirken von Hirnstamm, limbischem System und Großhirn (siehe Abschn. 2.2. und 2.3.) wiederherzustellen, zumal diese Störung im Gegensatz zur physiologisch angestrebten, altersentsprechenden Verschaltung neuronaler Funktionalitäten steht.

Somit erweisen sich Schaukelbewegungen von traumatisierten Kindern und Jugendlichen als Traumasymptom (vgl. DTD-Kriterien von van der Kolk et al.), welches zugleich einen Versuch

zur Bewältigung des Traumas darstellt. SURE ist folglich eine neurophysiologisch geeignete Intervention zur Anwendung in der Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen.

Schaukelbewegungen fördern darüber hinaus physiologischerweise die Entwicklung von Lern- und Gedächtnisprozessen (56), sodass SURE als unterstützende Intervention bei der kognitiven Traumaverarbeitung geeignet ist.

3.4. Bilaterale Stimulation

Der Begriff „bilaterale Stimulation“ ist eine einheitliche Bezeichnung für diverse Techniken, die mittels alternierender Sinnesreize – beispielsweise Augenbewegungen, Klopfen und Klänge (57 S.8, 58 S.159) – aus entgegengesetzten Richtungen, z.B. von rechts und von links, die Vulnerabilität der sie durchführende Person gegenüber belastenden Erinnerungen senken.

Die bilaterale Stimulation hat in der persönlichen Erfahrung der Therapeutin Francine Shapiro ihren Ursprung. Nach der Diagnosestellung einer onkologischen Erkrankung konnte Shapiro feststellen, dass die subjektiv empfundene Belastung durch negative Gedanken in Folge von alternierenden rechts-links-Bewegungen ihrer Augen abnahm.

Daraufhin wendete Shapiro die Technik bei eigenen Bekannten an und stellte deren Effektivität insbesondere in Hinblick auf zeitlich länger zurückliegende Erinnerungen der Betroffenen fest. Zur Überprüfung der Wirksamkeit bei einer traumatisch belasteten, klinisch diagnostizierten Patientengruppe, wendete Shapiro die Methode in einem Zentrum für Vietnamveteranen an. Nachdem sich hier erste Erfolge zeigten, führte Shapiro anschließend eine kontrollierte Studie in den USA mit Opfern sexueller Gewalt durch und erreichte die Publikation ihrer Arbeit im *Journal of Traumatic Stress*. (59)

Seit den Anfängen haben zahlreiche kontrollierte Studien die Wirksamkeit von Shapiros Methode, aufgrund ihrer erstmaligen Entdeckung mittels Augenbewegungen als EMDR „eye movement desensitization and reprocessing“ genannt, in Hinblick auf die Verarbeitung von traumatischen Erinnerungen bestätigt. (60, 61 S.11)

2013 erklärte die WHO die EMDR als einzige geeignete Therapie (zusammen mit der traumafokussierten Cognitive Behavioral Therapy) der posttraumatischen Belastungsstörung, unter anderem in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Stärken der Methode seien insbesondere unter anderem das Unnötigsein einer detaillierten Beschreibung des Ereignisses oder einer länger andauernden Exposition gegenüber traumaassoziierten Einflüssen. (57 S.5) Auch

empfiehlt die ISTSS-Leitlinie von 2019 die EMDR als eine Behandlung erster Wahl gleichermaßen für alle Heranwachsenden bis zum 18. Lebensjahr. (58 S.157)

Allen EMDR-Protokollen ist gemeinsam, dass der Patient eine kurze gedankliche Auseinandersetzung mit zuvor identifizierten traumatischen Erinnerungen durchführt. (62) Dieser Aspekt ist für die Anwendung des TraumaHelfer-Modells bei Jugendlichen von Relevanz: hier erfolgt die gedankliche Auseinandersetzung mittels einer Zeichnung. Weitere Erklärungen hierzu finden sich in Abschn. 4.6.

Anschließend führt der Patient die bilaterale Stimulation durch, beispielsweise durch Augenbewegungen oder durch rhythmisches beidseitiges, wechselseitiges Tappen der Oberarme. (62,63) Für die neurophysiologische Wirksamkeit der bilateralen Stimulation existieren diverse Erklärungsansätze. Es wird angenommen, dass bei Durchführung der bilateralen Stimulation die zerebrale Aktivität REM-Schlaf ähnliche Qualitäten erreicht. Analog zum REM-Schlaf führe dies zu einer Festigung von Gedächtnisinhalten. Eine Überführung der traumatischen Erinnerungen von einer prozedural-emotionalen Form in eine eher semantische wird angenommen. (63) Die bilaterale Stimulation steigert die Zugänglichkeit episodischer Erinnerungen. (64) Es kann daraus hergeleitet werden, dass bei gleichzeitiger Aktivierung der traumatischen Gedächtnisinhalte eine Verknüpfung zwischen prozeduralen (traumatischen) Erinnerungen und dem episodischen Gedächtnis gefördert wird. Als grundlegend für die Verarbeitung der prozeduralen Gedächtnisinhalte durch das episodische Gedächtnis kann auf neuroanatomischer Ebene eine Aktivierung des Thalamus als Verbindungsstelle zwischen sämtlichen Afferenzen aus der Körperperipherie und Großhirnrinde durch bilaterale Stimulation angenommen werden. (65) Als richtungweisend für die kognitive Verarbeitung traumatischer Erinnerungen in Folge der bilateralen Stimulation kann der von Bossini et al. nachgewiesene Befund einer Zunahme des hippocampalen Volumens bei PTBS-Patienten nach EMDR angesehen werden. (66) Die Wirksamkeit der bilateralen Stimulation beruht ferner auf die Kopplung des Abrufs von traumatischen Erinnerungen an einen speziellen körperlichen Reiz in der Gegenwart. Hieraus kann gefolgert werden, dass dadurch die Zugehörigkeit der traumatischen Erinnerungen zur Vergangenheit vergegenwärtigt wird und damit der zentrale Aspekt der in Abschnitt 2. beschriebenen Pathogenese der PTBS überwunden wird. Studien konnten nachweisen, dass die traumaassoziierte emotionale Aktivierung durch die bilaterale Stimulation sowie der emotionale Gehalt negativer Erinnerungen dadurch abnimmt. Für die Überführung der traumatischen Erinnerungen in das episodische Gedächtnis wird auch eine gesteigerte Kommunikation zwischen beiden Gehirnhemisphären während der bilateralen Stimulation als ursächlich angenommen; es ist vom

gleichzeitigen Zusammenwirken verschiedener Mechanismen mit demselben Effekt auszugehen. (63)

Nicht nur unter dem Aspekt der kognitiven Traumaverarbeitung, sondern auch hinsichtlich der Symptomminderung hat sich die bilaterale Stimulation als wirksame Intervention erwiesen. Unter Durchführung der EMDR konnten Aubert-Khalfa et al. eine Abnahme der traumabezogenen Arousal-Symptomatik in Form einer Minderung von Herzfrequenz und Hautleitfähigkeit nachweisen. (67)

Anknüpfend an die oben erwähnte gesteigerte Kommunikation beider Hirnhemisphären während der bilateralen Stimulation ist bezogen auf die Anwendung der Methode zu erwähnen, dass der Frontallappen einen entscheidenden Einfluss auf die Emotionsregulation hat. Die Reifung des Frontallappens geht einher mit einer zunehmenden Verbindung beider Hirnhälften, durch die auch das Langzeitgedächtnis vermehrt an die Regulation von Emotionen beteiligt wird. (68 S.85) Daraus kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die Durchführung der bilateralen Stimulation durch ein Traumaopfer im Kindesalter die physiologisch angestrebte Vernetzung beider Hirnhälften zur Entwicklung des Frontallappens und seiner Fähigkeit zur Emotionsregulation fördert. Auch diese Methode der Traumatherapie fußt also analog zu SURE auf die Förderung physiologischer Reifungsschritte des Nervensystems.

Defizite in der Fähigkeit, Stress zu regulieren, korrelieren ferner mit einer stärkeren Aktivierung der rechten im Vergleich zur linken Hemisphäre. Auch zeigt sich die oben erwähnte rechtsfrontale Asymmetrie beim Auftreten regulationsbedürftiger Affekte. Eine linksfrontale Asymmetrie, also eine stärkere Aktivierung der linken Hemisphäre im Vergleich zur rechten, tritt hingegen beim Empfinden positiver Emotionen auf. (68 S.85-87) Eine Förderung der Verknüpfung der Hirnhemisphären untereinander wird aufgrund der durch die bilaterale Stimulation bedingte thalamische Aktivierung ermöglicht (65) und erscheint sinnvoll zur Überwindung dieser Aktivierungs-Asymmetrie und damit zur Regulation von negativen Emotionen, einer Fähigkeit, auf die die Abnahme der Traumasymptomatik fußt.

So gibt es zum Beispiel Hinweise auf eine Abnahme des traumatischen Wiedererlebens sowie des Vermeidungsverhaltens in einer dem TraumaHelfer-Modell ähnlichen Altersgruppe. Auch sind hier die Anzahl (acht) und die Frequenz (wöchentlich) der EMDR-Sitzungen dem TraumaHelfer-Konzept sehr ähnlich, welches zehn wöchentliche Therapiesitzungen vorsieht. (69)

Die Wirksamkeit der bilateralen Stimulation in der Behandlung der Traumasymptomatik bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere bezüglich der Reduktion von ängstlicher und depressiver Symptomatik, ist durch ein Review von Beer et al. 2018 dokumentiert. Zu erwähnen ist

in diesem Zusammenhang der nachgewiesene Erfolg nicht nur bei unterschiedlichen Arten von Traumata (Typ-I-Trauma und Typ-II-Trauma, dem sog. man made trauma), sondern auch bei unterschiedlicher Häufigkeit der traumatischen Erfahrungen (Monotrauma und Multitrauma). (70) Die nachgewiesene Wirksamkeit bei unterschiedlicher Häufigkeit ist entscheidend mit Blick auf eine Anwendung in Erdbebengebieten, wo mehrere aufeinanderfolgende Erdbebenstöße mit traumatisierendem Potential die Norm sind.

Mit Blick auf die angestrebte Anwendung der bilateralen Stimulation im TraumaHelfer-Modell bei Erdbebenopfern in Mittelitalien ist die Reduktion von ängstlicher sowie depressiver Symptomatik bei Opfern von Naturkatastrophen durch die Studien von Chemtob et al. 2002 sowie Tang et al. 2015 belegt. Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die nachgewiesene Wirksamkeit in Altersspannen, die mit den Zielgruppen des TraumaHelfer-Konzeptes weitgehend übereinstimmen. Chemtob et al. erreichten mithilfe der EMDR eine Reduktion der Traumasymptomatik bei Kindern im Alter von 6-12 Jahren, Tang et al. wiesen diese bei 12- bis 15-Jährigen nach. (70,71,72)

Abschließend lässt sich sagen, dass für eine effektive Anwendung der bilateralen Stimulation bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen zuverlässige empirische Belege vorliegen und die der Methode zugrundeliegenden neurophysiologischen Prozesse ausreichend nachvollziehbar sind. Die durch Aktivierung des Thalamus erwirkte Hemisphären-Synchronisation bei der bilateralen Stimulation hat den in 2.1. formulierten Zielen der Traumatherapie entsprechend sowohl eine Linderung der PTBS-Symptome als auch eine kognitive Verarbeitung zur Folge. In der Therapie der PTBS mit wiederkehrenden Traumatisierungen ausgesetzten Kindern und Jugendlichen hat sich die Durchführung der bilateralen Stimulation im Gruppensetting in Form des sog. „butterfly hugs“ (Engl.: Schmetterlings-Umarmung) bewährt. (73,74) Hierbei verschränkt der Patient die Arme und fasst jeweils mit einer Hand den Oberarm des entgegengesetzten Armes und schlägt sanft sowie rhythmisch alternierenden jeweils den rechten und den linken Oberarm. Zur Erhöhung der therapeutischen Wirksamkeit wird im TraumaHelfer-Modell die bilaterale Stimulation in Form des butterfly hugs in Kombination mit Musik und Bewegung eingesetzt, siehe Abschn. 2.6.

3.5. Synoptische Beurteilung von Entschleunigtem Atmen, SURE und bilateraler Stimulation

An dieser Stelle sei erwähnt, dass alle bisher erläuterten körperorientierten Therapiemethoden bei Bedarf über die Beeinflussung des vegetativen Nervensystems eine Symptomlinderung erwirken. Zum anderen kann aufgrund der bidirektionalen neuroanatomischen Verbindungen zwischen autonomen Nervensystem und zentralen Gehirnstrukturen (48 S.21) bei regelmäßiger Durchführung eine nachhaltige Regulation sowie kognitive Umstrukturierung erreicht werden. Bezeichnend ist, dass analog zur von Janet im Kern bereits korrekt erkannten Pathogenese von Traumafolgestörungen auch die oben erwähnten Verschaltungen zwischen vegetativem Nervensystem und zentralen Gehirnstrukturen ansatzweise bereits im 19. Jahrhundert von Darwin festgestellt wurden: „Wenn das Herz beeinträchtigt ist, wirkt es sich auf das Gehirn aus; und der Zustand des Gehirns wirkt sich wiederum über den pneumogastrischen [Vagus-]Nerven auf das Herz aus; sodass es unter jeglicher Erregung ein starkes reziprokes [Wechselspiel] zwischen diesen beiden wichtigsten Organen des Körpers geben wird.“ (48 S.52) Die in der Körperperipherie entstehende Entspannung bezüglich der Funktionen der inneren Organe erreicht den Hirnstamm. Dessen Inputs werden daraufhin an die höher gelegenen Strukturen weitergeleitet und festigen sich als neue körperlich-prozedurale Erinnerungen durch das Zusammenspiel von Hippocampus und limbischem System. Die Therapie ermöglicht somit eine entspannte Gegenwart, die dazu beitragen kann, dass das Trauma als vergangen wahrgenommen wird.

3.6. Musik und Bewegung im TraumaHelfer-Modell

Musik als Methode der emotionalen Regulation ist allgemein anerkannt: sie gilt sie bereits in der Mutter-Kind-Beziehung als ureigenes, kulturunabhängiges Element in der Regulation des Kindes. Auch wurde Musik als Therapiemethode in US-amerikanischen Rehabilitationseinrichtungen für Veteranen aus dem Zweiten Weltkrieg verwendet, wo sie sich bei traumatisierten Betroffenen als gesundheitsförderlich erwies. (75 S.51) Auch die aktuelle Forschung untermauert den positiven Einfluss von Musik auf die PTBS-Symptomatik von Kriegsveteranen. (76) Mit Blick auf therapeutisch angeleitetes Wiedererleben der traumatischen Erinnerungen hat sich allerdings erwiesen, dass die emotionale Aktiviertheit von Betroffenen bei Kombination

dieses Wiedererlebens mit Musik alleine nicht abnimmt. Im Gegensatz dazu ist die alleinige Durchführung der bilateralen Stimulation hierzu in der Lage. (77)

Dem kann entnommen werden, dass eine optimale Anwendung von Musik im Sinne einer ganzheitlichen PTBS-Behandlung deren Kombination mit der bilateralen Stimulation darstellt. Rhythmische Gleichmäßigkeit in der Musik wird grundsätzlich von der menschlichen Psyche als Zeichen von situativer Sicherheit und Stabilität gewertet. (78 S.169)

Entsprechend wird der butterfly hug im TraumaHelfer-Modell zu einer musikalisch begleiteten bewegten Intervention. Die Musik wird hierbei durch die in der Gruppe singenden Patienten selbst erzeugt. Dieser Ansatz fügt sich in der in Abschnitt 2. beschriebenen multimodalen Traumabehandlung mittels Selbstregulation und Entspannung, Exposition sowie kognitiver Verarbeitung.

Selbstregulation und Entspannung werden beim Singen physiologischerweise durch vagale Aktivierung über den Nucleus ambiguus der an der Phonation beteiligten anatomischen Strukturen erzielt. (46, 48 S.27-29) Dieser Aspekt wird im weiteren Verlauf dieses Abschnitts genauer ausgeführt. Exposition und kognitive Verarbeitung erfolgen durch die Sandspieltherapie bzw. der NET (s.u.). Kognitiv verarbeitet werden die traumatischen Erinnerungen außerdem, indem die gesangsbegleitete bilaterale Stimulation u.a. im Anschluss an das Sandspiel bzw. an die NET beim Singen eines Liedes durchgeführt wird.

Zur Entspannung bei Durchführung der gesangsbegleiteten bilateralen Stimulation trägt die neuroanatomische Interaktion zwischen dem N. facialis, den motorischen Projektionen des Nucleus ambiguus zu den Phonationsorganen sowie dessen viszerale Efferenzen desselben Kerngebietes zu den Bronchien und zum Herzen. (48 S.46) Viszerale Efferenzen aus dem Nucleus ambiguus bewirken eine Abnahme der Herzrate sowie Wahrung des Sauerstoff-Gasaustauschs durch Steigerung des bronchialen Widerstandes. (48 S.39,40) Die Phonation beim Singen hat also eine unmittelbar vegetativ-regulierende Wirkung auf innere Organe. Diese wirkt sich natürlich wiederum positiv auf die parallel dazu stattfindende Re-Synchronisation der Hemisphären des Traumas durch die bilaterale Stimulation aus.

Gefördert wird die kognitive Verarbeitung des Traumas dadurch, dass die Neurone des Nucleus ambiguus, aus denen die viszerale Efferenzen hin zu Herz und Bronchien entspringen, zugleich mit dem limbischen System verbunden sind. (48 S.40) Die in peripheren Organen erreichte vegetative Stabilisierung erreicht somit u.a. die Amygdala als zentrale Struktur in der Pathogenese der PTBS (vgl. Abschn. 2.2.), den Ort der emotionalen Bewertung von Umweltinformationen, der sich beim PTBS-Patienten in einem pathologischen Zustand der Aktiviertheit

befindet. Ein Input der Entspannung erreicht somit den zentralen Ort des PTBS-Geschehens, der dann kognitiv weiterverarbeitet und bei mehrmaliger Wiederholung im Kontext der Traumabehandlung in Form mehrerer Sitzungen sowie innerhalb einer einzelnen Sitzung, siehe Abschn. 4.6., gefestigt wird. Die gesangsbegleitete vegetative Stabilisierung bietet somit ein Korrektiv der Traumaerfahrungen. Die in der Gegenwart vorhandene Sicherheit kann dazu beitragen, das Trauma als vergangen einzuordnen.

Die beim Gruppengesang entstehenden akustischen Signale werden als solche zudem in subkortikalen Bereichen in Nachbarschaft zum limbischen System verarbeitet. Signale aus dem Gehörsinn werden also aufgrund deren Verarbeitung in unmittelbarer Nähe von Zentren der emotionalen Bewertung grundsätzlich emotionsbehaftet rezipiert, stärker als es beispielsweise bei visuellen Reizen der Fall ist. (79) Das Singen in der Gruppe bei Durchführung der bilateralen Stimulation in einer vertrauten und sicheren Atmosphäre bietet somit auch aufgrund der o.g. topographisch-anatomischen Verarbeitung von Gehörsignalen eine Möglichkeit der Regulation.

Verstärkt wird die Wirksamkeit der gesangsbegleiteten bilateralen Stimulation zudem speziell durch das Gruppensetting: kreativer sprachlich-musikalischer Ausdruck zusammen mit anderen Menschen gilt grundsätzlich als bewährte Strategie zur Traumaüberwindung. (80) Auch zeigte sich bei Durchführung von Musiktherapie mit traumatisierten Kindern, dass die Coping-Strategien des Einzelnen besonders dann gestärkt wurden, wenn Unterstützung durch eine vertraute Gemeinschaft gegeben war. (81) Das TraumaHelfer-Projekt in Mittelitalien sieht vor, dass Kinder und Jugendliche die Therapien in der eigenen Klassengemeinschaft durchführen. Die Bedeutung dessen wird im Abschn. 4.1. erläutert.

Die verstärkte Wirksamkeit der gesangsbegleiteten bilateralen Stimulation im Gruppensetting kann ebenfalls neuroanatomisch begründet werden: die Phonation übt nicht nur wie oben beschrieben einen direkten Einfluss auf vegetative Funktionen aus. Der für die Phonation und viszeromotorische Innervation von Herz und Lunge zuständige Nucleus ambiguus des N. vagus – auch als sog. „ventraler Vagus“ genannt – steht zugleich in Verbindung mit dem Kerngebiet des N. facialis, der die mimische Muskulatur innerviert und Gesichtsausdrücke verursacht. (48 S.39) Dies ermöglicht eine Verknüpfung von Funktionszuständen innerer Organe eines Menschen mit dessen mimischer Ausdrucksfähigkeit im Sinne einer sogenannten „face-heart-connection“. (48 S.57) Damit kann die erlebte vegetative Entspannung eines Kindes in der Therapiegruppe an andere teilnehmende Kinder vermittelt werden, es kommt zu einer reziproken

Regulierung, die sich wiederum positiv auf das einzelne Kind auswirkt, im Sinne des sog. „social engagement system“ nach Porges.

Während der gesangsbegleiteten bilateralen Stimulation führen die Teilnehmer zudem zur Musik koordinierte rhythmische Bewegungen aus. Dadurch erfolgt eine Verstärkung der Wirkung der Methode, die nachvollziehbar wird, wenn man die Rolle des Kleinhirns dabei betrachtet. Das Kleinhirn zählt evolutionär betrachtet zu den ältesten Teilen des Gehirns und übernimmt die Aufgabe der motorischen Koordination. Im Zusammenspiel mit Musik übernimmt das Kleinhirn die Taktgeberfunktion. Es zeigt sich zudem über die koordinatorischen Funktionalitäten hinaus eine Aktivierung beim Hören von angenehmer sowie vertrauter Musik im Gegensatz zu unangenehmer bzw. fremder Musik (zur Auswahl des Liedes für die Umsetzung des TraumaHelfer-Projektes in Mittelitalien siehe Abschn. 4.6.). Zudem bestehen zahlreiche neurologische Verknüpfungen zwischen Kleinhirn und Schlüsselstrukturen in der Pathogenese der PTBS: dem Hirnstamm (82 S.8), der Amygdala und dem Frontalhirn. (78 S.175) Ein regulierender Einfluss durch das Kleinhirn bei rhythmischen Bewegungen während der gesangsbegleiteten bilateralen Stimulation durch dessen direktes Einwirken auf den Hirnstamm als Entstehungsort von Kreislauf- und Atemrhythmen, also von Parametern, die durch die PTBS alteriert werden, erscheint somit plausibel, ebenso wie eine Beeinflussung automatisierter traumabedingter prozeduraler Reaktionsmechanismen, die in Form des Wiedererlebens oder der Dissoziation wie im Pathogenese-Abschnitt 2.2. beschrieben entstehen können.

Die o.g. Regulation auf Hirnstammebene kann sich außerdem positiv auf das Arousal des limbischen Systems auswirken, was nachvollzogen werden kann, wenn man die anatomischen Beziehungen zwischen Hirnstamm und limbischem System betrachtet. Das limbische System ist ringförmig um den Hirnstamm angeordnet und es bestehen zahlreiche funktionelle Verschaltungen zu ihm. (82 S.8)

Zudem ist ein direkter regulierender Einfluss des in der Therapie aktivierten Kleinhirns auf die Amygdala denkbar. Durch die Verschaltungen des Kleinhirns zum Frontalhirn sind ferner dessen emotionsregulierende Fähigkeiten in der Lage, den Ort der Kognition zu erreichen. (78 S.175) Die Aktivität des Kleinhirns ist hier bei vertrauter Musik stärker als bei unbekannter. (78 S.174,175) Diesen Aspekt berücksichtigt man in der konkreten Liederauswahl für das TraumaHelfer-Projekt, siehe Abschn. 4.6. Die Reduktion von traumaassoziiertes emotionaler Aktiviertheit kann somit in ein Narrativ eingebettet werden, das über die Empfindung im Hier und Jetzt der Therapiesitzung hinausgeht. Der Patient kann erfassen, dass eine Kontrolle des traumatischen Arousals möglich ist und dass das Trauma folglich der Vergangenheit angehört.

Die Gesamtheit der geschilderten Beobachtungen zur Rolle des Kleinhirns in der bewegungs- und gesangsbegleiteten bilateralen Stimulation bei Traumabehandlung von Heranwachsenden fügt sich in der bereits von Montessori als lern- und gesundheitsförderlich erkannten Verknüpfung von Körper und Geist: “Geist und Bewegung sind die zwei Aspekte eines einzigen Zyklus und die Bewegung ist die überlegenere Ausdrucksform. (...) [D]ie geistige Entwicklung ist mit der Bewegung vergesellschaftet und ist davon abhängig. Ohne Bewegung existieren weder Fortschritt noch mentale Gesundheit.“ (83 S.86,87) Hieraus kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass durch die Durchführung des gesangsbegleiteten butterfly hug, eingebettet in rhythmische Bewegungen, Kinder und Jugendliche in der Therapiegruppe zum einen ein Instrument zur symptomatischen Selbstregulation erlernen, das sie bei Bedarf anwenden können. Zum anderen wird die Nachhaltigkeit der im Sandspiel bzw. in der NET erfolgten kognitiven Verarbeitung der traumatischen Erinnerungen gefördert.

3.7. Sandspieltherapie

Die PTBS ist wie in 2.2. beschrieben eine präverbale Entität: so sind Beeinträchtigungen der Sprachzentren im Gehirn durch traumatische Erlebnisse bereits seit den 1980er-Jahren bekannt. (82 S.14) Insbesondere Schädigungen des Broca-Areals, die dazu führen, dass das Erlebte nicht mehr versprachlicht werden kann, sind von besonderer Relevanz. (4 S. 39-44, 82 S.11)

Die mangelnde Zugänglichkeit der Sprache als Funktion des expliziten Gedächtnisses bei Traumaopfern ist im Falle von Heranwachsenden je nach erreichter Entwicklungsstufe von besonderer Relevanz. (82 S.16)

Angesichts dieser Problematik braucht es für Kinder zum Erwirken einer Zugänglichkeit der traumatischen Erinnerungen für die Überführung in das episodische Gedächtnis nonverbale Therapieinterventionen, die dem Kind dazu verhelfen, sich direkt mit dem Erlebten auseinanderzusetzen und dessen Bruchstücke auch ohne Beteiligung der Sprache zu sortieren. Dies ist bei der Sandspieltherapie der Fall. (82 S.11-13) Im TraumaHelfer-Modell wird von jedem Kind das Sandspiel mit einer eigenen Sandspielkiste, die Figuren beinhaltet, unter Supervision des ihm zugeordneten TraumaHelfers durchgeführt. (36) Dabei profitiert man von der Tatsache, dass Kinder das Spielen grundsätzlich zur Verarbeitung der Erlebten nutzen. (16 S.283,284)

Mit Blick auf die Erfolgchancen von Sandspieltherapie bei durch Erdbeben traumatisierte Kinder in Mittelitalien ist anzumerken, dass sich diese Therapiemethode in der Behandlung von

traumatisierten Schülern in dieser Altersgruppe nach Erdbeben in China bereits bewährt hat. Heilung der verwundeten Gemeinschaft aus sich selbst heraus, als Gruppenintervention, erwies sich dabei als besonders wichtig. (84 S.132-134)

Der Ursprung der Sandplay Therapy geht auf die britische Pädikerin Löwenfeld (1925) zurück. Heranwachsenden bis zum 18. Lebensjahr wollte sie den Ausdruck von nicht-versprachlichungsfähigen Erfahrungen ermöglichen, in freier und zugleich geschützter Atmosphäre. Sie entwickelte folglich das Sandspiel in Form eines Tablett aus Zink mit Sand und Figuren und nannte ihre Methode „The World technique“. (84 S.18,19) Die Beobachtung, Sand ermögli-che (zusammen mit Wasser) als eines der frühestmöglich zugänglichen Spielmittel für Kinder diesen einen Weg zur authentischen Selbstmitteilung, unverfälscht durch den Einfluss der Erwachsenen in Form von konventionellem Spielzeug sowie deren diesbezüglichen Präferenzen, wurde auch von Montessori ansatzweise formuliert. (83 S.109) Die von Löwenfeld hervorgehobene Bedeutung von eigenständigem Spielen für Entwicklung und Behandlung von Heranwachsenden stieß in der damaligen Zeit bei Freuds Nachfolgern auf starken Widerspruch: kindisches Spielen wurde in der damaligen Psychoanalyse als Ausdruck von Widerstand gegenüber der Behandlung gesehen. (84 S.19) In den 50er Jahren setzte sich die schweizerische Analytikerin Kalff, Schülerin von Jung, mit Löwenfelds Methode auseinander, übernahm die von Löwenfeld beschriebene praktische Umsetzung, verfolgte dabei jedoch einen Ansatz psychoanalytischer Art und setzte das Sandspiel als Mittel zum Zugriff auf das Unbewusste ein. Kalff nannte die Methode nun Sandplay Therapy. (84 S.21)

Widmet man sich der Anwendung der Sandspieltherapie bei Kindern in den Erdbebengebieten in Mittelitalien, lassen sich folgende Beobachtungen festhalten:

Sand gehört bei in Italien sozialisierten und lebenden Kindern mehrheitlich zu einem selbstverständlichen bis alltäglichen und positiv belegten Spielmaterial, dem diese unabhängig vom sozioökonomischen Status begegnen: auch bei in nicht-maritimen Gebieten lebenden Familien sind regelmäßige Ausflüge zu entsprechenden Orten an der Küste der Halbinsel oder der dortige Besitz von Ferienunterkünften sehr verbreitet. (85,86,87) Dementsprechend ist Sand als kreatives Ausdrucksmittel des einzelnen Kindes sowie auch als Mittel der Sozialisation mit erwachsenen Bezugspersonen bei diesen Kindern ganz besonders etabliert und von dortigen Experten gleichermaßen populärwissenschaftlich (88) sowie im fachlichen Diskurs (89) empfohlen.

Zugleich muss dem Material Sand unter einem anderen Aspekt mit Blick auf die Behandlung von durch Erbeben traumatisierte Kinder besondere Beachtung geschenkt werden: Sand ist ein wichtiger Bestandteil des Zements. Mit zerfallendem Zement und dessen sandiger Konsistenz

können Kinder, die ein Erdbeben selber miterlebt haben und bei denen eine primäre Traumatisierung vorliegt, mit großer Wahrscheinlichkeit – im eigentlichen Sinne des Wortes – in Berührung gekommen sein, z.B. beim Fliehen aus dem eigenen Haus, dem Verstecken unter Möbeln oder auch beim Verschüttetwerden durch Trümmer. Nicht zuletzt kann Sand bei Betroffenen aufgrund von Skandalen innerhalb der Bauindustrie, bei denen sich diese mehrmals eines übermäßigen Zusatzes von Sand in der Zementherstellung schuldig gemacht hat, negativ belegt sein. (90,91) Eine Verwendung des Sandes in der Sandspieltherapie bei Erdbebenopfern birgt also zum einen prinzipiell stets das Risiko eines traumatischen Wiedererlebens mit entsprechender Symptomatik während Therapiesitzungen.

Zum anderen kann durch die im Sandspiel vorgesehene Beigabe von Wasser (92) zum Sand dessen Konsistenz so geändert werden, dass er physisch nicht mehr dem spröden, traumatogenen Zement ähnelt.

Der Sand wird dadurch stattdessen zum verformbaren Material: das Kind kann damit Figuren und Landschaftselemente formen sowie es als Kittsubstanz für die vorhandenen Figuren verwenden. (92) Diese Verformbarkeit des Baumaterials kann dem Kind ein Gefühl der Kontrolle über das von ihm dargestellte Erlebte geben und somit dazu beitragen, es die im Trauma erlebte Hilfslosigkeit überwinden zu lassen.

Anknüpfend an die in Abschn. 2.3. beschriebene Problematik der mangelnden Überführung traumatischer Erinnerungen in das episodische Gedächtnis und die daraus resultierende Ausbildung fehlangepasster prozeduraler Reaktionsmuster ist hervorzuheben, dass die Sandspieltherapie ein körperorientiertes Verfahren ist. (93) Taktile Reize ermöglichen die Aktivierung unbewusster körperlicher Erinnerungen (94 S.23) sowie den Zugriff auf implizite Gedächtnisinhalte. (82 S.11,15,16)

Zum Hirnstamm weitergeleitete sensorische Impulse aktivieren prozedurale Gedächtnismuster (11 S.26-31) durch gleichzeitig stattfindende visuelle Darstellung des Erlebten. Das Stattfinden dieses Prozesses in mehreren Sitzungen ermöglicht die schrittweise Konstruktion eines einheitlichen Narrativs, das zeitlich und räumlich klar kontextualisiert ist. Durch die Visualisierung des Erlebten werden nämlich entsprechende Kortexareale der visuellen Verarbeitung aktiviert, die mit dem präfrontalen Kortex verbunden sind. (8 S.234, 9 S.536) Bruchstücke der unbewussten Erinnerung erreichen somit das episodische Gedächtnis, während gleichzeitig prozedurale Gedächtnismuster aktiviert werden. Mit zunehmender Förderung des episodischen Gedächtnisses wird das symptomauslösende Potential dieser prozeduralen Gedächtnismuster verringert.

Obigen Erklärungen kann entnommen werden, dass das Sandspiel die Überführung traumatischer Erinnerungen eines Kindes in dessen Bewusstsein fördert, indem das Kind beim Sandspiel entsprechend dem *ursprünglichen* Konzept von Löwenfeld frei von der Vermittlung durch Erwachsene eigene Erfahrungen ausdrücken kann. Eine psychoanalytische Auffassung von Trauma als unbewusstem, intrapsychischem Konflikt entsprechend der Psychoanalyse ist daher nicht zielführend. *Löwenfelds* Auffassung des Sandspiels ermöglicht hingegen dessen Anwendung bei der PTBS im Sinne eines Verständnisses von Trauma als neurophysiologische Entität. Unterstützt werden kann der Verarbeitungsprozess durch die oben erklärten Techniken der Selbstregulation bei Bedarf, einer Vorgehensweise, die in der Traumabehandlung empirisch als etabliert gilt. (95 S.47,48) Zusammen mit dem Kind durchgeführte Selbstregulation kann durch die damit erwirkte sofortige Symptomlinderung dazu beitragen, den Effekt von traumaassoziierten fehlangepassten prozeduralen Gedächtnisinhalten zusätzlich schrittweise zu verringern und diese schrittweise zu lösen, entsprechend der im Abschn. 2.3. beschriebenen Entwicklung der PTBS-Symptomatik.

Verstärkt werden die oben beschriebenen symptomlindernden Effekte der Sandspieltherapie, wenn entsprechend dem Konzept von Dora Kalff für das Sandspiel eine Kiste der Maße 57 cm x 72 cm x 7 cm verwendet wird. (96 S.15) Derartige Maße entsprechen „genau dem menschlichen Blickfeld.“ (96 S.24) Ferner weist in diesem Fall das für das Spiel zur Verfügung stehende Areal harmonische Größenverhältnisse auf: die kleinere Seite des Rechtecks entspricht dem sogenannten goldenen Schnitt der Diagonalen des Rechtecks (97), welches in diesem Fall 72 cm x 57 cm groß ist. Die Regel des goldenen Schnittes besagt, dass bei Unterteilung einer Strecke in einen längeren und einen kürzeren Teil „das Verhältnis der kleineren Teilstrecke (b) zur größeren Teilstrecke (a) dem der größeren Strecke zur Gesamtstrecke (a + b) entspricht. Das ergibt die Formel $\frac{a}{b} = \frac{a+b}{a}$. Die Zahl des Goldenen Schnittes wird mit ϕ bezeichnet und entspricht etwa dem gerundeten Wert 1,6180.“ (98)

Berechnet man die Länge der Diagonalen für ein Rechteck der oben angegebenen Größe, wird die Gültigkeit der Regel des Goldenen Schnitts nachvollziehbar.

Gegeben sei: $\phi = \frac{a}{b} = \frac{a+b}{a} \approx 1,6180339887$; $b = 57$

$$\frac{a}{57} \approx 1,6180339887$$

$$a \approx 57 \times 1,6180339887 \approx 92,227937259$$

Soll das Verhältnis zwischen der Diagonale und der kürzeren Seite des 72 cm x 57 cm großen Rechtecks dem goldenen Schnitt entsprechen, muss die Länge der Diagonale also ca. 92 cm betragen. Anhand des Satzes des Pythagoras soll dies überprüft werden.

Gegeben sei: $a = 72$; $b = 57$

$$a^2 + b^2 = c^2$$

$$a^2 + b^2 = 8433$$

$$c = \sqrt{8433} \approx 91,8313671901$$

Damit ist nachgewiesen, dass die Diagonale des oben genannten Rechtecks tatsächlich ca. 92 cm lang ist und damit sehr nahe an der Regel des goldenen Schnittes liegt.

Größenverhältnisse entsprechend der Regel des goldenen Schnittes gelten seit der klassischen Antike als Kriterium der Schönheit und kommen auch in der Natur in zahlreichen Formen vor. Allen Ausprägungen ist gemeinsam, dass sie in der menschlichen Wahrnehmung physiologischerweise als harmonisch gelten. (99) Ein Beitrag zur Reduktion der Belastung durch traumatische Erinnerungen kann angenommen werden.

Gesicherte Effekte der Sandspieltherapie sind eine Abnahme von Angstsymptomatik (100) sowie Reduktion der Aggressivität bei Kindern im Vorschulalter. (101) Dies kann als ein weiterer Beleg für die Wirksamkeit der Methode in einer Entwicklungsphase, in der die sprachliche Ausdruckfähigkeit noch nicht hinreichend geformt ist. (82 S.14-16)

3.8. Narrative Expositionstherapie

Die narrative Expositionstherapie (NET) ist eine Methode, die von Maggie Schauer, Frank Neuner und Thomas Elbert, Forschenden der Universitäten Konstanz und Bielefeld, entwickelt wurde. (102,103)

Die Einbettung traumatischer Erfahrungen des Patienten in die Gesamtheit der chronologischen Sequenz seiner Lebensereignisse wird hierbei mittels der sogenannten Lebenslinie erwirkt. (103) Hierbei wird ein Seil von links nach rechts ausgespannt, das rechte Ende kann – die noch vor dem Patienten liegende Zukunft symbolisierend – eingewickelt bleiben. Der Patient legt dabei entsprechend dem ursprünglichen NET-Protokoll entlang dieser „Lebenslinie“ Blumen oder andere bunte Gegenstände, die die positiven Ereignisse seines Lebens darstellen. Negative Erlebnisse werden hingegen durch Steine symbolisiert. (103 S.39)

Ursprünglich angewendet wurde die Methode als niedrigschwellige Intervention in Krisengebieten. (103 S.2)

Ein entscheidender Vorteil dieser Methode, der diese leicht übertragbar und in unterschiedlichen kulturellen und therapeutischen Kontexten anwendbar macht, besteht darin, dass sie weder einem kommerziellen Schutz noch einem verpflichtenden System der Zertifizierung unterliegt. Auch kann diese kulturübergreifend angewandt werden. (103 S.2,3)

Der Einsatz kreativen und altersgemäßen Materials zur Verarbeitung von Traumatisierungen bei Heranwachsenden sollte angestrebt werden. (103 S.69) Die prinzipielle empfohlene Anzahl der Sitzungen umfasst etwa zehn Einheiten (103 S.40-42), daran orientiert man sich auch im TraumaHelfer-Modell. Die generell vorgesehene Sitzungsdauer von 90-120 Minuten wird im TraumaHelfer-Modell im Einklang mit den Empfehlungen der NET-Autoren bei Heranwachsenden variabel verkürzt, mit Blick auf deren Konzentrationsfähigkeit und emotionale Belastbarkeit. (103 S.69) Die Methode ist somit als niedrigschwellige Intervention im Erdbebensetting geeignet, wo die o.g. Parameter durch wiederholte Erdbebenstöße besonders beansprucht sein können.

Ferner kann die Anwendung nicht nur durch Psychotherapeuten, sondern auch durch angemessen im sozialen Umgang mit Menschen qualifizierte Lientherapeuten erfolgen. (103 S.75)

Die NET setzt therapeutisch im Einklang mit der in den Abschnitten 2.2. und 2.3. erläuterten Pathogenese an der fehlerhaften Verarbeitung des Traumas im Gedächtnis an. (103 S.4) Die Gegenstände auf der Linie sollen dem Patienten beim anschließenden Prozess des Erzählens eine Hilfestellung bieten. (103 S. 44) Damit kann die dabei mögliche Aktivierung prozeduraler Erinnerungen, von den NET-Autoren als „heißes Gedächtnis“ bezeichnet (102 S.44-46), als bedingt durch ein in der Vergangenheit liegendes Ereignis identifiziert werden. Die Überführung in das episodische Gedächtnis kann hierdurch gelingen. (103 S.35)

Voraussetzung für die Anwendung der Methode sind entsprechende sprachliche Fähigkeiten, auch bzw. erst recht bei Anwendung der Methode bei Heranwachsenden. Von den NET-Entwicklern wird für eine zielführende Behandlung ein Alter des Patienten von mindestens 7-8 Jahren empfohlen. (103 S.67) Im Einklang damit sowie mit dem italienischen Bildungssystem, in das sich das TraumaHelfer-Konzept im mittelitalienischen Erdbebensetting fügen soll, sollte die NET hier ab der 6. Jahrgangsstufe angewendet werden, die im italienischen Bildungssystem der sogenannten „prima media“, dem ersten Schuljahr einer dreijährigen Mittelstufe zwischen Grundschule und Gymnasium, entspricht. Heranwachsende dieser Jahrgangsstufe sind in der Regel 11-12 Jahre alt und haben die Grundschule abgeschlossen.

Beginnt der Patient von den traumatischen Ereignissen zu erzählen, können sich Intrusionen in Form von gesteigertem Arousal („PTBS vom sympathischen Typ“), Vermeidungsverhalten sowie freeze-Symptomen bilden („vagal dissoziative PTBS“). (102 S.119)

Hier ist es wichtig, dass der TraumaHelfer den Umgang mit allen drei Formen des Wiedererlebens beherrscht. (102 S.116-124)

Besonders im Vergleich zur Sandspieltherapie, wo das Kind ohne Vorgaben zum Ausdruck des Unbewussten freien Raum erhält (s.o.), birgt die NET aufgrund des visualisierend-sprachlich-narrativen Wesens der Methode an sich sowie aufgrund der höher entwickelten sprachlich-kognitiven Fähigkeiten der Patienten in der entsprechenden Altersgruppe die Gefahr, dass sie unangenehme Ereignisse mit Bezug zum Erdbeben entweder auf der Lebenslinie gar nicht kennzeichnen oder Äußerungen dazu vermeiden.

Die Kenntnis der persönlichen Geschichte des Kindes durch den TraumaHelfer, insbesondere bezogen auf die Erbebenereignisse, ist hierbei unabdingbar. Der leitende Psychotherapeut einer TraumaHelfer-Gruppe führt daher ein leitendes Gespräch mit Schüler und Familie, und bespricht dessen Biographie anschließend mit dem dem Heranwachsenden zugeteilten TraumaHelfer. Somit kann es dem TraumaHelfer auffallen, wenn beispielsweise in der mit dem Erbeben korrelierenden Zeitspanne Ereignisse auf der Lebenslinie fehlen, die Erzählung ins Stocken gerät, beschleunigt wird oder der Patient gar versucht, zum nächsten Ereignis überzugehen.

Im Sinne einer non-direktiven Behandlung, die die psychopathologische Verfassung des Patienten respektiert und nichts erzwingt, kann der TraumaHelfer versuchen, den Patienten vorsichtig zu fragen, ob es noch Ereignisse gibt, die er darstellen möchte oder ob er zu bestimmten dargestellten Ereignissen etwas zu erzählen hat.

Wichtig ist dabei, dem Patienten Vertrauenswürdigkeit zu signalisieren, indem man ihm stete Bereitschaft zur Begleitung sowie zur Auseinandersetzung mit allen möglichen Themen vermittelt. (102 S.116,117) Auch kann man dem Patienten helfen, Gedanken, Gefühle und Körperreaktionen wahrzunehmen und zu beschreiben. (102 S.123, 103 S.52) Unter Umständen ist jedoch der Patient zum jeweiligen Zeitpunkt noch nicht bereit, sich mit dem Erlebten auseinanderzusetzen und es wird erst im weiteren Verlauf der Therapie möglich sein, was allgemein ein häufig vorkommendes Phänomen in der Therapie traumatisierter Menschen darstellt. (102,103)

Die untenstehende Tabelle erläutert unterschiedliche geeignete Verhaltensweisen des TraumaHelfers bezüglich intrusiver Symptomatik des begleiteten Patienten, jeweils bei Überwiegen der Arousal- oder der freeze-Symptomatik, wobei letztere von den NET-Autoren als „dissoziative PTBS der Blockade-Art“ bezeichnet wird. (102 S.118)

Tabelle „Praktische Beispiele, um der Dissoziation entgegenzusteuern (aus Schauer und Elbert 2010)“ (102 S.122-124); Übersetzung I. M.

	<p>Therapeutische Intervention bei Überwiegen des Arousal während der Expositionssitzung</p> <p>Aktivierung angstbehafteter [prozeduraler] Gedächtnisinhalte in Bezug zum biographischen Kontext, also dem Ort und dem Zeitpunkt des Geschehens</p>	<p>Therapeutische Intervention bei Überwiegen der Blockade während der Expositionssitzung</p> <p>Aktivierung angstbehafteter [prozeduraler] Gedächtnisinhalte in Bezug zum biographischen Kontext, unterstützt sowie unterbrochen durch durchgehende Testung der Realität [Verankerung im Hier und Jetzt] sowie kardiovaskulärer Aktivierung;</p> <p>Sensorische Anregung:</p> <p>Förderung des verbalen Ausdrucks, bis die traumatischen Erinnerungen ohne Blockade aufgearbeitet werden können.</p>
<p>Sensorisch-afferent</p>	<p>Die Exploration sensorischer Details der vergangenen Traumaerfahrung, im Gegensatz und im Vergleich zu gegenwärtigen Empfindungen sowie Emotionen während der Erinnerung an das Trauma [im Hier und Jetzt] betonen.</p>	<p>Die Exploration sensorischer Details des vergangenen Traumaereignisses, im Gegensatz und im Vergleich zu gegenwärtigen Empfindungen sowie Emotionen während der Erinnerung an das Trauma [im Hier und Jetzt] fördern.</p> <p>+ Förderung [der Sinneswahrnehmung] im Hier und Jetzt, z.B. aktuelle angenehme Gerüche (z.B. Zitrone), taktile Reize anbieten (...), direkte Aufmerksamkeit ggü. auditiven Reizen im Hier und Jetzt [fördern].</p>

Motorisch-efferent		Die Aktivierung der Skelettmuskulatur [fördern], den Blutdruck steigern (vor allem Spannung anwenden, körperliche Übungen, Beine kreuzen, physische Kompressionsmanöver) und Gleichgewichts[übungen] für den Körper verwenden.
[Sprachliche] Ausgestaltung	Die Erzählung der vergangenen traumatischen [Erfahrung] betonen.	Die Erzählung der vergangenen traumatischen [Erfahrung] betonen, indem man die narrative Einbeziehung [des Patienten] im Hier und Jetzt begünstigt (z.B. aktive Kommunikation, den sprachlichen Ausdruck bessern).
Emotionale Ausgestaltung	Die volle emotionale Ausgestaltung fördern.	Die volle emotionale Ausgestaltung fördern, indem man [wutbehaftete] Emotionen ermöglicht und fördert, welche in der peritraumatischen Phase unterdrückt worden sind.
Nährstoffliche Bedürfnisse		Auf eine adäquate Nahrungsmittelaufnahme achten (CAVE bei Essstörungen); Salzgehalt in der Ernährung steigern sowie die Aufnahme von Flüssigkeiten; Empfehlung, 500 ml Wasser unmittelbar vor der Konfrontation mit der Traumaerfahrung zu trinken.

Vermeidung folgender Verhaltensweisen und Phänomene:		
	Die Exposition vor der Integration und der Kontextualisierung [der Traumaerfahrung] (...) beenden	<ul style="list-style-type: none"> • Die Exposition vor der Integration und der Kontextualisierung der Traumaerfahrung beenden • Loslösung vom Hier und Jetzt • Entspannung (anstelle von Aktivierung) • Sensorische Ähnlichkeiten zwischen dem Trauma-Kontext und dem therapeutischen Setting • Reize, die mit Ekel assoziiert sind, oder Körperflüssigkeiten bzw. Exkrementen ähneln (z.B. Ammoniak) • Bedrohende Reize im Hier und Jetzt (...) • Verdunkelter Raum sowie Objekte, hinter denen man sich verstecken kann (z.B. Pflanzen, sich hinter Möbel hinsetzen)

Bezogen auf die oben tabellarisch dargestellte Begleitung des Patienten ist es situationsunabhängig stets wichtig, dass der Therapeut „in Lautstärke und Präsenz deutlich wahrnehmbar ist, gleichzeitig aber die Ruhe behält, um selbst nicht bedrohlich zu wirken.“ (103 S.55)

„Die ausführliche Darstellung der emotionalen Höhepunkte des traumatischen Erlebnisses geht in der Regel mit einer graduellen Normalisierung des Erregungszustandes [des Patienten] einher.“ (103 S.59)

Über die oben beschriebenen Sofort-Interventionen bei der NET hinaus werden geschilderte traumatische Erlebnisse in nachfolgenden Sitzungen von Jugendlichen und TraumaHelfer zusammen gezielt durch Kopplung mit der bilateralen Stimulation in Form des butterfly hugs weiterverarbeitet. Der Jugendliche wird aufgefordert, an das Ereignis zu denken und dabei unter gleichzeitiger Anleitung des TraumaHelfers den butterfly hug zu tappen. Dies erfolgt ebenfalls

in Verbindung mit einem schönen Ereignis. Sowohl positives als auch traumatisches Ereignis werden zuvor auf einem Blatt Papier kurz skizziert. Anschließend werden alternierend negatives sowie positives Ereignis getappt, bis die emotionale Belastung durch ersteres abnimmt. Gegebenenfalls wird dieser Effekt erst nach mehreren Sitzungen erwirkt. (Leinberger 11.11.2017)

In einer abschließenden Gegenüberstellung von Sandspieltherapie sowie NET als Therapieverfahren im TraumaHelfer-Modell fällt als Gemeinsamkeit auf, dass beiden Therapieverfahren die Verwendung der Hände, bei der Bearbeitung des Sandes und der Figuren im Sandspiel sowie in Form der Objekte bei der Lebenslinie, gemein ist.

Bereits Montessori hatte die Bedeutung der Verwendung der Hände für die psychische Entwicklung von Heranwachsenden hervorgehoben. (104 S. 151)

Die Verwendung des Taktsinns in der Traumatherapie fügt sich also in die natürliche Entwicklung des Kindes. Jedoch wird das Trauma durch die Verwendung des Taktsinns in beiden Therapieverfahren auf unterschiedliche Wege verarbeitet: im Sandspiel können die taktilen Reize in Form von Sand und Figuren prozedurale Erinnerungen aktivieren, die erforderlichenfalls durch den TraumaHelfer mittels der Regulationstechniken kontrolliert werden und die durch die progressive Entwicklung entsprechender bildhafter Szenen im Sandspiel (über mehrere Sitzungen) nonverbal zu einem episodischen Narrativ mutieren, wie im Abschn. 3.7. erläutert. In der NET dienen die taktilen Reize bei der Positionierung der Objekte unmittelbar einer Verbalisierung des Traumas und damit der diesbezüglichen unmittelbaren Aktivierung des deklarativen Gedächtnisses. Durch diese Verbalisierung, auf die der Patient aufgrund der Natur traumatischer Erinnerungen nicht vorbereitet ist, werden die traumabezogenen prozeduralen Muster aktiviert, die die oben Beschriebenen Arousal oder freeze-Symptome zur Folge haben und – wie oben erwähnt – vom TraumaHelfer kontrolliert werden sollen.

Bei der NET erfolgt also, um es mit den Worten von van der Kolk zu beschreiben, eine Regulation sowie kognitive Traumaverarbeitung „from the top“ (4 S.63), von der Großhirnrinde aus hin zum Hirnstamm. *Nach* der Verbalisierung erfolgt die Aktivierung prozeduraler Reaktionsmuster, was die Behandlung der Traumasymptomatik ermöglicht. Bei der Sandspieltherapie handelt es sich hingegen um eine Regulation „from the bottom“ (4 S.63), zunächst Aktivierung des prozeduralen Gedächtnisses und dann Kreierung eines episodischen Narrativs, womit schrittweise die Kontrolle sowie Überwindung von Symptomausbrüchen möglich wird.

Beobachtet man Sandplay Therapy und NET in Zusammenschau mit dem Entschleunigten Atmen, SURE und der bilateralen Stimulation, lässt sich feststellen, dass der Integration von vegetativen Regulationstechniken darin ein entscheidender Beitrag in der kognitiven Verarbeitung des Traumas zukommt. Sie tragen zur unmittelbaren Symptomlinderung und zur nachhaltigen kognitiven Verarbeitung des Traumas bei, indem vegetative Entspannung an die höher gelegenen neuronalen Zentren weitergeleitet wird. Umgekehrt sind auch die konfrontierenden Therapietechniken in der Lage, längerfristig eine Reduktion der Symptomlast zu erwirken.

3.9. Liegende Acht

Die liegende Acht ist eine kinesiologische Übung, bei der eine horizontal gelegene Acht, daher der Name „liegende Acht“, mehrmals gezeichnet wird. Das Zeichnen dieses Musters trägt zur Reduktion des Stresslevels bei, indem durch die regelmäßige Bewegung der zeichnenden Hand von links nach rechts bilaterale Stimulation erwirkt wird. (36 S.34) Da die liegende Acht eine Synchronisation beider Hirnhemisphären fördert und somit stressreduzierende Eigenschaften aufweist (105 S.145-155), wird sie im TraumaHelfer-Modell zum Ausstieg aus den traumatischen Erinnerungen am Ende einer (Sandspiel-)Therapiesitzung verwendet. (36 S. 112,113) Eine gleichzeitige Durchführung der Zeichnung durch den begleitenden TraumaHelfer kann die Motivation des Patienten steigern sowie dem Kind über den Mechanismus der Spiegelneurone Entspannung vermitteln, siehe Abschn. 2.4.1.

Besonders bei Kindergartenkindern kann deren natürlich ausgeprägter Bewegungsdrang (56) therapeutisch genutzt werden, um zusammen mit dem Therapieteam eine sogenannte „bewegte liegende Acht“ entlang einer mit buntem Tesa-Film am Zimmerboden erstellten Form durchzuführen: Kinder, TraumaHelfer und leitender Therapeut laufen hintereinander entlang dieser Form. Somit ergibt sich eine bewegte bilaterale Stimulation mit teambildendem Charakter (siehe Abschn. 4. für die Relevanz des Teambuildings in der Traumatherapie bei Erdbebenbetroffenen).

4. Praktikabilität des TraumaHelfer-Projektes in Mittelitalien: Ergebnisse

4.1. Die Problematik des Raumes: Schule als therapeutisches Setting

Dank Studien der Nobelpreisträger John O’Keefe sowie May-Britt und Edward Moser ist gesichert, dass der Hippocampus eine zentrale Rolle in der räumlichen Orientierung und der Repräsentation räumlicher topographischer Beziehungen auf neuronaler Ebene hat. (12 S.888,889) Auch ist der Hippocampus entscheidend an der Entwicklung des episodischen Gedächtnisses beteiligt. (106, 107)

Bezogen auf Erbebenopfer in Mittelitalien ist somit hervorzuheben, dass deren Verlust sämtlicher Orientierungspunkte, in Form von Orten, Gebäuden, Objekten und Menschen, neben den bereits beschriebenen pathophysiologischen Entstehungsmechanismen der PTBS einen weiteren destabilisierenden Aspekt markiert, da es zu einer Diskrepanz zwischen der veränderten sinnlich wahrgenommenen Außenwelt und dem inneren neuronalen Mapping kommt. Es liegen erschwerte Bedingungen für die Überführung traumatischer Erinnerungen in das episodische Gedächtnis vor, da räumliche Elemente, die Gegenstand des zu verarbeitenden Traumas selbst sein können und entscheidend für eine Einordnung des Geschehen in Raum und Zeit (z.B. Verlust eines Elternteils beim Einsturz des eigenen Hauses) sind, nicht mehr existieren.

Betrachtet man Dokumente offizieller Behörden sowie Zeugenaussagen über verschiedene Erdbeben in Mittelitalien seit den 2000er-Jahren, stellt man fest, dass die Wiederherstellung zentraler räumlicher Bezugspunkte des Zusammenlebens ein starkes Bedürfnis Betroffener darstellt.

„Una Chiesa per Natale“ – „Eine Kirche als Weihnachtsgeschenk“ lautete beispielsweise eine Initiative des italienischen Katastrophenschutzes im Kontext des Erdbebens in den Abruzzen 2009, mittels derer 73 Kirchen bei L’Aquila saniert und/oder neu errichtet wurden. Auch wurden drei sog. „Provisorische Kirchengebäude“ als vorläufige Ersatzorte für religiöse Zusammenkünfte errichtet. (108) Videoberichten im Anschluss an die Erdbebenserie in den Abruzzen von 2016 entnimmt man die Bedeutung des Transfers von Kirchenstatuen in die provisorischen Kirchengebäude für die lokale Bevölkerung, während diese auf eine Sanierung der ursprünglichen Bauwerke wartet. (109)

Analysiert man eine Serie von 19 Bildern und Texten, die von Kindern einer *römischen* Grundschule nach dem Abruzzen-Erdbeben von 2009 erstellt wurden, stellt man fest, wie auch von vielen dieser Kinder die Überführung der lokalen heimatlosen Bevölkerung in sog. „Zeltstädte“ (Ital.: *tendopoli*) und die Zerstörung von Kirchen als Schlüsselorte des Gemeinschaftslebens als bedrohlich erlebt wurden, möglicherweise auf diese Kinder sogar einen sekundär traumatisierenden Einfluss ausübten: „L’ Aquila wird jetzt gespenstische Stadt genannt“, schreibt ein Kind zu seinem Bild, auf dem trostlos zerfallene Gebäude schwarz und braun gemalt sind. Zwei Bilder einschließlich dazugehöriger Texte thematisieren in verblüffender Ähnlichkeit zum oben zitierten Videobericht die Bedeutung religiöser Gebäude und Objekte für die Bevölkerung. „Die Kuppel [der Kirche], die einstürzt“, schreibt ein Kind titelartig über seinem Bild, auf dem ein Mann in einem Gebäude zu sehen ist. Und er führt auf dem Bild weiter aus: „Der Feuermann nimmt die Madonna [Anmerkung: in diesem Fall eine Statue der Jungfrau Maria] und bringt sie aus der Kirche raus.“ Auch dieses Zeugnis betont die Wichtigkeit der „Rettung“ von Objekten, die fester Bestandteil des Gemeinschaftslebens sind. Ein weiteres Bild zeigt eine Kirche, die der zerstörerischen Macht des Erdbebens zum Opfer fällt, der Text desselben Kindes lautet: „Es sind Menschen unter den Trümmern gestorben, manche Menschen sind ohne Haus geblieben und manche Kinder ohne ihr Spielzeug. Die Leute können nicht mal in die Kirche gehen zum Beten.“ (110)

Alle erwähnten Beispiele untermauern die Traumatogenität des Verlustes räumlicher Bezugspunkte durch ein Erdbeben, was in der Therapie der PTBS bei dieser Population entsprechend berücksichtigt werden muss. Gesichert wurden Defizite im räumlichen Gedächtnis bei Opfern des L’Aquila-Erdbebens von 2009 in einer epidemiologischen Studie von Ferrara et al. (111)

Widmen wir uns nun unter demselben Blickwinkel den offiziellen Daten zum Wiederaufbau von Räumlichkeiten nach dem Erdbeben der Abruzzen am 06.04.2009. Infolgedessen betrug die maximal erreichte Anzahl an evakuierten Menschen aus L’Aquila und Umgebung 67.459: davon wurden 35.690 in Zeltstädte und 31.769 in Hotels untergebracht. Zum 29.01.2010 lebte keiner mehr davon in Zeltstädten, 7.652 in Hotels und Kasernen, 2.376 in privaten Unterkünften. Insgesamt waren somit 10.028 Menschen zum 29.01.2010 noch evakuiert. Zum Jahresende 2009 fing der Transfer der Bevölkerung in entsprechend gebaute Unterkünfte an. Gebaut wurden ab dem Zeitpunkt des Erdbebens Häuser mit Erdbebenschutz (Progetto CASE) sowie im MAP-Projekt (moduli abitativi provvisori) Holzhäuser zur vorläufigen Unterbringung der restlichen Bevölkerung. Die Häuser des Progetto CASE waren zu Weihnachten 2009 alle bewohnt, die Häuser des MAP-Projektes innerhalb L’Aquila zum Jahresende, diejenigen außerhalb im

Oktober 2009. Ferner bestand die Option von sog. Zuschüssen zu autonomen Wohnmöglichkeiten. (108)

Zehntausende Menschen mussten also mindestens ein halbes Jahr bis zum Erhalt einer Wohnalternative in Zeltstädten leben. Dies stellt zusätzlich zum Erleben des Erdbebens aufgrund der o.g. neurowissenschaftlichen Zusammenhänge ein enormer psychosozialer Stressor dar, der bei Vorliegen von Belastungssymptomen bei einem Individuum angesichts der Dauer der Zeitspanne die Entwicklung einer PTBS fördern kann.

Ebenfalls wurden 29 sogenannte Moduli ad uso scolastico provvisorio („MUSP’s“), also Fertighäuser als Ersatz für zerstörte oder unzugängliche Schulgebäude der Bevölkerung übergeben. 6200 Schüler von insgesamt 17000 fanden zum Schuljahresanfang 2009/2010 hierin Platz. Die Übrigen konnten ausreichend intakte Schulgebäude (55 Stück) wieder betreten. (108)

Durch das Erdbeben der Emilia Romagna 2012 wurden insgesamt 165 Schulgebäude schwer geschädigt; über 17 000 Schüler mussten in provisorischen Schulgebäuden untergebracht werden. In der Traumabehandlung von durch Erdbeben in Mittelitalien traumatisierten Kindern und Jugendlichen muss der besonderen Rolle der Schule für deren Stabilisierung Rechnung getragen werden: zahlreiche Zeugnisse untermauern, wie der Schulbesuch für betroffene Kinder und Jugendliche zu einer unabdingbaren psychosozialen Ressource in der Ungewissheit nach dem Erdbeben wird. So äußerten sich beispielsweise Heranwachsende in einer von Save The Children Italy eingerichteten Betreuungseinrichtung zum Beginn des neuen Schuljahres nach dem Erdbeben der Region Emilia Romagna im Mai 2012:

„Ich bin froh, wieder zur Schule zurückzukehren, denn das Lernen wird mir helfen, zu vergessen, was passiert ist, aber ich habe auch Angst davor, vor weiteren Erdbebenstößen.“ N., 17 Jahre alt.

„Ich habe Lust, wieder zur Schule zurückzukehren, aber jetzt wird es schwerer sein, da ich in die 6. Klasse komme.“ A., 11 Jahre alt.

„Hier im Zelt von Save The Children kann jeder einmal in der Woche seine Hausaufgaben mitbringen (...). Ich mache die Hausaufgaben, weil ich früher etwas hinterhergehinkt habe. Jetzt läuft es besser.“ J., 9 Jahre alt.

„Die Rückkehr zur Schule der vom Erdbeben betroffenen Kinder und Jugendliche ist ein heikler und entscheidender Moment, denn einerseits stellt dieser eine Rückkehr zur Normalität dar und bietet daher Stabilisierung, andererseits könnte er erbebenbezogene Ängste wiederbeleben. Vergessen wir nicht, dass viele Kinder in der Schule waren, als es die stärksten Erbebenstöße

gab und das Erdbeben mit einer abrupten Beendigung des Schuljahres einhergegangen ist.“
Valerio Neri, Generaldirektor Save The Children Italy. (112)

Für Lehrer der Erbebengebiete ist es wichtig, dass diese Unterstützung im Wiederaufbau des Schulbetriebes unter den erschwerten Bedingungen erhalten, da diese selbst auch Betroffene der Katastrophe sind. In diesem Sinne wurden Lehrern nach dem Erdbeben von Amatrice 2016 beispielsweise unter der Leitung der Hilfsorganisation actionaid sog. „Peer to peer“-Projekte angeboten, also eine Betreuung im Schulmanagement durch Lehrerkollegen, die das Erdbeben in L’Aquila erlebt hatten. (113) Mittels des Projektes „Una scuola resiliente“ der italienischen Gesellschaft für Notfall-Psychologie sollen psychoedukative Projekte den Umgang mit Emotionen und Stress bei Schülern, Lehrern und Eltern multimodal durch Gespräche sowie kreativ-spielerische Interventionen fördern. (114) Die Anwesenheit von Psychologen während des Unterrichts wird von den Lehrern als hilfreich wahrgenommen. (115)

Förderung des Zusammengehörigkeitsgefühls und aktive Mitgestaltung des Wiederaufbaus des Erbebengebietes durch Schulgemeinschaften werden als Mittel zur Traumabewältigung eingesetzt. (113)

Neurowissenschaftliche Untersuchungen mittels zerebraler MRT zu den Auswirkungen von traumatischem Stress auf Erdbebenopfer von L’Aquila haben nachgewiesen, dass bei diesen bei Exposition gegenüber starken emotionsbeladenen Reizen kongruent zu der unter 2.2. dargestellten Pathogenese der PTBS eine gestörte Verschaltung zwischen frontalem Kortex und dem limbischen System vorliegt. (116) Dies kann zu emotionalen Defiziten in dieser Population führen. (117) Auch speziell für diese Population können somit körperorientierte, multimodale, das Zusammenspiel von Hirnstamm und limbischen System mit dem Kortex fördernde Therapiemethoden (siehe Abschn. 3.) als zielführend angenommen werden.

Die Umsetzung des TraumaHelfer-Modells bei Erdbebenopfern im Kindes- und Jugendalter in Mittelitalien erscheint somit auf der Grundlage der bereits erfolgreichen Umsetzung bei kulturell heterogenen Kinderpopulationen (36) sowie dessen neurowissenschaftlicher Untermauerung als fundiert. Die Durchführung im schulischen Setting wird aus folgenden Gründen als vorteilhaft betrachtet:

- Die Schule wird in ihrer oben beschriebenen Eigenschaft als wichtiger stabilisierender räumlicher Bezugspunkt verstärkt, indem die Traumaverarbeitung genau an diesem Ort stattfindet bzw. falls die Schule als ursprüngliches Gebäude nicht mehr vorhanden ist, dennoch im Setting Schule mit vertrauten Menschen in der Nähe.

- Das TraumaHelfer-Modell kommt dem Bedürfnis der Lehrerschaft nach, professionelle Unterstützung zum besseren Umgang mit den Schülern zu erhalten. Für weitere Informationen zur Rolle des Psychotherapeuten im TraumaHelfer-Projekt siehe Abschn. 4.2.
- Es trägt dem Bedürfnis betroffener Schüler Rechnung, Stabilität in ihrem Alltag mittels dem Schulbesuch zu erlangen.
- Resilienz innerhalb der Klassen- und Schulgemeinschaft als Einheit wird gefördert, indem die Traumaverarbeitung zu deren kollektivem Ereignis wird.
- Bei Durchführung in den Schulen unter psychotherapeutischer Supervision anstatt durch Hilfsorganisationen in entsprechenden Einrichtungen erhalten systematisch alle Schüler einer betroffenen Gemeinde die Möglichkeit zum Screening und zur Therapie; dies wird nicht dem Zufall überlassen. Es erfolgt eine strukturierte epidemiologische Intervention, was einen medizinethischen Vorteil mit sich bringt.

4.2. Beteiligte Einrichtungen und Rekrutierung des Personals für das TraumaHelfer-Projekt

Entsprechend dem Task Force report of the International Society for Traumatic Stress Studies (2002) bedarf es für die Durchführung traumatherapeutischer Interventionen an einem bestimmten Ort der Zustimmung von mindestens zwei lokalen Gesundheits- oder Verwaltungsbehörden. (118 S.390) Zur Durchführung des TraumaHelfer-Projektes bei Erdbeben in Mittelitalien an den Schulen wird die Zustimmung der legislativen bzw. exekutiven Gewalt auf regionaler Ebene als nötig erachtet. Der sog. Consiglio regionale, die italienische Legislative auf regionaler Ebene, kann regionsbezogene Gesetzesentwürfe zur Förderung von Bildung und Gesundheit sowohl auf regionaler als auch auf nationaler Ebene vorlegen. (119,120) Die Vorlage eines Gesetzesentwurfes zum Zwecke der Genehmigung des Projektes stellt somit einen sicheren rechtlichen Weg zu dessen Umsetzung dar. Die sog. Giunta regionale, exekutive Gewalt auf regionaler Ebene (119), könnte in einem zweiten Schritt das TraumaHelfer-Projekt als sog. regionales Erziehungsprojekt genehmigen. In der Verantwortung der italienischen Giunta regionale liegen nämlich u.a. sogenannte Erziehungsprojekte, also pädagogisch ausgerichtete schulische Interventionen zur Gesundheitsförderung, Wissens- und Wertevermittlung. Die Zusammenarbeit mit lokalen Universitäten ist hierbei etabliert. (121) Der oben genannte rechtliche Weg bietet die Rahmenbedingungen zur Unterstützung des Projektes durch den italienischen

Katastrophenschutz, die Protezione Civile, die für das Management von Naturkatastrophen in Form von Aufbau entsprechender logistischer, gesundheitlicher sowie psychosozialer Infrastrukturen zur Krisenbewältigung, die ebenfalls als nötig erachtet werden, zuständig ist.

Ferner muss zur Durchführung des Projektes in den Schulen die Zustimmung des Provveditorato, einer übergeordneten schulischen Behörde, vorliegen. Diese Behörde bewilligt auch die Vergabe von Geldern zur Durchführung von Projekten in den Schulen. (122,123)

Weitere zu erfüllende Voraussetzung laut Task Force ist die Integrierbarkeit der Interventionen in das primäre Gesundheitssystem des Landes, beispielsweise durch Einarbeitung von lokalen Therapeuten und Betreuungspersonen ohne klinischen Berufsbezug. (118 S.391)

Der italienische Katastrophenschutz umfasst prinzipiell zahlreiche ehrenamtliche Organisationen mit unterschiedlichen Tätigkeitsschwerpunkten, in denen eine Mitgliedschaft Voraussetzung für das Aktivwerden im Bedarfsfall ist. (124,125) Strukturierte Kurse werden hierfür z.B. vom Italienischen Roten Kreuz angeboten. (126) Der ehrenamtliche Einsatz von Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern durch der Protezione Civile zugehörige Organisationen ist Routine bei Naturkatastrophen in Italien. So haben sich z.B. Psychologen in unterschiedlichen längerfristig angelegten Projekten zur Förderung der psychosozialen Gesundheit und der Wiederherstellung der emotionalen Bindung an die Heimatregion nach Erdbeben ehrenamtlich als Rot-Kreuz-Freiwillige engagiert. (127,128) In Zusammenarbeit zwischen Schulen und den zur Protezione Civile zugehörigen Organisationen könnten somit erfolgreich Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sowie -psychiater rekrutiert werden, die formaljuristisch Verantwortung für die ihm zugewiesenen Laienhelfer übernehmen. (36) Im Allgemeinen ist das Ehrenamt in Italien sehr verbreitet: es ist nicht unbedingt mit hohen Einkommen der Personen vergesellschaftet, jedoch mit hoher Bildungsaffinität, ehrenamtlich engagierte Personen sind in der Regel im Alter zwischen 40 und 60 Jahre alt. Auch sind Nachbarschaftshilfe sowie individuelles Ehrenamt ohne Zugehörigkeit zu einer Organisation kulturell weit verbreitet. (129) Im Falle eines Erdbebens erscheint somit über den Einsatz der ohnehin bereits vorhandenen Mitglieder in Organisationen der Protezione Civile hinaus eine breite, von Altersgruppen und sozioökonomischem Status unabhängige Rekrutierung von Psychiatern und Psychotherapeuten in der lokalen betroffenen Bevölkerung als möglich. Der Einsatz von freiwilligen Helfern, sog. mental health volunteers, aus der lokalen Gemeinschaft ist aus Sicht der Task Force sehr bedeutsam: sie multiplizieren den therapeutischen Einsatz sowohl sofort als auch längerfristig, indem eine verstärkte lokale Fähigkeit, den Bedürfnissen der psychischen Gesundheit der Bevölkerung nach-

zukommen, hinterlassen wird. (118 S.391) Diesbezüglich hat sich beim Versuch, die Genehmigung für die Durchführung des TraumaHelfer-Projektes in Erdbebenregionen Mittelitaliens zu erwirken, aus Gründen des Schutzes von Minderjährigen der Umstand als schwierig erwiesen, dass im Konzept Laien als TraumaHelfer vorgesehen sind. Die Rekrutierung von TraumaHelfern aus dem schuleigenen Personal (Lehrer, Schulwärter, an Schulen arbeitende Psychologen und Sozialarbeiter) würde diesem rechtlichen Bedenken gerecht, da schuleigenes Personal ethisch sowie behördlich geförderte Voraussetzungen für die Arbeit mit Minderjährigen qua Anstellung bereits erfüllt: professionelle Eignung, angemessene psychophysische Gesundheit, Straffreiheit. Auch wird diese Art der Rekrutierung dem Ziel gerecht, Missbrauchsfälle bei Katastrophenopfern zu vermeiden; entsprechende Präventionsstrategien haben bei in Italien im Katastrophenfall aktiven Organisationen einen hohen Stellenwert erlangt. (130,131) Auch liegt medial auf internationaler Ebene eine breite Sensibilisierung der Öffentlichkeit für Missbrauchproblematiken im Zusammenhang mit Naturkatastrophen vor. (132,133) Ein entsprechend angepasstes TraumaHelfer-Modell, das nur schuleigenes Personal als Laienhelfer vorsieht, würde somit diese ethische und rechtliche Problematik berücksichtigen.

Bei den so rekrutierten schuleigenen TraumaHelfern, die selber in das Erdbebengeschehen involviert waren, könnte zudem eine Ressourcenaktivierung für die eigene Trauma-Bewältigung durch das Gefühl des strukturbezogenen Helfenkönnens bewirkt werden.

4.3. Wissenschaftliche Betreuung des Projektes und Studiendesign

Für die wissenschaftliche Betreuung des Projektes sind jeweils die lokalen medizinischen bzw. psychologischen Fakultäten in Zusammenarbeit mit dem Regensburger Traumaforschungsteam zuständig. Aufgabe der lokalen wissenschaftlichen Zentren ist es, soweit die Vorsorgeberechtigten der jeweiligen Teilnehmer einwilligen, sich die pseudonymisierten Fragebögen von den leitenden Psychotherapeuten sowie Klassenlehrern zur Auswertung übergeben zu lassen. Die Screeningfragebögen werden vor Beginn, zur Halbzeit sowie nach Abschluss des Therapieprojektes den teilnehmenden Schülern ausgehändigt.

Als Kontrollgruppe soll hierbei eine in Alter und Geschlechtsverteilung gematchte Kohorte von Kindern und/oder Jugendlichen aus derselben Region und aus einem Gebiet mit ähnlicher Bevölkerungsdichte dienen, in dem das Erdbeben nicht in nennenswerter Stärke stattgefunden hat.

Beantwortet werden sollen in Form eines epidemiologischen, prospektiven, nicht-randomisierten, kontrollierten, multizentrischen Pilotprojektes folgende Fragen:

1. Welche Symptome sind jeweils mit welcher Intensität in der Erdbebenkohorte vorhanden, je nach Geschlecht und Alter?
2. Wie häufig ist das Auftreten einer bestimmten Symptomatik mit einer bestimmten Intensität in der Kohorte,
 - je nachdem, ob das Kind selber das Erbeben erlebt hat und/oder ob enge Bezugspersonen das Erdbeben erlebt haben? (Erdbebenbezogene Anamnese),
 - in Abhängigkeit von den sozialen Lebensverhältnissen des Kindes (Fragen zur Wohnsituation),
 - in Abhängigkeit von der Medikamenteneinnahme durch das Kind bzw. den Jugendlichen bzw. dem Vorliegen einer bestimmten Diagnose,
 - in Abhängigkeit vom Vorliegen weiterer, erdbebenunabhängiger primärer oder sekundärer Traumatisierungen (biographische Traumaanamnese im SET-RETROS-Übersichtsbogen).
3. Welchen Einfluss hat die Durchführung des TraumaHelfer-Projektes auf Art, Anzahl und Intensität der Symptome, je nach Geschlecht und Alter?
4. Welchen Einfluss hat die Durchführung des TraumaHelfer-Projektes auf Art, Anzahl und Intensität der Symptome, je nach Geschlecht und Alter, in Abhängigkeit von den unter 2. genannten Aspekten?

Ausgehend von einer systematischen Erfassung der Entität traumaassoziierter Symptome (1-4) bei Kindern und Jugendlichen könnten ferner folgende Aspekte analysiert werden:

- I. Wie häufig ist die Exposition von Kindern und Jugendlichen gegenüber traumatisierenden Ereignissen in der jeweiligen Region allgemein (sowohl in der Erbebenkohorte als auch in der Kontrollgruppe)?
- II. Wie ist die epidemiologische Relevanz der Exposition von Minderjährigen gegenüber Erdbeben in Mittelitalien insgesamt zu werten?
- III. Inwieweit erweist sich die Durchführung des TraumaHelfer-Projektes als schulbezogene Intervention zur Behandlung von Traumasymptomen unter Erdbebenbedingungen sowie unter normalen Bedingungen im lokalen Schulsystem als praktikabel?
- IV. Welche Modifikationen im TraumaHelfer-Modell müssten ggf. zum Zwecke einer (verbesserten) Durchführbarkeit umgesetzt werden?

Es könnten ausgehend von den Ergebnissen der Auswertung der Fragen 1-4 sowie I-IV folgende sozialmedizinisch relevante Maßnahmen ergriffen werden:

- a. Förderung des TraumaHelfer-Modells als routinemäßiges Konzept zur Stressbehandlung und -prävention bei belasteten Kindern und Jugendlichen in den jeweiligen Regionen,
- b. Gezielte Förderung bereits bestehender psychosozialer Interventionen zur Förderung der Gesundheit von Minderjährigen innerhalb bestimmter Altersgruppen, je nach Ergebnissen der Fragebögenvaluation,
- c. Etablierung des Schulungsprogramms für TraumaHelfer als festes Instrument zur PTBS-Psychoedukation, zum Erlernen der Stressregulation im Hinblick auf weitere mögliche Erdbeben sowie zur allgemeinen Resilienzförderung in der erwachsenen Bevölkerung erbebengefährdeter Gebiete in Mittelitalien; ggf. Anpassung von Struktur und inhaltlicher Aufbereitung an die Bedürfnisse der lokalen Bevölkerung.

4.4. Übersicht Aufgabenverteilung im OT-AVO Projekt für Mittelitalien

Zusammenfassend können die Aufgaben und Zuständigkeiten für eine Umsetzung des TraumaHelfer-Projektes in Mittelitalien wie folgt dargestellt werden:

Consiglio regionale und Giunta regionale: rechtliche Rahmenbedingungen für einrichtungsübergreifende Durchführung des Projektes				
Provveditorato	Protezione Civile	Schulen	Lokale wissenschaftliche Zentren	Regensburger Forschungsteam
Genehmigung des Schulprojektes; Bewilligung der Finanzierung aus öffentlichen Mitteln	Bereitstellung ehrenamtlicher Therapeuten	Bereitstellung von TraumaHelfern aus schuleigenem Personal; Bereitstellung von Räumlichkeiten sowie Organisation der Materialien	Wissenschaftliche Auswertung der Daten	Durchführung der (ersten) Schulungen für Therapeuten und TraumaHelfer; Wissenschaftliche Auswertung der Daten

Für weitere Informationen zum strukturenübergreifenden Datenmanagement siehe Abschn. 4.7.

4.5. Schulungskonzept für TraumaHelfer bei Erdbeben in Mittelitalien

Nach Rekrutierung geeigneter TraumaHelfer sowie Vorstellungsgesprächen beim für die jeweilige teilnehmende Klasse zuständigen Therapeuten, nehmen diese am durch das TraumaHelfer-Projekt vorgesehene Schulungsprogramm teil. Aufgrund der praktischen Übungen im Schulungsprogramm mit nachfolgender Gruppenspaltung soll soweit möglich das Schulungsprogramm von zwei Psychotherapeuten gemeinsam geleitet werden.

Im Sinne einer möglichst breiten Psychoedukation von Erwachsenen in der betroffenen Bevölkerung ist auch das Werben und Anbieten der Teilnahme an den kostenlosen TraumaHelfer-Schulungen über die Schulen im Vorfeld denkbar.

Die TraumaHelfer-Schulung umfasst mehrere, auf zwei Tage (à 8 h) verteilte Unterrichtseinheiten mit theoretischer Grundlagenvermittlung sowie praktischem Üben der verwendeten Techniken. (36) Nach jeder Unterrichtseinheit ist durch den leitenden Therapeuten die Überprüfung des Lernerfolges der Teilnehmer mittels einer kurzen schriftlichen Fragensammlung (sog. „Verifica delle conoscenze apprese“, Ital.: Überprüfung des Wissenserwerbs), die jedem Teilnehmer ausgehändigt wird, durchzuführen. Bei der verifica handelt es sich um schriftliche Fragensammlungen, die fester Bestandteil von Schulbüchern u. Ä. in allen Altersgruppen, Fächern und Schularten des italienischen Bildungssystems sind. Deren Anwendung ist im italienischen Bildungssystem fest etabliert. (134) Somit wird die Durchführung im TraumaHelfer-Modell für möglich und sinnvoll erachtet. Es besteht dadurch für die Teilnehmer die Möglichkeit, Vertrauen zum Projekt sowie zum Therapeuten als dessen Repräsentanten aufzubauen, indem ihnen didaktische Fürsorge und Qualitätssicherung als Bausteine des Projektes vermittelt werden. Der Therapeut muss hierbei betonen, dass es sich bei den Fragen darum geht, Wissenslücken zu erkennen und zu schließen und dass Fragen nachdrücklich willkommen sind. Die Fragen werden vor Ort von den Teilnehmern individuell schriftlich beantwortet. Anschließend erläutert der Therapeut kurz die richtigen Lösungen der Aufgaben vor dem Plenum und vergewissert sich, dass keine weiteren Fragen mehr bestehen. In diesem Fall kann zur nächsten Unterrichtseinheit übergegangen werden.

1. Schulungstag

In der ersten Unterrichtseinheit werden den Teilnehmern die Pathogenese sowie die allgemeine Symptomatik der PTBS in einer laiengerecht aufbereiteten PowerPoint-Präsentation vermittelt.

Nicht das Erlernen von Details und Definitionen, sondern des Zusammenspiels wichtiger PTBS-Strukturen sowie der Kernsymptome der PTBS steht hier im Vordergrund.

In der zweiten Unterrichtseinheit werden die Besonderheiten in Diagnostik und Symptomatik der PTBS bei Kindern und Jugendlichen vermittelt. Auch werden die verwendeten Therapiemethoden erläutert und praktische Beispiele im Umgang mit schwierigen Reaktionen der Kinder und Jugendlichen erklärt. Anschließend wird für die praktischen Übungseinheiten die Gruppe in zwei Untergruppen aufgeteilt. Eine Gruppe übt die Selbstregulationstechniken, die andere Gruppe übt das Sandspiel. (36 S.95,96) Hier ist es wichtig, dass der Therapeut beide Gruppen regelmäßig supervidiert und insbesondere beim Sandspiel, falls hier Betroffene PTBS-Symptome zeigen sollten, angemessen mittels der Regulationstechniken interveniert. Es liegt hierbei im Ermessen des Therapeuten, als TraumaHelfer ungeeignete Teilnehmer zu detektieren und ihnen – falls erforderlich – nach Abschluss des Schulungsprogramms von einer Teilnahme am Projekt abzuraten. (36) Jeder Teilnehmer muss die Möglichkeit erhalten, selbst das Sandspiel durchzuführen wie auch die Rolle des TraumaHelfers abwechselnd zu üben. Idealerweise können Dreiergruppen gebildet werden, wobei jeder Teilnehmer einmal auch ein komplettes Sandspiel von außen beobachten kann.

Anschließend erfolgt der Gruppentausch und die Gruppe der Regulationstechniken übt jeweils das Sandspiel und umgekehrt. (36 S.95,96)

2. Schulungstag

Am zweiten Schulungstag werden die Teilnehmer unmittelbar zu Beginn in zwei Gruppen aufgeteilt. Eine Gruppe übt die NET. Die andere Gruppe erhält die Möglichkeit, erneut die Techniken der Selbstregulation zu üben sowie sich auf freiwilliger Basis über die subjektiv empfundene Belastung durch das Erdbeben bzw. über diesbezügliche kinder- und jugendspezifische Problematiken mit den anderen Teilnehmern auszutauschen. Beide Gruppen tauschen dann anschließend. (36 S.97) Als sinnvoll erscheint hier eine verpflichtende Anwesenheit des Psychotherapeuten.

In der letzten Unterrichtseinheit wird der Blick der Teilnehmer auf das Problem der sekundären Traumatisierung, die sich im Umgang mit belasteten Kindern und Jugendlichen ereignen kann, gerichtet. (36 S.97) Ihr Blick für entsprechende Anzeichen wird geschärft und die Wichtigkeit der Selbstregulation sowie der Inanspruchnahme der Supervision betont. Zum Abschluss wird den Teilnehmern die ins Italienische übersetzte Schulungs-DVD des TraumaHelfer-Konzeptes

„Erste Hilfe für die Seele“ (Ital.: „Pronto soccorso per l’animo“) gezeigt. Hier werden die wichtigsten theoretischen Inhalte sowie insbesondere die Therapiemethoden nochmals dargelegt. Die DVD wird den Schulungsteilnehmern bewusst zum Abschluss gezeigt, zum einen zum Zwecke einer lockeren Wiederholung des Gelernten. Zum anderen sind die Teilnehmer aufgrund der in der Schulung bereits gelernten und durchgeführten Stabilisierung besser vorbereitet, um mit dem Thema Trauma im Allgemeinen umzugehen. Das Video enthält zwar keine Gewaltszenen o.Ä., jedoch werden einzelne Fallbeispiele aus der therapeutischen Praxis exemplarisch skizziert. Dies muss vorsorglich berücksichtigt werden, da TraumaHelfer im Erdbeben-Setting größtenteils das Erdbeben selbst erlebten und bis zu einem gewissen Grad entsprechend belastet sein können. Es liegt also im Ermessen der leitenden Therapeuten, bestimmte Szenen der DVD ggf. nicht abzuspielen.

Das gemeinsame Filmschauen zum Abschluss des Kurses in einer bereits formierten und bekannten Gruppe kann ferner als teambildende Maßnahme im Sinne der Resilienzförderung angesehen werden.

Das TraumaHelfer-Modell sieht prinzipiell das Selbststudium von Materialien in Papierform und/oder auf einem USB-Stick durch die TraumaHelfer vor. (36 S.95) Aus Gründen der besseren Praktikabilität im Katastrophensetting vor Ort wird diese Prozedur wie folgt vereinfacht: den TraumaHelfern wird Informationsmaterial über das Projekt zum Abschluss der Schulung in Papierform ausgeteilt. Somit verfügen diese über Material zum Nachschlagen in laiengerechter Sprache und überschaubarem Umfang, welches auch unter den Lebensbedingungen des Katastrophenfalls einfach gelesen werden kann. Informationsmaterial ist zur Durchführung des TraumaHelfer-Projektes in Mittelitalien prinzipiell für Erziehungsberechtigte, Schulen sowie Behörden vorgesehen (siehe Anhang). Eine Austeilung der für Erziehungsberechtigte vorgesehenen Broschüren an die TraumaHelfer soll erfolgen.

Im Schulungsprogramm im Erdbebensetting besteht eine besondere Verantwortung der Therapeuten darin, die Inhalte so genau und zugleich so einfach wie möglich aufzubereiten und somit den logistisch bzw. psychosozial limitierten Möglichkeiten zum Selbststudium entgegenzuwirken.

4.6. Durchführung des TraumaHelfer-Projektes

Entscheiden sich die Erziehungsberechtigten eines Kindes oder Jugendlichen für dessen Beteiligung am Projekt, findet zunächst im Vorfeld ein Gespräch des Minderjährigen mit dem leitenden Therapeuten sowie den Eltern statt. (36 S.103) Erhoben werden hierbei dessen psychopathologischer Befund, sowie im Gespräch mit den Eltern die biographische Anamnese einschließlich erdbebenunabhängiger vorausgegangener Traumatisierungen und weitere aktuelle psychosoziale Belastungen. Dies dient der Kenntnis des Patienten im Vorfeld der Behandlung sowie – bei gegebener Notwendigkeit – zur Vermittlung der Familie an weitere soziale oder ärztliche Einrichtungen (siehe auch Abschn. 2.4.3. sowie die Informationsbroschüren im Anhang).

Die Traumabehandlung erstreckt sich im TraumaHelfer-Modell über einen Zeitraum von 10 Wochen. Hierbei findet wöchentlich eine etwa zweistündige Sitzung statt. (36 S.87) Die Kinder werden jeweils in Zehnergruppen eingeteilt, wobei jeweils ein TraumaHelfer ein Kind bzw. einen Jugendlichen betreut. (36 S.102) Die Kinder einer Klasse werden somit in unterschiedliche Gruppen aufgeteilt. Bei unzureichenden Räumlichkeiten zur gleichzeitigen Projektdurchführung für alle Kinder einer Klasse sollen unterschiedliche Uhrzeiten oder Tage gewählt werden.

Die Anwesenheit von jeweils einem Lehrer von Kindern aus einer Klasse während der Therapiesitzung wird im Interesse einer zusätzlichen Stabilisierung der Kinder durch Anwesenheit einer bekannten Bezugsperson als sinnvoll erachtet. Zum anderen kann sich dadurch in der nach der Sitzung stattfindenden Supervision der TraumaHelfer durch den Therapeuten auch der Lehrer am Austausch beteiligen. Es kann ein interdisziplinär pädagogisch-therapeutischer Austausch zwischen Therapeuten, TraumaHelfer und Lehrer stattfinden, von dem alle Beteiligten für ihr Wirken zum Wohle des Kindes profitieren. Der Austausch soll ferner als teambildende Maßnahme die traumabezogene Resilienz der Beteiligten fördern.

Zunächst vergewissern sich Lehrer und Therapeut zu Beginn der Sitzung, dass alle teilnehmenden Minderjährigen anwesend sind.

Anschließend beginnt die TraumaHelfer-Sitzung, indem die Teilnehmer jeweils begleitet von ihrem TraumaHelfer sowie Therapeut und Lehrer zusammen ein Lied singen, und darin die bilaterale Stimulation, SURE sowie das Entschleunigte Atmen integrieren. (36 S.108) Es sollte sich um ein Lied handeln, das in der Tradition der italienischen Kindermusik verankert und somit der Mehrheit der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen zugänglich ist.

Ein solches Lied ist „Il cocodrillo come fa“ der italienischen Kindermusikshow „Zecchino D’oro“. (135) Es handelt sich beim Zecchino D’oro um einen Liederwettbewerb, der seit 1959 fester Bestandteil populärer Kultur in Italien ist. Kinderlieder werden von Kindern gesungen, begleitet vom Coro dell’Antoniano, einem traditionsreichen italienischen Kinderchor in franziskanischer Trägerschaft. Die Kinder konkurrieren nicht gegeneinander. (136, 137, 138) Der Zecchino D’oro wurde 2008 aufgrund der über Jahrzehnte präsentierten wertorientierten Kindermusik als UNESCO-Friedenswelterbe ausgezeichnet, sodass die Auswahl eines Liedes aus dessen Repertoire über die Popularität im italienischen Kulturraum hinaus auch ideell für den Umgang mit Trauma und Wiederaufbau geeignet scheint. (139) Der Text des Liedes „Il cocodrillo come fa“ (135) – auf Deutsch übersetzt: „Welchen Laut macht das Krokodil?“ – eignet sich aufgrund der Alternanz verlangsambarer, z.T. gesprochener Textpassagen in der ersten Strophe mit einem eher schnellen Refrain, deren Rhythmus hervorragend mit der bilateralen Stimulation kompatibel ist:

1.Strofa

Oggi tutti insieme
 Cercheremo di imparare
 Come fanno per parlare
 Fra di loro gli animali
 Come fa il cane? Bau!
 E il gatto? Miao!
 L'asinello? Hi! ho!
 La mucca? Muuu...!
 La rana? Cra!
 La pecora? Beee...!
 E il cocodrillo? [Boh]
 E il cocodrillo? [Boh]

1.Strophe

Heute werden wir alle zusammen
 versuchen zu lernen,
 wie die Tiere es machen,
 dass sie untereinander reden.
 Wie redet der Hund? Bau!
 Und die Katze? Miao!
 Das Eselchen? Ih, oh, ih, oh!
 Die Kuh? Muuu...!
 Der Frosch? Cra!
 Das Schaf? Beee...!
 Und das Krokodil? [Keine Ahnung]
 Und das Krokodil? [Keine Ahnung]

Ritornello:

Il coccodrillo come fa
Non c'è nessuno che lo sa.
Si dice mangi troppo,
Non metta mai il cappotto,
Che con i denti punga,
Che molto spesso pianga,
Però quando è tranquillo
Come fa 'sto coccodrillo?
Il coccodrillo come fa
Non c'è nessuno che lo sa.
Si arrabbia ma non strilla,
Sorseggia camomilla
E mezzo addormentato se ne va.

Refrain:

Wie redet das Krokodil?
Es gibt niemanden, der das weiß.
Man sagt, es isst zu viel,
es trage nie die Winterjacke,
dass es mit den Zähnen sticht,
dass es oft weint,
aber wenn es ruhig ist,
wie redet dann dieses Krokodil?
Wie redet das Krokodil
Es gibt niemanden, der das weiß.
Es wird wütend, aber schreit nicht,
trinkt in Schlückchen Kamillentee,
und halb eingeschlafen geht es weg.

Der gesprochene Text der ersten Strophe eignet sich für ein Gehen auf der Stelle, bei dem es automatisch zu SURE-Pendelbewegungen nach vorne und nach hinten kommt. (36 S.109) Desweiteren können die Laute der unterschiedlichen angesprochenen Tiere fakultativ jeweils verschiedenen Teilnehmern in der Gruppe zugeordnet werden, sodass eine aktive, spielerisch-unterhaltsame Aufwertung jedes einzelnen Kindes im Sinne eines Teambuildings erfolgt.

Beim Refrain wird das Gehen auf der Stelle um die bilaterale Stimulation in Form des butterfly hugs mit alternierendem Tappen der Oberarme ergänzt. (36 S.109)

Beim Singen gerät die gesamte Gruppe automatisch in die Entschleunigte Atmung. (36 S.109)

Nach Abschluss des Singens als gemeinsames Einstiegsritual geht jedes Kind begleitet vom jeweiligen TraumaHelfer zu einem Pult, auf dem sich die gesamten Materialien für die Sandspieltherapie befinden. Wie in Abschn. 3.2. untermauert, liefert die zuvor durchgeführte, in Musik eingebettete Entschleunigte Atmung eine hervorragende Voraussetzung für die nachfolgende kognitive Traumaverarbeitung. Das Kind darf hierbei Figuren und Objekte eigenständig auswählen und an den für ihn vorgesehenen Arbeitsplatz bringen. (36 S.110) Wasser kann in einem kleinen Becher aus hartem Plastik (max. 0,3 Liter) neben der Sandspielkiste angeboten werden. So kann das Kind eigenständig entscheiden, ob und wieviel Wasser es beim Sandspiel anwendet, ohne Verletzungsgefahr.

Im Interesse einer Förderung deklarativer Gedächtnisfähigkeiten im Verarbeitungsprozess, welche durch den Verlust wichtiger Orientierungspunkte durch das Erdbeben in Mitleidenschaft gezogen worden sind, dürfen im TraumaHelfer-Projekt für Mittelitalien die Teilnehmer sowohl für das Sandspiel als auch für die NET – soweit dies nach dem Erbeben möglich ist – persönliche Gegenstände ihrer Wahl mitbringen, damit in der Therapie aufkommende belastende traumatische Erinnerungen besser in das jeweilige biographische Narrativ eingebettet werden können.

Durch Verwendung von Wasser beim Sandspiel ist es angemessen, dass die Kinder Schürzen oder ähnliche Kleidungsstücke für das Sandspiel auftragen. Wenn auch in öffentlichen Schulen nicht mehr allgemein verpflichtend, ist es in Italien nach wie vor verbreitete Tradition sowie in manchen Schulen noch Pflicht, dass Kindergartenkinder und Grundschüler einen sog. grembiule (Ital.: Schürze) für den Schulbesuch tragen, im Interesse einer besseren Durchführung altersentsprechender Aktivitäten: hierbei handelt es sich um einen etwa Oberschenkellangen, langärmeligen Anzug – in der Regel blau mit weißem Bündchen – den Kinder zum Vorschul- und Grundschulbesuch tragen. (140,141) Die Durchführung des Sandspiels durch die mit dem grembiule bekleideten Kinder bietet – falls dieses von der jeweiligen Schulordnung oder Klassengewohnheit vorgesehen ist – neben dem praktischen Vorteil beim Umgang mit Sand und Wasser ein zusätzliches Element der Einbettung der Traumatherapie in den vertrauten regulären, erdbebenunabhängigen schulischen Kontext, der für betroffene Kinder ein Element der oben angesprochenen Stabilisierung darstellt. Es trägt zu einer Wahrnehmung der Therapiesitzung als ordnungsgemäßes, kollektiv relevantes Ereignis bei, in dem aber zugleich die Individualität des Kindes im Zentrum der Aufmerksamkeit steht.

Die Sandspielsitzung dauert ca. 15 Minuten. Währenddessen soll der TraumaHelfer es weitgehend vermeiden, mit dem Kind ins Gespräch zu kommen, oder falls nötig, nur durch kurze Einschübe, zum Zwecke einer Wiederaufnahme des Sandspiels. DerTraumaHelfer soll sich bemühen, entschleunigt zu atmen, um damit das Kind unbewusst über die Spiegelneurone zu beeinflussen. Bei Bedarf werden SURE sowie bilaterale Stimulation vom TraumaHelfer zur Regulation des Kindes bei Auftreten von Traumasymptomen verwendet. (36 S.110)

Nach dieser ersten Sandspielsitzung treffen sich alle Kinder in der Mitte des Raumes zum Zeichnen der liegenden Acht. Hierbei zeichnet jedes Kind in Begleitung des TraumaHelfers auf einem Blatt Papier mit unterschiedlichen zur Verfügung stehenden Farben etwa 50-mal die liegende Acht. Dies trägt zur Entspannung nach dem Umgang mit traumatischen Erinnerungen

bei. Als förderlich für die Regulation erwies sich, dass der TraumaHelfer dem Kind von hinten alternierend auf die Schultern klopft. (36 S.111,112)

Anschließend folgt die Durchführung einer zweiten Sandspielsitzung nach dem oben erläuterten Muster. Es ist hierbei dem Kind freigestellt, ob es neue Szenen darstellen möchte oder die vorherigen Darstellungen fortsetzen möchte. Wie auch in der ersten Sandspielsitzung steht der Therapeut bei Problemen zur Verfügung. (36 S.112,113)

Ist die zweite Sandspielsitzung vorbei, sammelt sich die Gruppe erneut in der Mitte des Raumes und singt ein weiteres Mal das Lied „Il cocodrillo come fa“ zum Abschluss der Sitzung. Die Sitzung endet nach ungefähr 50 Minuten. Nachdem die Kinder von den Erziehungsberechtigten abgeholt worden sind, räumen die TraumaHelfer die Materialien auf und versammeln sich mit dem Therapeuten (und dem Lehrer) zur obligatorischen Supervision. (36 S.113,114)

Bei Jugendlichen erfolgt anstelle der Sandspieltherapie die NET, entsprechend den Schilderungen in Abschn. 3.8.

4.7. Datenfluss und Datenmanagement

Die Teilnahme am TraumaHelfer-Projekt erfolgt entsprechend Art. 6 Abs. 1 DSGVO bei vorausgegangener Einwilligung in die Teilnahme durch den Erziehungsberechtigten.

Die Originale der unterschiedlichen Einwilligungserklärungen von Schülern einer Klasse werden von dem zuständigen Klassenlehrer gesammelt und im schulinternen Archiv vertraulich im Einklang mit Art. 5 Abs. 1 Buchst. f DSGVO aufbewahrt. Auf Wunsch wird dem Erziehungsberechtigten eine Kopie der Datei ausgehändigt.

Auf der Einwilligungserklärung wird jedem teilnehmenden Schüler ein alphanumerischer Code zugewiesen, im Sinne einer pseudonymisierten Studienteilnahme nach Art. 32 Abs. 1 Buchst. a DSGVO. Die Zuordnung eines Schülers zu einem bestimmten Code erfolgt mittels einer Zuordnungsliste. Dieser besteht aus fortlaufenden Nummern, gepaart mit Buchstabenkürzeln, die für den Ort der Schule sowie der jeweiligen Schulart stehen. Derselbe Code dient auch der pseudonymisierten Kennzeichnung der Fragebögen des jeweiligen Schülers. Indem der Code auch die o.g. örtlichen Angaben erfasst, vermeidet man deren ausgeschriebenen, vollständigen Vermerk auf den Fragebögen, was einen zusätzlichen Schutz der Daten bietet. Die Zuordnungsliste wird vom Klassenlehrer in seinem jeweiligen abschließbaren Fach vertraulich aufbewahrt. Unverbrauchte Fragebögen werden zu den vorgesehenen Zeitpunkten (vor der ersten Sitzung,

zur Hälfte der geplanten Therapiesitzungen und nach Abschluss der kompletten Therapie) vom Klassenlehrer mit dem zugehörigen Code versehen und den beteiligten Akteuren (z.B. Erziehungsberechtigte, Betreuer des Nachmittagsprogramms) zur Ausfüllung weitergegeben. Auch wird dem Psychotherapeuten zur Dokumentation der erfolgten Anamneseerhebung (siehe Abschn. 2.4.3.) die Übersichtsdokumentation übermittelt. Nachmittagsbetreuer und Lehrer unterliegen vertraglich sowie qua Berufsethos der Schweigepflicht über die erhobenen Angaben, die auch datenschutzrechtlich in Art. 9 Abs. 1 und 2 DSGVO gefordert wird. Somit erscheinen diese Fremderhebungen in Kombination mit der Pseudonymisierung datenschutztechnisch gerechtfertigt.

Es ist unabdingbar, dass die Zuordnungslisten und die ausgefüllten Fragebögen, die von den genannten Beurteilern an den Lehrer zurückgegeben werden, an getrennten Orten vertraulich aufbewahrt werden, damit weder die Zuordnung eines ausgefüllten Fragebogens zu einem Schüler noch eine Dateneinsicht durch Unbefugte möglich ist.

Die Einrichtung eines Safes im Lehrerzimmer wird hierfür als möglich erachtet. Nur der Klassenlehrer darf über Zugriff zu seinem Lehrerfach und zum Safe verfügen. Aufgabe des Lehrers ist es, die ausgefüllten Fragebögen an universitäres wissenschaftliches Personal, das mit der Datenauswertung beauftragt ist, zu übergeben. Die Datenauswertung erfolgt ggf. mit dem Forschungsteam in Regensburg für rein wissenschaftliche Zwecke, entsprechend Art. 5 Abs. 1 Buchst. b DSGVO. Allen wissenschaftlich Beteiligten bleibt im Einklang mit der guten wissenschaftlichen Praxis die Identität des Schülers verborgen. Nur der Klassenlehrer, der TraumaHelfer und der leitende Therapeut kennen die Identität des Schülers sowie dessen Entwicklung im Verlauf der Therapie.

Für die klinische Beurteilung des Schülers am Ende des Projektes ist der Therapeut zuständig, die wissenschaftliche Auswertung der Daten erfolgt aus forschungsethischen Gründen getrennt von der klinischen Behandlung. Damit ist ein möglicher Einfluss von Forschungsinteressen auf die klinische Behandlung ausgeschlossen. Rückmeldung über die in der Therapie vollzogene Entwicklung erhält der Erziehungsberechtigte eines Teilnehmers durch den leitenden Therapeuten sowie den zuständigen TraumaHelfer bzw. das Schulpersonal.

Die Einwilligungserklärung im Schulsafe und die Fragebögen im universitären Zentrum werden entsprechend der guten wissenschaftlichen Praxis 10 Jahre lang aufbewahrt und nach Abschluss des Projektes vernichtet. (142)

5. Diskussion

Das TraumaHelfer-Modell eignet sich aufgrund folgender methodischer, organisatorischer sowie ethischer Aspekte zur Durchführung bei Kindern und Jugendlichen in Mittelitalien nach einem Erdbeben. Das verwendete Therapiekonzept fußt auf empirisch bewährten sowie wissenschaftlich fundierten Methoden, die der in Abschn. 3.1. erklärten Voraussetzung eines integrativen Behandlungsansatzes („recovery on all channels“, 42 S.32) gerecht werden.

Die Traumaverarbeitung erfolgt mittels kreativer sowie spielerisch-motorischer Aktivitäten: dieser Ansatz ist den beteiligten Kindern und Jugendlichen bereits aus von Hilfsorganisationen organisierten Freizeitaktivitäten in den Zeltstädten bekannt und erfordert keine Umstellung auf unbekannte Methoden.

Aufgrund der weitgehend nonverbal durchgeführten Therapien können problemlos Schüler mit Migrationshintergrund, geistiger Behinderung, Lernschwierigkeiten oder mit sog. „bisogni educativi speciali“, also besonderen Erziehungsbedürfnissen, inkludiert werden. Auch im Falle von körperlichen Einschränkungen können die Aktivitäten – ggf. mit Ausnahme der Bewegung bei der bilateralen Stimulation – weitgehend durchgeführt werden. Das italienische Schulsystem ist gegenüber Schülern mit besonderen Erziehungsbedürfnissen prinzipiell inklusiv orientiert und sieht sog. Unterstützungslehrer (Ital.: insegnanti di sostegno) für diese Schüler vor, die während des Unterrichtes den ihm zugeordneten Schüler individuell betreuen. (143) Bei Bedarf kann somit auch die Psychoedukation des jeweiligen Unterstützungslehrers im vom TraumaHelfer-Modell vorgesehenen Schulungsprogramm für TraumaHelfer erfolgen: dieser kann selbst als TraumaHelfer für den von ihm bereits vor dem Erdbeben schulisch betreuten Schüler fungieren oder während der Traumatherapie bei Bedarf als Begleitperson mit Vermittlerfunktion zwischen TraumaHelfer und Schüler anwesend sein. Mit Blick auf eine Förderung der Funktion des episodischen Gedächtnisses zur Traumaverarbeitung erscheint die Einbeziehung der Unterstützungslehrer als Bezugssubjekte bei behinderten Schülern besonders vorteilhaft.

Über eine Bekanntmachung der Projektdurchführung an den Schulen können unter Lehrern, Eltern, Schulwärtern (Ital.: bidelli), Schulpsychologen sowie zusammenarbeitenden Sozialarbeitern schnell, strukturiert und effizient TraumaHelfer rekrutiert werden. Die Akquise der TraumaHelfer aus der betroffenen Personengruppe entspricht den aus der Traumabewältigung bewährten Ansätzen, Traumata aus sich selbst heraus zu heilen.

Durch die Rekrutierung der TraumaHelfer in der lokalen Bevölkerung kommt es hier zur Vermittlung von nachhaltigem sowie multiplizierbarem Wissen zur Pathogenese und Symptomatik der PTBS. Dies führt somit zu längerfristigem Empowerment der lokalen Bevölkerung.

Die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Kind bzw. Jugendlichen und dem TraumaHelfer in zeitlicher und räumlicher Kontinuität ist ein wichtiger Baustein der Traumabewältigung. (36)

Alle Therapiemethoden sind nicht-medikamentös und somit frei von entsprechenden Risiken. Die Unfall- bzw. Verletzungsgefahr bei den kreativ-spielerischen Interventionen kann aufgrund der Überschaubarkeit der motorischen Aktivität dabei sowie der Durchführung in steter Begleitung der Teilnehmer durch den jeweiligen TraumaHelfer als sehr niedrig eingestuft werden.

Die verwendeten Materialien, z.B. Kisten für das Sandspiel sowie Seile und Schnüre für die NET sind weitgehend im regulären Schulbetrieb vorhanden bzw. sind unter geringem finanziellen und organisatorischen Aufwand ggf. auch unter Beteiligung der Elternschaften, Schulgemeinschaften und ehrenamtlicher Katastrophenhelfer vor Ort organisierbar.

Analog dazu sind auch die Materialien für das TraumaHelfer-Schulungsprogramm (z.B. Unterlagen in Papierform, Materialien für Sandplay Therapy und NET) einfach zu beschaffen. Für PowerPoint-Präsentationen und Kopien sind – soweit vorhanden – schulische Infrastrukturen nutzbar. Alternativ können Universitäten oder der Katastrophenschutz dafür aufkommen. Die Durchführung der Schulungen einschließlich der PowerPoint-Präsentationen wird auch in Zelten als möglich betrachtet.

Zugleich ist eine erfolgreiche Projektdurchführung mit Hürden verbunden. Als möglicher den Therapieerfolg hindernder Umstand im Erdbebensetting werden repetitiv auftretende Erdbebenstöße während der Therapiezeitspanne betrachtet. Diese weisen retraumatisierendes Potential auf, was die Festigung erreichter Therapieerfolge, insbesondere hinsichtlich der kognitiven Traumaverarbeitung, erschwert. Zugleich verleihen insbesondere die vermittelten Techniken der Selbstregulation Betroffenen ein wirksames und nachhaltiges symptomorientiertes Instrumentarium, um im Erdbebenalltag zurechtzukommen.

Die Durchführung des Projektes im Erdbebensetting kann außerdem unter Umständen hinsichtlich der Gewährleistung des Datenschutzes und des Datenflusses durch die mittelfristig nicht sicher zu gewährleistende räumliche Kontinuität beeinträchtigt werden. Erneut auftretende Erdbebenstöße könnten beispielsweise intakt gebliebene Gebäude sowie provisorische Schulgebäude weiter schädigen und einen Zugriff auf darin aufbewahrte Daten für eine Fortsetzung sowie Auswertung des Projektes unmöglich machen. Auch müssten längerfristig aufzubewahrende Unterlagen bei Fertigstellung neuer Schulen entsprechend mit angemessener Vertraulichkeit in provisorische Schulgebäude transferiert werden.

6. Schlussfolgerungen aus Ergebnissen und Diskussion

Die Praktikabilität des TraumaHelfer-Konzeptes in einem mittelitalienischen Erdbebensetting wird auf der methodischen, kulturellen sowie formalorganisatorischen Ebene als hoch erachtet. Zugleich würde die Durchführung umfassende epidemiologische Aussagen zur Stressbelastung von betroffenen Kindern und Jugendlichen ermöglichen. Bei Mitursächlichkeit anderer Stressoren für die Traumasymptomatik, die zwar nicht zu Studienzwecken ausgewertet werden, können die Heranwachsenden dennoch von den symptomorientierten Maßnahmen profitieren.

Eine Erstimplementierung vor Ort im Rahmen eines kleinen Pilotprojektes wäre erforderlich, um praktikable Lösungen für datenschutzbezogene Problematiken zu eruieren.

Eine kognitive Verarbeitung erdbebenbezogener Traumata ist möglich und anzustreben, wird jedoch durch die Traumatogenität wiederholter Erdbebenstöße erschwert. Eine therapeutische Schwerpunktlegung auf die Vermittlung eines niederschweligen Repertoires zur vegetativen Selbstregulation wird als sinnvoll erachtet, zumal dadurch längerfristig auch ein Einfluss auf traumatische Gedächtnisinhalte möglich ist.

7. Anhang

7.1. RETROS – Fragebögen: italienische Versionen

7.1.1. Muster Fragebögenübersicht „RETROS – Set“

Set RETROS

Valutazione del trauma psichico per bambini e adolescenti
Università di Ratisbona - versione 2.1

C o d i c e
del/della paziente _____

Psicoterapeuta/ psichiatra
responsabile _____

1. Il/la paziente ha subito l'esperienza del terremoto in prima persona?
sì o no o non valutabile o
2. È a stretto contatto con persone a lui/lei care (p.es. parenti stretti, amici significativi)
che hanno subito l'esperienza del terremoto? sì o no o non valutabile o

Domande diagnostiche	sì	no
Nella biografia del/della paziente vi sono uno o più eventi traumatici?		
Una o più persone di riferimento hanno subito eventi traumatici?		
Il/la paziente era presente mentre terze persone subivano eventi traumatici?		
Il/la paziente è in grado di ricordarsi senza vuoti di memoria del trauma subito?		

Contrassegnare con il segno "X"	nessuna informazione al riguardo	poco	mediamente	molto
Il trauma compromette la qualità della vita del/della paziente				

	modulo presente (sì/no)?	data di consegna	punteggio
Modulo RETROS per l'insegnante del bambino (BI)			
Modulo RETROS per il tutore del bambino (BT)			
Modulo RETROS per il genitore del bambino (BG)			
Modulo RETROS per l'insegnante dell'adolescente (AI)			
Modulo RETROS per il tutore dell'adolescente (AT)			
Modulo RETROS per il genitore dell'adolescente (AG)			
Modulo RETROS per l'autocertificazione dell'adolescente (AA)			

© B. Leinberger, I. Montanari e T.H. Loew, Dipartimento di Psicosomatica

Policlinico Universitario di Ratisbona, 2018; contatto tramite sito web www.gewiss-ev.de

7.1.2. Muster RETROS-Fragebogen für den Lehrer des Kindes: Modulo RETROS per l'insegnante del bambino (RETROS-BI)

RETROS-BI

Valutazione del trauma psichico per l'insegnante del bambino (BI)

Versione 3.0 - Modulo idoneo fino ai 13 anni

Università di Ratisbona

Codice: _____

Data: _____

1. Dati anagrafici			
	maschio	femmina	età
Si prega di indicare correttamente mediante il segno "X" il sesso dell'alunno/a nonché di annotarne l'età			

2. Dati clinici			
Si prega di rispondere correttamente alle seguenti domande mediante il segno "X"			
	sì	no	non valutabile
L'alunno/a ha patologie di base?			
Se sì, si prega di scrivere a mano la/le patologia/e:			

	sì	no	non valutabile
L'alunno/a assume medicinali?			
Se sì, si prega di scrivere a mano il/i farmaco/i:			

3. Anamnesi relativa al terremoto			
	sì	no	non valutabile
1. L' alunno/a ha subito l'esperienza del terremoto in prima persona?			
2. È a stretto contatto con persone a lui/lei care (p.es. parenti stretti, amici significativi) che hanno subito l'esperienza del terremoto?			

© B.Leinberger, I.Montanari, T.H.Loew, Dipartimento di Psicosomatica

Policlinico Universitario di Ratisbona, 2018; contatto tramite sito web www.gewiss-ev.de

Codice: _____

Data: _____

4. Sintomi comportamentali					
Contrassegnare le risposte esatte con il segno "X". Se un parametro non è valutabile, omettere la risposta. Indicare con che frequenza l' alunno/a	mai	di rado	ogni tanto	spesso	molto spesso
	0	1	2	3	4
1. è inquieto/a a livello motorio e/o non è in grado di rimanere seduto/a come richiesto e/o dondola con la sedia					
2. assume il ruolo del burlone della classe					
3. fa fatica a concentrarsi					
4. sembra essere caotico/a e/o disorganizzato/a					
5. è fisicamente e/o verbalmente aggressivo/a					
6. è facilmente irritabile					
7. mente più spesso rispetto ai coetanei					
8. perde il filo del discorso					
9. ha lo sguardo fisso davanti a sé					
10. è smemorato/a, p.es. riguardo a compiti, firme dei genitori, ecc.					
11. fa fatica a prendere decisioni o a mantenerle					
12. reagisce con irritazione nei confronti di rumori, odori, contatto fisico					
13. si spaventa facilmente					
14. non ha sufficiente autostima da intraprendere qualcosa					
SOMMA (si prega di annotare il punteggio ottenuto nella casella a destra)					
Per una corretta valutazione fare la somma dei punti. Più è alto il punteggio, più è elevata la probabilità di un disturbo da stress post-traumatico.					

© B.Leinberger, I.Montanari, T.H.Loew, Dipartimento di Psicosomatica

Policlinico Universitario di Ratisbona, 2018; contatto tramite sito web www.gewiss-ev.de

7.1.3. Muster RETROS-Fragebogen für den Betreuer des Kindes: Modulo RETROS per il tutore del bambino (RETROS-BT)

RETROS-BT

Valutazione del trauma psichico per il tutore del bambino (BT)

Versione 3 - modulo idoneo fino ai 13 anni

Università di Ratisbona

Codice: _____

Data: _____

1. Dati anagrafici			
	maschio	femmina	età
Si prega di indicare correttamente mediante il segno "X" il sesso del/della bambino/a nonché di annotarne l'età			

2. Dati clinici			
Si prega di rispondere correttamente alle seguenti domande mediante il segno "X"			
	sì	no	non valutabile
Il/la bambino/a ha patologie di base?			
Se sì, si prega di scrivere a mano la/le patologia/e: _____ _____ _____			
	sì	no	non valutabile
Il/la bambino/a assume medicinali?			
Se sì, si prega di scrivere a mano il/i farmaco/i: _____ _____ _____			

3. Anamnesi relativa al terremoto			
	sì	no	non valutabile
1. Il/la bambino/a ha subito l'esperienza del terremoto in prima persona?			
2. È a stretto contatto con persone a lui/lei care (p.es. parenti stretti, amici significativi) che hanno subito l'esperienza del terremoto?			

© B.Leinberger, I.Montanari, T.H.Loew, Dipartimento di Psicosomatica

Policlinico Universitario di Ratisbona, 2018; contatto tramite sito web www.gewiss-ev.de

Codice: _____

Data: _____

4. Sintomi comportamentali					
Contrassegnare le risposte esatte con il segno "X". Se un parametro non è valutabile, omettere la risposta. Indicare con che frequenza il/la bambino/a	mai	di rado	ogni tanto	spesso	molto spesso
	0	1	2	3	4
1. è inquieto/a a livello motorio e/o non è in grado di rimanere seduto/a come richiesto e/o dondola con la sedia					
2. assume il ruolo del burlone della classe					
3. fa fatica a concentrarsi					
4. sembra essere caotico/a e/o disorganizzato/a					
5. è fisicamente e/o verbalmente aggressivo/a					
6. è facilmente irritabile					
7. mente più spesso rispetto ai coetanei					
8. perde il filo del discorso					
9. ha lo sguardo fisso in una direzione					
10. è smemorato/a, p.es. riguardo a compiti, firme dei genitori, ecc.					
11. fa fatica a prendere decisioni o a mantenerle					
12. reagisce con irritazione nei confronti di rumori, odori, contatto fisico					
13. si spaventa facilmente					
14. non ha sufficiente autostima da intraprendere qualcosa					
SOMMA (si prega di annotare il punteggio ottenuto nella casella a destra)					
Per una corretta valutazione fare la somma dei punti. Più è alto il punteggio, più è elevata la probabilità di un disturbo da stress post-traumatico.					

© B.Leinberger, I.Montanari, T.H.Loew, Dipartimento di Psicosomatica

Policlinico Universitario di Ratisbona, 2018; contatto tramite sito web www.gewiss-ev.de

7.1.4. Muster RETROS-Fragebogen für den Elternteil des Kindes: Modulo RETROS per il genitore del bambino (RETROS-BG)

RETROS-BG

Valutazione del trauma psichico per il genitore del bambino (BG)

Versione 3.0 - Modulo idoneo dai 4 ai 13 anni

Università di Ratisbona

Codice: _____

Data: _____

1. Dati relativi all'abitazione				
	con entrambi i genitori	con la madre	con il padre	con un'altra persona
Il/la bambino/a abita (contrassegnare la risposta esatta con il segno "X"):				
Qualora il/la bambino/a abiti con un'altra persona, si prega di specificare (p.es. nonno/a, zio/a): _____				
Il terremoto ha comportato un cambiamento delle condizioni abitative del bambino? Se sì, si prega di descrivere brevemente: _____ _____ _____				

2. Dati anagrafici			
	maschio	femmina	età
Si prega di indicare correttamente mediante il segno "X" il sesso del/della bambino/a nonché di annotarne l'età			

3. Dati clinici			
Si prega di rispondere correttamente alle seguenti domande mediante il segno "X"			
	sì	no	non valutabile
Il/la bambino/a ha patologie di base?			
Se sì, si prega di scrivere a mano la/le patologia/e: _____ _____			
	sì	no	non valutabile
L'alunno/a assume medicinali?			
Se sì, si prega di scrivere a mano il/i farmaco/i: _____ _____			

© B.Leinberger, I.Montanari, T.H.Loew, Dipartimento di Psicosomatica

Policlinico Universitario di Ratisbona, 2018; contatto tramite sito web www.gewiss-ev.de

Codice: _____

Data: _____

4. Anamnesi relativa al terremoto			
	si	no	non valutabile
1. Il/la bambino/a ha subito l'esperienza del terremoto in prima persona?			
2. È a stretto contatto con persone a lui/lei care (p.es. parenti stretti, amici significativi) che hanno subito l'esperienza del terremoto?			

5. Sintomi comportamentali					
Contrassegnare le risposte esatte con il segno "X". Se un parametro non è valutabile, omettere la risposta. Indicare con che frequenza il/la bambino/a	mai	di rado	ogni tanto	spesso	molto spesso
	0	1	2	3	4
1. ha un atteggiamento non consono alla propria età					
2. è inquieto/a a livello motorio e/o non è in grado di rimanere seduto/a come richiesto					
3. richiede più attenzione rispetto ai coetanei e/o vuole stare al centro dell' attenzione					
4. fa fatica a concentrarsi					
5. sogna ad occhi aperti					
6. è smemorato/a p.es. riguardo a compiti, firme dei genitori, ecc.					
7. ha lo sguardo fisso in una direzione					
8. sembra essere caotico/a e/o disorganizzato/a					
9. fa fatica a prendere decisioni o a mantenerle					
10. è fisicamente o verbalmente aggressivo/a					

© B.Leinberger, I.Montanari, T.H.Loew, Dipartimento di Psicosomatica

Policlinico Universitario di Ratisbona, 2018; contatto tramite sito web www.gewiss-ev.de

Codice: _____

Data: _____

Contrassegnare le risposte esatte con il segno "X". Se un parametro non è valutabile, omettere la risposta. Indicare con che frequenza il/la bambino/a	mai	di rado	ogni tanto	spesso	molto spesso
	0	1	2	3	4
11. reagisce con irritazione nei confronti di rumori, odori, contatto fisico					
12. è facilmente irritabile					
13. ha attacchi d'ira					
14. si spaventa facilmente					
15. non ha sufficiente autostima da intraprendere qualcosa					
16. soffre di ansia da separazione					
17. mente più spesso rispetto ai coetanei					
18. sembra essere indifeso/a					
19. è autolesionista					
20. ha una percezione alterata del pericolo					
21. cerca attivamente situazioni pericolose					
22. soffre di disturbi del sonno oppure non riesce a dormire da solo/a					
23. soffre di disturbi alimentari (mangia troppo/troppo poco, vomito, estrema selettività nella scelta dei cibi)					
24. racconta di sentire voci oppure si ha l'impressione che un estraneo non presente nella stanza gli parla					
25. soffre di disturbi fisici, p.es. mal di pancia, mal di testa					
26. cerca di autorassicurarsi mediante atteggiamenti non consoni in pubblico, p.es. masturbazione, succhiare o mordere oggetti					
SOMMA (si prega di annotare il punteggio ottenuto nella casella a destra)					
Per una corretta valutazione fare la somma dei punti. Più è alto il punteggio, più è elevata la probabilità di un disturbo da stress post-traumatico.					

© B.Leinberger, I.Montanari, T.H.Loew, Dipartimento di Psicosomatica

Policlinico Universitario di Ratisbona, 2018; contatto tramite sito web www.gewiss-ev.de

7.1.5. Muster RETROS-Fragebogen für den Lehrer des Jugendlichen: Modulo RETROS per l'insegnante dell'adolescente (RETROS-AI)

RETROS-AI

**Valutazione del trauma psichico -
per l'insegnante dell'adolescente (AI)
Versione 3 - Modulo idoneo dai 14 ai 21 anni
Università di Ratisbona**

Codice: _____

Data: _____

1. Dati anagrafici			
	maschio	femmina	età
Si prega di indicare correttamente mediante il segno "X" il sesso dell'alunno/a nonché di annotarne l'età			

2. Dati clinici			
Si prega di rispondere correttamente alle seguenti domande mediante il segno "X"			
	sì	no	non valutabile
L'alunno/a ha patologie di base?			
Se sì, si prega di scrivere a mano la/le patologia/e: _____			
	sì	no	non valutabile
L'alunno/a assume medicinali?			
Se sì, si prega di scrivere a mano il/i farmaco/i: _____ _____			

3. Anamnesi relativa al terremoto			
	sì	no	non valutabile
1. L'alunno/a ha subito l'esperienza del terremoto in prima persona?			
2. È a stretto contatto con persone a lui/lei care (p.es. parenti stretti, amici significativi) che hanno subito l'esperienza del terremoto?			

© B.Leinberger, I.Montanari, T.H.Loew, Dipartimento di Psicosomatica

Policlinico Universitario di Ratisbona, 2018; contatto tramite sito web www.gewiss-ev.de

Codice: _____

Data: _____

4. Sintomi comportamentali					
Contrassegnare le risposte esatte con il segno "X". Se un parametro non è valutabile, omettere la risposta. Indicare con che frequenza l'alunno/a	mai	di rado	ogni tanto	spesso	molto spesso
	0	1	2	3	4
1. mostra comportamenti non idonei per la propria età					
2. è inquieto/a a livello motorio e/o non riesce a star seduto/a come previsto					
3. fa fatica a concentrarsi					
4. è smemorato/a p.es. riguardo a compiti o firme dei genitori					
5. sembra essere caotico/a e/o disorganizzato/a					
6. assume il ruolo del burlone della classe					
7. fa fatica a prendere decisioni o a mantenerle					
8. sembra sognare ad occhi aperti					
9. si distrae facilmente					
10. reagisce con irritazione nei confronti di odori, rumori, contatto fisico, nonostante sia lui/lei a fare chiasso					
11. è facilmente irritabile					
12. ha attacchi d'ira					
13. si spaventa facilmente					
14. è aggressivo/a fisicamente o verbalmente					
15. ha paura di intraprendere qualcosa					
16. mente più spesso rispetto ai suoi coetanei					
17. è malfidato/a					
18. ha lo sguardo fisso davanti a sé					
19. ha una percezione scarsa e/o alterata del pericolo					
20. cerca deliberatamente situazioni pericolose					
21. è autolesionista					
22. è piagnucoloso/a					
23. sembra essere un altro/un'altra caratterialmente					
SOMMA (si prega di annotare il punteggio ottenuto nella casella a destra)					
Valutazione: Fare la somma dei punti – Più è alto il punteggio, più è elevata la probabilità di un disturbo da stress post-traumatico.					

© B.Leinberger, I.Montanari, T.H.Loew, Dipartimento di Psicosomatica

Policlinico Universitario di Ratisbona, 2018; contatto tramite sito web www.gewiss-ev.de

7.1.6. Muster RETROS-Fragebogen für den Betreuer des Jugendlichen: Modulo RETROS per il tutore dell'adolescente (RETROS-AT)

RETROS-AT

Valutazione del trauma psichico per il tutore dell'adolescente (AT)

Versione 3.0 - Modulo idoneo dai 14 ai 21 anni

Università di Ratisbona

Codice: _____

Data: _____

1. Dati anagrafici			
	maschio	femmina	età
Si prega di indicare correttamente mediante il segno "X" il sesso dell'adolescente nonché di annotarne l'età			

2. Dati clinici			
Si prega di rispondere correttamente alle seguenti domande mediante il segno "X"			
	sì	no	non valutabile
L'adolescente ha patologie di base?			
Se sì, si prega di scrivere a mano la/le patologia/e: _____			
	sì	no	non valutabile
L'adolescente assume medicinali?			
Se sì, si prega di scrivere a mano il/i farmaco/i: _____			

3. Anamnesi relativa al terremoto			
	sì	no	non valutabile
1. L'adolescente ha subito l'esperienza del terremoto in prima persona?			
2. È a stretto contatto con persone a lui/lei care (p.es. parenti stretti, amici significativi) che hanno subito l'esperienza del terremoto?			

© B.Leinberger, I.Montanari, T.H.Loew, Dipartimento di Psicosomatica

Policlinico Universitario di Ratisbona, 2018; contatto tramite sito web www.gewiss-ev.de

Codice: _____

Data: _____

4. Sintomi comportamentali					
Contrassegnare le risposte esatte con il segno "X". Se un parametro non è valutabile, omettere la risposta. Indicare con che frequenza l'adolescente	mai	di rado	ogni tanto	spesso	molto spesso
	0	1	2	3	4
1. piagnucola					
2. richiede più attenzione rispetto agli altri					
3. mostra disturbi di concentrazione					
4. dimentica compiti, firme dei genitori ecc.					
5. sembra essere caotico/a e disorganizzato/a					
6. assume atteggiamenti non idonei alla sua età					
7. fa fatica a prendere decisioni o a mantenerle					
8. è inquieto/a a livello motorio e/o non riesce a star seduto/a come richiesto					
9. si isola facilmente					
10. reagisce con irritazione nei confronti di chiasso, odori, contatto fisico					
11. è facilmente irritabile					
12. ha attacchi d'ira					
13. si spaventa facilmente					
14. è fisicamente o verbalmente aggressivo/a					
15. non ha sufficiente autostima da intraprendere qualcosa					
16. mente spesso rispetto ai coetanei					

© B.Leinberger, I.Montanari, T.H.Loew, Dipartimento di Psicosomatica

Policlinico Universitario di Ratisbona, 2018; contatto tramite sito web www.gewiss-ev.de

Codice: _____

Data: _____

Contrassegnare le risposte esatte con il segno "X". Se un parametro non è valutabile, omettere la risposta. Indicare con che frequenza l'adolescente	mai	di rado	ogni tanto	spesso	molto spesso
	0	1	2	3	4
17. non ha fiducia nel prossimo					
18. ha lo sguardo fisso davanti a sé					
19. ha una percezione alterata del rischio e del pericolo					
20. cerca deliberatamente situazioni pericolose					
21. soffre di autolesionismo					
22. soffre di disturbi alimentari (mangia troppo o troppo poco, estrema selettività per il cibo, vomito)					
23. sembra essere un altro/un'altra caratterialmente					
24. ha disturbi del sonno (insonnia, incubi, sonnambulismo)					
25. ha disturbi fisici (p.es. mal di testa, mal di pancia)					
26. ha ideazioni suicidiarie o ha tentato il suicidio					
SOMMA (si prega di annotare il punteggio ottenuto nella casella a destra)					
Per una corretta valutazione fare la somma dei punti. Più è alto il punteggio, più è elevata la probabilità di un disturbo da stress post-traumatico.					

© B.Leinberger, I.Montanari, T.H.Loew, Dipartimento di Psicosomatica

Policlinico Universitario di Ratisbona, 2018; contatto tramite sito web www.gewiss-ev.de

7.1.7. Muster RETROS-Fragebogen für den Elternteil des Jugendlichen: Modulo RETROS per il genitore dell'adolescente (RETROS-AG)

RETROS-AG

Valutazione del trauma psichico per il genitore dell'adolescente (AG)

Modulo idoneo dai 14 ai 21 anni

Università di Ratisbona

Codice: _____

Data: _____

1. Dati relativi all'abitazione				
	con entrambi i genitori	con la madre	con il padre	con un'altra persona
L'adolescente abita (contrassegnare la risposta esatta con il segno "X"):				
Qualora l'adolescente abiti con un'altra persona, si prega di specificare (p.es. nonno/a, zio/a): _____				
Il terremoto ha comportato un cambiamento delle condizioni abitative dell'adolescente? Se sì, si prega di descrivere brevemente: _____ _____				

2. Dati anagrafici			
	maschio	femmina	età
Si prega di indicare correttamente mediante il segno "X" il sesso dell'adolescente nonché di annotarne l'età			

3. Dati clinici			
Si prega di rispondere correttamente alle seguenti domande mediante il segno "X"			
	sì	no	non valutabile
L'adolescente ha patologie di base?			
Se sì, si prega di scrivere a mano la/le patologia/e: _____ _____			
	sì	no	non valutabile
L'adolescente assume medicinali?			
Se sì, si prega di scrivere a mano il/i farmaco/i: _____ _____			

© B.Leinberger, I.Montanari, T.H.Loew, Dipartimento di Psicosomatica

Policlinico Universitario di Ratisbona, 2018; contatto tramite sito web www.gewiss-ev.de

Codice: _____

Data: _____

4. Anamnesi relativa al terremoto			
	si	no	non valutabile
1. L'adolescente ha subito l'esperienza del terremoto in prima persona?			
2. È a stretto contatto con persone a lui/lei care (p.es. parenti stretti, amici significativi) che hanno subito l'esperienza del terremoto?			

5. Sintomi comportamentali					
Contrassegnare le risposte esatte con il segno "X". Se un parametro non è valutabile, omettere la risposta. Indicare con che frequenza l'adolescente	mai	di rado	ogni tanto	spesso	molto spesso
	0	1	2	3	4
1. assume il ruolo del burlone					
2. sembra sognare ad occhi aperti					
3. fa fatica a concentrarsi					
4. dimentica compiti, firme dei genitori ecc.					
5. sembra essere caotico/a e/o disorganizzato/a					
6. assume atteggiamenti non idonei alla sua età					
7. fa fatica a prendere decisioni o a mantenerle					
8. è inquieto/a a livello motorio e/o non riesce a star seduto/a come richiesto					
9. perde il filo dei pensieri					
10. reagisce con irritazione nei confronti di rumori, odori, contatto fisico					
11. è facilmente irritabile					
12. ha attacchi d'ira					
13. si spaventa facilmente					
14. è aggressivo/a fisicamente o verbalmente					
15. non ha sufficiente autostima da intraprendere qualcosa					
16. mente più spesso rispetto ai coetanei					

© B.Leinberger, I.Montanari, T.H.Loew, Dipartimento di Psicosomatica

Policlinico Universitario di Ratisbona, 2018; contatto tramite sito web www.gewiss-ev.de

Codice: _____

Data: _____

Contrassegnare le risposte esatte con il segno "X". Se un parametro non è valutabile, omettere la risposta. Indicare con che frequenza l'adolescente	mai	di rado	ogni tanto	spesso	molto spesso
	0	1	2	3	4
17. è malfidato/a					
18. ha lo sguardo fisso davanti a sé					
19. ha una percezione alterata del rischio e del pericolo					
20. cerca deliberatamente situazioni pericolose					
21. è autolesionista					
22. soffre di disturbi alimentari (mangia troppo o troppo poco, vomito, estrema selettività per il cibo)					
23. sembra essere un altro/un'altra caratterialmente					
24. ha disturbi del sonno e/o incubi					
25. ha disturbi fisici, p.es. mal di testa, mal di pancia					
26. soffre di sonnambulismo					
SOMMA (si prega di annotare il punteggio ottenuto nella casella a destra)					
Per una corretta valutazione fare la somma dei punti. Più è alto il punteggio, più è elevata la probabilità di un disturbo da stress post-traumatico.					

© B.Leinberger, I.Montanari, T.H.Loew, Dipartimento di Psicosomatica

Policlinico Universitario di Ratisbona, 2018; contatto tramite sito web www.gewiss-ev.de

**7.1.8. Muster RETROS-Selbstauskunft-Fragebogen für den Jugendlichen: Modulo
RETROS per l'autocertificazione dell' adolescente (RETROS-AA)**

RETROS-AA

Autocertificazione per adolescenti (AA)

Versione 7 - Modulo idoneo dai 14 ai 21 anni

Università di Ratisbona

Codice: _____

Data: _____

1. Dati anagrafici			
	maschio	femmina	età
Ti preghiamo di indicare correttamente mediante il segno "X" il tuo sesso nonché di annotare la tua età			

2. Dati clinici			
Ti preghiamo di rispondere correttamente alle seguenti domande mediante il segno "X"			
	sì	no	non valutabile
Hai patologie di base?			
Se sì, ti preghiamo di scrivere a mano la/le patologia/e: _____			
	sì	no	non valutabile
Assumi medicinali?			
Se sì, ti preghiamo di scrivere a mano il/i farmaco/i: _____			

3. Anamnesi relativa al terremoto			
	sì	no	non valutabile
1. Hai subito l'esperienza del terremoto in prima persona?			
2. Sei a stretto contatto con persone a te care (p.es. parenti stretti, amici significativi) che hanno subito l'esperienza del terremoto?			

© B.Leinberger, I.Montanari, T.H.Loew, Dipartimento di Psicosomatica

Policlinico Universitario di Ratisbona, 2018; contatto tramite sito web www.gewiss-ev.de

Codice: _____

Data: _____

4. Sintomi comportamentali					
Contrassegna le risposte esatte con il segno "X". Se un parametro non è valutabile, ometti la risposta. Indica con che frequenza	mai	di rado	ogni tanto	spesso	molto spesso
	0	1	2	3	4
1. hai l' impressione di fare più scherzi e/o battute rispetto ai tuoi coetanei					
2. sogni più spesso ad occhi aperti rispetto ai tuoi coetanei					
3. fai fatica a concentrarti					
4. sei smemorato/a p.es. riguardo a compiti firme dei genitori, ecc.					
5. sei caotico/a e disorganizzato/a					
6. ti senti interiormente inquieto/a					
7. fai fatica a prendere decisioni o a mantenerle					
8. sei fisicamente o verbalmente più aggressivo/a rispetto ad altri					
9. perdi il filo dei pensieri					
10. reagisci con irritazione nei confronti di rumori, odori, contatto fisico					
11. sei facilmente irritabile					
12. tendi ad avere attacchi d'ira					
13. ti spaventi spesso					
14. noti di avere vuoti di memoria					
15. hai scarsa fiducia nelle tue capacità					
16. menti spesso					

© B.Leinberger, I.Montanari, T.H.Loew, Dipartimento di Psicosomatica

Policlinico Universitario di Ratisbona, 2018; contatto tramite sito web www.gewiss-ev.de

Codice: _____

Data: _____

Contrassegnare le risposte esatte con il segno "X". Se un parametro non è valutabile, ometti la risposta. Indica con che frequenza	mai	di rado	ogni tanto	spesso	molto spesso
	0	1	2	3	4
17. tendi ad essere malfidato/a					
18. hai una scarsa percezione del tempo					
19. ti metti spesso in situazioni pericolose					
20. cerchi deliberatamente situazioni pericolose					
21. sei autolesionista					
22. soffri di disturbi alimentari (mangi troppo o troppo poco, fai scelte alimentari non comuni, vomiti)					
23. ti comporti in modo inadeguato (troppo infantile o maturo) rispetto alla tua età					
24. hai disturbi del sonno e/o incubi					
25. soffri di disturbi fisici (p.es. mal di testa, mal di pancia)					
SOMMA (ti preghiamo di annotare il punteggio ottenuto nella casella a destra)					
Per una corretta valutazione fai la somma dei punti. Più è alto il punteggio, più è elevata la probabilità di un disturbo da stress post-traumatico.					

© B.Leinberger, I.Montanari, T.H.Loew, Dipartimento di Psicosomatica

Policlinico Universitario di Ratisbona, 2018; contatto tramite sito web www.gewiss-ev.de

7.2. RETROS – Fragebögen: deutsche Originale

7.2.1. Muster Fragebögenübersicht „RETROS – Set“

RETROS-Set

REgensburger Kinder-Jugendlichen –junge Erwachsene **TR**auma-Risik**O**-Score (Version 2.1)

Unterstützen Sie die Weiterentwicklung dieses Tests – Anonymisierte, ausgefüllte Bögen an die 0 9 4 1 9 4 4 7 3 7 7 faxen (Abt. für Psychosomatik, Universitätsklinikum Regensburg) oder einfach Foto vom ausgefüllten Bogen an die traumahelfer@gmail.com schicken. Danke!

Pat. Name _____

Pat. Vorname _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Testleiter _____

Kurze Anamnese (siehe Rückseite)

Diagnostik	Ja	Nein
FRAGE: Gibt es in der Biografie ein oder mehrere traumatische(s) Ereignis(se)?		
FRAGE: Gibt es in der Biografie traumatische Ereignisse naher Bezugspersonen?		
FRAGE: Hat das Kind/Jugendlicher traumatischer Ereignisse beobachtet, ohne diese selbst erlebt zu haben?		
FRAGE: Kann das Kind/der Jugendliche sich an das traumatische Ereignis lückenlos erinnern?		

	Keine Information bzw. nicht bewertbar	kaum	mittel	schwer
Wie belastend war das Trauma?				

	Vorhanden?	Datum	Punkte
RETROS-KL-Lehrer-Bogen			
RETROS-KB-Betreuer-Bogen			
RETROS-KE-Eltern-Bogen			
RETROS-JL-Lehrer-Bogen			
RETROS-JB-Betreuer-Bogen			
RETROS-JE-Eltern-Bogen			
RETROS-JS-Selbstauskunft			
RETROS-ES-Junge Erw. Selbstauskunft			

7.2.2. Muster RETROS-Fragebogen für den Lehrer des Kindes (RETROS-KL)

Name/Code: _____ (für wiederholte Messungen, z.B. nach Therapie) Datum: _____

Ort: _____ Einrichtung: Schulform: _____ Übergangsklasse ja o nein o

RETROS-KL REgensburger Kinder- TRauma-RisikO-Score (Version 3.0)

Unterstützen Sie die Weiterentwicklung dieses Tests – Anonymisierte, ausgefüllte Bögen an die **0 9 4 1 9 4 4 7 3 7 7** faxen (Abt. für Psychosomatik, Universitätsklinikum Regensburg) oder einfach Foto vom ausgefüllten Bogen an die traumahelfer@gmail.com schicken. Danke!

Lehrer-Checkliste (hilft die Beobachtungen zu systematisieren, keine Einverständniserklärung erforderlich)

Kind: m o w o **Alter** _____ **Nimmt das Kind Medikamente?** ja o nein o

Wenn ja, und **möglich** (bei mehreren Medikamenten Rückseite des Fragebogens benutzen)

Name des Medikaments: _____ Dosierung: _____ Seit wann?: _____

Name des Medikaments: _____ Dosierung: _____ Seit wann?: _____

Geeignet bis 13 Jahre (oder einschließlich 7.Klasse)

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Fragen immer bezogen auf die altersentsprechende Vergleichsgruppe bewerten.		nie	sel-	ge-	oft	sehr
Wenn nicht beurteilbar, Frage einfach nicht beantworten.		0	1	2	3	4
1	Ist es motorisch unruhig? Kann es nicht sitzen bleiben wie erwartet, und /oder schaukelt das Kind manchmal auf dem Stuhl (Kippeln)?					
2	Spielt es den Klassenclown?					
3	Zeigt es Konzentrationsstörungen?					
4	Wirkt es chaotisch, unorganisiert?					
5	Ist es häufig körperlich oder verbal aggressiv?					
6	Ist es leicht reizbar?					
7	Lügt es häufiger als andere Kinder in diesem Alter?					
8	Schweift es gedanklich ab?					
9	Sieht es manchmal starr in eine Richtung?					
10	Ist das Kind vergesslich, z.B. Hausaufgaben, Unterschrift d. Eltern etc.?					
11	Kann es sich schlecht entscheiden oder nicht bei einer Entscheidung bleiben?					
12	Ist es Lärm-/ Geruchs- oder Berührungsempfindlich?					
13	Ist es schreckhaft?					
14	Traut es sich nichts zu?					
SUMME						
Auswertung: Punkte addieren - Je höher die Anzahl, desto wahrscheinlicher ist eine Traumafolgestörung .						

7.2.3. Muster RETROS-Fragebogen für den Betreuer des Kindes (RETROS-KB)

Name/Code: _____ (für wiederholte Messungen, z.B. nach Therapie) Datum: _____

Ort: _____ Einrichtung: _____

Schulform: _____ Übergangsklasse ja o nein o

RETROS-KB REgensburger Kinder - TRauma-RisikO-Score (Version 3)

Unterstützen Sie die Weiterentwicklung dieses Tests – Anonymisierte, ausgefüllte Bögen an die 0941 9447377 faxen (Abt. für Psychosomatik, Universitätsklinikum Regensburg) oder einfach Foto vom ausgefüllten Bogen an die traumahelfer@gmail.com schicken. Danke!

Betreuer-Checkliste (hilft die Beobachtungen zu systematisieren, keine Einverständniserklärung erforderlich)

Kind: m o w o Alter _____ Nimmt das Kind Medikamente? ja o nein o

Wenn ja, und **möglich** (bei mehreren Medikamenten Rückseite des Fragebogens benutzen)

Name des Medikaments: _____ Dosierung: _____ Seit wann?: _____

Name des Medikaments: _____ Dosierung: _____ Seit wann?: _____

Geeignet bis 13 Jahre (oder einschließlich 7.Klasse)

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Fragen immer bezogen auf die altersentsprechende Vergleichsgruppe bewerten.		nie	sel-	ge-	oft	sehr
Wenn nicht beurteilbar, Frage einfach nicht beantworten.		0	1	2	3	4
1	Ist es motorisch unruhig? Kann es nicht sitzen bleiben wie erwartet, und /oder schaukelt das Kind manchmal auf dem Stuhl (Kippeln)?					
2	Spielt es den Klassenclown?					
3	Zeigt es Konzentrationsstörungen?					
4	Wirkt es chaotisch, unorganisiert?					
5	Ist es häufig körperlich oder verbal aggressiv?					
6	Ist es leicht reizbar?					
7	Lügt es häufiger als andere Kinder in diesem Alter?					
8	Schweift es gedanklich ab?					
9	Sieht es manchmal starr in eine Richtung?					
10	Ist das Kind vergesslich, z.B. Hausaufgaben, Unterschrift d. Eltern etc.?					
11	Kann es sich schlecht entscheiden oder nicht bei einer Entscheidung bleiben?					
12	Ist es Lärm-/ Geruchs- oder Berührungsempfindlich?					
13	Ist es schreckhaft?					
14	Traut es sich nichts zu?					
SUMME						
Auswertung: Punkte addieren - Je höher die Punktzahl, desto wahrscheinlicher ist eine Traumafolgestörung.						

7.2.4. Muster RETROS-Fragebogen für den Elternteil des Kindes (RETROS-KE)

Name/Code: _____ (für wiederholte Messungen, z.B. nach Therapie) Datum: _____

Ort _____ Kind lebt bei Vater Mutter (bitte zutreffendes ankreuzen), anderer Person (wer?) _____

RETROS-KE

REgensburger Kinder- TRauma-RisikO-Score (Version 3.0)

Unterstützen Sie die Weiterentwicklung dieses Tests – Anonymisierte, ausgefüllte Bögen an die **09419447377** faxen (Abt. für Psychosomatik, Universitätsklinikum Regensburg) oder einfach Foto vom ausgefüllten Bogen an die traumahelfer@gmail.com schicken. Danke!

Kinder: Eltern-Fragebogen	geeignet von 4 bis 13 Jahre	m o w o	Alter ____
---------------------------	-----------------------------	---------	------------

Nimmt er / sie Medikamente? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Wenn ja, bitte Name des/der Medikaments(e), Dosierung und seit wann? auf der Rückseite notieren.
---------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

		Bitte Zutreffendes ankreuzen				
Fragen		nie	sel-	ge-	oft	sehr
immer bezogen auf die altersentsprechende Vergleichsgruppe bewerten. Wenn nicht beurteilbar, Frage einfach nicht beantworten.		0	1	2	3	4
1	Zeigt es dem eigentlichen Alter unangemessenes Verhalten?					
2	Ist es motorisch unruhig? Kann es nicht sitzen bleiben wie erwartet?					
3	Fordert es mehr Aufmerksamkeit als andere, schiebt es sich häufig in den Vordergrund?					
4	Zeigt es Konzentrationsstörungen?					
5	Scheint es Tagträume zu haben?					
6	Ist das Kind vergesslich, z.B. Hausaufgaben, Unterschrift d. Eltern etc.?					
7	Sieht es manchmal starr in eine Richtung?					
8	Wirkt es chaotisch, unorganisiert?					
9	Kann es sich schlecht entscheiden oder nicht bei einer Entscheidung bleiben?					
10	Ist es häufig körperlich oder verbal aggressiv?					
11	Ist es Lärm-/ Geruchs- oder Berührungs-empfindlich?					
12	Ist es leicht reizbar?					
13	Zeigt es häufig Wutausbrüche?					
14	Ist es schreckhaft?					
15	Traut es sich nichts zu?					
16	Hat es Trennungsängste?					
17	Lügt es häufiger als andere Kinder im selben Alter?					
18	Wirkt es hilflos?					
19	Verletzt es sich selbst?					
20	Zeigt es eine mangelnde Wahrnehmung von Bedrohung und Gefahren?					
21	Sucht es aktiv gefährliche Situationen?					
22	Hat es Probleme beim Schlafen oder kann es nicht alleine schlafen?					
23	Zeigt es auffallendes Essverhalten (zu viel, zu wenig, Erbrechen, extrem wählerisch)?					
24	Erzählt es, dass manchmal Stimmen zu ihm sprechen oder hat man beim Beobachten den Eindruck, dass jemand der nicht im Raum ist, zu ihm spricht?					
25	Hat es häufig körperliche Beschwerden wie Kopf- oder Bauchschmerzen?					
26	Zeigt es situationsunangemessenes Selbstberuhigungsverhalten, z.B. Selbstbefriedigung, Lutschen, Kauen?					

SUMME [] [] [] [] []

Auswertung: Punkte addieren - Je höher die Anzahl, desto wahrscheinlicher ist eine **Traumafolgestörung**, falls **wenigstens eine** der folgenden Fragen mit „Ja“ beantwortet wurde. Ansonsten könnte eine **psychische Erkrankung oder Verhaltensstörung vorliegen**.

Ergänzungsfragen	kann ich nicht beurteilen	nein	möglicherweise	ja
A Hat das Kind ein Trauma selbst erlebt? (z.B. körperliche Gewalt, sexuelle Gewalt, Krieg, Erdbeben, schwerer Unfall etc.)				
B Hat ein naher Familienangehöriger ein Trauma erlebt?				
C Hat das Kind gesehen, wie jemand ein traumatisches Erlebnis hatte?				

© B. Leinberger und T.H. Loew, Abteilung für Psychosomatik, Universitätsklinikum Regensburg, 2016
Kontakt über www.gewiss-ev.de

7.2.5. Muster RETROS-Fragebogen für den Lehrer des Jugendlichen (RETROS-JL)

Name/Code: _____ (für wiederholte Messungen, z.B. nach Therapie) Datum: _____

Ort: _____ Art der Einrichtung: _____

RETROS-JL REgensburger Jugendlichen- TRauma-RisikO-Score (Version 3)

Unterstützen Sie die Weiterentwicklung dieses Tests – Anonymisierte, ausgefüllte Bögen an die 0 9 4 1 9 4 4 7 3 7 7 faxen (Abt. für Psychosomatik, Universitätsklinikum Regensburg) oder einfach Foto vom ausgefüllten Bogen an die traumahelfer@gmail.com schicken. Danke!

Lehrer-Checkliste (hilft die Beobachtungen zu systematisieren, keine Einverständniserklärung erforderlich)

Jugendlicher: _____ **m o w o Alter** _____

Nimmt er / sie Medikamente? ja o nein möglich o kann ich nicht beurteilen o	Wenn möglich, bitte Name des/der Medikaments(e), Dosierung und seit wann? auf der Rückseite notieren.
------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

Geeignet von 14 bis 21 Jahre bzw. ab 8. Klasse		Bitte Zutreffendes ankreuzen				
Fragen		nie	sel-	ge-	oft	sehr
immer bezogen auf die altersentsprechende Vergleichsgruppe bewerten. Wenn nicht beurteilbar, Frage einfach nicht beantworten.		0	1	2	3	4
1	Zeigt er/sie dem eigentlichen Alter unangemessenes Verhalten?					
2	Ist er/sie motorisch unruhig? Kann er/sie nicht sitzen bleiben wie erwartet?					
3	Zeigt er/sie Konzentrationsstörungen?					
4	Ist d. Jugendliche vergesslich, z.B. bei Hausaufgaben, Unterschrift d. Eltern?					
5	Wirkt er/sie chaotisch, unorganisiert?					
6	Spielt er/sie den Klassenclown?					
7	Kann er/sie sich schlecht entscheiden oder nicht bei einer Entscheidung bleiben?					
8	Scheint er/sie Tagträume zu haben?					
9	Schweift er/sie gedanklich ab					
10	Ist er/sie Lärm-/Geruchs-/Berührungs-empfindlich-auch wenn er/sie selbst z.B. Lärm verursacht?					
11	Ist er/sie leicht reizbar?					
12	Zeigt er/sie Wutausbrüche?					
13	Ist er/sie auffallend schreckhaft?					
14	Ist er/sie häufig körperlich oder verbal aggressiv?					
15	Traut er/sie sich nichts zu?					
16	Lügt er/sie häufiger als andere Jugendliche in diesem Alter?					
17	Ist er/sie misstrauisch?					
18	Starrt er manchmal vor sich hin?					
19	Zeigt er/sie eine mangelnde Wahrnehmung von Bedrohung und Gefahren?					
20	Sucht er/sie aktiv gefährliche Situationen?					
21	Verletzt er/sie sich selbst?					
22	Ist er/sie weinerlich?					
23	Scheint er/sie manchmal charakterlich ein anderer zu sein?					
SUMME						

Auswertung: Punkte addieren - Je höher die Anzahl, desto wahrscheinlicher ist eine **Traumafolgestörung**, falls **wenigstens eine** der folgenden Fragen mit „Ja“ beantwortet wurde. **Ansonsten könnte eine psychische Erkrankung oder Verhaltensstörung vorliegen.**

Ergänzungsfragen (Nur beantworten, wenn möglich!)		kann ich nicht beurteilen	nein	möglicher-weise	Ja
A	Hat der / die Jugendliche ein Trauma selbst erlebt? (z.B. körperliche Gewalt, sexuelle Gewalt, Krieg, Erdbeben, schwerer Unfall etc.)				
B	Hat ein naher Familienangehöriger ein Trauma erlebt?				
C	Hat der / die Jugendliche gesehen, wie jemand ein Trauma erlitt?				

© B. Leinberger und T.H. Loew, Abteilung für Psychosomatik, Universitätsklinikum Regensburg, 2016
Kontakt über www.gewiss-ev.de

7.2.6. Muster RETROS-Fragebogen für den Betreuer des Jugendlichen (RETROS-JB)

Name/Code: _____ (für wiederholte Messungen, z.B. nach Therapie) Datum: _____

Ort: _____ Art der Einrichtung: Einrichtung (mehr als 8 Bewohner) Wohngruppe Pflegefamilie
(Zutreffendes ankreuzen)

RETROS-JB REgensburger Jugendlichen-TRAuma-Risiko-Score (Version 3.0)

Unterstützen Sie die Weiterentwicklung dieses Tests – Anonymisierte, ausgefüllte Bögen an die 0 9 4 1 9 4 4 7 3 7 7 faxen (Abt. für Psychosomatik, Universitätsklinikum Regensburg) oder einfach Foto vom ausgefüllten Bogen an die traumahelfer@gmail.com schicken. Danke

Betreuer-Checkliste (hilft die Beobachtungen zu systematisieren, keine Einverständniserklärung erforderlich)

Jugendlicher: m o w o Alter _____

Nimmt er / sie Medikamente? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> kann ich nicht beurteilen <input type="checkbox"/>	Wenn möglich, bitte Name des/der Medikaments(e), Dosierung und seit wann? auf der Rückseite notieren.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

Geeignet von 14 bis 21 Jahre		Bitte Zutreffendes ankreuzen				
Fragen	nie	sel-ten	ge-le-gentlich	oft	sehr oft	
immer bezogen auf die altersentsprechende Vergleichsgruppe bewerten. Wenn nicht beurteilbar, Frage einfach nicht beantworten.	0	1	2	3	4	
1 Ist er/sie weinerlich?						
2 Fordert der Jugendliche mehr Aufmerksamkeit als andere?						
3 Zeigt er/sie Konzentrationsstörungen?						
4 Ist d. Jugendliche vergesslich, z.B. bei Hausaufgaben, Unterschrift d. Eltern?						
5 Wirkt er/sie chaotisch, unorganisiert?						
6 Zeigt er/sie dem eigentlichen Alter unangemessenes Verhalten?						
7 Kann er/sie sich schlecht entscheiden oder nicht bei einer Entscheidung bleiben?						
8 Ist er/sie motorisch unruhig? Kann er/sie nicht sitzen bleiben wie erwartet?						
9 Zieht sich der Jugendliche häufiger als andere zurück?						
10 Ist er/sie Lärm-/Geruchs-/Berührungs-empfindlich?						
11 Ist er/sie leicht reizbar?						
12 Zeigt er/sie Wutausbrüche?						
13 Ist er/sie schreckhaft?						
14 Ist er/sie häufig körperlich oder verbal aggressiv?						
15 Traut er/sie sich nichts zu?						
16 Lügt er/sie häufiger als andere Jugendliche in diesem Alter?						
17 Ist er/sie misstrauisch?						
18 Starrt er/sie manchmal vor sich hin?						
19 Zeigt er/sie eine mangelnde Wahrnehmung von Bedrohung und Gefahren?						
20 Sucht er/sie aktiv gefährliche Situationen?						
21 Verletzt er/sie sich selbst?						
22 Hat der/die Jugendliche Essstörungen (zu viel oder zu wenig oder extrem wählerisch oder Einbrüche)?						
23 Scheint er/sie manchmal charakterlich ein anderer zu sein?						
24 Hat der/die Jugendliche Schlafstörungen (Ein- und/oder Durchschlafstörungen, Alpträume, Schlafwandeln)?						
25 Hat d. Jugendliche körperliche Beschwerden wie z.B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen etc.?						
26 Äußert der Jugendliche suizidale Gedanken oder zeigt er suizidale Aktivitäten?						
SUMME _____						
Auswertung: Punkte addieren - Je höher die Anzahl, desto wahrscheinlicher ist eine Traumafolgestörung , falls wenigstens eine der folgenden Fragen mit „Ja“ beantwortet wurde. Ansonsten könnte eine psychische Erkrankung oder Verhaltensstörung vorliegen .						

	Ergänzungsfragen (Nur beantworten, wenn möglich)	kann ich nicht beurteilen	nein	möglicher-weise	Ja
A	Hat der / die Jugendliche ein Trauma selberlebt? (z.B. körperliche Gewalt, sexuelle Gewalt, Krieg, Erdbeben, schwerer Unfall etc.)				
B	Hat ein naher Familienangehöriger ein Trauma erlebt?				
C	Hat der / die Jugendliche gesehen, wie jemand ein Trauma erlitt?				

© B. Leinberger und T.H. Loew, Abteilung für Psychosomatik, Universitätsklinikum Regensburg, 2016
Kontakt über www.gewiss-ev.de

7.2.7. Muster RETROS-Fragebogen für den Elternteil des Jugendlichen (RETROS-JE)

Name/Code: _____ (für wiederholte Messungen, z.B. nach Therapie) Datum: _____

Ort _____ Jugendliche(r) lebt bei Vater Mutter (bitte zutreffendes ankreuzen), anderer Person (wer?) _____

RETROS-JE REgensburger Jugendlichen- TRauma-RisikO-Score (Version 3.0)

Unterstützen Sie die Weiterentwicklung dieses Tests – Anonymisierte, ausgefüllte Bögen an die **09419447377** faxen (Abt. für Psychosomatik, Universitätsklinikum Regensburg) oder einfach Foto vom ausgefüllten Bogen an die traumahelfer@gmail.com schicken. Danke!

Jugendliche(r): Eltern-Fragebogen	geeignet von 14 bis 21 Jahre	m o w o	Alter ____
-----------------------------------	------------------------------	---------	------------

Nimmt er / sie Medikamente? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, bitte Name des/der Medikaments(e), Dosierung und seit wann? auf der Rückseite notieren.
---------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

Fragen	Bitte Zutreffendes ankreuzen				
	nie 0	sel- ten 1	ge- le- gent- lich 2	oft 3	sehr oft 4
immer bezogen auf die altersentsprechende Vergleichsgruppe bewerten. Wenn nicht beurteilbar, Frage einfach nicht beantworten.					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					

SUMME [] [] [] [] []

Auswertung: Punkte addieren - Je höher die Anzahl, desto wahrscheinlicher ist eine Traumafolgestörung, falls wenigstens eine der folgenden Fragen mit „Ja“ beantwortet wurde. Ansonsten könnte eine psychische Erkrankung oder Verhaltensstörung vorliegen.

Ergänzungsfragen	kann ich nicht beurteilen	nein	möglicher-weise	ja
A Hat der / die Jugendliche ein Trauma selbst erlebt? (z.B. körperliche Gewalt, sexuelle Gewalt, Krieg, Erdbeben, schwerer Unfall etc.)				
B Hat ein naher Familienangehöriger ein Trauma erlebt?				
C Hat der / die Jugendliche gesehen, wie jemand ein Trauma erlitt?				

© B. Leinberger und T.H. Loew, Abteilung für Psychosomatik, Universitätsklinikum Regensburg, 2016
Kontakt über www.gewiss-ev.de

7.2.8. Muster RETROS-Selbstauskunft-Fragebogen für den Jugendlichen (RETROS-JS)

Name/Code: _____ (für wiederholte Messungen, z.B. nach Therapie) Datum: _____

Ort: _____ Einrichtung (mehr als 8 Bewohner) Wohngruppe Pflegefamilie
(Zutreffendes ankreuzen)

RETROS-JS REgensburger Jugendlichen- TRauma-RisikO-Score (Version 7)

Unterstützen Sie die Weiterentwicklung dieses Tests – Anonymisierte, ausgefüllte Bögen an die **0 9 4 1 9 4 4 7 3 7 7** faxen (Abt. für Psychosomatik, Universitätsklinikum Regensburg) oder einfach Foto vom ausgefüllten Bogen an die traumahelfer@gmail.com schicken. Danke!

Jugendliche Selbstauskunft (Geeignet von 14 bis 21 Jahre) **m o w o** Alter _____

Nimmst Du Medikamente? ja nein Wenn ja, bitte Name des/der Medikaments(e), Dosierung und seit wann? auf der Rückseite notieren.

		Bitte Zutreffendes ankreuzen	nie 0	sel- ten 1	ge- le- gent- lich 2	oft 3	sehr oft 4
Fragen immer bezogen auf die Gleichaltrigen bewerten, bezogen auf die letzten sechs Monate:							
1	Glaubst Du, dass du mehr Späße machst als deine Altersgenossen?						
2	Träumst Du häufiger als die Gleichaltrigen in den Tag hinein?						
3	Hast Du Schwierigkeiten, Dich zu konzentrieren?						
4	Bist du vergesslich, z.B. bei Hausaufgaben, Unterschrift d. Eltern?						
5	Bist Du eher chaotisch, unorganisiert?						
6	Fühlst Du dich häufig innerlich unruhig?						
7	Kannst Du dich schlecht entscheiden oder nicht bei einer Entscheidung bleiben?						
8	Bist du mehr als andere körperlich oder verbal aggressiv?						
9	Schweifst Du häufiger gedanklich ab?						
10	Bist Du Lärm-/Geruchs-/Berührungsempfindlich?						
11	Bist Du schnell reizbar?						
12	Neigst Du zu Wutausbrüchen?						
13	Bist Du häufig schreckhaft?						
14	Bemerkst Du Erinnerungslücken?						
15	Traust Du Dir eher weniger zu?						
16	Lügst Du häufiger?						
17	Bist Du eher misstrauisch?						
18	Hast du ein schlechtes Zeitgefühl?						
19	Begibst Du dich öfter in gefährliche/bedrohliche Situationen?						
20	Suchst Du aktiv gefährliche Situationen?						
21	Verletzt Du Dich selbst?						
22	Hast du Essstörungen? (zu viel Essen, zu wenig Essen, ungewöhnliche Nahrungsauswahl, Erbrechen?)						
23	Verhältst du dich altersunangemessen, z.B. älter oder jünger als andere?						
24	Hast Du Schlafstörungen und/oder Alpträume?						
25	Hast du körperliche Beschwerden?(wie z.B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen						
		SUMME					
		Auswertung:	Ja-Antworten addieren - Je höher die Anzahl, desto wahrscheinlicher ist eine Traumafolgestörung				

Zusatzfragen		kann ich nicht beurteilen	nein	möglicherweise	ja
A	Hast Du selbst ein Trauma (körperliche Gewalt, sexuelle Gewalt, Krieg, Erdbeben, schwerer Unfall etc.) erlebt?				
B	Gab es ein traumatisches Ereignis bei Familienangehörigen?				
C	Hast du bei anderen ein traumatisches Ereignis miterlebt/gesehen?				
Kannst Du dich an kein Trauma erinnern, könnte eine hohe Punktzahl bei Dir ein Hinweis auf eine psychische Erkrankung sein. Wende Dich bitte an einen psycho-soziale Beratungsstelle und lege dort den Fragebogen vor.					

© B. Leinberger und T.H. Loew, Abteilung für Psychosomatik, Universitätsklinikum Regensburg, 2016
Kontakt über www.gewiss-ev.de

7.3. Informationsbroschüren für die Schulen

7.3.1. Informationsbroschüre für die Schulen: Fassung in deutscher Sprache

Universität Regensburg

Abteilung für Psychosomatische Medizin des Universitätsklinikums Regensburg

Chefarzt: Prof. Thomas H. Loew

© Ida Montanari, Beate Leinberger, Prof. Thomas H. Loew, 2018:

TraumaHelfer Projekt – freiwillige organisierte Unterstützung

Diagnostischer und therapeutischer Plan zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen unter den Opfern der Erdbebenserie von 2016-2017 in Mittelitalien.

Dieses Projekt bietet ein Angebot der Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 21 Jahren mittels Screening Fragebögen, der Analyse der erhobenen Daten und der Implementierung körperorientierter Therapiemethoden sowie Spieltherapie.

Wer wir sind

Prof. Thomas H. Loew

Ich wurde 1961 in Nürnberg geboren und bin Facharzt für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeut. Ich habe von 1982 bis 1989 Medizin an den Universitäten Florenz, Ulm und Erlangen-Nürnberg studiert und spreche folglich fließend Italienisch. Ich habe 1990 meine Promotion sowie 1995 den Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und 1999 für Psychiatrie erworben. 1997 habilitierte ich. Ich besitze ferner die Zusatzbezeichnungen Medizininformatik und Psychoanalyse. Ich interessiere mich wissenschaftlich für die körperorientierten Methoden in der Medizin, insbesondere für die Funktionelle Entspannung. Hierfür bin ich auch Lehrbeauftragter in der Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung. Seit 1998 beteilige ich mich an die Weiterbildung von Ärzten im Verfahren psychodynamische Psychotherapie. 1994 wurde ich für eine prospektive randomisierte kontrollierte Studie zu einer Entspannungstechnik mit dem Continentale-Förderpreis für Naturheilverfahren ausgezeichnet. 2000 erhielt ich zusammen mit Norbert Hartkamp, Peter Henningsen, Martin Sack, Carl E. Scheid den Deutsche Krankenversicherung-Cochrane-Preis für die Erstellung der Leitlinien Somatoforme Störungen. Seit 2001 bin ich planmäßiger Professor für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Universität Regensburg und Chefarzt der dortigen psychosomatischen Abteilung. Außerdem bin ich Chefarzt der psychosomatischen Station der Klinik Donaustauf in der Nähe von Regensburg. Ich war von 2000 bis 2004 Vizepräsident der Deutschen Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Ich war von 2004 bis 2009 1. Vorsitzender der Deut-

schen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie. 2006 gründete ich die Zeitschrift *Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*, die im Schattauer Verlag, Stuttgart, vierteljährlich erscheint. 2012 wurde ich zum Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Ärztliche Hypnose und Autogenes Training und zum Vizepräsidenten der Gesellschaft Europäischer Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Association of European Physicians for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, AEPM) gewählt. Im gleichen Jahr gründete ich zusammen mit Dipl. Sozialpädagogin Beate Leinberger den Verein GewiSS e.V. zur Förderung der psychischen Gesundheit, der seit 2015 insbesondere das Ziel der Ausbildung von sog. TraumaHelfern für traumatisierte Flüchtlingskinder und - jugendliche in Regensburg verfolgt.

Beate Leinberger

Ich wurde 1972 in Pegnitz, Oberfranken, geboren. Von 1988-1993 absolvierte ich die Ausbildung zur staatlich geprüften Erzieherin. 1992 erwarb ich das Fachabitur. Danach studierte ich von 1994-1999 Diplom-Sozialpädagogik. Von 2000 bis 2010 leistete ich Erziehungsbeistand, Sozialpädagogische Familienhilfe sowie Umgangsbegleitung für Pflegekinder an verschiedenen Jugendämtern der Städte und Landkreise Mittelfrankens und der Oberpfalz in freiberuflicher Tätigkeit. Seit 2010 bin ich Mitarbeiterin der Abteilung für Psychosomatik der Klinik Donaustauf und des Universitätsklinikums Regensburg. 2014 erhielt ich die Approbation zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und habe mich im selben Jahr in Bogen, Landkreis Straubing, Niederbayern in eigener Praxis niedergelassen. Ich habe folgende Fort- und Weiterbildungen absolviert: 2005 Weiterbildung in Traumatherapie nach der "CREST-Methode", Lutz Besser, Hannover-Regensburg. 2010-2012 Biofeedback (DGBF, Insight Instruments, Österreich). 2012-2013 Neurofeedback (BCM). 2013 Verhaltenstherapeutische Traumatherapie (AVM). 2012-2015 Funktionelle Entspannung, Körperpsychotherapie, Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung, Deutschland (AFE). 2013-2015 Schematherapie für Kinder und Jugendliche (IST). 2015-2017 EMDR für Erwachsene, Kinder und Jugendliche (EMDRIA) und Masterstudium der Kulturwissenschaften und Komplementärmedizin an der Viadrina Universität in Frankfurt an der Oder. Ferner habe ich mich in den Bereichen Sandspieltherapie, Motivational Interviewing nach Miller und Rollnick, Gesprächspsychotherapie nach C. Rogers, Progressive Relaxation (AVM, DG-E), Autogenes Training (AVM, DGAEHAT), Klinische Hypnose (DGAEHAT) weitergebildet. Ich bin Vorstandsmitglied des Vereins GewiSS e.V. zur Förderung psychischer Gesundheit sowie des bkj-Berufsverbandes der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. Außerdem bin ich Ausschussmitglied der angestellten PsychotherapeutInnen der Psychotherapeutenkammer Bayern. Ich behandle als approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Patientinnen und Patienten bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Mein Angebot umfasst effektive Unterstützung bei psychischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten nach ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen), wie zum Beispiel: Angststörungen, Depressive Episoden, Traumafolgestörungen, ADHS/ADS, Bindungsstörungen, Schulangst/Schulverweigerung/

Lernstörungen, Störungen im Sozialverhalten, Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Binge-Eating-Disorder), Zwangsstörungen, Psychosomatische Störungen wie Bauchschmerzen, Kopfschmerzen oder andere Schmerzstörungen, Psychotherapeutische Unterstützung bei psychiatrischen Erkrankungen wie Schizophrenie oder bipolaren Störungen, Verhaltenstherapeutische Unterstützung nach Suchtmittelmissbrauch, akute psychische Krisen, Suizidalität.

Ida Montanari

Ich wurde 1993 in Rom geboren. Ich habe 2012 das Abitur an der Deutschen Schule Rom erworben. Dank eines DAAD-Stipendiums konnte ich das Medizinstudium an der Universität Regensburg beginnen. Seit meiner Gymnasialzeit interessiere ich mich für die pädagogische Unterstützung von Kindern und Jugendlichen und habe 2011 in meiner Heimatstadt die ersten Erfahrungen in diesem Bereich im Rahmen eines Sozialdienstes mit dem Verein Andrea Tundo auf der Station für pädiatrische Neuropsychiatrie des Universitätskrankenhauses Agostino Gemelli gemacht. Im gleichen Jahr habe ich den Kurs Musik und Emotion für Schüler der Oberstufe, welcher von der Deutsche SchülerAkademie angeboten wurde, besucht. Dieser Kurs brachte mich der Musiktherapie näher. Im Rahmen meines Studiums interessiere ich mich besonders für somatoforme Störungen und für ärztliche Psychotherapie, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen.

Geschichte des Vereins GewiSS e.V.

Unser Verein wurde 2012 mit dem Ziel gegründet, Übergewichtigen bei der Wiederherstellung eines gesunden Lebensstils unter dem psychischen Gesichtspunkt zu helfen. Nach und nach erweiterten wir unser Spektrum an Therapiezielen und beschlossen 2015 im Kontext der Flüchtlingskrise, den Hauptteil der Ressourcen unseres Vereins auf die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu lenken. 2016 wendeten wir unser sog. TraumaHelfer Konzept, das wir zum o.g. Zweck entworfen hatten, erstmalig bei Opfern einer Naturkatastrophe, nämlich beim Hochwasser in Simbach, an. Da unser Projekt in beiden Fällen auf sehr positive Resonanz stieß, beschlossen wir, auch im Ausland zur Behandlung von Traumafolgestörungen aktiv zu werden. Im August – September 2017 führten wir das von uns entworfene Modell der Ausbildung zum TraumaHelfer in Indien an dem Child Guidance Centre, einer Einrichtung für Kinder und Jugendliche mit geistiger oder körperlicher Behinderung, die in vielen Fällen auch armutsbedingte Traumata erlebt haben, durch. Im Oktober – November 2017 bildeten wir in Zusammenarbeit mit der An-Najah Universität in Nablus, Palästina, dort TraumaHelfer aus, um den durch kriegsereignissen traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu helfen. Insgesamt haben wir bisher über 1500 TraumaHelfer ausbilden können, davon 200 in Indien und 160 in Palästina. Von uns ausgebildete TraumaHelfer sind auf dem gesamten Bundesgebiet von Flensburg bis Rosenheim tätig sowie in Österreich. Über unsere Arbeit wurde intensiv in den Medien diverser Länder berichtet, insbesondere vom Bayerischen Rundfunk und von Al Jazeera. Über unser Projekt ist 2016 ein Beitrag im Deutschen Ärzteblatt erschienen.

PTBS – Einführung

Während zum einen der Traumabegriff in unserem Kulturkreis inflationär verwendet wird, um Ereignisse zu beschreiben, die eine aus dem Alltag heraus unbekannte Belastung mit sich bringen, ist die gesellschaftliche Relevanz der Konsequenzen von Traumatisierung noch nicht in das Bewusstsein breiter Teile der Öffentlichkeit westlicher Industriestaaten eingedrungen. In vielen staatlichen Einrichtungen, auch im Gesundheitswesen, besteht noch keine ausreichende Sensibilisierung dafür, dass Traumatisierung zu gravierenden psychophysischen Erscheinungen bei Betroffenen führen kann. Statistisch gesehen wird z.B. in Deutschland jedes zehnte Opfer einer traumatischen Erfahrung wie etwa eines Einbruchs oder eines Verkehrsunfalls eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder andere Krankheitsbilder wie Depression, Angst- oder Essstörungen entwickeln. Hinzu kommt der Anteil der von direkten und indirekten Kriegstraumata betroffenen Menschen, der Einwanderer aus Kriegsgebieten im mittleren Orient und aus Afrika sowie im Falle Italiens der Erdbebenopfer der letzten Jahre und aktuell von 2016 bis 2017. Traumatisierung verursacht Schäden am Erbgut, welche an die nachfolgenden Generationen weitergegeben werden können. Dies wurde durch diverse epigenetische Studien belegt. Aus allen oben genannten Gründen sollte es ein stärkeres Bewusstsein für Trauma und PTBS in der Öffentlichkeit geben.

PTBS – Definition, Einteilung, Pathogenese und Symptomatik

Als PTBS bezeichnet man ein psychisches Krankheitsbild, welches innerhalb von sechs Monaten nach einer außergewöhnlichen Bedrohung von katastrophenartigem Ausmaß, z.B. Naturkatastrophe, Folter oder Terroranschlag, entsteht. Je nach Art des auslösenden Ereignis unterscheidet man Typ-I-Traumata und Typ-II-Traumata. Während es sich beim Typ -I- Trauma um eine einmalige traumatische Erfahrung wie z.B. Unfälle und Naturkatastrophen handelt, sind Typ – II- Traumata häufig andauernde oder sich wiederholende traumatische Erlebnisse wie z.B. Folter und Missbrauch, die vom Menschen verursacht werden. Sie werden deshalb auch als „man made trauma“ bezeichnet. Beispiele für ein man made trauma sind: Trennung, Scheidung, Mobbing, medizinische Eingriffe. Während es sich beim Typ-I-Trauma oftmals um kollektive Ereignisse oder um zufällige Traumatisierungen handelt, erfolgt beim man made trauma eine willkürliche „Auswahl“ des Opfers. Für Betroffene ist diese Art von Trauma daher schwerer zu verarbeiten als ein Typ-I-Trauma. Bei Kindern und Jugendlichen, die die Erdbebenserie miterlebt haben, kann also u.U. zugleich eine Traumatisierung diverser Natur vorliegen. Oftmals wird Trauma als ein rein psychologisches Problem verstanden. Es stellt jedoch auch ein relevantes biologisches Problem dar und genau hier soll adäquate Traumatherapie ansetzen. Für die Entstehung der PTBS sind zwei zerebrale Strukturen von Bedeutung: die Amygdala, das Zentrum emotionaler Bewertung, und die Formatio reticularis, das Steuerungszentrum vegetativer Körperfunktionen wie z.B. Atmung und Darmmotorik im Hirnstamm. Beide Strukturen sind miteinander verschaltet, was entscheidend für die Entwicklung der PTBS ist. Der entsprechende biologische Mechanismus ist direkt auf die Tierwelt zurückzuführen. Während eines

traumatischen Erlebens erfolgt durch die Amygdala eine emotionale Bewertung der Situation (Gefahr ja/nein?). Daraufhin kommt es zur sympathischen Aktivierung des Organismus in Form von sog. Kampf oder Flucht – Reaktionen. Diese ereignen sich über die vegetativen Steuerungszentren in der *Formatio reticularis*, denen die Amygdala die emotionale Bewertung zusendet. Der Organismus wird somit in einen Zustand der Aktivierung und der Erregung versetzt, damit er darauf vorbereitet ist zu kämpfen oder zu fliehen. Alternativ zur sympathischen Aktivierung kann – im Falle, dass keine der beiden Möglichkeiten gegeben ist, auf die Bedrohung des Traumas zu reagieren – sich der Organismus in den sog. Zustand der Erstarrung versetzen. Natürliche Opiode, Substanzen, die die Erregung runterfahren und das Bewusstsein trüben, werden freigesetzt, damit der Tod nicht bewusst wahrgenommen wird. Es erfolgt eine Dissoziation des ZNS vom Rest des Körpers. Problematisch hierbei ist, dass Dissoziation bzw. sympathische Aktivierung auch lange nach einem Trauma bestehen bleibt und durch Erinnerung an das Trauma verstärkt werden kann. Erinnerungen, sog. Flashbacks, können durch Wahrnehmung einzelner Reize, z.B. eines bestimmten Geruchs oder Geräusches, die in Zusammenhang mit der Traumatisierung stehen, ausgelöst werden. In diesem Fall erfolgt nämlich durch die Amygdala eine Wiedererkennung des Reizes sowie eine unkontrollierte emotionale Bewertung desselben wie zum Zeitpunkt des Traumas. Es werden erneut die oben erläuterten Mechanismen der sympathischen Aktivierung oder der Dissoziation ausgelöst. Der Traumatherapie muss es folglich gelingen, die Auslösung vegetativer Überaktivierung sowie von Dissoziation durch Erinnerung an das Trauma zu vermeiden. Neben der Unterteilung in Typ-I- und Typ-II-Trauma spielen Dauer und Häufigkeit des Traumas eine entscheidende Rolle bezüglich der Intensität der oben beschriebenen Phänomene und der Entwicklung der PTBS. Man kann vier verschiedene Traumtypen in dieser Hinsicht unterscheiden:

1. **Monotrauma:** Ist eine Traumatisierung, die sich einmalig im Leben eines Betroffenen ereignet, z.B. einmaliger Wohnungseinbruch oder eine schwere Krankheit.
2. **Multitrauma:** Der Patient hat mehrere Male ein Monotrauma derselben oder verschiedener Art hintereinander erlebt.
3. **Sequentielles Trauma:** Die betroffene Person erlebt über eine längere Zeitspanne durchgehend eine bestimmte Traumatisierung, z.B. Krieg oder Mobbing am Arbeitsplatz.
4. **Bindungstrauma:** Hierbei erleidet der Betroffene eine Trennung von einer wichtigen Bezugsperson.

Die zwei letztgenannten Traumatisierungsarten sind am schwersten zu behandeln. Kinder und Jugendliche unter den Erdbebenopfern sind verstärkt vom Mono-, Multi – und vom Bindungstrauma betroffen, da in der Zeitspanne von August 2016 bis Januar 2017 wiederholt Erdbeben stattgefunden haben und nicht selten Betroffene in dieser Zeitspanne deshalb Freunde und Angehörige, darunter auch wichtige Bezugspersonen, verloren haben. Betroffene Kinder und Jugendliche bedürfen einer längerfristigen traumatherapeutischen Behandlung, da Bindungstraumas in Kindheit und Jugend entwicklungspsychologisch gravierend sind. Die Entstehung einer PTBS ist nicht nur von der Art des traumatischen Erlebnisses, sondern auch von Persönlichkeit, genetischer Prädisposition und Erziehung abhängig. Der Grad geistiger Flexibilität

spielt eine entscheidende Rolle in der Entwicklung einer PTBS. Um die Diagnose einer PTBS stellen zu können, gibt es diverse Parameter. Entscheidend ist das Vorhandensein sog. B-Kriterien: sich aufdrängende Erinnerungen, wiedererleben des Ereignisses, sog. Flashbacks, sich wiederholende Alpträume sowie innere Bedrängnis bei traumaähnlichen Situationen. Trauma führt ferner zu einer Störung der Hemisphärensynchronisation, die qualitativ und quantitativ als einseitig höhere neuronale Aktivität gemessen werden kann. Zudem liegt bei Traumatisierten eine Störung des REM-Schlafs, der leichten Phase des Schlafes, vor. Zusätzlich zu den B-Kriterien wird die PTBS durch die C-Kriterien beschrieben: Vermeidung traumaähnlicher Situationen, Orte und Umstände. Nicht zuletzt wird die PTBS auch anhand der D-Kriterien diagnostiziert: Schlafstörungen, Wutausbrüche, Konzentrationsstörungen, Übererregbarkeit, erhöhte Schreckhaftigkeit sowie Reizbarkeit. B-, C- und D-Kriterien lassen sich alle auf das zuvor beschriebene Zusammenspiel zwischen Amygdala und Formatio reticularis zurückführen. Durch Triggerreize und Furchtkonditionierung befinden sich Traumatisierte in einem dauerhaften Zustand erhöhter Stressbelastung. So haben Traumatisierte bereits zu Beginn des Tages einen erhöhten Stresspegel.

PTBS – Kinderspezifische Symptomatik

Nach dieser allgemeinen Beschreibung von Pathogenese und Symptomatik der PTBS, werden nun die kinderspezifischen Symptome beschrieben. Differentialdiagnostisch muss man diese zur Abgrenzung von der Modediagnose ADHS sowie der Diagnose Intelligenzminderung beherrschen. Mögliche Anzeichen für das Vorliegen einer PTBS bei Kindern sind Regulationsstörungen von Körperfunktionen, z.B. Einnässen bis ins Jugendalter und Einkoten im Grundschulalter. Sensation und Danger Seeking können auftreten wie auch selbstverletzerisches Verhalten. Von Traumatisierung betroffene Kinder beklagen zudem eine verringerte Fähigkeit, innere körperliche Vorgänge wahrzunehmen und leiden unter einem quälenden Gefühl der Perspektivlosigkeit. Um die psychophysische Anspannung zu reduzieren, unternehmen traumatisierte Kinder zahlreiche Selbstberuhigungsmaßnahmen wie Selbstbefriedigung an ungeeigneten Orten, das Kauen von Kleidung als orale Befriedigung, rhythmisches Schlagen an Gegenständen sowie Schaukelbewegungen. Traumatisierte Kinder sind unfähig, ein Ziel anzustreben und leiden unter einer übermäßigen Angst um Bezugspersonen, ebenfalls unter Trennungs- und Verlassenheitsängsten. Sie zeichnen sich durch ein negatives Selbstbild sowie durch das Gefühl der Wertlosigkeit aus, sind misstrauisch und leiden unter erlernter Hilflosigkeit. Gegenüber Bezugspersonen zeigen sie mangelndes Empathieempfinden.

PTBS – Verstärkende und verbessernde Einflüsse

Verstärkt wird die PTBS durch biopsychologische Begleitphänomene, die im Zusammenspiel mit dem Gefühl der ungerechten Behandlung im Vergleich zu Menschen aus der gleichen Bezugsgruppe auftreten. Die Eigenschaft, auf ungerechte Behandlung mit emotionalen Ausbrü-

chen und Gewaltattacken zu reagieren, zeichnet bereits Affen aus, wie der niederländische Zoologe und Verhaltensforscher „Frans“ de Waal im von ihm durchgeführten Versuch der ungleichen Belohnung zweier Affen der gleichen Rasse nachgewiesen hat. Wegen eines evolutionsbiologisch fest verankerten Mechanismus der Reaktion auf ungleiche Behandlung, kann die PTBS-Symptomatik daher auch bei Kindern und Jugendlichen unter den Erdbebenopfern durch soziale Ungleichheit im Vergleich zu nicht Betroffenen aus den gleichen Altersgruppen folglich verstärkt werden. Für die Verbesserung der PTBS spielt das Bindungshormon Oxytocin eine wichtige Rolle. Es wird infolge von Körperkontakt ausgeschüttet und trägt zur Festigung von Beziehungen sowie zur Stressreduktion bei. Eine MRT Studie hat gezeigt, dass menschliche Berührungen – unabhängig vom Grad der Bekanntschaft zur berührenden Person – bei einem Probanden exakt dieselbe Hirnaktivität bzw. Oxytocinausschüttung auslösen. Berührung des Probanden mit einer Feder löste hingegen diese Effekte nicht aus. Die Ausschüttung von Oxytocin infolge von Körperkontakt trägt wesentlich zur Stabilisierung und zur Stressregulation bei. Daher führt z.B. langsames Wiegen von weinenden Säuglingen zu einer sofortigen Stabilisierung ihrer Atem- und Herzfrequenz. Im Allgemeinen führt Zuwendung zu einer emotionalen und vegetativen Stabilisierung, Mangel an Zuwendung entsprechend zum Gegenteil. Daher wird bei Kindern und Jugendlichen unter den Erdbebenopfern, die durch das Erdbeben von Bezugspersonen getrennt worden sind, die PTBS durch die fehlende Zuwendung oder im Falle sozialer Isolation verstärkt. Es ist wichtig, die Bedeutung körperlicher Bindungen und empathischer Beziehungen für die Überwindung des Traumas neben der therapeutischen Behandlung der PTBS-Symptomatik zu erwähnen, da bei Abwesenheit dieser Merkmale und unbehandelter PTBS der menschliche Organismus zur Traumabewältigung auf die Aktivierung des sog. dopaminergen Systems zurückgreift. Wahnideen und -vorstellungen, sog. „firme, fixe, false ideas“, können in der Psyche eines Traumatisierten übermächtig werden. Er klammert sich unbewusst daran fest, gemäß dem Prinzip „Hoffnung stirbt zuletzt.“. Derartige Wahnideen können unter Umständen zu Gewalttaten führen.

Ziele unseres TraumaHelfer-Modells

Unser TraumaHelfer Projekt richtet sich an traumatisierte Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 21 Jahren. Es versucht, eine derartige Verschlechterung der PTBS bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu vermeiden, indem es Betroffenen einfache Methoden zur Selbststabilisierung beibringt, um ihren Stresspegel zu reduzieren. Es erfolgt eine nachhaltige Verarbeitung des Traumas, indem versucht wird, die Kopplung von Erinnerung an das Trauma und „fight or flight“- bzw. Dissoziationsreaktionen zu durchbrechen. Unser Weg der Traumatherapie verfolgt das Ziel, den Patienten die Fähigkeit zur Selbstberuhigung durch sichere Begleitung systematisch beizubringen, um die Belastung durch das Trauma zu senken. Zu diesem Zweck ist es unabdingbar, dass sich der Patient an das Trauma erinnert. Unser TraumaHelfer Projekt

hat nachweislich Erfolge erreicht: es konnte nachgewiesen werden, dass Depression als Folgeerkrankung der PTBS bei behandelten Patienten deutlich weniger häufig auftritt im Vergleich zu unbehandelten Patienten.

Organisation der Traumatherapie gemäß dem TraumaHelfer-Modell

Zunächst werden vor Ort durch unser Regensburger Traumateam sog. TraumaHelfer für die Behandlung der Patienten geschult. Jede(r) Erwachsene, der in der Lage ist, Menschen zuzuhören und Erzählungen schwerer Schicksalsschläge zu ertragen, kann zum TraumaHelfer ausgebildet werden. Idealerweise sollte es sich um Personen handeln, die berufsbedingt Erfahrung im Umgang mit Kindern und Jugendlichen haben, z.B. Erzieher, Lehrer, Krankenpfleger, Ärzte und Psychologen. In der zweitägigen Ausbildung zum TraumaHelfer erwerben Teilnehmer das nötige Grundlagenwissen über die Psychopathologie und die Symptome von Traumatisierung sowie über die Wirkprinzipien der angewendeten Therapiemethoden (s.u.). Im Rahmen der Ausbildung arbeitet der angehende TraumaHelfer zudem die eigene Vorgeschichte auf, um sicherzugehen, dass er nicht durch eigene traumatische Erfahrungen bewusst oder unbewusst derart belastet ist, dass dies den Umgang mit anderen Traumatisierten negativ beeinflussen könnte. Unsere Schulung sieht ferner die Vermittlung von Methoden der Selbststabilisierung für den TraumaHelfer selbst vor, damit dieser den Umgang mit Traumatisierten meistern kann sowie Angebote zur Supervision des TraumaHelfers durch Psychotherapeuten und durch spezielle Selbstbeurteilungsbögen. Ein ausgebildeter TraumaHelfer betreut anschließend einmal die Woche für zwei Stunden ein traumatisiertes Kind oder einen traumatisierten Jugendlichen. Die Gesamtdauer des Therapieprogramms beträgt idealerweise 10 Wochen. Da eine vertrauensvolle Beziehung für den Erfolg der Therapie maßgeblich ist, wird das Kind stets vom gleichen TraumaHelfer betreut. Eine Behandlungsgruppe besteht aus 10 Kindern. Pro Behandlungsgruppe übernimmt ein Kinder- bzw. Jugendpsychotherapeut oder ein Psychiater mit entsprechendem Schwerpunkt formaljuristisch die Verantwortung. Dieser beaufsichtigt und koordiniert die Arbeit in der ihm zugeteilten Gruppe. Vor Beginn der systematischen Traumabehandlung erfährt er in einer zweistündigen Fremdanamnese mit den Eltern oder mit einer anderen Bezugsperson des Kindes bzw. des Jugendlichen dessen Geschichte einschließlich traumatischer Ereignisse. Sowohl der betreuende Psychotherapeut als auch die TraumaHelfer unterliegen bei und nach ihrer Arbeit der gesetzlichen Schweigepflicht.

Erhebung des Befundes PTBS bei Kindern und Jugendlichen und weiteres Therapiekonzept im TraumaHelfer-Projekt für Mittelitalien

Die Durchführung unseres Projektes in den Erdbebengebieten in Mittelitalien erfolgt auf der Grundlage der Zusammenarbeit mit den Schulen, soweit deren Schulleitungen unser Projekt genehmigen. Um von PTBS betroffene Kinder und Jugendliche zu identifizieren, sieht unser Programm vor, dass deren Verhalten und Eigenschaften durch spezielle Screening Fragebögen von den Lehrern, von den Betreuern des Nachmittagsprogramms in den Schulen und von den

Eltern bzw. Erziehungsberechtigten festgehalten wird. Auf den Bögen wird ebenfalls angegeben, ob die jeweilige Person traumatische Erfahrungen im eigenen Leben gehabt hat und/oder das Erdbeben erlebt hat. FAC SIMILE Exemplare dieser Bögen befinden sich hinten im Anhang. Aus der Beobachtung durch den Bogen wird letztlich eine bestimmte Punktzahl berechnet. Alle Bögen sind selbstverständlich anonymisiert, d.h. jedes Kind bzw. jeder Jugendliche bekommt einen Code zugeteilt, der auf allen angewendeten Bögen steht, die für seine Beurteilung vorgesehen sind. Dieser Code bleibt derselbe für die gesamte Dauer der Beobachtung und eventuell der Therapie. Alle Bögen von den verschiedenen Personengruppen werden dann von den Schulen eingesammelt und zu unserem Zentrum in Regensburg gebracht. Hier werden von uns die Ankunft der Bögen sowie die erreichten Punktzahlen in den jeweiligen Bögen auf dem sogenannten Set-Dokumentationsbogen (siehe Anlage) festgehalten. Anhand der erreichten Punktzahl lässt sich erkennen, ob das Kind bzw. der Jugendliche eine PTBS aufweist. Wir informieren anschließend die Schulen darüber, welchem Code eine PTBS entspricht und ob das Erleben des Erdbebens vorliegt. Sollte das Screening ergeben, dass die beurteilte Person Symptome einer PTBS aufweist, jedoch das Erdbeben nicht erlebt hat, wird die Schule dem Betroffenen eigenständig psychologische Beratung anbieten oder ihn an entsprechende Stellen weitervermitteln. Liegt eine PTBS sowie die Erfahrung des Erdbebens bei einem Kind/Jugendlichen vor, wird dieser zu einem späteren Zeitpunkt (siehe Timeline des Projektes) von den Schulen einem TraumaHelfer zugewiesen, der das Kind in der o.g. Behandlung betreut. Nach dieser ersten Bewertung erfolgen für Kinder und Jugendliche, die in das Behandlungsprojekt aufgenommen worden sind, eine zweite Bewertung während und eine dritte Bewertung nach Ablauf des Therapieprojekts (Dauer etwa 10 Wochen) sowie die Dokumentation auf dem Set Bogen exakt nach dem oben beschriebenen Weg. Wichtig ist es zu wissen, dass nur die beobachtenden Personen im Screening sowie die Behandlungsgruppe (betreuender Psychotherapeut und TraumaHelfer) vor Ort den Patienten namentlich kennen und durch Screening und Therapiesitzungen Informationen über ihn erhalten. Unser Team in Regensburg kümmert sich lediglich um die anonyme Datenerhebung und um die Rückmeldungen an die Schulen. Die Schulen verpflichten sich uns gegenüber, in keinsten Weise private Informationen ohne Anonymisierung über die Teilnehmer oder von den vorgesehenen Screening Fragebögen abweichende Materialien zu uns nach Regensburg zu senden. Die Identität der Kinder und Jugendlichen gekoppelt mit ihren anonymen Bezugs-codes müssen durch den Schulleiter oder durch einen stellvertretenden Bevollmächtigten sorgfältig von den bereits ausgefüllten Bögen getrennt aufbewahrt werden, damit keine Rückverfolgung der teilnehmenden Personen möglich ist. Zum vollständigen Datenschutz dürfen die ausgefüllten Bögen auf keinerlei Weise vervielfältigt oder dritten Personen weitergeleitet werden. Sowohl die Teilnahme am ersten Screening als auch eventuell die Teilnahme am Therapieprojekt und an den weiteren Screenings erfolgt nur auf der Grundlage der schriftlichen Genehmigung durch die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten.

Das TraumaHelfer-Modell: Therapiemethoden

Im Folgenden erfolgt eine Darstellung der vom TraumaHelfer Konzept vorgesehenen Therapiemethoden. Die erste Methode zur Vermittlung von Entspannung ist das Entschleunigte Atmen. Diese Methode hat sich bereits in der Behandlung von Asthma und Phobien als wirksam erwiesen und ist eine Atemtechnik, die die Menschheit seit Tausenden von Jahren intuitiv anwendet. Der Patient atmet hierbei elf Minuten lang 4s lang ein und 6s lang aus, was zur Senkung von Herzfrequenz und Blutdruck führt. Ein kompletter Atemzyklus dauert folglich 10s, was sechs Atemzüge pro Minute bedeutet. Die Übung wird mehrere Minuten lang durchgeführt. Das Entschleunigte Atmen beeinflusst das vegetative Nervensystem und beschränkt die Energieressourcen des Organismus auf die lebenswichtigen Funktionen. Es wird ihm dadurch signalisiert, dass keine Stresssituation vorliegt. Ferner führt das Entschleunigte Atmen zu einer Stressreduktion auch bei Personen, die sich in der Nähe des Anwenders befinden, da diese die Atemtechnik intuitiv übernehmen. Dies machen wir uns in der Therapie des TraumaHelfer Modells zum Einstieg in die Therapiestunde zugute. Die harmonisierende Wirkung dieser Methode ist wissenschaftlich belegt. Eine weitere einfache, im TraumaHelfer-Konzept enthaltene Methode zur Selbststabilisierung ist SURE („Short Universal Regulative Exercise“). Es handelt sich hierbei um rhythmische, nicht anstrengende, kreisende oder wiegende Schaukelbewegungen des Oberkörpers von vorne nach hinten bzw. von rechts nach links, die sowohl im Stehen als auch im Sitzen durchgeführt werden können. Eventuell können auch der Kopf oder die Fußballen hin-und hergewippt werden. Auf diese Art wird gleich innerhalb weniger Minuten Entspannung erreicht. SURE ist eine ureigene menschliche Stabilisierungsmaßnahme, für deren Wirkmechanismus noch keine eindeutige wissenschaftliche Ursache gefunden worden ist. Sie lässt sich kulturunabhängig in diversen Weltreligionen beobachten, z.B. im islamischen Koran-gebet sowie in der Rezitation des jüdischen Talmuds. Kinder wenden SURE automatisch zur Selbstregulation an, die Förderung dieser Methode im TraumaHelfer-Konzept ist folglich hervorragend auf diese Behandlungsgruppe abgestimmt. Es ist zudem wissenschaftlich belegt, dass SURE-Bewegungen den Organismus in einen Entspannungszustand versetzen, der zu etwa 90% zu einer positiven Leistungssteuerung beiträgt. Deshalb wird die Methode z.B. von zahlreichen Sportlern vor ihren Performances und von Politikern vor wichtigen Reden angewendet. SURE trägt ferner zur Beendigung dissoziativer Zustände bei. Im Kontext der Traumatherapie wird SURE in Kombination mit der sog. bilateralen Stimulation angewendet. Bilaterale Stimulation bedeutet, dass durch alternierende Berührungen der Extremitäten, z.B. beim Klatschen auf den Oberarmen, beide Gehirnhälften abwechselnd stimuliert werden. Gleiches wird auch bei der Therapietechnik „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ (Abkürzung: EMDR) erreicht, von der sich die o.g. Formen der bilateralen Stimulation herleiten. Bei der EMDR erfolgt die bilaterale Stimulation durch geleitete Augenbewegungen. Der Patient folgt mit seinen Augen den Bewegungen des Fingers des Therapeuten, der ihn nach links und rechts bewegt. Gleichzeitig denkt der Patient an seine belastenden Erfahrungen. Die Erinnerung an

das Trauma wird an die bilaterale Stimulation gekoppelt, wodurch es zur längerfristigen Stressreduktion im Umgang mit den belastenden Erinnerungen kommt. Die EMDR wurde von der Psychologin Francine Shapiro Ende der 80er Jahre entwickelt. Da für Kinder dieses Verfahren jedoch oftmals zu anstrengend ist, erfolgt die bilaterale Stimulation durch die o.g. Methode. SURE-Bewegungen führen ebenfalls über einen wissenschaftlich noch nicht eindeutig geklärten Mechanismus zur Stabilisierung. Sie können beispielsweise mit Klatschbewegungen beim Singen des Liedes „Aramsamsam“ kombiniert werden. Das TraumaHelfer – Konzept kombiniert die Technik der bilateralen Stimulation mit musikalischer Betätigung. So werden die Kinder aufgefordert, bei gleichzeitigem, wechselseitigem rhythmischen Klatschen der Oberarme das kulturunspezifische Lied „Aramsamsam“ zu singen. Es handelt sich hierbei um ein Lied, das aus erfundenen Wörtern besteht, die unabhängig von der Muttersprache gesungen werden können. Die durch das Klatschen erfolgende bilaterale Stimulation hilft, die traumatisch bedingte Störung der Synchronisation beider Hirnhemisphären zu überwinden. Sie führt zudem zur Ausschüttung von Oxytocin, was eine beachtliche Stress- und Angstreduktion verursacht. Zusätzlich zur Oxytocinausschüttung wird die Entspannung in dieser Übung dadurch gefördert, dass durch das Benutzen der Stimmbänder der für deren Innervation zuständige N. vagus aktiviert wird und es daher parasympatisch bedingt zur Entspannung kommt. Aus diesem Grund ist Singen seit der Urzeit der Menschheitsgeschichte ein Instrument zur Angstbewältigung. Das Kernelement der Traumatherapie besteht in der Sandspieltherapie. Diese eignet sich für Kinder im Alter von 4 bis 13 Jahren. Therapeutisches Spielen wird im Allgemeinen in der Kinderpsychotherapie schon seit vielen Jahrzehnten angewendet. Vor und nach der Spielphase führt der TraumaHelfer gemeinsam mit dem Kind das Entschleunigte Atmen durch, um für den Einstieg in die Verarbeitung des Traumas bzw. zum Ausstieg aus den traumatischen Erinnerungen maximale Entspannung zu erreichen. Hierbei wird dem Kind eine Sandkiste mit diversen Spielfiguren zur Verfügung gestellt. Es bekommt somit die Möglichkeit, das traumatische Erlebnis in Anwesenheit des TraumaHelfers, der still gegenüber vom Kind sitzt, durch Spielen mit den Figuren zu verarbeiten. Bei diesem Therapieverfahren macht man sich die Tatsache zugute, dass Kinder beim Spielen stets ihre Erfahrungen verarbeiten. Die Sandspieltherapie bietet dem Kind zudem einen taktilen Reiz, das es ihm ermöglicht, das Erlebte besser zu erinnern und zu speichern. Die Erinnerung an das Trauma ist wichtig, denn nur so können die Techniken der Selbststabilisierung gezielt angewendet werden, um der traumabedingten vegetativen Symptomatik entgegenzuwirken. Während einer Sandspieltherapiesitzung vermeidet der TraumaHelfer den Dialog zum behandelten Kind, da sonst der freie Gedankenlauf des Kindes, der für die Traumaverarbeitung nötig ist, unterbrochen wird. Fängt das Kind an, zu erzählen oder Fragen zu stellen, beantwortet der TraumaHelfer diese kurz und reagiert genauso geringfügig, wenn das Kind ein Ereignis richtig kommentiert. Der TraumaHelfer kommt jedoch nicht richtig in den Dialog und spielt auch nicht mit dem Kind, da sonst die Traumaverarbeitung verfälscht wird. Er macht keine Notizen, da dies die Zuwendung zum Kind beeinträchtigt. Der TraumaHelfer vermittelt zudem beim Sandspiel mit seiner Körperhaltung, seiner Mimik und seinem Atemrhythmus dem Kind Offenheit, Zuwendung, Ruhe und körperliche Entspannung. Durch

die Spiegelneurone in der zerebralen Struktur der Insula, die eine Art virtuelle Figur des Gesehenen abbilden, wird nämlich im Kind eine Imitation des Gegenübers induziert. In der Sandspieltherapie macht das Kind infolgedessen den TraumaHelfer nach, wenn er selbst stabilisiert ist und entschleunigt atmet. Während der Traumaverarbeitung im Sandspiel erfolgt also gleichzeitig eine vegetative Stabilisierung, das Auftreten von „fight or flight“ bzw. Dissoziation in Zusammenhang mit der Erinnerung an das Trauma wird systematisch abgebaut. Als Alternative zum Sandspiel wird für Jugendliche von 14 bis 21 Jahren die Technik der Lebenslinie durchgeführt. Es handelt sich hierbei um eine sog. narrative Visualisierungstechnik, da der Patient hierbei seine Lebensgeschichte bildhaft darstellt. Der Patient markiert mit Objekten die wichtigsten Erlebnisse seines Lebens entlang eines auf dem Boden gespannten Seils. Positive Erfahrungen werden mit bunten Objekten, negative mit Steinen gekennzeichnet. Alternativ werden die Lebenslinie und die zugehörigen Lebenserfahrungen auf ein Blatt Papier gezeichnet. Nach dieser Visualisierung wird die emotionale Relevanz der einzelnen Ereignisse erfasst, z.B. sehr schlimme Erfahrung, belastendes Erlebnis, sehr schöne oder gar extrem freudevolle Erinnerung. Ziel dieser Technik ist es, die Erinnerung an traumatisierende Ereignisse zu fördern, aber ebenso deren Einbettung in das Gesamtleben. Insgesamt soll dadurch das innere biografische Gedächtnis vervollständigt werden. Diese Technik wurde für die Traumatherapie mit Flüchtlingen entwickelt, die oftmals viele verschiedene Traumata erlitten haben und bei deren Behandlung es erforderlich ist, möglichst schnell und effizient die Lebenserfahrungen zu erfassen. In manchen Fällen genügt die Visualisierung alleine schon zur Traumaverarbeitung, in anderen Fällen werden besonders belastende Erfahrungen durch Kombination mit den o.g. Stabilisierungstechniken verarbeitet. Zunächst wird hierbei der Patient aufgefordert, sich an das Trauma zu erinnern. Dann wird ein positives Ereignis seines Lebens implementiert, indem der Patient es aufmalt, daran denkt und sich gleichzeitig durch Klatschen der Oberarme bilateral stimuliert. Anschließend wird der Patient gebeten, erneut an das Trauma zu denken, dieses Ereignis ebenfalls aufzumalen und Auskunft darüber zu geben, wie sehr ihn diese Erinnerung jetzt im Vergleich zu vor der bilateralen Stimulation belastet. Nun führt der Patient diese erneut wie oben ausgeführt bei gleichzeitigem Denken an das Trauma durch. Als therapeutischer Effekt wird hierbei die Reduktion der negativen Körpergefühle erwartet. Handelt es sich um eine schwere Traumatisierung, wird der Patient zusätzlich zum TraumaHelfer auch von einem Psychotherapeuten betreut. Für den TraumaHelfer selbst steht ein Angebot der Supervision zur Verfügung, damit er seine Erlebnisse mit dem Kind verarbeiten kann und eine sekundäre Traumatisierung aufgrund der zur Kenntnis genommenen Traumata des Kindes vermieden wird (s.o.). Regelmäßige Stabilisierung ist also auch für TraumaHelfer zu diesem Zweck sehr wichtig.

Das TraumaHelfer-Modell: Ablauf einer Therapiesitzung mit Sandspieltherapie

Zu Beginn einer Traumatherapiesitzung gemäß unserem TraumaHelfer – Konzept erfolgt durch das Singen des Liedes „Aramsamsam“ die bilaterale Stimulation. Beim Singen werden die diversen Techniken der Stabilisierung (Entschleunigtes Atmen, bilaterale Stimulation, SURE)

miteinander integriert. Dadurch wird der Stresspegel reduziert, um im nächsten Schritt die Verarbeitung des Traumas im Sandspiel durchzuführen. Dieses dauert dann etwa 10-15 Minuten. Für jede Gruppe sind zehn Kinder eingeplant und jedes Kind hat eine ihm zugeteilte Sandspielkiste mit Spielmaterial. Daraufhin erfolgt eine kurze Pause, die zehn Kinder treffen sich in der Mitte des Raumes zum Zeichnen einer sog. liegenden Acht. Anschließend werden die Kinder aufgefordert, diese dem TraumaHelfer zu zeigen. Das Zeichnen dieser harmonischen Form soll den gedanklichen Ausstieg aus den traumatischen Erinnerungen erleichtern. Beendet wird die Sitzung mit erneutem Singen des Liedes zur bilateralen Stimulation. Die Gesamtdauer einer Sitzung beträgt etwa eine Stunde. Das langfristige Ziel dieser Therapie ist die dauerhafte Stressreduktion bei den traumatisierten Kindern. Aus reinen Zwecken der Dokumentation des Therapieverlaufs werden – sobald das Kind den Therapieraum nach der Sitzung verlassen hat – Fotos vom Sandspiel gemacht, bevor dieses aufgeräumt wird. Das Trauma gilt als erfolgreich verarbeitet, sobald das Kind im Sandspiel nur noch Szenen des Alltags darstellt. Pro behandeltes Kind muss ein Tagebuch zur Verfügung stehen, in das der TraumaHelfer seine Beobachtungen notiert sowie die Fotos vom Sandspiel einklebt. Aus Gründen der rechtlichen Sicherheit wird der Verlauf einer kompletten Therapiesitzung gefilmt.

Literatur:

Bartens, W. Traumatische Erlebnisse prägen das Erbgut. Süddeutsche Zeitung. 2014 April 14; Wissen. <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/genetik-traumatische-erlebnisse-praegen-das-erbgut-1.1936886>

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E, Hrsg. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 6.Aufl. Bern: Hogrefe Verlag; 2016.

Falkai P, Wittchen HU, Hrsg. Diagnostische Kriterien DSM-5. 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2015.

Frommberger U, Angenendt J, Berger M. Posttraumatische Belastungsstörung – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. Deutsches Ärzteblatt. 2014; 11(5): 59-66.

Haines S. Trauma is really strange. London: Singing Dragon; 2016.

Kenardy J, De Young A, Le Brocque R, March S. Childhood trauma reactions: a guide for teachers from preschool to year 12. Produced for the Queensland Government Natural Disaster Response; 2011.

Klengel T, Mehta D, Anacker Ch et al. Allele-specific FKBP5 DNA demethylation mediates gene-childhood trauma interactions. Nat. Neurosci. 2013; 16 (1): 33-41.

Leinberger B. Kultur heilt. Interkulturelle Kommunikation in der Behandlung traumatisierter Flüchtlinge mit nonverbalen und kulturübergreifenden Kommunikations- und therapietechniken [Masterarbeit]. Frankfurt (Oder): Europa Universität Frankfurt/Oder „Viadrina“; 2016.

- Leinberger B, Loew T. Erste Hilfe für die Seele. Traumatisierung verstehen, erkennen und behandeln [DVD]. München: Filmgruppe München; 2015. 1 DVD: Ton, Farbe.
- Levine PA. Trauma and memory. Brain and body in a search for the living past. A Practical Guide for Understanding and Working with Traumatic Memory. Berkeley: North Atlantic Books; 2015.
- Loew TH, Kutz P. Short Universal Regulative Exercise (SURE). Eine randomisierte, kontrollierte Studie zum Nachweis der Stressreduktion und Prävention bei Einsatzkräften durch ein neues Entspannungsverfahren im Vergleich zur Progressiven Muskelrelaxation. PDP Schattauer. 2010; 9(2): 86-95.
- Loew TH, Leinberger B, Hinterberger T. Entschleunigtes Atmen. Der kleinste gemeinsame Nenner der Entspannungstechniken. Psychotherapie im Dialog. 2017; 18(04): 63-67.
- Loew TH, Leinberger B. TraumaHelfer – Eine evaluierte Qualifikationsmaßnahme zur Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten im Umgang mit entsprechend belasteten Flüchtlingen. In: Das Fremde in uns. Chancen der Körperpsychotherapie bei der Integration traumatisierter Menschen. 32. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung (A.F.E.); 10.11.-12.11.2017; Rothenburg o.d.T., Deutschland.
- Loew TH, Leinberger B. Traumatherapie mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In: Das Fremde in uns. Chancen der Körperpsychotherapie bei der Integration traumatisierter Menschen. 32. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung (A.F.E.); 10.11.-12.11.2017; Rothenburg o.d.T., Deutschland.
- Loew TH. Kriegsschauplatz Gehirn. Schadensbegrenzung bei traumatischen Belastungen. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2017.
- Maercker A, Hrsg. Posttraumatische Belastungsstörungen. 3.Aufl. Heidelberg: Springer Verlag; 2009.
- Stockinger, G. Hilfsbedürftige gezüchtet. Interview mit Klaus Dörner. Der Spiegel (Printausgabe). 2005 März 26; Wissenschaft + Technik: 154.

7.3.2. Informationsbroschüre für die Schulen: Projektversion in italienischer Sprache

Università di Ratisbona

Dipartimento di Psicosomatica del Policlinico Universitario di Ratisbona

Primario: Prof. Thomas H. Loew

© Ida Montanari, Beate Leinberger, Prof. Thomas H. Loew, 2018:

Progetto Operatori Trauma – Aiuto Volontario Organizzato

Proposta di intervento diagnostico e terapeutico per il trattamento del disturbo post-traumatico da stress (DPTS) nei bambini e negli adolescenti che hanno vissuto gli eventi sismici del 2016-2017 nell' Italia centrale.

L'obiettivo di questo progetto è offrire un servizio di diagnosi e di terapia del disturbo post-traumatico da stress nei bambini e negli adolescenti dai 4 ai 21 anni tramite la somministrazione di test, l'analisi dei dati acquisiti, e l'implementazione di interventi terapeutici basati su tecniche di rilassamento, attività ludiche e psicomotorie.

Chi siamo

Prof. Thomas H. Loew

Sono nato a Norimberga nel 1961 e sono medico specializzato in Psichiatria, Psicosomatica nonché psicoterapeuta. Ho studiato medicina presso le Università di Firenze, Ulma e Erlanga-Norimberga dal 1982 al 1989 e parlo dunque fluentemente l'italiano. Nel 1990 ho conseguito la tesi di dottorato, nel 1995 mi sono specializzato in Medicina Psicoterapeutica e nel 1999 in Psichiatria. Mi sono abilitato alla libera docenza nel 1997. Possiedo inoltre le ulteriori qualifiche di informatico della medicina e psicoanalista. Mi interessa da un punto di vista scientifico la psicoterapia corporea applicata alla medicina, in particolare le tecniche di rilassamento funzionale, per le quali sono anche professore incaricato. Dal 1998 sono impegnato nella formazione professionale per medici in psicoterapia psicodinamica. Nel 1994 sono stato premiato dall'assicurazione sanitaria tedesca Continentale nel campo della naturopatia per uno studio prospettico randomizzato controllato riguardo ad una tecnica di rilassamento. Nel 2000 ho ottenuto insieme a Norbert Hartkamp, Peter Henningsen, Martin Sack e a Carl E. Scheid un premio istituito dall'assicurazione sanitaria tedesca Deutsche Krankenversicherung in collaborazione con la Cochrane Collaboration per lo sviluppo delle linee guida per i disturbi di somatizzazione. Sono professore ordinario di Psicosomatica e Psicoterapia presso l'Università di Ratisbona e primario del Dipartimento di Psicosomatica del Policlinico Universitario di Ratisbona dal 2001. Inoltre sono primario del Reparto di Psicosomatica dell'Ospedale di Donaustauf, vicino Ratisbona. Dal 2000 al 2004 sono stato vicepresidente della Società Tedesca di Psicoterapia basata sulla psicologia del profondo. Dal 2004 al 2009 sono stato primo presidente della Società Tedesca di Psicosomatica e Psicoterapia medica. Ho fondato la rivista Psicoterapia medica e Psicosomatica nel 2006, la quale viene pubblicata quattro volte l'anno dall'Editore

tedesco Schattauer. Nel 2012 sono stato eletto presidente della Società Tedesca di Ipnosi Medica e Training Autogeno nonché vicepresidente della Association of European Physicians for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy (AEPM). Nel medesimo anno con l'intento di promuovere il benessere mentale, ho fondato insieme alla pedagoga sociale Beate Leinberger l'associazione GewiSS e.V. Dal 2015 l'associazione ha come principale obiettivo quello di formare cosiddetti "operatori trauma" per assistere bambini e adolescenti traumatizzati fra i migranti.

Beate Leinberger

Sono nata nel 1972 a Pegnitz, in Baviera. Dal 1988 fino al 1993 ho seguito il corso di formazione professionale per educatori, ottenendo nel 1992 il diploma dell'istituto professionale e nel 1993 l'abilitazione all'esercizio della professione di educatrice. Dal 1994 al 1999 ho studiato pedagogia sociale. Dal 2000 al 2010 ho prestato supporto educativo e pedagogico alle famiglie e seguito bambini in affido, presso diversi uffici per l'assistenza ai giovani in Baviera in qualità di libera professionista. Dal 2010 sono collaboratrice del Dipartimento di Psicosomatica dell'Ospedale di Donaustauf e del Policlinico Universitario di Ratisbona. Nel 2014 ho conseguito l'abilitazione come psicoterapeuta dell'infanzia e dell'adolescenza e nello stesso anno ho aperto uno studio privato di psicoterapia a Bogen, in Bassa Baviera. Ho partecipato con successo ai seguenti corsi di perfezionamento: 2005, terapia del disturbo da stress post-traumatico secondo il metodo "CREST", Lutz Besser, Hannover-Ratisbona. 2010-2012, Biofeedback (DGBF, Insight Instruments, Österreich). 2012-2013, Neurofeedback (BCM). 2013, terapia comportamentale del trauma (AVM). 2012-2015, tecniche di rilassamento funzionale, psicoterapia corporea sotto la direzione del Gruppo di Lavoro per il Rilassamento Funzionale Tedesco (Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung Deutschland, AFE Deutschland). 2013-2015, Schema Therapy per bambini e adolescenti (IST). 2015-2017, EMDR per adulti, bambini ed adolescenti (EMDRIA) e master in studi culturali e medicina alternativa, Università Europea Viadrina di Francoforte sull'Oder. Inoltre mi sono perfezionata nei seguenti ambiti: Sandplay Therapy, colloquio motivazionale secondo Miller e Rollnick, terapia non direttiva secondo C. Rogers, rilassamento muscolare progressivo (AVM, DG-E), training autogeno (AVM, DGAEHAT), ipnosi medica (DGAEHAT). Sono membro di presidenza dell'associazione GewiSS e.V. per la promozione della salute psichica nonché dell'associazione di categoria degli psicoterapeuti dell'infanzia e dell'adolescenza. Appartengo inoltre all'ordine degli psicoterapeuti della Baviera. In qualità di psicoterapeuta dell'infanzia e dell'adolescenza abilitata curo pazienti fino al compimento dei ventun'anni. La mia offerta comprende supporto efficace in caso di disturbi psichici e disturbi caratteriali secondo l'ICD-10 (classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali) quali sindrome ansiosa, episodi depressivi, disturbi da stress post-traumatico, sindrome da deficit di attenzione, disturbo dell'attaccamento, mal di scuola e disturbi dell'apprendimento, alterazioni dei comportamenti sociali, disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia, disturbo da alimentazione incontrollata), disturbi ossessivi compulsivi, disordini del movimento, disturbi psicosomatici quali mal di pancia, mal

di testa o dolori di altro genere, supporto psicoterapeutico nel contesto di patologie psichiatriche come schizofrenia o disturbi bipolari, terapia comportamentale supportiva dopo abuso di sostanze stupefacenti, crisi psichiche acute, ideazioni suicidiarie.

Ida Montanari

Sono nata a Roma nel 1993. Mi sono diplomata alla Scuola Germanica di Roma nel 2012. Grazie ad una borsa di studio del DAAD, ho potuto iniziare gli studi di medicina all'Università di Ratisbona. Sin dai tempi del liceo mi interessa il supporto pedagogico dei bambini e degli adolescenti ed è nella mia città di nascita che ho iniziato a fare le prime esperienze in questo ambito, prestando servizio di volontariato tramite l'associazione Andrea Tudisco nel Reparto di Neuropsichiatria Infantile del Policlinico Agostino Gemelli nel 2011. Nello stesso anno ho frequentato il corso Musica ed Emozioni per studenti del liceo offerto dall'organizzazione tedesca Deutsche SchülerAkademie, durante il quale sono stata introdotta alla musicoterapia. Nel contesto dei miei studi universitari, mi interessano particolarmente i disturbi di somatizzazione, la psicoterapia medica, in particolare applicate ai bambini e agli adolescenti.

Storia dell'associazione GewiSS e.V.

La nostra associazione è stata fondata nel 2012 con l'obiettivo di aiutare persone affette da obesità a ripristinare uno stile di vita sano da un punto di vista mentale. Progressivamente abbiamo ampliato la nostra gamma di obiettivi terapeutici e nel 2015 abbiamo deciso di concentrare la maggior parte delle nostre risorse sulla terapia del disturbo da stress post-traumatico nei bambini e negli adolescenti fra i migranti. Un anno dopo per la prima volta abbiamo applicato il nostro cosiddetto concetto degli operatori trauma, da noi sviluppato per l'obiettivo sopra indicato, nel quadro di una catastrofe naturale dopo l'alluvione a Simbach, in Baviera. Dato che il nostro progetto è stato molto ben recepito in entrambi i casi, abbiamo deciso di impegnarci nella terapia del disturbo da stress post-traumatico anche all'estero. Nell'agosto – settembre 2017 abbiamo tenuto il corso di formazione come operatore trauma da noi ideato in India, presso il Child Guidance Centre, un istituto per bambini e adolescenti affetti da handicap fisici o mentali che in molti casi hanno subito traumi legati alle precarie condizioni di vita. Nell'ottobre – novembre 2017 abbiamo formato operatori trauma in collaborazione con l'Università di An-Najah a Nablus, Palestina, per aiutare sul posto i bambini e gli adolescenti a superare i traumi di guerra. In totale abbiamo formato più di 1500 operatori trauma, di cui 200 in India e 160 in Palestina. Gli operatori trauma da noi formati operano su tutto il territorio nazionale tedesco nonché in Austria. I media di diversi paesi hanno dedicato ampio spazio al nostro lavoro, in particolare il Bayerischer Rundfunk e Al Jazeera. Nel 2016, il giornale di aggiornamento medico tedesco Deutsches Ärzteblatt ha pubblicato un articolo riguardante il nostro progetto.

Il disturbo da stress post-traumatico (DPTS) – Introduzione

Mentre da un lato il termine „trauma“ viene usato nei paesi occidentali in maniera inflazionistica per descrivere esperienze che comportano un peso maggiore rispetto alle attività quotidiane, d’altro canto, nell’opinione pubblica occidentale non è chiara l’importanza sociale delle conseguenze di veri e propri eventi traumatici. In molte istituzioni statali, anche nella sanità pubblica, non è ancora presente sufficiente sensibilità riguardo al fatto che la traumatizzazione può portare a gravi disturbi psicofisici. Storicamente in Germania, ad esempio, una vittima su dieci di un evento traumatico come ad esempio una rapina o un incidente stradale svilupperà un disturbo da stress post-traumatico (DPTS) o altre patologie quali depressione, sindrome ansiosa o disturbi alimentari. A questa percentuale di persone interessate si aggiungono le persone che direttamente o indirettamente sono rimaste traumatizzate da esperienze della seconda guerra mondiale vissute personalmente o dai propri familiari, i migranti traumatizzati provenienti da paesi del terzo mondo e dalle zone attualmente coinvolte nei conflitti militari in Medio Oriente e in Africa nonché, in Italia, il numero delle vittime sopravvissute al trauma degli eventi sismici degli ultimi anni e di quelli più recenti del 2016-2017. I traumi causano danni al DNA, i quali possono essere tramandati alle nuove generazioni. Ciò è stato dimostrato da diversi studi epigenetici. Per tutti i motivi sopra indicati dovrebbe esserci maggiore consapevolezza dell’opinione pubblica per gli impatti del trauma psichico e del DPTS.

Il DPTS – Definizione, classificazione, patogenesi e sintomatologia

Viene definito come DPTS un quadro clinico il quale si sviluppa entro sei mesi dopo una minaccia fuori dal comune di dimensione catastrofica. Lo sono ad esempio catastrofi naturali, torture o attentati terroristici. A seconda del tipo di evento traumatico che causa il disturbo, si distinguono “traumi di tipo 1” e “traumi di tipo 2”. Mentre nel caso del “trauma di tipo 1” si tratta di un’ unica esperienza traumatica come ad esempio un incidente o una catastrofe naturale, i “traumi di tipo 2” sono esperienze caratterizzate frequentemente da lunga durata o che si ripetono più volte, come ad esempio tortura e abusi sessuali, causate dall’uomo. Vengono perciò anche definite come “man made trauma”. Alcuni esempi di “man made trauma” sono: separazione da persone di riferimento, divorzio, mobbing, interventi chirurgici. Mentre i traumi di tipo 1 sono spesso eventi collettivi e/o la vittima diventa tale per caso, nel “man made trauma” avviene una scelta arbitraria della vittima. Per il soggetto interessato, quest’ultimo è dunque più difficile da superare. Nel caso dei bambini e degli adolescenti colpiti dagli eventi sismici può dunque contemporaneamente essere presente un trauma di diversa natura. Spesso si pensa al trauma psichico come ad un problema meramente psicologico. Si tratta però anche di un importante fenomeno biologico ed è proprio su questo aspetto che un’adeguata terapia del trauma deve agire. Per l’instaurarsi del DPTS sono importanti due strutture cerebrali: l’amigdala, il centro di valutazione emotiva degli stimoli sensoriali, e la formazione reticolare, il centro di controllo delle funzionalità vegetative, per esempio respiro e funzionalità gastrointestinali, sit-

uato nel tronco encefalico. Entrambe le strutture sono connesse l'una all'altra, il che è determinante per lo sviluppo del DPTS. Il meccanismo biologico seguente è direttamente riconducibile al mondo animale. Durante un'esperienza traumatica l'amigdala valuta la situazione da un punto di vista emotivo (pericolo sì/no?). Dopodiché viene attivato il sistema nervoso simpatico sotto forma di reazioni acute da stress. Si tratta di reazioni a una minaccia che preparano l'organismo a combattere o a fuggire. Tali reazioni avvengono tramite i centri di controllo delle funzionalità vegetative della formazione reticolare ai quali l'amigdala trasmette le informazioni emotive. Ci si trova dunque in uno stato di attivazione e di eccitamento. In alternativa all'attivazione simpatica, nel caso che il soggetto interessato non abbia nessuna delle due possibilità di reagire alla minaccia, il suo corpo si mette nel cosiddetto stato di irrigidimento: vengono liberati gli oppiacei naturali, sostanze le quali riducono ed arrestano l'eccitamento e comportano una perdita di conoscenza, affinché non venga percepita l'eventuale morte. Avviene una dissociazione del sistema nervoso centrale dal resto del corpo. Il problema è che i meccanismi di dissociazione o di attivazione simpatica restano attivi anche molto tempo dopo il trauma e possono essere rinforzati tramite i ricordi. Questi ultimi, i cosiddetti flashback, possono essere scaturiti dalla percezione di singoli stimoli, ad esempio un determinato odore o rumore legato all'esperienza traumatica. L'amigdala in questo caso riconosce lo stimolo e lo interpreta in maniera incontrollata come avvenuto durante il trauma. Vengono nuovamente messi in azione i meccanismi di attivazione simpatica o di dissociazione spiegati in precedenza. La traumatoterapia deve dunque essere in grado di far evitare l'innesco dell'ipereccitamento vegetativo nonché della dissociazione tramite i ricordi del trauma. Oltre al tipo di trauma hanno un ruolo fondamentale per l'instaurarsi del DPTS e per l'intensità dei fenomeni sopra spiegati, la durata e la frequenza del trauma stesso. Da questo punto di vista si possono distinguere quattro tipi di trauma:

1. **Monotrauma:** È una traumatizzazione avvenuta una volta nella vita della persona interessata dal DPTS, per esempio irruzione nella propria abitazione o grave malattia.
2. **Multitrauma:** Il paziente ha subito più volte di seguito un monotrauma dello stesso tipo o di tipo diverso.
3. **Trauma sequenziale:** La persona subisce una determinata traumatizzazione, per esempio guerra o mobbing sul posto di lavoro, in modo continuato per un arco di tempo più o meno lungo.
4. **Trauma di legame:** La persona subisce la separazione da una persona di riferimento importante.

Il trauma sequenziale e il trauma di legame sono i più difficili da curare. I bambini e gli adolescenti tra i terremotati sono principalmente colpiti dal mono e dal multitrauma nonché dal trauma di legame, dato che nel periodo dall'agosto 2016 al gennaio 2017 si sono susseguite numerose scosse di terremoto e non di rado essi hanno perso amici e parenti, fra i quali anche persone di riferimento importanti. I giovani con DPTS causato dagli eventi sismici hanno bisogno di una terapia del trauma protratta nel tempo, dato che i traumi nell'infanzia e nell'adolescenza possono avere gravi conseguenze per l'evoluzione psicologica. Lo sviluppo del DPTS non dipende

solo dal tipo di trauma, ma anche dalla personalità, dalla predisposizione genetica e dall'educazione ricevuta. Il livello di elasticità mentale ha un ruolo fondamentale nello sviluppo del DPTS. Per poter fare la diagnosi del DPTS esistono diversi parametri. Decisiva è la presenza dei cosiddetti criteri B: ricordi importunanti, flashback, ossia il rivivere l'evento traumatico, incubi ripetuti e senso di angustia in situazioni simili al trauma. Il trauma comporta inoltre un disturbo di sincronizzazione dei due emisferi cerebrali, il quale può essere misurato qualitativamente e quantitativamente come attività neuronale unilateralmente elevata. Inoltre le persone traumatizzate presentano un disturbo del sonno REM, la fase di sonno non profondo. In aggiunta ai criteri B, il DPTS è caratterizzato dai criteri C: il paziente evita situazioni, luoghi e circostanze simili al trauma. Non per ultimo la diagnosi viene stabilita anche tramite i criteri D: disturbi del sonno, attacchi d'ira, difficoltà di concentrazione, ipereccitabilità, paura eccessiva e irritabilità elevata. I criteri B, C e D sono tutti riconducibili all'interazione tra amigdala e formazione reticolare sopra spiegata. A causa di stimoli eccitanti e condizionamento della paura, persone traumatizzate si trovano in un perenne stato di stress aumentato. Perciò esse hanno un livello di stress elevato già all'inizio della giornata.

Il DPTS – Sintomatologia specifica dell'infanzia

Dopo aver descritto genericamente la patogenesi e la sintomatologia del DPTS, passiamo ora ad una spiegazione dei sintomi specifici di questo disturbo nell'infanzia. Nel caso dei bambini e degli adolescenti, bisogna essere in grado di distinguere la diagnosi di DPTS dal ritardo mentale o dalla sindrome da deficit di attenzione. Eventuali sintomi del DPTS nei bambini sono disturbi di regolazione delle funzionalità vegetative, ad esempio urinazione incontrollata fino all'inizio dell'età adolescenziale e defecazione incontrollata durante la seconda infanzia. Possono manifestarsi la ricerca attiva del rischio e del pericolo come anche comportamenti autoleSIONISTI. I bambini colpiti da una traumatizzazione riferiscono inoltre di avere una capacità ridotta di percepire procedimenti interiori del corpo e soffrono di una tormentosa sensazione di mancanza di prospettiva. Per ridurre la tensione psicofisica, i bambini traumatizzati intraprendono numerose misure di autorassicurazione come ad esempio masturbazione in luoghi non consoni, masticazione dei vestiti come appagamento orale, battere ritmicamente contro oggetti e dondolio. Non sono in grado di perseguire un obiettivo, soffrono per il fatto di essere eccessivamente in pensiero per le persone di riferimento. Sono inoltre affetti da ansia da separazione e da paura di abbandono. Hanno una cattiva opinione di se stessi e si sentono privi di valore, sono malfidati e soffrono di impotenza appresa. Nei confronti delle persone di riferimento mostrano una scarsa capacità di empatia.

Il DPTS – Influssi rafforzativi e correttivi

Il DPTS viene rafforzato da fenomeni biopsicologici i quali si manifestano insieme alla sensazione di trattamento iniquo rispetto a persone dello stesso gruppo di riferimento per età, lavoro, ceto sociale ecc. È stato dimostrato che già i nostri predecessori evolutivi, le scimmie,

possiedono la caratteristica di reagire con attacchi emotivi e violenti a trattamenti iniqui. Ciò è stato dimostrato dallo zoologo ed etologo olandese “Frans” de Waal nell’esperimento da lui svolto con due scimmie della stessa razza alle quali sono stati dati cibi diversi. A causa di un meccanismo biologico ben radicato nel passato evolutivo della specie umana, la sintomatologia del DPTS può essere aggravata da fattori sociali di disugaglianza. Ciò può quindi interessare anche i bambini e gli adolescenti nelle zone colpite dal terremoto, i quali sono costretti a vivere in condizioni di ristrettezza e di instabilità emotiva e materiale rispetto ai coetanei in altre zone d’Italia non interessate dagli eventi sismici. Per un’evoluzione positiva del DPTS ha un ruolo molto importante l’ossitocina, un ormone secreto a seguito del contatto fisico che contribuisce a rafforzare i rapporti interpersonali e che comporta una riduzione dello stress. Uno studio di tomografia a risonanza magnetica ha dimostrato che il contatto fisico – a prescindere dal livello di confidenza fra il paziente e la persona che lo tocca – porta sempre al medesimo livello di attività cerebrale e di secrezione di ossitocina. Se il paziente veniva invece toccato con una piuma, non si verificava nessuno di questi effetti. La secrezione dell’ossitocina in seguito al contatto fisico contribuisce in maniera decisiva alla stabilizzazione emotiva e alla regolazione dello stress. Perciò ad esempio cullare lentamente un neonato piangente comporta un’immediata riduzione del battito cardiaco e della frequenza respiratoria. In generale, la dedizione a una persona conduce quest’ultima a stabilizzarsi emotivamente e vegetativamente, mentre invece un’attenzione carente causa un’alterazione emotiva e vegetativa. Per questo nel caso di bambini e adolescenti terremotati che sono stati separati da persone di riferimento, il DPTS peggiora a causa dell’assenza di esse o in caso di isolamento sociale. È importante menzionare l’importanza del contatto fisico e di rapporti empatici per il superamento del trauma in aggiunta alla terapia della sintomatologia del DPTS, dato che in assenza di ciò e nel caso sia presente un DPTS non curato, l’organismo attinge al cosiddetto sistema neuronale dopaminergico. Idee fisse e/o deliranti possono prendere il sopravvento nella psiche della persona traumatizzata. Essa si aggrappa ad esse inconsciamente in base al principio “la speranza è l’ultima a morire”. Tali idee possono in determinate circostanze portare ad azioni violente.

Obiettivi del nostro modello “operatori trauma”

Il nostro modello di terapia è rivolto a bambini ed adolescenti traumatizzati fra i 4 e i 21 anni. Cerca di evitare il peggioramento del DPTS sopra descritto insegnando ai pazienti semplici metodi di autostabilizzazione per ridurre il livello di stress. Avviene una rielaborazione duratura del trauma in quanto si persegue l’obiettivo di interrompere il collegamento fra il ricordo del trauma e le reazioni acute da stress o la dissociazione. La nostra traumaterapia intende insegnare sistematicamente al paziente ad autotranquillizzarsi offendogli un accompagnamento sicuro per ridurre lo stress causato dal trauma. Per ottenere ciò è necessario che il paziente si ricordi del trauma. L’efficacia del nostro modello di traumaterapia con gli “operatori trauma” è scientificamente provata. Si è potuto dimostrare che la depressione come effetto collaterale del DPTS viene sviluppata assai più di rado dai pazienti curati rispetto a quelli non curati.

Organizzazione della traumaterapia secondo il modello operatori trauma

Innanzitutto vengono formati sul posto dalla nostra equipe psicotraumatologica di Ratisbona i cosiddetti “operatori trauma” per la terapia dei pazienti la quale avviene in un secondo momento. Può diventare operatore trauma qualsiasi adulto con capacità di ascolto del prossimo in grado di sopportare racconti di eventi traumatizzanti. Preferibilmente dovrebbe trattarsi di persone con esperienza professionale di rapporti con bambini e adolescenti quali educatori, maestri d’asilo, insegnanti, medici, infermieri e psicologi. Il corso intensivo di formazione per operatore trauma dura due giorni. Ai partecipanti vengono fornite le informazioni di base riguardo alla psicopatologia e ai sintomi del trauma nonché riguardo ai principi di funzionamento dei metodi utilizzati (vedi sotto). Nel contesto della formazione, l’aspirante operatore trauma rielabora inoltre il proprio passato personale per essere sicuro di non essere a sua volta provato da esperienze traumatiche, dato che ciò potrebbe influenzare negativamente il lavoro con altre persone traumatizzate. Il nostro progetto prevede inoltre l’insegnamento di metodi di autoregolazione per lo stesso operatore trauma, affinché costui possa affrontare con successo il lavoro con il paziente da lui seguito, nonché offerte di supervisione psicologica per l’operatore trauma da parte di psicoterapeuti e tramite appositi moduli di autovalutazione. Finita la formazione, l’operatore trauma segue una volta a settimana per due ore un bambino o un adolescente traumatizzato. La durata totale del progetto terapeutico è nella migliore delle ipotesi di dieci settimane. Dato che un rapporto di fiducia è essenziale per il successo della terapia, il paziente viene seguito sempre dallo stesso operatore trauma. L’assistenza avviene all’interno di un gruppo terapeutico composto da dieci bambini/adolescenti. Per ogni gruppo terapeutico è presente uno psicoterapeuta dell’infanzia o dell’adolescenza oppure uno psichiatra adeguatamente specializzato il quale supervisiona e coordina il lavoro del gruppo a lui assegnato e ne assume la responsabilità legale. Prima dell’inizio sistematico della terapia del trauma, lo psicoterapeuta viene a conoscenza del passato del bambino, inclusi eventi traumatici, mediante un’anamnesi esterna con i genitori o con un’altra persona di riferimento. Sia lo psicoterapeuta che gestisce il gruppo sia gli operatori trauma sono tenuti ad attenersi al segreto professionale durante e dopo il loro lavoro.

Modalità di rilevamento della diagnosi DPTS nei bambini e negli adolescenti e successivo programma terapeutico del progetto operatori trauma per l’Italia centrale

Lo svolgimento del nostro progetto nelle zone colpite dal terremoto dell’Italia centrale avviene in collaborazione con le scuole previa autorizzazione delle dirigenze scolastiche. Onde identificare bambini ed adolescenti affetti da DPTS, il nostro programma prevede che comportamento e caratteristiche attuali di costui vengano documentate mediante appositi moduli di screening dai maestri d’asilo o dagli insegnanti e dai genitori o da chi ne fa le veci. Sui moduli viene inoltre riportato se la persona in questione ha subito eventi traumatici nella propria vita e/o direttamente o indirettamente il terremoto. Le copie FAC SIMILE dei moduli in questione si trovano alla fine di questo opuscolo in allegato. Per ogni modulo è possibile ottenere un determinato punteggio a seconda delle risposte date. Tutti i moduli sono anonimizzati: ad ogni partecipante viene assegnato un

codice, il quale è riportato su tutti i moduli utilizzati per la sua valutazione. Questo codice rimane lo stesso per l'intero arco di tempo dell'osservazione ed eventualmente della terapia. Tutti i moduli compilati dai diversi gruppi di persone vengono successivamente raccolti dalle scuole e portati al nostro centro di Ratisbona in Germania. Qui vengono documentati gli arrivi dei moduli nonché i punteggi rispettivamente ottenuti sul cosiddetto modulo di documentazione "Set RETROS" (vedi allegati). In base al punteggio ottenuto si riconosce se il bambino o l'adolescente soffre di DPTS. Dopodiché comunichiamo alle scuole a quali alunni identificati unicamente col codice corrisponde un DPTS causato dall'esperienza del terremoto. In caso di screening positivo in relazione al DPTS, ma negativo riguardo al terremoto, la scuola fornirà autonomamente alla persona interessata il supporto psicologico oppure lo indirizzerà verso strutture terapeutiche idonee a offrire l'assistenza necessaria. Se un bambino/adolescente presenta un DPTS derivante dall'esperienza del sisma, verrà assegnato ad un'operatore trauma dalle scuole in un secondo momento, che lo seguirà durante la terapia sopra spiegata. Dopo questa prima valutazione, per gli alunni che in base ai criteri sopra indicati sono stati ammessi al progetto terapeutico avviene una seconda valutazione in itinere ed una terza valutazione una volta completato il progetto terapeutico di circa 10 settimane. Anche nel caso della seconda e della terza valutazione viene riportato sul Set RETROS la data di arrivo del modulo e il punteggio ottenuto. È importante sottolineare che solo le persone che osservano il paziente nel contesto dello screening e il gruppo terapeutico (psicoterapeuta responsabile ed operatori trauma) sul posto conoscono il paziente per nome. Essi sono gli unici ad ottenere informazioni su di lui mediante lo screening e mediante le sedute terapeutiche. La nostra équipe di Ratisbona si occupa solo della rilevazione anonima dei dati e di fornire il feedback alle scuole. Le scuole si vincolano nei nostri confronti a non fornire in nessun caso all'équipe di Ratisbona informazioni private non anonimizzate riguardanti i partecipanti e a non mandarle materiali diversi dai moduli di screening da noi previsti per il progetto. L'identità dei bambini/adolescenti aderenti al progetto abbinata ai loro codici anonimi di riferimento devono essere custoditi con cura dal dirigente scolastico (o delegato) separatamente dai moduli già compilati onde evitare l'individuazione dei soggetti partecipanti. A totale tutela della privacy, i moduli compilati non devono essere in alcun modo riprodotti o inviati a terzi. Sia la partecipazione al primo screening che eventualmente al progetto terapeutico e agli screening successivi avvengono esclusivamente in seguito ad autorizzazione scritta dei genitori del bambino/ dell'adolescente o di chi fa le veci.

Il modello operatori trauma – metodi terapeutici

In questo paragrafo segue una descrizione dei metodi di terapia previsti dal modello operatori trauma. La prima tecnica di rilassamento insegnata è la respirazione lenta controllata. Questo metodo è già stato utilizzato con successo nella terapia dell'asma e delle fobie. Si tratta di una tecnica di respirazione utilizzata dall'umanità già da migliaia di anni. Il paziente respira per undici minuti inspirando per 4 secondi ed espirando per 6 secondi. Il che comporta una riduzione del battito cardiaco e della pressione sanguigna. Un ciclo respiratorio dura dunque 10 s, in un minuto

si hanno quindi sei respiri. Questo esercizio viene fatto per svariati minuti. La respirazione lenta controllata influisce sul sistema nervoso vegetativo e limita l'impiego delle energie corporee al mantenimento delle funzionalità vitali. Con ciò gli viene segnalata l'assenza di situazioni di pericolo. Inoltre la respirazione lenta controllata comporta una riduzione dello stress anche nelle persone che si trovano vicino a chi la sta applicando, dato che questa tecnica viene assimilata intuitivamente. Ciò viene da noi sfruttato nella nostra terapia del trauma all'inizio della seduta terapeutica. L'azione armonizzante di questo metodo è scientificamente provata. Un ulteriore semplice metodo di autoregolazione previsto dal nostro modello è SURE, dall'inglese "Short Universal Regulative Exercise". Si tratta di movimenti circolari o oscillatori ritmici, non stancanti, del busto: avanti e indietro oppure da destra a sinistra i quali possono essere eseguiti in posizione eretta oppure da seduti. In alternativa ci si può anche dondolare sui piedi o far oscillare la testa avanti e indietro. In questo modo si ottiene un notevole rilassamento già nell'arco di pochi minuti. SURE è un metodo di autoregolazione contro lo stress intrinseco della natura umana, per il cui meccanismo non è ancora stata trovata una chiara spiegazione scientifica. Si può osservare in culture e religioni diverse, ad esempio nella preghiera coranica e nella recitazione del Talmud ebraico. I bambini utilizzano SURE spontaneamente per autoregolare la tensione; l'utilizzo di questo metodo nel nostro progetto è dunque eccellente per questa fascia di pazienti. È inoltre scientificamente dimostrato che i movimenti SURE portano l'organismo ad uno stato di rilassamento il quale è responsabile al 90% del controllo positivo delle proprie performances. Per questo tale metodo viene applicato da numerosi atleti prima delle proprie prestazioni sportive e da politici prima di discorsi importanti. SURE contribuisce inoltre al cessare di stati dissociativi. Nel contesto della terapia del trauma, SURE viene utilizzato in combinazione con la cosiddetta stimolazione bilaterale: si tratta di battere in maniera alternata le estremità corporee, per esempio le braccia per attivare a turno entrambi gli emisferi cerebrali. Anche la tecnica terapeutica dell'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ha ciò come obiettivo ed è da quest'ultima che deriva la variante sopra menzionata da noi applicata. Nel caso dell'EMDR la stimolazione bilaterale avviene mediante movimenti oculari condotti. Il paziente segue con i propri occhi i movimenti da destra verso sinistra e viceversa del dito dello psicoterapeuta. Contemporaneamente il paziente pensa alle proprie esperienze opprimenti. Il ricordo del trauma viene collegato alla stimolazione bilaterale, in questo modo si ottiene una riduzione dello stress a lungo termine quando ci si relaziona con esso. L'EMDR è stata sviluppata dalla psicologa Francine Shapiro alla fine degli anni ottanta. Dato che questo metodo per i bambini è spesso troppo stancante, la stimolazione bilaterale avviene nel nostro progetto nella maniera alternativa sopra spiegata. Nel nostro progetto, essa viene combinata con i movimenti SURE nel contesto di attività fisico-musicale. Ai bambini viene fatta cantare la canzone culturalmente non specifica "Ar-amsamsam" e viene detto loro di battere a turno sulle braccia. Si tratta di una canzone composta da parole inventate che può essere cantata facilmente a prescindere dalla lingua madre. La stimolazione bilaterale che avviene tramite i movimenti ritmici sulle braccia aiuta a superare il disturbo di sincronizzazione dei due emisferi cerebrali. Inoltre questi movimenti provocano la secrezione di ossitocina che a sua volta induce una riduzione dello stress e della paura notevole.

Il rilassamento viene inoltre supportato dall'attivazione del sistema parasimpatico mediante il nervo vago, il quale innerva le corde vocali. È per questo che già dagli albori dell'umanità il canto è uno strumento per superare la paura. L'elemento chiave della nostra traumatoterapia consiste nella Sandplay Therapy. Essa è idonea per bambini dai 4 ai 13 anni. In generale, nella psicoterapia dell'età infantile il gioco terapeutico viene utilizzato già da molti decenni. Prima e dopo la Sandplay Therapy l'operatore trauma svolge insieme al bambino la respirazione lenta controllata per ottenere il massimo rilassamento prima dell'inizio della rielaborazione del trauma e per facilitare l'uscita dai ricordi traumatici alla fine della seduta. Nella Sandplay Therapy al bambino viene fornita una sabbiera con diversi pezzi da gioco. Egli ottiene dunque la possibilità di rielaborare gli eventi traumatici mediante i pezzi da gioco in presenza dell'operatore trauma, il quale sta seduto in silenzio di fronte a lui. In questa terapia si sfrutta il fatto che i bambini quando giocano rielaborano sempre le proprie esperienze. La Sandplay Therapy fornisce inoltre ai bambini uno stimolo tattile che li aiuta a ricordare e a memorizzare le proprie esperienze. È importante che egli si ricordi del trauma poiché solo in questo modo le tecniche di autoregolazione sopra spiegate possono essere applicate in modo mirato per ridurre lo stress vegetativo causato dal trauma. Durante una seduta di Sandplay Therapy l'operatore trauma evita il dialogo con il bambino, dato che ciò interromperebbe la libera associazione di idee necessaria per rielaborare gli eventi traumatici. Qualora il bambino inizi a raccontare qualcosa o a fare domande di sua sponte, l'operatore risponde brevemente e reagisce poco. Ciò va fatto anche nel caso che il bambino commenti un evento in modo giusto. Non bisogna però entrare in dialogo e nemmeno giocare insieme al bambino, perché altrimenti viene falsificata la rielaborazione del trauma. L'operatore trauma non prende appunti durante la seduta, dato che ciò comprometterebbe la dedizione affettiva nei confronti del bambino. Egli deve trasmettergli con la propria postura, la propria mimica e il ritmo del proprio respiro una sensazione di apertura, dedizione e rilassamento fisico. Il bambino viene infatti indotto a imitare l'operatore trauma mediante i cosiddetti neuroni specchio situati nella struttura cerebrale del lobo dell'insula. Queste cellule neuronali creano una sorta di figura virtuale di ciò che il bambino ha di fronte. Nella Sandplay Therapy, il bambino copia dunque l'operatore trauma mentre costui si rilassa respirando lentamente. Avviene quindi una stabilizzazione vegetativa simultaneamente alla rielaborazione del trauma; il manifestarsi di reazioni acute da stress o di dissociazione nel contesto del ricordo delle proprie esperienze viene così sistematicamente smantellato. L'alternativa alla Sandplay Therapy per adolescenti dai 14 ai 21 anni è la tecnica della linea della vita. Si tratta di una cosiddetta tecnica narrativa di visualizzazione, dato che il paziente mostra il proprio passato attraverso dei simboli. Egli deve contrassegnare lungo una fune tesa sul pavimento gli eventi più importanti della propria vita mediante degli oggetti. Le esperienze positive vengono rappresentate con degli oggetti colorati, quelle negative con dei sassi. In alternativa la linea della vita e le corrispettive esperienze vengono disegnati su di un foglio di carta. Dopo questa visualizzazione viene rilevata l'importanza emotiva dei singoli eventi (p.es. esperienza molto brutta, gravosa oppure ricordo molto bello o addirittura estremamente gioioso). L'obiettivo di questa tecnica è supportare il ricordo di esperienze traumatiche, ma anche il loro collocamento nel quadro complessivo della vita. La memoria biografica interiore viene in questo

modo completata. Questo tipo di trattamento è stato ideato per il lavoro terapeutico con i migranti i quali spesso hanno subito vari traumi di tipo diverso e la cui terapia necessita di un rilevamento rapido ed efficace degli eventi importanti della vita. In alcuni casi è già sufficiente la visualizzazione del passato per rielaborare il trauma; in altri casi le esperienze traumatiche vengono rielaborate in combinazione con le tecniche di autoregolazione sopra spiegate. Innanzitutto viene chiesto al paziente di ricordarsi del trauma. Dopodiché egli implementa una vicenda positiva della sua vita disegnandola su di un foglio di carta, pensando ad essa e battendo allo stesso tempo alternativamente sulle braccia. Successivamente, il paziente viene pregato di pensare di nuovo alla vicenda traumatica, di disegnare anche essa e di dire quanto trova pesante il ricordo ora rispetto a prima della stimolazione bilaterale. A questo punto della terapia, il paziente la pratica nel modo sopra descritto pensando contemporaneamente alla vicenda traumatica. Come effetto terapeutico ci si aspetta una riduzione delle sensazioni fisiche negative. Se si tratta di un trauma grave, il paziente viene seguito in aggiunta all'operatore trauma da uno psicoterapeuta. Per l'operatore trauma è disponibile un'offerta di supervisione affinché possa a sua volta rielaborare le esperienze fatte con il bambino da lui seguito e venga quindi evitata una traumatizzazione secondaria causata dalle vicende traumatiche del paziente di cui egli è venuto a conoscenza. Una regolare autostabilizzazione è necessaria anche per l'operatore trauma.

Il modello operatori trauma: svolgimento di una seduta terapeutica con Sandplay Therapy

All'inizio di una seduta terapeutica secondo il nostro modello, avviene la stimolazione bilaterale cantando la canzone "Aramsamsam". Durante il canto vengono integrate tra di loro le varie tecniche di stabilizzazione (respirazione lenta controllata, stimolazione bilaterale, SURE). In questo modo viene ridotto il livello di stress, per eseguire durante la fase successiva la rielaborazione del trauma mediante la Sandplay Therapy. Questa dura circa 10-15 minuti. Per ogni gruppo sono previsti dieci bambini e a ciascun bambino viene assegnata una sabbiera con figure da gioco. Dopo la Sandplay Therapy c'è un breve intervallo, i dieci bambini si radunano al centro della stanza per disegnare ognuno su di un foglio di carta un cosiddetto "otto sdraiato". Dopodiché essi fanno vedere all'operatore trauma il proprio disegno. Disegnare questa forma armonica serve a supportare il distacco dalle esperienze appena rielaborate. La seduta si conclude nuovamente con il canto della canzone per la stimolazione bilaterale. La durata complessiva di una seduta è di circa un'ora. L'obiettivo a lungo termine di questa terapia è la riduzione permanente del livello di stress nei pazienti. A scopo meramente documentativo del decorso della terapia vengono fatte delle foto delle scene costruite dal bambino nella Sandplay Therapy, non appena egli ha lasciato la stanza una volta finita la seduta. Il trauma viene considerato superato con successo, non appena il bambino mostra nella Sandplay Therapy solo scene di vita quotidiana. Per ogni bambino curato deve essere disponibile un diario, nel quale l'operatore trauma scrive le proprie osservazioni ed incolla le foto della Sandplay Therapy. Per motivi di sicurezza legale viene fatto un filmato dell'intera seduta terapeutica.

7.4. Informationsbroschüren für die Eltern

7.4.1. Informationsbroschüre für die Eltern: Fassung in deutscher Sprache

Universität Regensburg

Abteilung für Psychosomatische Medizin des Universitätsklinikums Regensburg

Chefarzt: Prof. Thomas H. Loew

© Ida Montanari, Beate Leinberger, Prof. Thomas H. Loew, 2018:

TraumaHelfer Projekt – freiwillige organisierte Unterstützung

Diagnostischer und therapeutischer Plan zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen unter den Opfern der Erdbebenserie von 2016-2017 in Mittelitalien.

Informationsmaterial für Eltern und Erziehungsberechtigte

Dieses Projekt bietet ein Angebot der Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 21 Jahren mittels Screening Fragebögen, der Analyse der erhobenen Daten und der Implementierung körperorientierter Therapiemethoden sowie Spieltherapie.

Wer wir sind

Prof. Thomas H. Loew

Ich wurde 1961 in Nürnberg geboren und bin Facharzt für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeut. Seit 2001 bin ich planmäßiger Professor für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Universität Regensburg und Chefarzt der dortigen psychosomatischen Abteilung. Außerdem bin ich Chefarzt der psychosomatischen Station der Klinik Donaustauf in der Nähe von Regensburg. Ich habe von 1982 bis 1989 Medizin an den Universitäten Florenz, Ulm und Erlangen-Nürnberg studiert und spreche fließend Italienisch. Ich besitze ferner die Zusatzbezeichnungen Medizininformatik und Psychoanalyse. Ich beschäftige mich mit den körperorientierten Methoden in der Medizin, insbesondere mit der Funktionellen Entspannung. Hierfür bin ich auch Lehrbeauftragter in der Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung. Ich war von 2000 bis 2004 Vizepräsident der Deutschen Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Ich war von 2004 bis 2009 1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie. 2012 wurde ich zum Vizepräsidenten der Gesellschaft Europäischer Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gewählt. Im gleichen Jahr gründete ich zusammen mit Dipl. Sozialpädagogin Beate Leinberger den Verein GewiSS e.V. zur Förderung der psychischen Gesundheit, der seit 2015 insbesondere das Ziel der Ausbildung von sog. TraumaHelfern für traumatisierte Flüchtlingskinder und -jüngliche in Regensburg verfolgt.

Beate Leinberger

Ich wurde 1972 in Pegnitz, Oberfranken, geboren. Von 1988-1993 absolvierte ich die Ausbildung zur staatlich geprüften Erzieherin. 1992 erwarb ich das Fachabitur. Danach studierte ich von 1994-1999 Diplom-Sozialpädagogik. Seit 2010 bin ich Mitarbeiterin der Abteilung für Psychosomatik der Klinik Donaustauf und des Universitätsklinikums Regensburg. 2014 erhielt ich die Approbation zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und habe mich im selben Jahr in Niederbayern in eigener Praxis niedergelassen. Ich habe mich in Traumatherapie und Körperpsychotherapie weitergebildet. Ich bin Vorstandsmitglied des Vereins GewiSS e.V. zur Förderung psychischer Gesundheit sowie des bkj-Berufsverbandes der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. Außerdem bin ich Ausschussmitglied der angestellten PsychotherapeutInnen der Psychotherapeutenkammer Bayern. Ich behandle als approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Patientinnen und Patienten bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Mein Angebot umfasst effektive Unterstützung bei psychischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten nach ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen), wie zum Beispiel: Angststörungen, Depressive Episoden, Traumafolgestörungen, ADHS/ADS, Bindungsstörungen, Schulangst/Schulverweigerung/ Lernstörungen, Störungen im Sozialverhalten, Essstörungen, Zwangsstörungen, Psychosomatische Störungen, Psychotherapeutische Unterstützung bei psychiatrischen Erkrankungen, Verhaltenstherapeutische Unterstützung nach Suchtmittelmissbrauch, akute psychische Krisen, Suizidalität.

Ida Montanari

Ich wurde 1993 in Rom geboren. Ich habe 2012 das Abitur an der Deutschen Schule Rom erworben. Dank eines DAAD Stipendiums konnte ich das Medizinstudium an der Universität Regensburg beginnen. Seit meiner Gymnasialzeit interessiere ich mich für die pädagogische Unterstützung von Kindern und Jugendlichen und habe 2011 in meiner Heimatstadt die ersten Erfahrungen in diesem Bereich im Rahmen eines Sozialdienstes mit dem Verein Andrea Tundo auf der Station für pädiatrische Neuropsychiatrie des Universitätskrankenhauses Agostino Gemelli gemacht. Im gleichen Jahr habe ich den Kurs Musik und Emotion für Schüler der Oberstufe, welcher von der Deutsche SchülerAkademie angeboten wurde, besucht. Dieser Kurs brachte mich der Musiktherapie näher. Im Rahmen meines Studiums interessiere ich mich besonders für somatoforme Störungen und für ärztliche Psychotherapie, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen.

Geschichte des Vereins GewiSS e.V.

Unser Verein wurde 2012 mit dem Ziel gegründet, Übergewichtigen bei der Wiederherstellung eines gesunden Lebensstils unter dem psychischen Gesichtspunkt zu helfen. Nach und nach erweiterten wir unser Spektrum an Therapiezielen und beschlossen 2015 im Kontext der Flüchtlingskrise, den Hauptteil der Ressourcen unseres Vereins auf die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu lenken. 2016 wen-

deten wir unser sog. TraumaHelfer Konzept, das wir zum o.g. Zweck entworfen hatten, erstmalig bei Opfern einer Naturkatastrophe, nämlich beim Hochwasser in Simbach, an. Da unser Projekt in beiden Fällen auf sehr positive Resonanz stieß, beschlossen wir, auch im Ausland zur Behandlung von Traumafolgestörungen aktiv zu werden. Im August – September 2017 führten wir das von uns entworfene Modell der Ausbildung zum TraumaHelfer in Indien an dem Child Guidance Centre durch. Im Oktober – November 2017 bildeten wir in Zusammenarbeit mit der An-Najah Universität in Nablus, Palästina, dort TraumaHelfer aus, um den durch Kriegsereignissen traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu helfen. Insgesamt haben wir bisher über 1500 TraumaHelfer ausbilden können, davon 200 in Indien und 160 in Palästina. Von uns ausgebildete TraumaHelfer sind auf dem gesamten Bundesgebiet von Flensburg bis Rosenheim tätig sowie in Österreich. Über unsere Arbeit wurde intensiv in den Medien diverser Länder berichtet, insbesondere vom Bayerischen Rundfunk und von Al Jazeera. Über unser Projekt ist 2016 ein Beitrag im Deutschen Ärzteblatt erschienen.

PTBS – Einführung

Während zum einen der Traumabegriff in unserem Kulturkreis inflationär verwendet wird, um Ereignisse zu beschreiben, die eine aus dem Alltag heraus unbekannt Belastung mit sich bringen, ist in breiten Teilen der Öffentlichkeit westlicher Industriestaaten noch nicht klar, dass Traumatisierung zu gravierenden psychophysischen Erscheinungen bei Betroffenen führen kann. Statistisch gesehen wird z.B. in Deutschland jedes zehnte Opfer einer traumatischen Erfahrung wie etwa eines Einbruchs oder eines Verkehrsunfalls eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder andere Krankheitsbilder wie Depression, Angst- oder Essstörungen entwickeln. Hinzu kommt der Anteil der von direkten und indirekten Kriegstraumata betroffenen Menschen, der Einwanderer aus Kriegsgebieten im mittleren Orient und aus Afrika sowie im Falle Italiens der Erdbebenopfer der letzten Jahre und aktuell von 2016 bis 2017. Traumatisierung verursacht Schäden am Erbgut, welche an die nachfolgenden Generationen weitervererbt werden können. Dies wurde durch diverse epigenetische Studien belegt. Aus allen oben genannten Gründen sollte es ein stärkeres Bewusstsein für Trauma und PTBS in der Öffentlichkeit geben.

PTBS – Definition, Einteilung, Pathogenese und Symptomatik

Als PTBS bezeichnet man ein psychisches Krankheitsbild, welches innerhalb von sechs Monaten nach einer außergewöhnlichen Bedrohung von katastrophentypischem Ausmaß, z.B. Naturkatastrophe, Folter oder Terroranschlag, entsteht. Je nach Art des auslösenden Ereignis unterscheidet man Typ-I-Traumata und Typ-II-Traumata. Während es sich beim Typ -I- Trauma um eine einmalige traumatische Erfahrung wie z.B. Unfälle und Naturkatastrophen handelt, sind Typ – II- Traumata häufig andauernde oder sich wiederholende traumatische Erlebnisse wie z.B. Folter und Missbrauch, die vom Menschen verursacht werden. Sie werden deshalb auch

als „man made trauma“ bezeichnet. Beispiele für ein man made trauma sind: Trennung, konfliktgeladene Scheidung, Mobbing, medizinische Eingriffe. Oftmals wird Trauma als ein rein psychologisches Problem verstanden. Es stellt jedoch auch ein relevantes biologisches Problem dar und genau hier soll adäquate Traumatherapie ansetzen. Für die Entstehung der PTBS sind zwei zerebrale Strukturen von Bedeutung: die Amygdala, das Zentrum emotionaler Bewertung, und die Formatio reticularis, das Steuerungszentrum vegetativer Körperfunktionen wie z.B. Atmung und Darmmotorik. Beide Strukturen sind miteinander verschaltet, was entscheidend für die Entwicklung der PTBS ist. Der entsprechende biologische Mechanismus ist direkt auf die Tierwelt zurückzuführen. Während eines traumatischen Erlebens erfolgt durch die Amygdala eine emotionale Bewertung der Situation (Gefahr ja/nein?). Daraufhin kommt es zur sympathischen Aktivierung des Organismus in Form von sog. Kampf oder Flucht – Reaktionen. Diese ereignen sich über die vegetativen Steuerungszentren in der Formatio reticularis, denen die Amygdala die emotionale Bewertung zusendet. Der Organismus wird somit in einen Zustand der Aktivierung und der Erregung versetzt, damit er darauf vorbereitet ist zu kämpfen oder zu fliehen. Alternativ zur sympathischen Aktivierung kann – im Falle, dass keine der beiden Möglichkeiten gegeben ist, auf die Bedrohung des Traumas zu reagieren – sich der Organismus in den sog. Zustand der Erstarrung versetzen. Natürliche Opiode, Substanzen, die die Erregung runterfahren und das Bewusstsein trüben, werden freigesetzt, damit der Tod nicht bewusst wahrgenommen wird. Es erfolgt eine Dissoziation des ZNS vom Rest des Körpers. Problematisch hierbei ist, dass Dissoziation bzw. sympathische Aktivierung auch lange nach einem Trauma bestehen bleibt und durch Erinnerung an das Trauma verstärkt werden kann. Erinnerungen, sog. Flashbacks, können durch Wahrnehmung einzelner Reize, z.B. eines bestimmten Geruchs oder Geräusches, die in Zusammenhang mit der Traumatisierung stehen, ausgelöst werden. In diesem Fall erfolgt nämlich durch die Amygdala eine Wiedererkennung des Reizes sowie eine unkontrollierte emotionale Bewertung desselben wie zum Zeitpunkt des Traumas. Es werden erneut die oben erläuterten Mechanismen der sympathischen Aktivierung oder der Dissoziation ausgelöst. Der Traumatherapie muss es folglich gelingen, die Auslösung vegetativer Überaktivierung sowie von Dissoziation durch Erinnerung an das Trauma zu vermeiden. Neben der Unterteilung in Typ-I- und Typ-II-Trauma spielen Dauer und Häufigkeit des Traumas eine entscheidende Rolle bezüglich der Intensität der oben beschriebenen Phänomene und der Entwicklung der PTBS. Man kann vier verschiedene Traumtypen in dieser Hinsicht unterscheiden:

1. Monotrauma: Ist eine Traumatisierung, die sich einmalig im Leben eines Betroffenen ereignet, z.B. einmaliger Wohnungseinbruch oder eine schwere Krankheit.
2. Multitrauma: Der Patient hat mehrere Male ein Monotrauma derselben oder verschiedener Art hintereinander erlebt.
3. Sequentielles Trauma: Die betroffene Person erlebt über eine längere Zeitspanne durchgehend eine bestimmte Traumatisierung, z.B. Krieg oder Mobbing am Arbeitsplatz.
4. Bindungstrauma: Hierbei erleidet der Betroffene eine Trennung von einer wichtigen Bezugsperson.

Betroffene Kinder und Jugendliche bedürfen einer längerfristigen traumatherapeutischen Behandlung, da Bindungstraumata in Kindheit und Jugend entwicklungspsychologisch gravierend sind. Die Entstehung einer PTBS ist nicht nur von der Art des traumatischen Erlebnisses, sondern auch von Persönlichkeit, genetischer Prädisposition und Erziehung abhängig. Der Grad geistiger Flexibilität spielt eine entscheidende Rolle in der Entwicklung einer PTBS. Um die Diagnose einer PTBS stellen zu können, gibt es diverse Parameter. Entscheidend ist das Vorhandensein sog. B-Kriterien: sich aufdrängende Erinnerungen, wiedererleben des Ereignisses, sog. Flashbacks, sich wiederholende Alpträume sowie innere Bedrängnis bei traumaähnlichen Situationen. Trauma führt ferner zu einer Störung der Hemisphärensynchronisation, die eine einseitig höhere neuronale Aktivität verursacht. Zusätzlich zu den B-Kriterien wird die PTBS durch die C-Kriterien beschrieben: Vermeidung traumaähnlicher Situationen, Orte und Umstände. Nicht zuletzt wird die PTBS auch anhand der D-Kriterien diagnostiziert: Schlafstörungen, Wutausbrüche, Konzentrationsstörungen, Übererregbarkeit, erhöhte Schreckhaftigkeit sowie Reizbarkeit. B-, C- und D- Kriterien lassen sich alle auf das zuvor beschriebene Zusammenspiel zwischen Amygdala und Formatio reticularis zurückführen.

PTBS – Kinderspezifische Symptomatik

Mögliche Anzeichen für das Vorliegen einer PTBS bei Kindern sind Regulationsstörungen von Körperfunktionen, z.B. Einnässen bis ins Jugendalter und Einkoten im Grundschulalter. Sensation und Danger Seeking können auftreten wie auch selbstverletzerisches Verhalten. Von Traumatisierung betroffene Kinder beklagen zudem eine verringerte Fähigkeit, innere körperliche Vorgänge wahrzunehmen und leiden unter einem quälenden Gefühl der Perspektivlosigkeit. Um die psychophysische Anspannung zu reduzieren, unternehmen traumatisierte Kinder zahlreiche Selbstberuhigungsmaßnahmen wie Selbstbefriedigung an ungeeigneten Orten, das Kauen von Kleidung als orale Befriedigung, rhythmisches Schlagen an Gegenständen sowie Schaukelbewegungen. Traumatisierte Kinder sind unfähig, ein Ziel anzustreben und leiden unter einer übermäßigen Angst um Bezugspersonen, ebenfalls unter Trennungs- und Verlassenheitsängsten. Sie zeichnen sich durch ein negatives Selbstbild sowie durch das Gefühl der Wertlosigkeit aus, sind misstrauisch und leiden unter erlernter Hilflosigkeit. Gegenüber Bezugspersonen zeigen sie mangelndes Empathieempfinden.

PTBS – Verstärkende und verbessernde Einflüsse

Verstärkt wird die PTBS durch biopsychologische Begleitphänomene, die im Zusammenspiel mit dem Gefühl der ungerechten Behandlung im Vergleich zu Menschen aus der gleichen Bezugsgruppe auftreten. Wegen eines evolutionsbiologisch fest verankerten Mechanismus der Reaktion auf ungleiche Behandlung, kann die PTBS-Symptomatik daher auch bei Kindern und Jugendlichen unter den Erdbebenopfern verstärkt werden. Für die Verbesserung der PTBS spielt das Bindungshormon Oxytocin eine wichtige Rolle. Es wird infolge von Körperkontakt ausgeschüttet und trägt zur Festigung von Beziehungen sowie zur Stressreduktion bei. Die

Ausschüttung von Oxytocin infolge von Körperkontakt trägt wesentlich zur Stabilisierung und zur Stressregulation bei. Im Allgemeinen führt Zuwendung zu einer emotionalen und vegetativen Stabilisierung, Mangel an Zuwendung entsprechend zum Gegenteil. Daher wird bei Kindern und Jugendlichen unter den Erdbebenopfern, die durch das Erdbeben von Bezugspersonen getrennt worden sind, die PTBS durch die fehlende Zuwendung oder im Falle sozialer Isolation verstärkt. Es ist wichtig, die Bedeutung körperlicher Bindungen und empathischer Beziehungen für die Überwindung des Traumas neben der therapeutischen Behandlung der PTBS-Symptomatik zu erwähnen, da bei Abwesenheit dieser Merkmale und unbehandelter PTBS der menschliche Organismus zur Traumabewältigung auf die Aktivierung des sog. dopaminergen Systems zurückgreift. Wahnideen und –vorstellungen können in der Psyche eines Traumatisierten übermächtig werden. Derartige Wahnideen können unter Umständen zu Gewalttaten führen.

Ziele unseres TraumaHelfer-Modells

Unser TraumaHelfer-Projekt richtet sich an traumatisierte Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 21 Jahren. Es versucht, eine derartige Verschlechterung der PTBS bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu vermeiden, indem es Betroffenen einfache Methoden zur Selbststabilisierung beibringt, um ihren Stresspegel zu reduzieren. Es erfolgt eine nachhaltige Verarbeitung des Traumas, indem versucht wird, die Kopplung von Erinnerung an das Trauma und „fight or flight“- bzw. Dissoziationsreaktionen zu durchbrechen. Zu diesem Zweck ist es unabdingbar, dass sich der Patient an das Trauma erinnert.

Organisation der Traumatherapie gemäß dem TraumaHelfer-Modell

Zunächst werden vor Ort durch unser Regensburger Traumateam sog. TraumaHelfer für die Behandlung der Patienten geschult. Jede(r) Erwachsene, der in der Lage ist, Menschen zuzuhören und Erzählungen schwerer Schicksalsschläge zu ertragen, kann zum TraumaHelfer ausgebildet werden. Idealerweise sollte es sich um Personen handeln, die berufsbedingt Erfahrung im Umgang mit Kindern und Jugendlichen haben, z.B. Erzieher, Lehrer, Krankenpfleger, Ärzte und Psychologen. In der zweitägigen Ausbildung zum TraumaHelfer erwerben Teilnehmer das nötige Grundlagenwissen über die Psychopathologie und die Symptome von Traumatisierung sowie über die Wirkprinzipien der angewendeten Therapiemethoden (s.u.). Im Rahmen der Ausbildung arbeitet der angehende TraumaHelfer zudem die eigene Vorgeschichte auf, um sicherzugehen, dass er nicht durch eigene traumatische Erfahrungen bewusst oder unbewusst derart belastet ist, dass dies den Umgang mit anderen Traumatisierten negativ beeinflussen könnte. Unsere Schulung sieht ferner die Vermittlung von Methoden der Selbststabilisierung für den TraumaHelfer selbst vor, damit dieser den Umgang mit Traumatisierten meistern kann sowie Angebote zur Supervision des TraumaHelfers durch Psychotherapeuten und durch spezielle Selbstbeurteilungsbögen. Ein ausgebildeter TraumaHelfer betreut anschließend einmal die Woche für zwei Stunden ein traumatisiertes Kind oder einen traumatisierten Jugendlichen.

Die Gesamtdauer des Therapieprogramms beträgt idealerweise 10 Wochen. Da eine vertrauensvolle Beziehung für den Erfolg der Therapie maßgeblich ist, wird das Kind stets vom gleichen TraumaHelfer betreut. Eine Behandlungsgruppe besteht aus 10 Kindern. Pro Behandlungsgruppe übernimmt ein Kinder- bzw. Jugendpsychotherapeut oder ein Psychiater mit entsprechendem Schwerpunkt formaljuristisch die Verantwortung. Dieser beaufsichtigt und koordiniert die Arbeit in der ihm zugeteilten Gruppe. Vor Beginn der systematischen Traumabehandlung erfährt er in einer zweistündigen Fremdanamnese mit den Eltern oder mit einer anderen Bezugsperson des Kindes bzw. des Jugendlichen dessen Geschichte einschließlich traumatischer Ereignisse. Sowohl der betreuende Psychotherapeut als auch die TraumaHelfer unterliegen bei und nach ihrer Arbeit der gesetzlichen Schweigepflicht.

Erhebung des Befundes PTBS bei Kindern und Jugendlichen und weiteres Therapieprojekt im TraumaHelfer Projekt für Mittelitalien

Die Durchführung unseres Projektes in den Erdbebengebieten in Mittelitalien erfolgt auf der Grundlage der Zusammenarbeit mit den Schulen, soweit deren Schulleitungen unser Projekt genehmigen. Um von PTBS betroffene Kinder und Jugendliche zu identifizieren, sieht unser Programm vor, dass deren Verhalten und Eigenschaften durch spezielle Screening Fragebögen von den Lehrern, von den Betreuern des Nachmittagsprogramms in den Schulen und von den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten festgehalten wird. Auf den Bögen wird ebenfalls angegeben, ob die jeweilige Person traumatische Erfahrungen im eigenen Leben gehabt hat und/oder das Erdbeben erlebt hat. FAC SIMILE Exemplare dieser Bögen befinden sich hinten im Anhang. Aus der Beobachtung durch den Bogen wird letztlich eine bestimmte Punktzahl berechnet. Alle Bögen sind selbstverständlich anonymisiert, d.h. jedes Kind bzw. jeder Jugendliche bekommt einen Code zugeteilt, der auf allen angewendeten Bögen steht, die für seine Beurteilung vorgesehen sind. Dieser Code bleibt derselbe für die gesamte Dauer der Beobachtung und eventuell der Therapie. Alle Bögen von den verschiedenen Personengruppen werden dann von den Schulen eingesammelt und zu unserem Zentrum in Regensburg gebracht. Hier werden von uns die Ankunft der Bögen sowie die erreichten Punktzahlen in den jeweiligen Bögen auf dem sogenannten Set- Dokumentationsbogen (siehe Anlage) festgehalten. Anhand der erreichten Punktzahl lässt sich erkennen, ob das Kind bzw. der Jugendliche eine PTBS aufweist. Wir informieren anschließend die Schulen darüber, welchem Code eine PTBS entspricht und ob das Erleben des Erdbebens vorliegt. Sollte das Screening ergeben, dass die beurteilte Person Symptome einer PTBS aufweist, jedoch das Erdbeben nicht erlebt hat, wird die Schule dem Betroffenen eigenständig psychologische Beratung anbieten oder ihn an entsprechende Stellen weitervermitteln. Liegt eine PTBS sowie die Erfahrung des Erdbebens bei einem Kind/Jugendlichen vor, wird dieser zu einem späteren Zeitpunkt (siehe Timeline des Projektes) von den Schulen einem TraumaHelfer zugewiesen, der das Kind in der o.g. Behandlung betreut. Nach dieser ersten Bewertung erfolgen für Kinder und Jugendliche, die in das Behandlungsprojekt aufgenommen worden sind, eine zweite Bewertung während und eine dritte Bewertung nach Ablauf

des Therapieprojekts (Dauer etwa 10 Wochen) sowie die Dokumentation auf dem Set Bogen exakt nach dem oben beschriebenen Weg. Wichtig ist es zu wissen, dass nur die beobachtenden Personen im Screening sowie die Behandlungsgruppe (betreuender Psychotherapeut und TraumaHelfer) vor Ort den Patienten namentlich kennen und durch Screening und Therapiesitzungen Informationen über ihn erhalten. Unser Team in Regensburg kümmert sich lediglich um die anonyme Datenerhebung und um die Rückmeldungen an die Schulen. Die Schulen verpflichten sich uns gegenüber, in keinsten Weise private Informationen ohne Anonymisierung über die Teilnehmer oder von den vorgesehenen Screening Fragebögen abweichende Materialien zu uns nach Regensburg zu senden. Die Identität der Kinder und Jugendlichen gekoppelt mit ihren anonymen Bezugscodees müssen durch den Schulleiter oder durch einen stellvertretenden Bevollmächtigten sorgfältig von den bereits ausgefüllten Bögen getrennt aufbewahrt werden, damit keine Rückverfolgung der teilnehmenden Personen möglich ist. Zum vollständigen Datenschutz dürfen die ausgefüllten Bögen auf keinerlei Weise vervielfältigt oder dritten Personen weitergeleitet werden. Sowohl die Teilnahme am ersten Screening als auch eventuell die Teilnahme am Therapieprojekt und an den weiteren Screenings erfolgt nur auf der Grundlage der schriftlichen Genehmigung durch die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten.

Das TraumaHelfer-Modell: Therapiemethoden

Die erste Methode zur Vermittlung von Entspannung ist das Entschleunigte Atmen. Der Patient atmet hierbei 4s lang ein und 6s lang aus. Ein kompletter Atemzyklus dauert folglich 10s, was sechs Atemzüge pro Minute bedeutet. Die Übung wird mehrere Minuten lang durchgeführt. Das Entschleunigte Atmen beeinflusst das vegetative Nervensystem und beschränkt die Energieressourcen des Organismus auf die lebenswichtigen Funktionen. Ferner führt das Entschleunigte Atmen zu einer Stressreduktion auch bei Personen, die sich in der Nähe des Anwenders befinden, da diese die Atemtechnik intuitiv übernehmen. Dies machen wir uns in der Therapie des TraumaHelfer Modells zum Einstieg in die Therapiestunde zugute. Eine weitere einfache, im TraumaHelfer-Konzept enthaltene Methode zur Selbststabilisierung ist SURE („Short Universal Regulative Exercise“). Es handelt sich hierbei um rhythmische, nicht anstrengende, kreisende oder wiegende Schaukelbewegungen, die sowohl im Stehen als auch im Sitzen durchgeführt werden können. Eventuell können auch der Kopf oder die Fußballen hin-und hergewippt werden. Auf diese Art wird gleich innerhalb weniger Minuten Entspannung erreicht. Kinder wenden SURE automatisch zur Selbstregulation an, die Förderung dieser Methode im TraumaHelfer-Konzept ist folglich hervorragend auf diese Behandlungsgruppe abgestimmt. Es ist zudem wissenschaftlich belegt, dass SURE – Bewegungen den Organismus in einen Entspannungszustand versetzen, der zu etwa 90% zu einer positiven Leistungssteuerung beiträgt. Deshalb wird die Methode z.B. von zahlreichen Sportlern vor ihren Performances und von Politikern vor wichtigen Reden angewendet. SURE trägt ferner zur Beendigung dissoziativer Zustände bei. Im Kontext der Traumatherapie wird SURE in Kombination mit der sog. bilateralen Stimulation angewendet. Bilaterale Stimulation bedeutet, dass durch alternierende Berührungen

der eigenen Extremitäten, z.B. beim Klatschen auf den Oberarmen, beide Gehirnhälften abwechselnd stimuliert werden. Das TraumaHelfer – Konzept kombiniert die Technik der bilateralen Stimulation mit musikalischer Betätigung. So werden die Kinder aufgefordert, bei gleichzeitigem, wechselseitigem rhythmischen Klatschen der Oberarme das kulturunspezifische Lied „Aransamsam“ zu singen. Es handelt sich hierbei um ein Lied, das aus erfundenen Wörtern besteht, die unabhängig von der Muttersprache gesungen werden können. Die durch das Klatschen erfolgende bilaterale Stimulation hilft, die traumatisch bedingte Störung der Synchronisation beider Hirnhemisphären zu überwinden. Sie führt zudem zur Ausschüttung von Oxytocin, was eine beachtliche Stress- und Angstreduktion verursacht. Zusätzlich zur Oxytocinausschüttung wird die Entspannung in dieser Übung dadurch gefördert, dass durch das Benutzen der Stimmbänder der für deren Innervation zuständige N. vagus aktiviert wird und es daher parasympatisch bedingt zur Entspannung kommt. Das Kernelement der Traumatherapie besteht in der Sandspieltherapie. Diese eignet sich für Kinder im Alter von 4 bis 13 Jahren. Vor und nach der Spielphase führt der TraumaHelfer gemeinsam mit dem Kind das Entschleunigte Atmen durch, um für den Einstieg in die Verarbeitung des Traumas bzw. zum Ausstieg aus den traumatischen Erinnerungen maximale Entspannung zu erreichen. Hierbei wird dem Kind eine Sandkiste mit diversen Spielfiguren zur Verfügung gestellt. Es bekommt somit die Möglichkeit, das traumatische Erlebnis in Anwesenheit des TraumaHelfers, der still gegenüber vom Kind sitzt, durch Spielen mit den Figuren zu verarbeiten. Bei diesem Therapieverfahren macht man sich die Tatsache zugute, dass Kinder beim Spielen stets ihre Erfahrungen verarbeiten. Die Sandspieltherapie bietet dem Kind zudem einen taktilen Reiz, das es ihm ermöglicht, das Erlebte besser zu erinnern und zu speichern. Während einer Sandspieltherapiesitzung vermeidet der TraumaHelfer das Spielen mit und den Dialog zum behandelten Kind, da sonst der freie Gedankenlauf des Kindes, der für die Traumaverarbeitung nötig ist, unterbrochen wird. Fängt das Kind an, zu erzählen oder Fragen zu stellen, beantwortet der TraumaHelfer diese kurz und reagiert geringfügig. Er macht keine Notizen, da dies die Zuwendung zum Kind beeinträchtigt. Der TraumaHelfer vermittelt zudem beim Sandspiel mit seiner Körperhaltung, seiner Mimik und seinem Atemrhythmus dem Kind Offenheit, Zuwendung, Ruhe und körperliche Entspannung. Durch bestimmte Neurone, die eine Art virtuelle Figur des Gesehenen abbilden, wird nämlich im Kind eine Imitation des TraumaHelfers induziert. Während der Traumaverarbeitung im Sandspiel erfolgt also gleichzeitig eine vegetative Stabilisierung, das Auftreten von „fight or flight“ bzw. Dissoziation in Zusammenhang mit der Erinnerung an das Trauma wird systematisch abgebaut. Als Alternative zum Sandspiel wird für Jugendliche von 14 bis 21 Jahren die Technik der Lebenslinie durchgeführt. Es handelt sich hierbei um eine sog. narrative Visualisierungstechnik, da der Patient hierbei seine Lebensgeschichte bildhaft darstellt. Der Patient markiert mit Objekten die wichtigsten Erlebnisse seines Lebens entlang eines auf dem Boden gespannten Seils. Positive Erfahrungen werden mit bunten Objekten, negative mit Steinen gekennzeichnet. Alternativ werden die Lebenslinie und die zugehörigen Lebenserfahrungen auf ein Blatt Papier gezeichnet. Nach dieser Visualisierung wird die emotionale Relevanz der ein-

zelen Ereignisse erfasst. Ziel dieser Technik ist es, die Erinnerung an traumatisierende Ereignisse zu fördern, aber ebenso deren Einbettung in das Gesamtleben. In manchen Fällen genügt die Visualisierung alleine schon zur Traumaverarbeitung, in anderen Fällen werden besonders belastende Erfahrungen durch Kombination mit den o.g. Stabilisierungstechniken verarbeitet. Zunächst wird hierbei der Patient aufgefordert, sich an das Trauma zu erinnern. Dann wird ein positives Ereignis seines Lebens implementiert, indem der Patient es aufmalt, daran denkt und sich gleichzeitig durch Klatschen der Oberarme bilateral stimuliert. Anschließend wird der Patient gebeten, erneut an das Trauma zu denken, dieses Ereignis ebenfalls aufzumalen und Auskunft darüber zu geben, wie sehr ihn diese Erinnerung jetzt im Vergleich zu vor der bilateralen Stimulation belastet. Nun führt der Patient diese erneut wie oben ausgeführt bei gleichzeitigem Denken an das Trauma durch. Als therapeutischer Effekt wird hierbei die Reduktion der negativen Körpergefühle erwartet. Handelt es sich um eine schwere Traumatisierung, wird der Patient zusätzlich zum TraumaHelfer auch von einem Psychotherapeuten betreut.

Das TraumaHelfer-Modell: Ablauf einer Therapiesitzung mit Sandspieltherapie

Zu Beginn einer Traumatherapiesitzung gemäß unserem TraumaHelfer – Konzept erfolgt durch das Singen des Liedes „Armsamsam“ die bilaterale Stimulation. Beim Singen werden die diversen Techniken der Stabilisierung (Entschleunigtes Atmen, bilaterale Stimulation, SURE) miteinander integriert. Dadurch wird der Stresspegel reduziert, um im nächsten Schritt die Verarbeitung des Traumas im Sandspiel durchzuführen. Dieses dauert dann etwa 10-15 Minuten. Für jede Gruppe sind zehn Kinder eingeplant und jedes Kind hat eine ihm zugeteilte Sandspielkiste mit Spielmaterial. Daraufhin erfolgt eine kurze Pause, die zehn Kinder treffen sich in der Mitte des Raumes zum Zeichnen einer sog. liegenden Acht. Anschließend werden die Kinder aufgefordert, diese dem TraumaHelfer zu zeigen. Das Zeichnen dieser harmonischen Form soll den gedanklichen Ausstieg aus den traumatischen Erinnerungen erleichtern. Beendet wird die Sitzung mit erneutem Singen des Liedes zur bilateralen Stimulation. Die Gesamtdauer einer Sitzung beträgt etwa eine Stunde. Das langfristige Ziel dieser Therapie ist die dauerhafte Stressreduktion bei den traumatisierten Kindern. Aus reinen Zwecken der Dokumentation des Therapieverlaufs werden – sobald das Kind den Therapieraum nach der Sitzung verlassen hat – Fotos vom Sandspiel gemacht, bevor dieses aufgeräumt wird. Das Trauma gilt als erfolgreich verarbeitet, sobald das Kind im Sandspiel nur noch Szenen des Alltags darstellt. Pro behandeltes Kind muss ein Tagebuch zur Verfügung stehen, in das der TraumaHelfer seine Beobachtungen notiert sowie die Fotos vom Sandspiel einklebt. Aus Gründen der rechtlichen Sicherheit wird der Verlauf einer kompletten Therapiesitzung gefilmt.

7.4.2. Informationsbroschüre für die Eltern: Projektversion in italienischer Sprache

Università di Ratisbona

Dipartimento di Psicosomatica del Policlinico Universitario di Ratisbona

Primario: Prof. Thomas H. Loew

© Ida Montanari, Beate Leinberger, Prof. Thomas H. Loew, 2018:

Progetto Operatori Trauma – Aiuto Volontario Organizzato

Proposta di intervento diagnostico e terapeutico per il trattamento del disturbo post-traumatico da stress (DPTS) nei bambini e negli adolescenti che hanno vissuto gli eventi sismici del 2016-2017 nell' Italia centrale.

Materiale informativo per genitori e tutori

L'obiettivo di questo progetto è offrire un servizio di diagnosi e di terapia del disturbo post-traumatico da stress nei bambini e negli adolescenti dai 4 ai 21 anni tramite la somministrazione di test, l'analisi dei dati acquisiti e l'implementazione di interventi terapeutici basati su tecniche di rilassamento, attività ludiche e psicomotorie.

Chi siamo

Prof. Thomas H. Loew

Sono nato a Norimberga nel 1961 e sono medico specializzato in Psichiatria, Psicosomatica nonché psicoterapeuta. Sono professore ordinario di Psicosomatica e Psicoterapia presso l'Università di Ratisbona e primario del Dipartimento di Psicosomatica del Policlinico Universitario di Ratisbona dal 2001. Inoltre sono primario del Reparto di Psicosomatica dell'Ospedale di Donaustauf, vicino Ratisbona. Ho studiato medicina presso le Università di Firenze, Ulma e Erlanga-Norimberga dal 1982 al 1989 e parlo fluentemente l'italiano. Possiedo inoltre le ulteriori qualifiche di informatico della medicina e psicoanalista. Mi occupo di psicoterapia corporea applicata alla medicina, in particolare delle tecniche di rilassamento funzionale, per le quali sono anche professore incaricato. Dal 2000 al 2004 sono stato vicepresidente della Società Tedesca di Psicoterapia basata sulla psicologia del profondo. Dal 2004 al 2009 sono stato primo presidente della Società Tedesca di Psicosomatica e Psicoterapia medica. Nel 2012 sono stato eletto vicepresidente della Association of European Physicians for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy (AEPM). Nel medesimo anno con l'intento di promuovere il benessere mentale, ho fondato insieme alla pedagoga sociale Beate Leinberger l'associazione GewiSS e.V. Dal 2015 l'associazione ha come principale obiettivo quello di formare cosiddetti "operatori trauma" per assistere bambini e adolescenti traumatizzati fra i migranti.

Beate Leinberger

Sono nata nel 1972 a Pegnitz, in Baviera. Dal 1988 fino al 1993 ho seguito il corso di formazione professionale per educatori, ottenendo nel 1992 il diploma dell' istituto professionale e

nel 1993 l'abilitazione all'esercizio della professione di educatrice. Dal 1994 al 1999 ho studiato pedagogia sociale. Dal 2010 sono collaboratrice del Dipartimento di Psicosomatica dell'Ospedale di Donaustauf e del Policlinico Universitario di Ratisbona. Nel 2014 ho conseguito l'abilitazione come psicoterapeuta dell'infanzia e dell'adolescenza e nello stesso anno ho aperto uno studio privato di psicoterapia in Bassa Baviera. Mi sono perfezionata in terapia del trauma e psicoterapia corporea. Sono membro di presidenza dell'associazione GewiSS e.V. per la promozione della salute psichica nonché dell'associazione di categoria degli psicoterapeuti dell'infanzia e dell'adolescenza. Appartengo inoltre all'ordine degli psicoterapeuti della Baviera. In qualità di psicoterapeuta dell'infanzia e dell'adolescenza abilitata curo pazienti fino al compimento dei ventun'anni. La mia offerta comprende supporto efficace in caso di disturbi psichici e disturbi caratteriali secondo l'ICD-10 (classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali) quali sindrome ansiosa, episodi depressivi, disturbi da stress post-traumatico, sindrome da deficit di attenzione, disturbo dell'attaccamento, mal di scuola e disturbi dell'apprendimento, alterazioni dei comportamenti sociali, disturbi del comportamento alimentare, disturbi ossessivi compulsivi, disordini del movimento, disturbi psicosomatici, supporto psicoterapeutico nel contesto di patologie psichiatriche, terapia comportamentale supportiva dopo abuso di sostanze stupefacenti, crisi psichiche acute, ideazioni suicidarie.

Ida Montanari

Sono nata a Roma nel 1993. Mi sono diplomata alla Scuola Germanica di Roma nel 2012. Grazie ad una borsa di studio del Deutscher Akademischer Austausch Dienst, ho potuto iniziare gli studi di medicina all'Università di Ratisbona. Sin dai tempi del liceo mi sono interessata al supporto pedagogico dei bambini e degli adolescenti ed è nella mia città di nascita che ho iniziato a fare le prime esperienze in questo ambito, prestando servizio di volontariato tramite l'associazione Andrea Tudisco nel Reparto di Neuropsichiatria Infantile del Policlinico Agostino Gemelli nel 2011. Nello stesso anno ho frequentato il corso per liceali "Musica ed Emozioni" offerto dall'organizzazione tedesca Deutsche Schüler Akademie, durante il quale sono stata introdotta alla musicoterapia. Nel contesto dei miei studi universitari, mi interessano particolarmente i disturbi di somatizzazione e la psicoterapia medica applicata ai bambini e agli adolescenti.

L'associazione GewiSS e.V.

La nostra associazione è stata fondata nel 2012 con l'obiettivo di aiutare persone affette da obesità a ripristinare uno stile di vita sano da un punto di vista mentale. Progressivamente abbiamo ampliato la nostra gamma di obiettivi terapeutici e nel 2015 abbiamo deciso di concentrare la maggior parte delle nostre risorse sulla terapia del disturbo da stress post-traumatico nei bambini e negli adolescenti fra i migranti. Un anno dopo per la prima volta abbiamo applicato il nostro cosiddetto concetto degli operatori trauma, da noi sviluppato per l'obiettivo sopra indicato, nel quadro di una catastrofe naturale dopo l'alluvione a Simbach, in Baviera. Dato che il nostro progetto è stato molto ben recepito in entrambi i casi, abbiamo deciso di impegnarci nella terapia del disturbo da stress post-traumatico anche all'estero. Nell'agosto – settembre 2017 abbiamo tenuto il corso di formazione come operatore trauma da noi ideato in India,

presso il Child Guidance Centre. Nell'ottobre – novembre 2017 abbiamo formato operatori trauma in collaborazione con l'Università di An-Najah a Nablus, Palestina, per aiutare sul posto i bambini e gli adolescenti a superare i traumi di guerra. In totale abbiamo formato più di 1500 operatori trauma, di cui 200 in India e 160 in Palestina. Gli operatori trauma da noi formati operano su tutto il territorio nazionale tedesco nonché in Austria. I media di diversi paesi hanno dedicato ampio spazio al nostro lavoro.

Il disturbo da stress post-traumatico (DPTS) – Introduzione

Mentre da un lato il termine „trauma“ viene usato nei paesi occidentali in maniera inflazionistica per descrivere esperienze che comportano un peso maggiore rispetto alle attività quotidiane, d'altro canto, all'opinione pubblica occidentale non è ancora chiaro che veri e propri eventi traumatici possono portare a gravi disturbi psicofisici. In Germania, ad esempio, una vittima su dieci di un evento traumatico come ad esempio una rapina o un incidente stradale svilupperà un disturbo da stress post-traumatico (DPTS) o altre patologie quali depressione, sindrome ansiosa o disturbi alimentari. A questa percentuale di persone interessate si aggiungono le persone che direttamente o indirettamente sono rimaste traumatizzate da esperienze della seconda guerra mondiale vissute personalmente o dai propri familiari, i migranti traumatizzati provenienti da paesi del terzo mondo e dalle zone attualmente coinvolte nei conflitti militari in Medio Oriente e in Africa nonché, in Italia, il numero delle vittime sopravvissute al trauma degli eventi sismici degli ultimi anni e di quelli più recenti del 2016-2017. I traumi causano danni al DNA, i quali possono essere tramandati alle nuove generazioni. Ciò è stato dimostrato da diversi studi epigenetici. Per tutti i motivi sopra indicati dovrebbe esserci maggiore consapevolezza nell'opinione pubblica dell'impatto del trauma psichico e del DPTS.

Il DPTS – Definizione, classificazione, patogenesi e sintomatologia

Viene definito come DPTS un quadro clinico il quale si sviluppa entro sei mesi dopo una minaccia fuori dal comune di dimensione catastrofica. Lo sono ad esempio catastrofi naturali, torture o attentati terroristici. A seconda del tipo di evento traumatico che causa il disturbo, si distinguono “traumi di tipo 1” e “traumi di tipo 2”. Mentre nel caso del “trauma di tipo 1” si tratta di un' unica esperienza traumatica come ad esempio un incidente o una catastrofe naturale, i “traumi di tipo 2” sono esperienze causate dall'uomo, caratterizzate frequentemente da lunga durata o che si ripetono più volte, come ad esempio tortura e abusi sessuali. Vengono perciò anche definite come “man made trauma”. Alcuni esempi di “man made trauma” sono: separazione da persone di riferimento, divorzio conflittuale, mobbing, interventi chirurgici. Spesso si pensa al trauma psichico come ad un problema meramente psicologico. Si tratta però anche di un importante fenomeno biologico ed è proprio su questo aspetto che un'adeguata terapia del trauma deve agire. Per l'instaurarsi del DPTS sono importanti due strutture cerebrali: l'amigdala, il centro di valutazione emotiva degli stimoli sensoriali, e la formazione reticolare, il

centro di controllo delle funzionalità vegetative, per esempio respiro e funzionalità gastrointestinali. Entrambe le strutture sono connesse l'una all'altra, il che è determinante per lo sviluppo del DPTS. Il meccanismo biologico qui di seguito descritto è direttamente riconducibile al mondo animale. Durante un'esperienza traumatica l'amigdala valuta la situazione da un punto di vista emotivo (pericolo sì/no?), dopodiché viene attivato il sistema nervoso simpatico sotto forma di reazioni acute da stress. Si tratta di reazioni a una minaccia che preparano l'organismo a combattere o a fuggire. Tali reazioni avvengono tramite i centri di controllo delle funzionalità vegetative della formazione reticolare ai quali l'amigdala trasmette le informazioni emotive. Ci si trova dunque in uno stato di attivazione e di eccitamento. In alternativa all'attivazione simpatica, nel caso che il soggetto interessato non abbia nessuna delle due possibilità di reagire alla minaccia, il suo corpo si mette nel cosiddetto stato di irrigidimento: vengono liberati gli oppiacei naturali, sostanze le quali riducono ed arrestano l'eccitamento e comportano una perdita di coscienza, affinché non venga percepita l'eventuale morte. Avviene una dissociazione del sistema nervoso centrale dal resto del corpo. Il problema è che i meccanismi di dissociazione o di attivazione simpatica restano attivi anche molto tempo dopo il trauma e possono essere rinforzati tramite i ricordi. Questi ultimi, i cosiddetti flashback, possono essere scaturiti dalla percezione di singoli stimoli, ad esempio un determinato odore o rumore legato all'esperienza traumatica. L'amigdala in questo caso riconosce lo stimolo e lo interpreta in maniera incontrollata come avvenuto durante il trauma. Vengono nuovamente messi in azione i meccanismi di attivazione simpatica o di dissociazione spiegati in precedenza. La terapia del trauma mira quindi ad evitare l'insorgere dell'ipereccitamento vegetativo nonché della dissociazione tramite i ricordi del trauma. Oltre al tipo di trauma hanno un ruolo fondamentale per l'instaurarsi del DPTS e per l'intensità dei fenomeni sopra spiegati, la durata e la frequenza del trauma stesso. Si possono distinguere quattro tipi di trauma:

1. **Monotrauma:** È una traumatizzazione avvenuta una volta nella vita della persona interessata dal DPTS, per esempio irruzione nella propria abitazione o grave malattia.
2. **Multitrauma:** Il paziente ha subito più volte di seguito un monotrauma dello stesso tipo o di tipo diverso.
3. **Trauma sequenziale:** La persona subisce una determinata traumatizzazione, per esempio guerra o mobbing sul posto di lavoro, in modo continuato per un arco di tempo più o meno lungo.
4. **Trauma di legame:** La persona subisce la separazione da una persona di riferimento importante.

I giovani con DPTS causato dagli eventi sismici hanno bisogno di una terapia del trauma protratta nel tempo, dato che i traumi nell'infanzia e nell'adolescenza possono avere gravi conseguenze per l'evoluzione psicologica. Lo sviluppo del DPTS non dipende solo dal tipo di trauma, ma anche dalla personalità, dalla predisposizione genetica e dall'educazione ricevuta. Il livello di elasticità mentale ha un ruolo fondamentale nello sviluppo del DPTS. Per poter fare la diagnosi del DPTS esistono diversi parametri. Decisiva è la presenza dei cosiddetti criteri B: ricordi importunanti, flashback, ossia il rivivere l'evento traumatico, incubi ripetuti e senso di angustia

in situazioni simili al trauma. Il trauma comporta inoltre un disturbo di sincronizzazione dei due emisferi cerebrali, il quale consiste in un'attività neuronale unilateralmente elevata. In aggiunta ai criteri B, il DPTS è caratterizzato dai criteri C: il paziente evita situazioni, luoghi e circostanze simili al trauma. Infine la diagnosi viene stabilita anche tramite i criteri D: disturbi del sonno, attacchi d'ira, difficoltà di concentrazione, ipereccitabilità, paura eccessiva e irritabilità elevata. I criteri B, C e D sono tutti riconducibili all'interazione tra amigdala e formazione reticolare sopra spiegata.

Il DPTS – Sintomatologia specifica dell'infanzia

Eventuali sintomi del DPTS nei bambini sono disturbi di regolazione delle funzionalità vegetative, ad esempio urinazione incontrollata fino all'inizio dell'età adolescenziale e defecazione incontrollata durante la seconda infanzia. Possono manifestarsi la ricerca attiva del rischio e del pericolo come anche comportamenti autolesionisti. I bambini colpiti da una traumatizzazione riferiscono inoltre di avere una capacità ridotta di percepire procedimenti interiori del corpo e soffrono di una tormentosa sensazione di mancanza di prospettiva. Per ridurre la tensione psicofisica, i bambini traumatizzati intraprendono numerose misure di autorassicurazione come ad esempio masturbazione in luoghi non consoni, masticazione dei vestiti come appagamento orale, battere ritmicamente contro oggetti e dondolio. Non sono in grado di perseguire un obiettivo, soffrono per il fatto di essere eccessivamente in pensiero per le persone di riferimento. Sono inoltre affetti da ansia da separazione e da paura di abbandono. Hanno una cattiva opinione di se stessi e si sentono privi di valore, sono malfidati e soffrono di impotenza appresa. Nei confronti delle persone di riferimento mostrano una scarsa capacità di empatia.

Il DPTS – Influssi rafforzativi e correttivi

Il DPTS viene rafforzato da fenomeni biopsicologici i quali si manifestano insieme alla sensazione di trattamento iniquo rispetto a persone dello stesso gruppo di riferimento per età, lavoro, ceto sociale ecc. A causa di un meccanismo biologico ben radicato nel passato evolutivo della specie umana, la sintomatologia del DPTS può essere aggravata da fattori sociali di disugaglianza. Ciò può quindi interessare anche i bambini e gli adolescenti nelle zone colpite dal terremoto. Per un'evoluzione positiva del DPTS ha un ruolo molto importante l'ossitocina, un ormone secreto a seguito del contatto fisico che contribuisce a rafforzare i rapporti interpersonali e che comporta una riduzione dello stress. La secrezione dell'ossitocina in seguito al contatto fisico contribuisce in maniera decisiva alla stabilizzazione emotiva e alla regolazione dello stress. In generale, la dedizione a una persona conduce quest'ultima a stabilizzarsi emotivamente e vegetativamente, mentre invece un'attenzione carente causa un'alterazione emotiva e vegetativa. Per questo nel caso di bambini e adolescenti terremotati che sono stati separati da persone di riferimento, il DPTS peggiora a causa dell'assenza di esse o in caso di isolamento sociale. È importante menzionare l'importanza del contatto fisico e di rapporti empatici per il superamento del trauma in aggiunta alla terapia della sintomatologia del DPTS, dato che in assenza di ciò e nel caso sia

presente un DPTS non curato, l'organismo attinge al cosiddetto sistema neuronale dopaminergico. Idee fisse e/o deliranti possono prendere il sopravvento nella psiche della persona traumatizzata. Tali idee possono in determinate circostanze portare ad azioni violente.

Obiettivi del nostro modello “operatori trauma”

Il nostro modello di terapia è rivolto a bambini ed adolescenti traumatizzati fra i 4 e i 21 anni. Cerca di evitare il peggioramento del DPTS sopra descritto insegnando ai pazienti semplici metodi di autostabilizzazione per ridurre il livello di stress. Avviene una rielaborazione duratura del trauma in quanto si persegue l'obiettivo di interrompere il collegamento fra il ricordo del trauma e le reazioni acute da stress o la dissociazione. Per ottenere ciò è necessario che il paziente si ricordi del trauma.

Organizzazione della traumaterapia secondo il modello operatori trauma

Innanzitutto vengono formati sul posto dalla nostra equipe psicotraumatologica di Ratisbona i cosiddetti “operatori trauma” per la terapia dei pazienti. Può diventare operatore trauma qualsiasi adulto con capacità di ascolto del prossimo in grado di sopportare racconti di eventi traumatizzanti. Preferibilmente dovrebbe trattarsi di persone con esperienza professionale nel campo dell'educazione, della cura o dell'assistenza a minori quali educatori, maestri d'asilo, insegnanti, medici, infermieri e psicologi. Il corso intensivo di formazione per operatore trauma dura due giorni. Ai partecipanti vengono fornite le informazioni di base riguardo alla psicopatologia e ai sintomi del trauma nonché riguardo ai principi di funzionamento dei metodi utilizzati (vedi sotto). Nel contesto della formazione, l'aspirante operatore trauma rielabora inoltre il proprio passato personale per essere sicuro di non essere a sua volta provato da esperienze traumatiche, dato che ciò potrebbe influenzare negativamente il lavoro con altre persone affette da DPTS. Il nostro progetto prevede inoltre l'insegnamento di metodi di autoregolazione per lo stesso operatore trauma, affinché costui possa affrontare con successo il lavoro con il paziente da lui seguito, nonché offerte di supervisione psicologica per l'operatore trauma da parte di psicoterapeuti e tramite appositi moduli di autovalutazione. Finita la formazione, l'operatore trauma segue una volta a settimana per due ore un bambino o un adolescente traumatizzato. La durata totale del progetto terapeutico è nella migliore delle ipotesi di dieci settimane. Dato che un rapporto di fiducia è essenziale per il successo della terapia, il paziente viene seguito sempre dallo stesso operatore trauma. L'assistenza avviene all'interno di un gruppo terapeutico composto da dieci bambini/adolescenti. Per ogni gruppo terapeutico è presente uno psicoterapeuta dell'infanzia o dell'adolescenza oppure uno psichiatra adeguatamente specializzato il quale supervisiona e coordina il lavoro del gruppo a lui assegnato e ne assume la responsabilità legale. Prima dell'inizio sistematico della terapia del trauma, lo psicoterapeuta viene a conoscenza del passato del bambino, inclusi eventi traumatici, mediante un'anamnesi esterna con i genitori o con un'altra persona di riferimento. Sia lo psicoterapeuta che gestisce il gruppo sia gli operatori trauma sono tenuti ad attenersi al segreto professionale durante e dopo il loro lavoro.

Modalità di rilevamento della diagnosi DPTS nei bambini e negli adolescenti e successivo programma terapeutico del progetto operatori trauma per l'Italia centrale

Lo svolgimento del nostro progetto nelle zone colpite dal terremoto dell'Italia centrale avviene in collaborazione con le scuole previa autorizzazione delle dirigenze scolastiche. Onde identificare bambini ed adolescenti affetti da DPTS, il nostro programma prevede che comportamento e caratteristiche attuali di costui vengano documentate mediante appositi moduli di screening dai maestri d'asilo o dagli insegnanti e dai genitori o da chi ne fa le veci. Sui moduli viene inoltre riportato se la persona in questione ha subito eventi traumatici nella propria vita e/o direttamente o indirettamente il terremoto. Le copie FAC SIMILE dei moduli in questione si trovano alla fine di questo opuscolo in allegato. Per ogni modulo è possibile ottenere un determinato punteggio a seconda delle risposte date. Tutti i moduli sono anonimizzati: ad ogni partecipante viene assegnato un codice, il quale è riportato su tutti i moduli utilizzati per la sua valutazione. Questo codice rimane lo stesso per l'intero arco di tempo dell'osservazione ed eventualmente della terapia. Tutti i moduli compilati dai diversi gruppi di persone vengono successivamente raccolti dalle scuole e portati al nostro centro di Ratisbona in Germania. Qui vengono documentati gli arrivi dei moduli nonché i punteggi rispettivamente ottenuti sul cosiddetto modulo di documentazione "Set RETROS" (vedi allegati). In base al punteggio ottenuto si riconosce se il bambino o l'adolescente soffre di DPTS. Dopodiché comunichiamo alle scuole a quali alunni identificati unicamente col codice corrisponde un DPTS causato dall'esperienza del terremoto. In caso di screening positivo in relazione al DPTS, ma negativo riguardo al terremoto, la scuola fornirà autonomamente alla persona interessata il supporto psicologico oppure lo indirizzerà verso strutture terapeutiche idonee a offrire l'assistenza necessaria. Se un bambino/adolescente presenta un DPTS derivante dall'esperienza del sisma, le scuole lo assegneranno in un secondo momento ad un'operatore trauma, che lo seguirà durante la terapia sopra spiegata. Dopo questa prima valutazione, per gli alunni che in base ai criteri sopra indicati sono stati ammessi al progetto terapeutico avviene una seconda valutazione in itinere ed una terza valutazione una volta completato il progetto terapeutico di circa 10 settimane. Anche nel caso della seconda e della terza valutazione viene riportato sul Set RETROS la data di arrivo del modulo e il punteggio ottenuto. È importante sottolineare che solo le persone che osservano il paziente nel contesto dello screening e il gruppo terapeutico (psicoterapeuta responsabile ed operatori trauma) sul posto conoscono il paziente per nome. Essi sono gli unici ad ottenere informazioni su di lui mediante lo screening e mediante le sedute terapeutiche. La nostra équipe di Ratisbona si occupa solo della rilevazione anonima dei dati e di fornire il feedback alle scuole. Le scuole si vincolano nei nostri confronti a non fornire in nessun caso all'équipe di Ratisbona informazioni private non anonimizzate riguardanti i partecipanti e a non mandarle materiali diversi dai moduli di screening da noi previsti per il progetto. L'identità dei bambini/adolescenti aderenti al progetto abbinata ai loro codici anonimi di riferimento devono essere custoditi con cura dal dirigente scolastico (o delegato) separatamente dai moduli già compilati onde evitare l'individuazione dei soggetti partecipanti. A totale tutela della privacy, i moduli compilati non devono essere in alcun modo riprodotti o inviati a terzi. Sia la partecipazione al

primo screening che eventualmente al progetto terapeutico e agli screening successivi avvengono esclusivamente in seguito ad autorizzazione scritta dei genitori del bambino/dell'adolescente o di chi fa le veci.

Il modello operatori trauma – metodi terapeutici

La prima tecnica di rilassamento insegnata è la respirazione lenta controllata. Il paziente respira inspirando per 4 secondi ed espirando per 6 secondi. Un ciclo respiratorio dura dunque 10 secondi, in un minuto si hanno quindi sei respiri. Questo esercizio viene fatto per svariati minuti. La respirazione lenta controllata influisce sul sistema nervoso vegetativo e limita l'impiego delle energie corporee al mantenimento delle funzionalità vitali. Inoltre essa comporta una riduzione dello stress anche nelle persone che si trovano vicino a chi la sta applicando, dato che questa tecnica viene assimilata intuitivamente. Ciò viene da noi sfruttato nella nostra terapia del trauma all'inizio della seduta terapeutica. Un ulteriore semplice metodo di autoregolazione previsto dal nostro modello è SURE, dall'inglese "Short Universal Regulative Exercise". Si tratta di movimenti circolari o oscillatori ritmici, non stancanti, i quali possono essere eseguiti in posizione eretta oppure da seduti. In alternativa ci si può anche dondolare sui piedi o far oscillare la testa avanti e indietro. In questo modo si ottiene un notevole rilassamento già nell'arco di pochi minuti. I bambini utilizzano SURE spontaneamente per autoregolare la tensione; l'utilizzo di questo metodo nel nostro progetto è dunque eccellente per questa fascia di età. È inoltre scientificamente dimostrato che i movimenti SURE portano l'organismo ad uno stato di rilassamento il quale è responsabile al 90% del controllo positivo delle proprie performances. Per questo tale metodo viene applicato da numerosi atleti prima delle proprie prestazioni sportive e da politici prima di discorsi importanti. SURE contribuisce inoltre al cessare di stati dissociativi. Nel contesto della terapia del trauma, SURE viene utilizzato in combinazione con la cosiddetta stimolazione bilaterale: si tratta di battere in maniera alternata sulle proprie estremità corporee, per esempio le braccia per attivare a turno entrambi gli emisferi cerebrali. Nel nostro progetto, essa viene combinata con i movimenti SURE nel contesto di attività fisicomusicali. Ai bambini viene fatta cantare la canzone culturalmente non specifica "Aramsamsam" e viene detto loro di battere a turno sulle braccia. Si tratta di una canzone composta da parole inventate che può essere cantata facilmente a prescindere dalla lingua madre. La stimolazione bilaterale che avviene tramite i movimenti ritmici sulle braccia aiuta a superare il disturbo di sincronizzazione dei due emisferi cerebrali. Inoltre questi movimenti provocano la secrezione di ossitocina che a sua volta induce una riduzione dello stress e della paura notevole. Il rilassamento viene inoltre supportato dall'attivazione del sistema parasimpatico mediante il nervo vago, il quale innerva le corde vocali. L'elemento chiave della nostra traumaterapia consiste nella Sandplay Therapy. Essa è idonea per bambini dai 4 ai 13 anni. Prima e dopo la Sandplay Therapy l'operatore trauma svolge insieme al bambino la respirazione lenta controllata per ottenere il massimo rilassamento prima dell'inizio della rielaborazione del trauma e per facilitare l'uscita dai ricordi traumatici alla fine della seduta. Nella Sandplay Therapy al bambino viene

fornita una sabbiera con diversi pezzi da gioco. Egli ottiene dunque la possibilità di rielaborare gli eventi traumatici mediante i pezzi da gioco in presenza dell'operatore trauma, il quale sta seduto in silenzio di fronte a lui. In questa terapia si sfrutta il fatto che i bambini quando giocano rielaborano sempre le proprie esperienze. La Sandplay Therapy fornisce inoltre ai bambini uno stimolo tattile che li aiuta a ricordare e a memorizzare le proprie esperienze. Durante una seduta di Sandplay Therapy l'operatore trauma evita il gioco e il dialogo con il bambino, dato che ciò interromperebbe la libera associazione di idee necessaria per rielaborare gli eventi traumatici. Qualora il bambino inizi a raccontare qualcosa o a fare domande di sua sponte, l'operatore risponde brevemente e reagisce poco. L'operatore trauma non prende appunti durante la seduta, dato che ciò comprometterebbe la dedizione affettiva nei confronti del bambino. Egli deve trasmettergli con la propria postura, la propria mimica e il ritmo del proprio respiro una sensazione di apertura, dedizione e rilassamento fisico. Il bambino viene infatti indotto a imitare l'operatore trauma mediante determinate cellule neuronali le quali creano una sorta di figura virtuale di ciò che il bambino ha di fronte. Avviene quindi una stabilizzazione vegetativa simultaneamente alla rielaborazione del trauma; il manifestarsi di reazioni acute da stress o di dissociazione nel contesto del ricordo delle proprie esperienze viene così sistematicamente smantellato. L'alternativa alla Sandplay Therapy per adolescenti dai 14 ai 21 anni è la tecnica della linea della vita. Si tratta di una cosiddetta tecnica narrativa di visualizzazione, dato che il paziente mostra il proprio passato attraverso dei simboli. Egli deve contrassegnare lungo una fune tesa sul pavimento gli eventi più importanti della propria vita mediante degli oggetti. Le esperienze positive vengono rappresentate con degli oggetti colorati, quelle negative con dei sassi. In alternativa la linea della vita e le corrispettive esperienze vengono disegnati su di un foglio di carta. Dopo questa visualizzazione viene rilevata l'importanza emotiva dei singoli eventi. L'obiettivo di questa tecnica è supportare il ricordo di esperienze traumatiche, ma anche il loro collocamento nel quadro complessivo della vita. In alcuni casi è già sufficiente la visualizzazione del passato per rielaborare il trauma; in altri casi le esperienze traumatiche vengono rielaborate in combinazione con le tecniche di autoregolazione sopra spiegate. Innanzitutto viene chiesto al paziente di ricordarsi del trauma. Dopodiché egli implementa una vicenda positiva della sua vita disegnandola su di un foglio di carta, pensando ad essa e battendo allo stesso tempo alternativamente sulle braccia. Successivamente, il paziente viene pregato di pensare di nuovo alla vicenda traumatica, di disegnare anche essa e di dire quanto trova pesante il ricordo ora rispetto a prima della stimolazione bilaterale. A questo punto della terapia, il paziente la pratica nel modo sopra descritto pensando contemporaneamente alla vicenda traumatica. Come effetto terapeutico ci si aspetta una riduzione delle sensazioni fisiche negative. Se si tratta di un trauma grave, il paziente viene seguito in aggiunta all'operatore trauma da uno psicoterapeuta.

Il modello operatori trauma: svolgimento di una seduta terapeutica con Sandplay Therapy

All'inizio di una seduta terapeutica secondo il nostro modello, avviene la stimolazione bilaterale cantando la canzone "Aramsamsam". Durante il canto vengono intergrate tra di loro le varie

tecniche di stabilizzazione (respirazione lenta controllata, stimolazione bilaterale, SURE). In questo modo viene ridotto il livello di stress, per eseguire durante la fase successiva la rielaborazione del trauma mediante la Sandplay Therapy. Questa dura circa 10-15 minuti. Per ogni gruppo sono previsti dieci bambini e a ciascun bambino viene assegnata una sabbiera con figure da gioco. Dopo la Sandplay Therapy c'è un breve intervallo, i dieci bambini si radunano al centro della stanza per disegnare ognuno su di un foglio di carta un cosiddetto "otto sdraiato". Dopodiché essi fanno vedere all'operatore trauma il proprio disegno. Disegnare questa forma armonica serve a supportare il distacco dalle esperienze appena rielaborate. La seduta si conclude nuovamente con il canto della canzone per la stimolazione bilaterale. La durata complessiva di una seduta è di circa un'ora. L'obiettivo a lungo termine di questa terapia è la riduzione permanente del livello di stress nei pazienti. A scopo meramente documentativo del decorso della terapia vengono fatte delle foto delle scene costruite dal bambino nella Sandplay Therapy, non appena egli ha lasciato la stanza una volta finita la seduta. Il trauma viene considerato superato con successo non appena il bambino mostra nella Sandplay Therapy solo scene di vita quotidiana. Per ogni bambino curato deve essere disponibile un diario, nel quale l'operatore trauma scrive le proprie osservazioni ed incolla le foto della Sandplay Therapy. Per motivi di sicurezza legale viene fatto un filmato dell'intera seduta terapeutica.

7.5. Kurzfassungen Informationsbroschüren für die Eltern

7.5.1. Kurzfassung Informationsbroschüre für die Eltern: Fassung in deutscher Sprache

Universität Regensburg

Abteilung für Psychosomatische Medizin des Universitätsklinikums Regensburg

Chefarzt: Prof. Thomas H. Loew

© Ida Montanari, Beate Leinberger, Prof. Thomas H. Loew, 2018:

TraumaHelfer Projekt – freiwillige organisierte Unterstützung

Diagnostischer und therapeutischer Plan zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen unter den Opfern der Erdbebenserie von 2016-2017 in Mittelitalien.

Informationsmaterial für Eltern und Erziehungsberechtigte

Dieses Projekt bietet ein Angebot der Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 21 Jahren mittels Screening Fragebögen, der Analyse der erhobenen Daten und der Implementierung körperorientierter Therapiemethoden sowie Spieltherapie.

Wer wir sind

Prof. Thomas H. Loew

Ich wurde 1961 in Nürnberg geboren und bin Facharzt für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeut. Seit 2001 bin ich planmäßiger Professor für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Universität Regensburg und Chefarzt der dortigen psychosomatischen Abteilung. Außerdem bin ich Chefarzt der psychosomatischen Station der Klinik Donaustauf in der Nähe von Regensburg. Ich habe von 1982 bis 1989 Medizin an den Universitäten Florenz, Ulm und Erlangen-Nürnberg studiert und spreche fließend Italienisch. Ich besitze ferner die Zusatzbezeichnungen Medizininformatik und Psychoanalyse. Ich beschäftige mich mit den körperorientierten Methoden in der Medizin, insbesondere mit der Funktionellen Entspannung. Hierfür bin ich auch Lehrbeauftragter in der Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung. Ich war von 2000 bis 2004 Vizepräsident der Deutschen Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Ich war von 2004 bis 2009 1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie. 2012 wurde ich zum Vizepräsidenten der Gesellschaft Europäischer Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gewählt. Im gleichen Jahr gründete ich zusammen mit Dipl. Sozialpädagogin Beate Leinberger den Verein GewiSS e.V. zur Förderung der psychischen Gesundheit, der seit 2015 insbesondere das Ziel der Ausbildung von sog. TraumaHelfern für traumatisierte Flüchtlingskinder und –jüngliche in Regensburg verfolgt.

Beate Leinberger

Ich wurde 1972 in Pegnitz, Oberfranken, geboren. Von 1988-1993 absolvierte ich die Ausbildung zur staatlich geprüften Erzieherin. 1992 erwarb ich das Fachabitur. Danach studierte ich von 1994-1999 Diplom-Sozialpädagogik. Seit 2010 bin ich Mitarbeiterin der Abteilung für Psychosomatik der Klinik Donaustauf und des Universitätsklinikums Regensburg. 2014 erhielt ich die Approbation zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und habe mich im selben Jahr in Niederbayern in eigener Praxis niedergelassen. Ich habe mich in Traumatherapie und Körperpsychotherapie weitergebildet. Ich bin Vorstandsmitglied des Vereins GewiSS e.V. zur Förderung psychischer Gesundheit sowie des bkj-Berufsverbandes der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. Außerdem bin ich Ausschussmitglied der angestellten PsychotherapeutInnen der Psychotherapeutenkammer Bayern. Ich behandle als approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Patientinnen und Patienten bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Mein Angebot umfasst effektive Unterstützung bei psychischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten nach ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen), wie zum Beispiel: Angststörungen, Depressive Episoden, Traumafolgestörungen, ADHS/ADS, Bindungsstörungen, Schulangst/Schulverweigerung/ Lernstörungen, Störungen im Sozialverhalten, Essstörungen, Zwangsstörungen, Psychosomatische Störungen, Psychotherapeutische Unterstützung bei psychiatrischen Erkrankungen, Verhaltenstherapeutische Unterstützung nach Suchtmittelmissbrauch, akute psychische Krisen, Suizidalität.

Ida Montanari

Ich wurde 1993 in Rom geboren. Ich habe 2012 das Abitur an der Deutschen Schule Rom erworben. Dank eines DAAD Stipendiums konnte ich das Medizinstudium an der Universität Regensburg beginnen. Seit meiner Gymnasialzeit interessiere ich mich für die pädagogische Unterstützung von Kindern und Jugendlichen und habe 2011 in meiner Heimatstadt die ersten Erfahrungen in diesem Bereich im Rahmen eines Sozialdienstes mit dem Verein Andrea Tundo auf der Station für pädiatrische Neuropsychiatrie des Universitätskrankenhauses Agostino Gemelli gemacht. Im gleichen Jahr habe ich den Kurs Musik und Emotion für Schüler der Oberstufe, welcher von der Deutsche SchülerAkademie angeboten wurde, besucht. Dieser Kurs brachte mich der Musiktherapie näher. Im Rahmen meines Studiums interessiere ich mich besonders für somatoforme Störungen und für ärztliche Psychotherapie, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen.

Geschichte des Vereins GewiSS e.V.

Unser Verein wurde 2012 mit dem Ziel gegründet, Übergewichtigen bei der Wiederherstellung eines gesunden Lebensstils unter dem psychischen Gesichtspunkt zu helfen. Nach und nach erweiterten wir unser Spektrum an Therapiezielen und beschlossen 2015 im Kontext der Flüchtlingskrise, den Hauptteil der Ressourcen unseres Vereins auf die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu lenken. 2016 wen-

deten wir unser sog. TraumaHelfer Konzept, das wir zum o.g. Zweck entworfen hatten, erstmalig bei Opfern einer Naturkatastrophe, nämlich beim Hochwasser in Simbach, an. Da unser Projekt in beiden Fällen auf sehr positive Resonanz stieß, beschlossen wir, auch im Ausland zur Behandlung von Traumafolgestörungen aktiv zu werden. Im August – September 2017 führten wir das von uns entworfene Modell der Ausbildung zum TraumaHelfer in Indien an dem Child Guidance Centre durch. Im Oktober – November 2017 bildeten wir in Zusammenarbeit mit der An-Najah Universität in Nablus, Palästina, dort TraumaHelfer aus, um den durch Kriegsereignissen traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu helfen. Insgesamt haben wir bisher über 1500 TraumaHelfer ausbilden können, davon 200 in Indien und 160 in Palästina. Von uns ausgebildete TraumaHelfer sind auf dem gesamten Bundesgebiet von Flensburg bis Rosenheim tätig sowie in Österreich. Über unsere Arbeit wurde intensiv in den Medien diverser Länder berichtet, insbesondere vom Bayerischen Rundfunk und von Al Jazeera. Über unser Projekt ist 2016 ein Beitrag im Deutschen Ärzteblatt erschienen.

PTBS – Einführung

Während zum einen der Traumabegriff in unserem Kulturkreis inflationär verwendet wird, um Ereignisse zu beschreiben, die eine aus dem Alltag heraus unbekannt Belastung mit sich bringen, ist in breiten Teilen der Öffentlichkeit westlicher Industriestaaten noch nicht klar, dass Traumatisierung zu gravierenden psychophysischen Erscheinungen bei Betroffenen führen kann. Statistisch gesehen wird z.B. in Deutschland jedes zehnte Opfer einer traumatischen Erfahrung wie etwa eines Einbruchs oder eines Verkehrsunfalls eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder andere Krankheitsbilder wie Depression, Angst- oder Essstörungen entwickeln. Hinzu kommt der Anteil der von direkten und indirekten Kriegstraumata betroffenen Menschen, der Einwanderer aus Kriegsgebieten im mittleren Orient und aus Afrika sowie im Falle Italiens der Erdbebenopfer der letzten Jahre und aktuell von 2016 bis 2017. Traumatisierung verursacht Schäden am Erbgut, welche an die nachfolgenden Generationen weitervererbt werden können. Dies wurde durch diverse epigenetische Studien belegt. Aus allen oben genannten Gründen sollte es ein stärkeres Bewusstsein für Trauma und PTBS in der Öffentlichkeit geben.

PTBS – Definition, Pathogenese und Symptomatik

Als PTBS bezeichnet man ein psychisches Krankheitsbild, welches innerhalb von sechs Monaten nach einer außergewöhnlichen Bedrohung von katastrophentypischem Ausmaß, z.B. Naturkatastrophe, Folter oder Terroranschlag, entsteht. Man unterscheidet Traumata, die sich einmalig im Leben eines Betroffenen ereignen, z.B. schwere Krankheit, von solchen, die über eine längere Zeitspanne stattfinden. Dazu gehören beispielsweise Erdbebenserien. Oftmals wird Trauma als ein rein psychologisches Problem verstanden. Es stellt jedoch auch ein relevantes biologisches Problem dar und genau hier soll adäquate Traumatherapie ansetzen. Für die Entstehung der PTBS sind zwei zerebrale Strukturen von Bedeutung: die Amygdala, das Zentrum emotionaler Bewertung, und die Formatio reticularis, das Steuerungszentrum vegetativer Körperfunktionen wie z.B.

Atmung und Darmmotorik. Beide Strukturen sind miteinander verschaltet, was entscheidend für die Entwicklung der PTBS ist. Der entsprechende biologische Mechanismus ist direkt auf die Tierwelt zurückzuführen. Während eines traumatischen Erlebens erfolgt durch die Amygdala eine emotionale Bewertung der Situation (Gefahr ja/nein?). Daraufhin kommt es zur sympathischen Aktivierung des Organismus in Form von sog. Kampf oder Flucht – Reaktionen. Diese ereignen sich über die vegetativen Steuerungszentren in der *Formatio reticularis*, denen die Amygdala die emotionale Bewertung zusendet. Der Organismus wird somit in einen Zustand der Aktivierung und der Erregung versetzt, damit er darauf vorbereitet ist zu kämpfen oder zu fliehen. Alternativ zur sympathischen Aktivierung kann – im Falle, dass keine der beiden Möglichkeiten gegeben ist, auf die Bedrohung des Traumas zu reagieren – sich der Organismus in den sog. Zustand der Erstarrung versetzen. Natürliche Opioide, Substanzen, die die Erregung runterfahren und das Bewusstsein trüben, werden freigesetzt, damit der Tod nicht bewusst wahrgenommen wird. Es erfolgt eine Dissoziation des ZNS vom Rest des Körpers. Problematisch hierbei ist, dass Dissoziation bzw. sympathische Aktivierung auch lange nach einem Trauma bestehen bleibt und durch Erinnerung an das Trauma verstärkt werden kann. Erinnerungen, sog. Flashbacks, können durch Wahrnehmung einzelner Reize, z.B. eines bestimmten Geruchs oder Geräusches, die in Zusammenhang mit der Traumatisierung stehen, ausgelöst werden. In diesem Fall erfolgt nämlich durch die Amygdala eine Wiedererkennung des Reizes sowie eine unkontrollierte emotionale Bewertung desselben wie zum Zeitpunkt des Traumas. Es werden erneut die oben erläuterten Mechanismen der sympathischen Aktivierung oder der Dissoziation ausgelöst. Der Traumatherapie muss es folglich gelingen, die Auslösung vegetativer Überaktivierung sowie von Dissoziation durch Erinnerung an das Trauma zu vermeiden. Vom Erdbeben betroffene Kinder und Jugendliche bedürfen einer längerfristigen traumatherapeutischen Behandlung, da Traumata in Kindheit und Jugend entwicklungspsychologisch gravierend sind. Die Entstehung einer PTBS ist nicht nur von der Art des traumatischen Erlebnisses, sondern auch von Persönlichkeit, genetischer Prädisposition und Erziehung abhängig. Um die Diagnose einer PTBS stellen zu können, gibt es diverse Parameter. Entscheidend ist das Vorhandensein sog. B-Kriterien: sich aufdrängende Erinnerungen, wiedererleben des Ereignisses, sog. Flashbacks, sich wiederholende Alpträume sowie innere Bedrängnis bei traumaähnlichen Situationen. Trauma führt ferner zu einer Störung der Hemisphärensynchronisation, die eine einseitig höhere neuronale Aktivität verursacht. Zusätzlich zu den B-Kriterien wird die PTBS durch die C-Kriterien beschrieben: Vermeidung traumaähnlicher Situationen, Orte und Umstände. Nicht zuletzt wird die PTBS auch anhand der D-Kriterien diagnostiziert: Schlafstörungen, Wutausbrüche, Konzentrationsstörungen, Übererregbarkeit, erhöhte Schreckhaftigkeit sowie Reizbarkeit. B-, C- und D- Kriterien lassen sich alle auf das zuvor beschriebene Zusammenspiel zwischen Amygdala und *Formatio reticularis* zurückführen.

PTBS – Kinderspezifische Symptomatik

Mögliche Anzeichen für das Vorliegen einer PTBS bei Kindern sind Regulationsstörungen von Körperfunktionen, z.B. Einnässen bis ins Jugendalter und Einkoten im Grundschulalter.

Sensation und Danger Seeking können auftreten wie auch selbstverletzerisches Verhalten. Von Traumatisierung betroffene Kinder beklagen zudem eine verringerte Fähigkeit, innere körperliche Vorgänge wahrzunehmen und leiden unter einem quälenden Gefühl der Perspektivlosigkeit. Um die psychophysische Anspannung zu reduzieren, unternehmen traumatisierte Kinder zahlreiche Selbstberuhigungsmaßnahmen wie Selbstbefriedigung an ungeeigneten Orten, das Kauen von Kleidung als orale Befriedigung, rhythmisches Schlagen an Gegenständen sowie Schaukelbewegungen. Traumatisierte Kinder sind unfähig, ein Ziel anzustreben und leiden unter einer übermäßigen Angst um Bezugspersonen, ebenfalls unter Trennungs- und Verlassenheitsängsten. Sie zeichnen sich durch ein negatives Selbstbild sowie durch das Gefühl der Wertlosigkeit aus, sind misstrauisch und leiden unter erlernter Hilflosigkeit. Gegenüber Bezugspersonen zeigen sie mangelndes Empathieempfinden.

PTBS – Verstärkende und verbessernde Einflüsse

Verstärkt wird die PTBS durch biopsychologische Begleitphänomene, die im Zusammenspiel mit dem Gefühl der ungerechten Behandlung im Vergleich zu Menschen aus der gleichen Bezugsgruppe auftreten. Wegen eines evolutionsbiologisch fest verankerten Mechanismus der Reaktion auf ungleiche Behandlung, kann die PTBS-Symptomatik daher auch bei Kindern und Jugendlichen unter den Erdbebenopfern verstärkt werden. Für die Verbesserung der PTBS spielt das Bindungshormon Oxytocin eine wichtige Rolle. Es wird infolge von Körperkontakt ausgeschüttet und trägt zur Festigung von Beziehungen sowie zur Stressreduktion bei. Die Ausschüttung von Oxytocin infolge von Körperkontakt trägt wesentlich zur Stabilisierung und zur Stressregulation bei. Im Allgemeinen führt Zuwendung zu einer emotionalen und vegetativen Stabilisierung, Mangel an Zuwendung entsprechend zum Gegenteil. Daher wird bei Kindern und Jugendlichen unter den Erdbebenopfern, die durch das Erdbeben von Bezugspersonen getrennt worden sind, die PTBS durch die fehlende Zuwendung oder im Falle sozialer Isolation verstärkt. Es ist wichtig, die Bedeutung körperlicher Bindungen und empathischer Beziehungen für die Überwindung des Traumas neben der therapeutischen Behandlung der PTBS-Symptomatik zu erwähnen, da bei Abwesenheit dieser Merkmale und unbehandelter PTBS der menschliche Organismus zur Traumabewältigung auf die Aktivierung des sog. dopaminergen Systems zurückgreift. Wahnideen und -vorstellungen können in der Psyche eines Traumatisierten übermächtig werden. Derartige Wahnideen können unter Umständen zu Gewalttaten führen.

Ziele unseres TraumaHelfer-Modells

Unser TraumaHelfer Projekt richtet sich an traumatisierte Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 21 Jahren. Es versucht, eine derartige Verschlechterung der PTBS bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu vermeiden, indem es Betroffenen einfache Methoden zur Selbststabilisierung beibringt, um ihren Stresspegel zu reduzieren. Es erfolgt eine nachhaltige Verarbeitung des Traumas, indem versucht wird, die Kopplung von Erinnerung an das Trauma und

„fight or flight“- bzw. Dissoziationsreaktionen zu durchbrechen. Zu diesem Zweck ist es unabdingbar, dass sich der Patient an das Trauma erinnert.

Organisation der Traumatherapie gemäß dem TraumaHelfer-Modell

Zunächst werden vor Ort durch unser Regensburger Traumateam sog. TraumaHelfer für die Behandlung der Patienten geschult. Jede(r) Erwachsene, der in der Lage ist, Menschen zuzuhören und Erzählungen schwerer Schicksalsschläge zu ertragen, kann zum TraumaHelfer ausgebildet werden. Idealerweise sollte es sich um Personen handeln, die berufsbedingt Erfahrung im Umgang mit Kindern und Jugendlichen haben, z.B. Erzieher, Lehrer, Krankenpfleger, Ärzte und Psychologen. In der zweitägigen Ausbildung zum TraumaHelfer erwerben Teilnehmer das nötige Grundlagenwissen über die Psychopathologie und die Symptome von Traumatisierung sowie über die Wirkprinzipien der angewendeten Therapiemethoden (s.u.). Im Rahmen der Ausbildung arbeitet der angehende TraumaHelfer zudem die eigene Vorgeschichte auf, um sicherzugehen, dass er nicht durch eigene traumatische Erfahrungen bewusst oder unbewusst derart belastet ist, dass dies den Umgang mit anderen Traumatisierten negativ beeinflussen könnte. Unsere Schulung sieht ferner die Vermittlung von Methoden der Selbststabilisierung für den TraumaHelfer selbst vor, damit dieser den Umgang mit Traumatisierten meistern kann sowie Angebote zur Supervision des TraumaHelfers durch Psychotherapeuten und durch spezielle Selbstbeurteilungsbögen. Ein ausgebildeter TraumaHelfer betreut anschließend einmal die Woche für zwei Stunden ein traumatisiertes Kind oder einen traumatisierten Jugendlichen. Die Gesamtdauer des Therapieprogramms beträgt idealerweise 10 Wochen. Da eine vertrauensvolle Beziehung für den Erfolg der Therapie maßgeblich ist, wird das Kind stets vom gleichen TraumaHelfer betreut. Eine Behandlungsgruppe besteht aus 10 Kindern. Pro Behandlungsgruppe übernimmt ein Kinder- bzw. Jugendpsychotherapeut oder ein Psychiater mit entsprechendem Schwerpunkt formaljuristisch die Verantwortung. Dieser beaufsichtigt und koordiniert die Arbeit in der ihm zugeteilten Gruppe. Vor Beginn der systematischen Traumabehandlung erfährt er in einer zweistündigen Fremdanamnese mit den Eltern oder mit einer anderen Bezugsperson des Kindes bzw. des Jugendlichen dessen Geschichte einschließlich traumatischer Ereignisse. Sowohl der betreuende Psychotherapeut als auch die TraumaHelfer unterliegen bei und nach ihrer Arbeit der gesetzlichen Schweigepflicht.

Erhebung des Befundes PTBS bei Kindern und Jugendlichen und weiteres Therapieprojekt im TraumaHelfer Projekt für Mittelitalien

Die Durchführung unseres Projektes in den Erdbebengebieten in Mittelitalien erfolgt auf der Grundlage der Zusammenarbeit mit den Schulen, soweit deren Schulleitungen unser Projekt genehmigen. Um von PTBS betroffene Kinder und Jugendliche zu identifizieren, sieht unser Programm vor, dass deren Verhalten und Eigenschaften durch spezielle Screening Fragebögen von den Lehrern, von den Betreuern des Nachmittagsprogramms in den Schulen und von den

Eltern bzw. Erziehungsberechtigten festgehalten wird. Auf den Bögen wird ebenfalls angegeben, ob die jeweilige Person traumatische Erfahrungen im eigenen Leben gehabt hat und/oder das Erdbeben erlebt hat. FAC SIMILE Exemplare dieser Bögen befinden sich hinten im Anhang. Aus der Beobachtung durch den Bogen wird letztlich eine bestimmte Punktzahl berechnet. Alle Bögen sind selbstverständlich anonymisiert, d.h. jedes Kind bzw. jeder Jugendliche bekommt einen Code zugeteilt, der auf allen angewendeten Bögen steht, die für seine Beurteilung vorgesehen sind. Dieser Code bleibt derselbe für die gesamte Dauer der Beobachtung und eventuell der Therapie. Alle Bögen von den verschiedenen Personengruppen werden dann von den Schulen eingesammelt und zu unserem Zentrum in Regensburg gebracht. Hier werden von uns die Ankunft der Bögen sowie die erreichten Punktzahlen in den jeweiligen Bögen auf dem sogenannten Set-Dokumentationsbogen (siehe Anlage) festgehalten. Anhand der erreichten Punktzahl lässt sich erkennen, ob das Kind bzw. der Jugendliche eine PTBS aufweist. Wir informieren anschließend die Schulen darüber, welchem Code eine PTBS entspricht und ob das Erleben des Erdbebens vorliegt. Sollte das Screening ergeben, dass die beurteilte Person Symptome einer PTBS aufweist, jedoch das Erdbeben nicht erlebt hat, wird die Schule dem Betroffenen eigenständig psychologische Beratung anbieten oder ihn an entsprechende Stellen weitervermitteln. Liegt eine PTBS sowie die Erfahrung des Erdbebens bei einem Kind/Jugendlichen vor, wird dieser zu einem späteren Zeitpunkt (siehe Timeline des Projektes) von den Schulen einem TraumaHelfer zugewiesen, der das Kind in der o.g. Behandlung betreut. Nach dieser ersten Bewertung erfolgen für Kinder und Jugendliche, die in das Behandlungsprojekt aufgenommen worden sind, eine zweite Bewertung während und eine dritte Bewertung nach Ablauf des Therapieprojekts (Dauer etwa 10 Wochen) sowie die Dokumentation auf dem Set Bogen exakt nach dem oben beschriebenen Weg. Wichtig ist es zu wissen, dass nur die beobachtenden Personen im Screening sowie die Behandlungsgruppe (betreuender Psychotherapeut und TraumaHelfer) vor Ort den Patienten namentlich kennen und durch Screening und Therapiesitzungen Informationen über ihn erhalten. Unser Team in Regensburg kümmert sich lediglich um die anonyme Datenerhebung und um die Rückmeldungen an die Schulen. Die Schulen verpflichten sich uns gegenüber, in keinsten Weise private Informationen ohne Anonymisierung über die Teilnehmer oder von den vorgesehenen Screening Fragebögen abweichende Materialien zu uns nach Regensburg zu senden. Die Identität der Kinder und Jugendlichen gekoppelt mit ihren anonymen Bezugs-codes müssen durch den Schulleiter oder durch einen stellvertretenden Bevollmächtigten sorgfältig von den bereits ausgefüllten Bögen getrennt aufbewahrt werden, damit keine Rückverfolgung der teilnehmenden Personen möglich ist. Zum vollständigen Datenschutz dürfen die ausgefüllten Bögen auf keinerlei Weise vervielfältigt oder dritten Personen weitergeleitet werden. Sowohl die Teilnahme am ersten Screening als auch eventuell die Teilnahme am Therapieprojekt und an den weiteren Screenings erfolgt nur auf der Grundlage der schriftlichen Genehmigung durch die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten.

Das TraumaHelfer-Modell: Therapiemethoden

Die erste Methode zur Vermittlung von Entspannung ist das Entschleunigte Atmen. Der Patient atmet hierbei 4s lang ein und 6s lang aus. Ein kompletter Atemzyklus dauert folglich 10s, was sechs Atemzüge pro Minute bedeutet. Die Übung wird mehrere Minuten lang durchgeführt. Das Entschleunigte Atmen beeinflusst das vegetative Nervensystem und beschränkt die Energieressourcen des Organismus auf die lebenswichtigen Funktionen. Ferner führt das Entschleunigte Atmen zu einer Stressreduktion auch bei Personen, die sich in der Nähe des Anwenders befinden, da diese die Atemtechnik intuitiv übernehmen. Dies machen wir uns in der Therapie des TraumaHelfer Modells zum Einstieg in die Therapiestunde zugute. Eine weitere einfache, im TraumaHelfer-Konzept enthaltene Methode zur Selbststabilisierung ist SURE („Short Universal Regulative Exercise“). Es handelt sich hierbei um rhythmische, nicht anstrengende, kreisende oder wiegende Schaukelbewegungen, die sowohl im Stehen als auch im Sitzen durchgeführt werden können. Eventuell können auch der Kopf oder die Fußballen hin-und hergewippt werden. Auf diese Art wird gleich innerhalb weniger Minuten Entspannung erreicht. Kinder wenden SURE automatisch zur Selbstregulation an, die Förderung dieser Methode im TraumaHelfer-Konzept ist folglich hervorragend auf diese Behandlungsgruppe abgestimmt. Es ist zudem wissenschaftlich belegt, dass SURE – Bewegungen den Organismus in einen Entspannungszustand versetzen, der zu etwa 90% zu einer positiven Leistungssteuerung beiträgt. Deshalb wird die Methode z.B. von zahlreichen Sportlern vor ihren Performances und von Politikern vor wichtigen Reden angewendet. SURE trägt ferner zur Beendigung dissoziativer Zustände bei. Im Kontext der Traumatherapie wird SURE in Kombination mit der sog. bilateralen Stimulation angewendet. Bilaterale Stimulation bedeutet, dass durch alternierende Berührungen der eigenen Extremitäten, z.B. beim Klatschen auf den Oberarmen, beide Gehirnhälften abwechselnd stimuliert werden. Das TraumaHelfer – Konzept kombiniert die Technik der bilateralen Stimulation mit musikalischer Betätigung. So werden die Kinder aufgefordert, bei gleichzeitigem, wechselseitigem rhythmischen Klatschen der Oberarme das kulturunspezifische Lied „Aramsamsam“ zu singen. Es handelt sich hierbei um ein Lied, das aus erfundenen Wörtern besteht, die unabhängig von der Muttersprache gesungen werden können. Die durch das Klatschen erfolgende bilaterale Stimulation hilft, die traumatisch bedingte Störung der Synchronisation beider Hirnhemisphären zu überwinden. Sie führt zudem zur Ausschüttung von Oxytocin, was eine beachtliche Stress- und Angstreduktion verursacht. Zusätzlich zur Oxytocinausschüttung wird die Entspannung in dieser Übung dadurch gefördert, dass durch das Benutzen der Stimmbänder der für deren Innervation zuständige N. vagus aktiviert wird und es daher parasympatisch bedingt zur Entspannung kommt. Das Kernelement der Traumatherapie besteht in der Sandspieltherapie. Diese eignet sich für Kinder im Alter von 4 bis 13 Jahren. Vor und nach der Spielphase führt der TraumaHelfer gemeinsam mit dem Kind das Entschleunigte Atmen durch, um für den Einstieg in die Verarbeitung des Traumas bzw. zum Ausstieg aus den traumatischen Erinnerungen maximale Entspannung zu erreichen. Hierbei wird dem Kind eine Sandkiste mit diversen Spielfiguren zur Verfügung gestellt. Es bekommt somit die Möglichkeit,

das traumatische Erlebnis in Anwesenheit des TraumaHelfers, der still gegenüber vom Kind sitzt, durch Spielen mit den Figuren zu verarbeiten. Bei diesem Therapieverfahren macht man sich die Tatsache zugute, dass Kinder beim Spielen stets ihre Erfahrungen verarbeiten. Die Sandspieltherapie bietet dem Kind zudem einen taktilen Reiz, das es ihm ermöglicht, das Erlebte besser zu erinnern und zu speichern. Während einer Sandspieltherapiesitzung vermeidet der TraumaHelfer das Spielen mit und den Dialog zum behandelten Kind, da sonst der freie Gedankenlauf des Kindes, der für die Traumaverarbeitung nötig ist, unterbrochen wird. Fängt das Kind an, zu erzählen oder Fragen zu stellen, beantwortet der TraumaHelfer diese kurz und reagiert geringfügig. Er macht keine Notizen, da dies die Zuwendung zum Kind beeinträchtigt. Der TraumaHelfer vermittelt zudem beim Sandspiel mit seiner Körperhaltung, seiner Mimik und seinem Atemrhythmus dem Kind Offenheit, Zuwendung, Ruhe und körperliche Entspannung. Durch bestimmte Neurone, die eine Art virtuelle Figur des Gesehenen abbilden, wird nämlich im Kind eine Imitation des TraumaHelfers induziert. Während der Traumaverarbeitung im Sandspiel erfolgt also gleichzeitig eine vegetative Stabilisierung, das Auftreten von „fight or flight“ bzw. Dissoziation in Zusammenhang mit der Erinnerung an das Trauma wird systematisch abgebaut. Als Alternative zum Sandspiel wird für Jugendliche von 14 bis 21 Jahren die Technik der Lebenslinie durchgeführt. Es handelt sich hierbei um eine sog. narrative Visualisierungstechnik, da der Patient hierbei seine Lebensgeschichte bildhaft darstellt. Der Patient markiert mit Objekten die wichtigsten Erlebnisse seines Lebens entlang eines auf dem Boden gespannten Seils. Positive Erfahrungen werden mit bunten Objekten, negative mit Steinen gekennzeichnet. Alternativ werden die Lebenslinie und die zugehörigen Lebenserfahrungen auf ein Blatt Papier gezeichnet. Nach dieser Visualisierung wird die emotionale Relevanz der einzelnen Ereignisse erfasst. Ziel dieser Technik ist es, die Erinnerung an traumatisierende Ereignisse zu fördern, aber ebenso deren Einbettung in das Gesamtleben. In manchen Fällen genügt die Visualisierung alleine schon zur Traumaverarbeitung, in anderen Fällen werden besonders belastende Erfahrungen durch Kombination mit den o.g. Stabilisierungstechniken verarbeitet. Zunächst wird hierbei der Patient aufgefordert, sich an das Trauma zu erinnern. Dann wird ein positives Ereignis seines Lebens implementiert, indem der Patient es aufmalt, daran denkt und sich gleichzeitig durch Klatschen der Oberarme bilateral stimuliert. Anschließend wird der Patient gebeten, erneut an das Trauma zu denken, dieses Ereignis ebenfalls aufzumalen und Auskunft darüber zu geben, wie sehr ihn diese Erinnerung jetzt im Vergleich zu vor der bilateralen Stimulation belastet. Nun führt der Patient diese erneut wie oben ausgeführt bei gleichzeitigem Denken an das Trauma durch. Als therapeutischer Effekt wird hierbei die Reduktion der negativen Körpergefühle erwartet. Handelt es sich um eine schwere Traumatisierung, wird der Patient zusätzlich zum TraumaHelfer auch von einem Psychotherapeuten betreut.

Das TraumaHelfer-Modell: Ablauf einer Therapiesitzung mit Sandspieltherapie

Zu Beginn einer Traumatherapiesitzung gemäß unserem TraumaHelfer – Konzept erfolgt durch das Singen des Liedes „Aramsamsam“ die bilaterale Stimulation. Beim Singen werden die

diversen Techniken der Stabilisierung (Entschleunigtes Atmen, bilaterale Stimulation, SURE) miteinander integriert. Dadurch wird der Stresspegel reduziert, um im nächsten Schritt die Verarbeitung des Traumas im Sandspiel durchzuführen. Dieses dauert dann etwa 10-15 Minuten. Für jede Gruppe sind zehn Kinder eingeplant und jedes Kind hat eine ihm zugeteilte Sandspielkiste mit Spielmaterial. Daraufhin erfolgt eine kurze Pause, die zehn Kinder treffen sich in der Mitte des Raumes zum Zeichnen einer sog. liegenden Acht. Anschließend werden die Kinder aufgefordert, diese dem TraumaHelfer zu zeigen. Das Zeichnen dieser harmonischen Form soll den gedanklichen Ausstieg aus den traumatischen Erinnerungen erleichtern. Beendet wird die Sitzung mit erneutem Singen des Liedes zur bilateralen Stimulation. Die Gesamtdauer einer Sitzung beträgt etwa eine Stunde. Das langfristige Ziel dieser Therapie ist die dauerhafte Stressreduktion bei den traumatisierten Kindern. Aus reinen Zwecken der Dokumentation des Therapieverlaufs werden – sobald das Kind den Therapieraum nach der Sitzung verlassen hat – Fotos vom Sandspiel gemacht, bevor dieses aufgeräumt wird. Das Trauma gilt als erfolgreich verarbeitet, sobald das Kind im Sandspiel nur noch Szenen des Alltags darstellt. Pro behandeltes Kind muss ein Tagebuch zur Verfügung stehen, in das der TraumaHelfer seine Beobachtungen notiert sowie die Fotos vom Sandspiel einklebt. Aus Gründen der rechtlichen Sicherheit wird der Verlauf einer kompletten Therapiesitzung gefilmt.

7.5.2. Kurzfassung Informationsbroschüre für die Eltern: Projektversion in italienischer Sprache

Università di Ratisbona

Dipartimento di Psicosomatica del Policlinico Universitario di Ratisbona

Primario: Prof. Thomas H. Loew

© Ida Montanari, Beate Leinberger, Prof. Thomas H. Loew, 2018:

Progetto Operatori Trauma – Aiuto Volontario Organizzato

Proposta di intervento diagnostico e terapeutico per il trattamento del disturbo post-traumatico da stress (DPTS) nei bambini e negli adolescenti che hanno vissuto gli eventi sismici del 2016-2017 nell' Italia centrale.

Materiale informativo per genitori e tutori

L'obiettivo di questo progetto è offrire un servizio di diagnosi e di terapia del disturbo post-traumatico da stress nei bambini e negli adolescenti dai 4 ai 21 anni tramite la somministrazione di test, l'analisi dei dati acquisiti e l'implementazione di interventi terapeutici basati su tecniche di rilassamento, attività ludiche e psicomotorie.

Chi siamo

Prof. Thomas H. Loew

Sono nato a Norimberga nel 1961 e sono medico specializzato in Psichiatria, Psicosomatica nonché psicoterapeuta. Sono professore ordinario di Psicosomatica e Psicoterapia presso l'Università di Ratisbona e primario del Dipartimento di Psicosomatica del Policlinico Universitario di Ratisbona dal 2001. Inoltre sono primario del Reparto di Psicosomatica dell'Ospedale di Donaustauf, vicino Ratisbona. Ho studiato medicina presso le Università di Firenze, Ulma e Erlanga-Norimberga dal 1982 al 1989 e parlo fluentemente l'italiano. Possiedo inoltre le ulteriori qualifiche di informatico della medicina e psicoanalista. Mi occupo di psicoterapia corporea applicata alla medicina, in particolare delle tecniche di rilassamento funzionale, per le quali sono anche professore incaricato. Dal 2000 al 2004 sono stato vicepresidente della Società Tedesca di Psicoterapia basata sulla psicologia del profondo. Dal 2004 al 2009 sono stato primo presidente della Società Tedesca di Psicosomatica e Psicoterapia medica. Nel 2012 sono stato eletto vicepresidente della Association of European Physicians for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy (AEPM). Nel medesimo anno con l'intento di promuovere il benessere mentale, ho fondato insieme alla pedagoga sociale Beate Leinberger l'associazione GewiSS e.V. Dal 2015 l'associazione ha come principale obiettivo quello di formare cosiddetti "operatori trauma" per assistere bambini e adolescenti traumatizzati fra i migranti.

Beate Leinberger

Sono nata nel 1972 a Pegnitz, in Baviera. Dal 1988 fino al 1993 ho seguito il corso di formazione professionale per educatori, ottenendo nel 1992 il diploma dell' istituto professionale e

nel 1993 l'abilitazione all'esercizio della professione di educatrice. Dal 1994 al 1999 ho studiato pedagogia sociale. Dal 2010 sono collaboratrice del Dipartimento di Psicosomatica dell'Ospedale di Donaustauf e del Policlinico Universitario di Ratisbona. Nel 2014 ho conseguito l'abilitazione come psicoterapeuta dell'infanzia e dell'adolescenza e nello stesso anno ho aperto uno studio privato di psicoterapia in Bassa Baviera. Mi sono perfezionata in terapia del trauma e psicoterapia corporea. Sono membro di presidenza dell'associazione GewiSS e.V. per la promozione della salute psichica nonché dell'associazione di categoria degli psicoterapeuti dell'infanzia e dell'adolescenza. Appartengo inoltre all'ordine degli psicoterapeuti della Baviera. In qualità di psicoterapeuta dell'infanzia e dell'adolescenza abilitata curo pazienti fino al compimento dei ventun'anni. La mia offerta comprende supporto efficace in caso di disturbi psichici e disturbi caratteriali secondo l'ICD-10 (classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali) quali sindrome ansiosa, episodi depressivi, disturbi da stress post-traumatico, sindrome da deficit di attenzione, disturbo dell'attaccamento, mal di scuola e disturbi dell'apprendimento, alterazioni dei comportamenti sociali, disturbi del comportamento alimentare, disturbi ossessivi compulsivi, disordini del movimento, disturbi psicosomatici, supporto psicoterapeutico nel contesto di patologie psichiatriche, terapia comportamentale supportiva dopo abuso di sostanze stupefacenti, crisi psichiche acute, ideazioni suicidarie.

Ida Montanari

Sono nata a Roma nel 1993. Mi sono diplomata alla Scuola Germanica di Roma nel 2012. Grazie ad una borsa di studio del Deutscher Akademischer Austausch Dienst, ho potuto iniziare gli studi di medicina all'Università di Ratisbona. Sin dai tempi del liceo mi sono interessata al supporto pedagogico dei bambini e degli adolescenti ed è nella mia città di nascita che ho iniziato a fare le prime esperienze in questo ambito, prestando servizio di volontariato tramite l'associazione Andrea Tudisco nel Reparto di Neuropsichiatria Infantile del Policlinico Agostino Gemelli nel 2011. Nello stesso anno ho frequentato il corso per liceali "Musica ed Emozioni" offerto dall'organizzazione tedesca Deutsche Schüler Akademie, durante il quale sono stata introdotta alla musicoterapia. Nel contesto dei miei studi universitari, mi interessano particolarmente i disturbi di somatizzazione e la psicoterapia medica applicata ai bambini e agli adolescenti.

L'associazione GewiSS e.V.

La nostra associazione è stata fondata nel 2012 con l'obiettivo di aiutare persone affette da obesità a ripristinare uno stile di vita sano da un punto di vista mentale. Progressivamente abbiamo ampliato la nostra gamma di obiettivi terapeutici e nel 2015 abbiamo deciso di concentrare la maggior parte delle nostre risorse sulla terapia del disturbo da stress post-traumatico nei bambini e negli adolescenti fra i migranti. Un anno dopo per la prima volta abbiamo applicato il nostro cosiddetto concetto degli operatori trauma, da noi sviluppato per l'obiettivo sopra indicato, nel quadro di una catastrofe naturale dopo l'alluvione a Simbach, in Baviera. Dato che il nostro progetto è stato molto ben recepito in entrambi i casi, abbiamo deciso di impegnarci nella terapia del disturbo da stress post-traumatico anche all'estero. Nell'agosto – settembre 2017 abbiamo tenuto il corso di formazione come operatore trauma da noi ideato in India,

presso il Child Guidance Centre. Nell'ottobre – novembre 2017 abbiamo formato operatori trauma in collaborazione con l'Università di An-Najah a Nablus, Palestina, per aiutare sul posto i bambini e gli adolescenti a superare i traumi di guerra. In totale abbiamo formato più di 1500 operatori trauma, di cui 200 in India e 160 in Palestina. Gli operatori trauma da noi formati operano su tutto il territorio nazionale tedesco nonché in Austria. I media di diversi paesi hanno dedicato ampio spazio al nostro lavoro.

Il disturbo da stress post-traumatico (DPTS) – Introduzione

Mentre da un lato il termine „trauma“ viene usato nei paesi occidentali in maniera inflazionistica per descrivere esperienze che comportano un peso maggiore rispetto alle attività quotidiane, d'altro canto, all'opinione pubblica occidentale non è ancora chiaro che veri e propri eventi traumatici possono portare a gravi disturbi psicofisici. In Germania, ad esempio, una vittima su dieci di un evento traumatico come ad esempio una rapina o un incidente stradale svilupperà un disturbo da stress post-traumatico (DPTS) o altre patologie quali depressione, sindrome ansiosa o disturbi alimentari. A questa percentuale di persone interessate si aggiungono le persone che direttamente o indirettamente sono rimaste traumatizzate da esperienze della seconda guerra mondiale vissute personalmente o dai propri familiari, i migranti traumatizzati provenienti da paesi del terzo mondo e dalle zone attualmente coinvolte nei conflitti militari in Medio Oriente e in Africa nonché, in Italia, il numero delle vittime sopravvissute al trauma degli eventi sismici degli ultimi anni e di quelli più recenti del 2016-2017. I traumi causano danni al DNA, i quali possono essere tramandati alle nuove generazioni. Ciò è stato dimostrato da diversi studi epigenetici. Per tutti i motivi sopra indicati dovrebbe esserci maggiore consapevolezza nell'opinione pubblica dell'impatto del trauma psichico e del DPTS.

Il DPTS – Definizione, patogenesi e sintomatologia

Viene definito come DPTS un quadro clinico il quale si sviluppa entro sei mesi dopo una minaccia fuori dal comune di dimensione catastrofica. Lo sono ad esempio catastrofi naturali, torture o attentati terroristici. Un evento traumatico può manifestarsi una sola volta nella vita di una persona, ad esempio una grave malattia, oppure protrarsi nel tempo, come nel caso di ripetute scosse sismiche. Spesso si pensa al trauma psichico come ad un problema meramente psicologico. Si tratta però anche di un importante fenomeno biologico ed è proprio su questo aspetto che un'adeguata terapia del trauma deve agire. Per l'instaurarsi del DPTS sono importanti due strutture cerebrali: l'amigdala, il centro di valutazione emotiva degli stimoli sensoriali, e la formazione reticolare, il centro di controllo delle funzionalità vegetative, per esempio respiro e funzionalità gastrointestinali. Entrambe le strutture sono connesse l'una all'altra, il che è determinante per lo sviluppo del DPTS. Il meccanismo biologico qui di seguito descritto è direttamente riconducibile al mondo animale. Durante un'esperienza traumatica l'amigdala valuta la situazione da un punto di vista emotivo (pericolo sì/no?), dopodiché viene attivato il sistema nervoso simpatico sotto forma di reazioni acute da stress. Si tratta di reazioni a una minaccia

che preparano l'organismo a combattere o a fuggire. Tali reazioni avvengono tramite i centri di controllo delle funzionalità vegetative della formazione reticolare ai quali l'amigdala trasmette le informazioni emotive. Ci si trova dunque in uno stato di attivazione e di eccitamento. In alternativa all'attivazione simpatica, nel caso che il soggetto interessato non abbia nessuna delle due possibilità di reagire alla minaccia, il suo corpo si mette nel cosiddetto stato di irrigidimento: vengono liberati gli oppiacei naturali, sostanze le quali riducono ed arrestano l'eccitamento e comportano una perdita di conoscenza, affinché non venga percepita l'eventuale morte. Avviene una dissociazione del sistema nervoso centrale dal resto del corpo. Il problema è che i meccanismi di dissociazione o di attivazione simpatica restano attivi anche molto tempo dopo il trauma e possono essere rinforzati tramite i ricordi. Questi ultimi, i cosiddetti flashback, possono essere scaturiti dalla percezione di singoli stimoli, ad esempio un determinato odore o rumore legato all'esperienza traumatica. L'amigdala in questo caso riconosce lo stimolo e lo interpreta in maniera incontrollata come avvenuto durante il trauma. Vengono nuovamente messi in azione i meccanismi di attivazione simpatica o di dissociazione spiegati in precedenza. La terapia del trauma mira quindi ad evitare l'innescò dell'ipereccitamento vegetativo nonché della dissociazione tramite i ricordi del trauma. I giovani con DPTS causato dagli eventi sismici hanno bisogno di una terapia del trauma protratta nel tempo, dato che i traumi nell'infanzia e nell'adolescenza possono avere gravi conseguenze per l'evoluzione psicologica. Lo sviluppo del DPTS non dipende solo dal tipo di trauma, ma anche dalla personalità, dalla predisposizione genetica e dall'educazione ricevuta. Per poter fare la diagnosi del DPTS esistono diversi parametri. Decisiva è la presenza dei cosiddetti criteri B: ricordi importunanti, flashback, ossia il rivivere l'evento traumatico, incubi ripetuti e senso di angustia in situazioni simili al trauma. Il trauma comporta inoltre un disturbo di sincronizzazione dei due emisferi cerebrali, il quale consiste in un'attività neuronale unilateralmente elevata. In aggiunta ai criteri B, il DPTS è caratterizzato dai criteri C: il paziente evita situazioni, luoghi e circostanze simili al trauma. Infine la diagnosi viene stabilita anche tramite i criteri D: disturbi del sonno, attacchi d'ira, difficoltà di concentrazione, ipereccitabilità, paura eccessiva e irritabilità elevata. I criteri B, C e D sono tutti riconducibili all'interazione tra amigdala e formazione reticolare sopra spiegata.

Il DPTS – Sintomatologia specifica dell'infanzia

Eventuali sintomi del DPTS nei bambini sono disturbi di regolazione delle funzionalità vegetative, ad esempio urinazione incontrollata fino all'inizio dell'età adolescenziale e defecazione incontrollata durante la seconda infanzia. Possono manifestarsi la ricerca attiva del rischio e del pericolo come anche comportamenti autolesionisti. I bambini colpiti da una traumatizzazione riferiscono inoltre di avere una capacità ridotta di percepire procedimenti interiori del corpo e soffrono di una tormentosa sensazione di mancanza di prospettiva. Per ridurre la tensione psicofisica, i bambini traumatizzati intraprendono numerose misure di autorassicurazione come ad esempio masturbazione in luoghi non consoni, masticazione dei vestiti come appagamento orale, battere ritmicamente contro oggetti e dondolio. Non sono in grado di perseguire un

obiettivo, soffrono per il fatto di essere eccessivamente in pensiero per le persone di riferimento. Sono inoltre affetti da ansia da separazione e da paura di abbandono. Hanno una cattiva opinione di se stessi e si sentono privi di valore, sono malfidati e soffrono di impotenza appresa. Nei confronti delle persone di riferimento mostrano una scarsa capacità di empatia.

Il DPTS – Influssi rafforzativi e correttivi

Il DPTS viene rafforzato da fenomeni biopsicologici i quali si manifestano insieme alla sensazione di trattamento iniquo rispetto a persone dello stesso gruppo di riferimento per età, lavoro, ceto sociale ecc. A causa di un meccanismo biologico ben radicato nel passato evolutivo della specie umana, la sintomatologia del DPTS può essere aggravata da fattori sociali di disugaglianza. Ciò può quindi interessare anche i bambini e gli adolescenti nelle zone colpite dal terremoto. Per un'evoluzione positiva del DPTS ha un ruolo molto importante l'ossitocina, un ormone secreto a seguito del contatto fisico che contribuisce a rafforzare i rapporti interpersonali e che comporta una riduzione dello stress. La secrezione dell'ossitocina in seguito al contatto fisico contribuisce in maniera decisiva alla stabilizzazione emotiva e alla regolazione dello stress. In generale, la dedizione a una persona conduce quest'ultima a stabilizzarsi emotivamente e vegetativamente, mentre invece un'attenzione carente causa un'alterazione emotiva e vegetativa. Per questo nel caso di bambini e adolescenti terremotati che sono stati separati da persone di riferimento, il DPTS peggiora a causa dell'assenza di esse o in caso di isolamento sociale. È importante menzionare l'importanza del contatto fisico e di rapporti empatici per il superamento del trauma in aggiunta alla terapia della sintomatologia del DPTS, dato che in assenza di ciò e nel caso sia presente un DPTS non curato, l'organismo attinge al cosiddetto sistema neuronale dopaminergico. Idee fisse e/o deliranti possono prendere il sopravvento nella psiche della persona traumatizzata. Tali idee possono in determinate circostanze portare ad azioni violente.

Obiettivi del nostro modello “operatori trauma”

Il nostro modello di terapia è rivolto a bambini ed adolescenti traumatizzati fra i 4 e i 21 anni. Cerca di evitare il peggioramento del DPTS sopra descritto insegnando ai pazienti semplici metodi di autostabilizzazione per ridurre il livello di stress. Avviene una rielaborazione duratura del trauma in quanto si persegue l'obiettivo di interrompere il collegamento fra il ricordo del trauma e le reazioni acute da stress o la dissociazione. Per ottenere ciò è necessario che il paziente si ricordi del trauma.

Organizzazione della traumaterapia secondo il modello operatori trauma

Innanzitutto vengono formati sul posto dalla nostra equipe psicotraumatologica di Ratisbona i cosiddetti “operatori trauma” per la terapia dei pazienti. Può diventare operatore trauma qualsiasi adulto con capacità di ascolto del prossimo in grado di sopportare racconti di eventi traumatizzanti. Preferibilmente dovrebbe trattarsi di persone con esperienza professionale nel campo

dell'educazione, della cura o dell'assistenza a minori quali educatori, maestri d'asilo, insegnanti, medici, infermieri e psicologi. Il corso intensivo di formazione per operatore trauma dura due giorni. Ai partecipanti vengono fornite le informazioni di base riguardo alla psicopatologia e ai sintomi del trauma nonché riguardo ai principi di funzionamento dei metodi utilizzati (vedi sotto). Nel contesto della formazione, l'aspirante operatore trauma rielabora inoltre il proprio passato personale per essere sicuro di non essere a sua volta provato da esperienze traumatiche, dato che ciò potrebbe influenzare negativamente il lavoro con altre persone affette da DPTS. Il nostro progetto prevede inoltre l'insegnamento di metodi di autoregolazione per lo stesso operatore trauma, affinché costui possa affrontare con successo il lavoro con il paziente da lui seguito, nonché offerte di supervisione psicologica per l'operatore trauma da parte di psicoterapeuti e tramite appositi moduli di autovalutazione. Finita la formazione, l'operatore trauma segue una volta a settimana per due ore un bambino o un adolescente traumatizzato. La durata totale del progetto terapeutico è nella migliore delle ipotesi di dieci settimane. Dato che un rapporto di fiducia è essenziale per il successo della terapia, il paziente viene seguito sempre dallo stesso operatore trauma. L'assistenza avviene all'interno di un gruppo terapeutico composto da dieci bambini/adolescenti. Per ogni gruppo terapeutico è presente uno psicoterapeuta dell'infanzia o dell'adolescenza oppure uno psichiatra adeguatamente specializzato il quale supervisiona e coordina il lavoro del gruppo a lui assegnato e ne assume la responsabilità legale. Prima dell'inizio sistematico della terapia del trauma, lo psicoterapeuta viene a conoscenza del passato del bambino, inclusi eventi traumatici, mediante un'anamnesi esterna con i genitori o con un'altra persona di riferimento. Sia lo psicoterapeuta che gestisce il gruppo sia gli operatori trauma sono tenuti ad attenersi al segreto professionale durante e dopo il loro lavoro.

Modalità di rilevamento della diagnosi DPTS nei bambini e negli adolescenti e successivo programma terapeutico del progetto operatori trauma per l'Italia centrale

Lo svolgimento del nostro progetto nelle zone colpite dal terremoto dell'Italia centrale avviene in collaborazione con le scuole previa autorizzazione delle dirigenze scolastiche. Onde identificare bambini ed adolescenti affetti da DPTS, il nostro programma prevede che comportamento e caratteristiche attuali di costui vengano documentate mediante appositi moduli di screening dai maestri d'asilo o dagli insegnanti e dai genitori o da chi ne fa le veci. Sui moduli viene inoltre riportato se la persona in questione ha subito eventi traumatici nella propria vita e/o direttamente o indirettamente il terremoto. Le copie FAC SIMILE dei moduli in questione si trovano alla fine di questo opuscolo in allegato. Per ogni modulo è possibile ottenere un determinato punteggio a seconda delle risposte date. Tutti i moduli sono anonimizzati: ad ogni partecipante viene assegnato un codice, il quale è riportato su tutti i moduli utilizzati per la sua valutazione. Questo codice rimane lo stesso per l'intero arco di tempo dell'osservazione ed eventualmente della terapia. Tutti i moduli compilati dai diversi gruppi di persone vengono successivamente raccolti dalle scuole e portati al nostro centro di Ratisbona in Germania. Qui vengono documentati gli arrivi dei moduli nonché i punteggi rispettivamente ottenuti sul cosiddetto modulo di documentazione "Set RETROS" (vedi allegati). In base al punteggio ottenuto si riconosce se il bambino o l'adolescente soffre di DPTS.

Dopodiché comunichiamo alle scuole a quali alunni identificati unicamente col codice corrisponde un DPTS causato dall'esperienza del terremoto. In caso di screening positivo in relazione al DPTS, ma negativo riguardo al terremoto, la scuola fornirà autonomamente alla persona interessata il supporto psicologico oppure lo indirizzerà verso strutture terapeutiche idonee a offrire l'assistenza necessaria. Se un bambino/adolescente presenta un DPTS derivante dall'esperienza del sisma, le scuole lo assegneranno in un secondo momento ad un'operatore trauma, che lo seguirà durante la terapia sopra spiegata. Dopo questa prima valutazione, per gli alunni che in base ai criteri sopra indicati sono stati ammessi al progetto terapeutico avviene una seconda valutazione in itinere ed una terza valutazione una volta completato il progetto terapeutico di circa 10 settimane. Anche nel caso della seconda e della terza valutazione viene riportato sul Set RETROS la data di arrivo del modulo e il punteggio ottenuto. È importante sottolineare che solo le persone che osservano il paziente nel contesto dello screening e il gruppo terapeutico (psicoterapeuta responsabile ed operatori trauma) sul posto conoscono il paziente per nome. Essi sono gli unici ad ottenere informazioni su di lui mediante lo screening e mediante le sedute terapeutiche. La nostra equipe di Ratisbona si occupa solo della rilevazione anonima dei dati e di fornire il feedback alle scuole. Le scuole si vincolano nei nostri confronti a non fornire in nessun caso all'equipe di Ratisbona informazioni private non anonimizzate riguardanti i partecipanti e a non mandarle materiali diversi dai moduli di screening da noi previsti per il progetto. L'identità dei bambini/adolescenti aderenti al progetto abbinata ai loro codici anonimi di riferimento devono essere custoditi con cura dal dirigente scolastico (o delegato) separatamente dai moduli già compilati onde evitare l'individuazione dei soggetti partecipanti. A totale tutela della privacy, i moduli compilati non devono essere in alcun modo riprodotti o inviati a terzi. Sia la partecipazione al primo screening che eventualmente al progetto terapeutico e agli screening successivi avvengono esclusivamente in seguito ad autorizzazione scritta dei genitori del bambino/dell'adolescente o di chi fa le veci.

Il modello operatori trauma – metodi terapeutici

La prima tecnica di rilassamento insegnata è la respirazione lenta controllata. Il paziente respira inspirando per 4 secondi ed espirando per 6 secondi. Un ciclo respiratorio dura dunque 10 secondi, in un minuto si hanno quindi sei respiri. Questo esercizio viene fatto per svariati minuti. La respirazione lenta controllata influisce sul sistema nervoso vegetativo e limita l'impiego delle energie corporee al mantenimento delle funzionalità vitali. Inoltre essa comporta una riduzione dello stress anche nelle persone che si trovano vicino a chi la sta applicando, dato che questa tecnica viene assimilata intuitivamente. Ciò viene da noi sfruttato nella nostra terapia del trauma all'inizio della seduta terapeutica. Un ulteriore semplice metodo di autoregolazione previsto dal nostro modello è SURE, dall'inglese "Short Universal Regulative Exercise". Si tratta di movimenti circolari o oscillatori ritmici, non stancanti, i quali possono essere eseguiti in posizione eretta oppure da seduti. In alternativa ci si può anche dondolare sui piedi o far oscillare la testa avanti e indietro. In questo modo si ottiene un notevole rilassamento già

nell'arco di pochi minuti. I bambini utilizzano SURE spontaneamente per autoregolare la tensione; l'utilizzo di questo metodo nel nostro progetto è dunque eccellente per questa fascia di età. È inoltre scientificamente dimostrato che i movimenti SURE portano l'organismo ad uno stato di rilassamento il quale è responsabile al 90% del controllo positivo delle proprie performances. Per questo tale metodo viene applicato da numerosi atleti prima delle proprie prestazioni sportive e da politici prima di discorsi importanti. SURE contribuisce inoltre al cessare di stati dissociativi. Nel contesto della terapia del trauma, SURE viene utilizzato in combinazione con la cosiddetta stimolazione bilaterale: si tratta di battere in maniera alternata sulle proprie estremità corporee, per esempio le braccia per attivare a turno entrambi gli emisferi cerebrali. Nel nostro progetto, essa viene combinata con i movimenti SURE nel contesto di attività fisico-musicali. Ai bambini viene fatta cantare la canzone culturalmente non specifica "Aramsamsam" e viene detto loro di battere a turno sulle braccia. Si tratta di una canzone composta da parole inventate che può essere cantata facilmente a prescindere dalla lingua madre. La stimolazione bilaterale che avviene tramite i movimenti ritmici sulle braccia aiuta a superare il disturbo di sincronizzazione dei due emisferi cerebrali. Inoltre questi movimenti provocano la secrezione di ossitocina che a sua volta induce una riduzione dello stress e della paura notevole. Il rilassamento viene inoltre supportato dall'attivazione del sistema parasimpatico mediante il nervo vago, il quale innerva le corde vocali. L'elemento chiave della nostra traumaterapia consiste nella Sandplay Therapy. Essa è idonea per bambini dai 4 ai 13 anni. Prima e dopo la Sandplay Therapy l'operatore trauma svolge insieme al bambino la respirazione lenta controllata per ottenere il massimo rilassamento prima dell'inizio della rielaborazione del trauma e per facilitare l'uscita dai ricordi traumatici alla fine della seduta. Nella Sandplay Therapy al bambino viene fornita una sabbiera con diversi pezzi da gioco. Egli ottiene dunque la possibilità di rielaborare gli eventi traumatici mediante i pezzi da gioco in presenza dell'operatore trauma, il quale sta seduto in silenzio di fronte a lui. In questa terapia si sfrutta il fatto che i bambini quando giocano rielaborano sempre le proprie esperienze. La Sandplay Therapy fornisce inoltre ai bambini uno stimolo tattile che li aiuta a ricordare e a memorizzare le proprie esperienze. Durante una seduta di Sandplay Therapy l'operatore trauma evita il gioco e il dialogo con il bambino, dato che ciò interromperebbe la libera associazione di idee necessaria per rielaborare gli eventi traumatici. Qualora il bambino inizi a raccontare qualcosa o a fare domande di sua sponte, l'operatore risponde brevemente e reagisce poco. L'operatore trauma non prende appunti durante la seduta, dato che ciò comprometterebbe la dedizione affettiva nei confronti del bambino. Egli deve trasmettergli con la propria postura, la propria mimica e il ritmo del proprio respiro una sensazione di apertura, dedizione e rilassamento fisico. Il bambino viene infatti indotto a imitare l'operatore trauma mediante determinate cellule neuronali le quali creano una sorta di figura virtuale di ciò che il bambino ha di fronte. Avviene quindi una stabilizzazione vegetativa simultaneamente alla rielaborazione del trauma; il manifestarsi di reazioni acute da stress o di dissociazione nel contesto del ricordo delle proprie esperienze viene così sistematicamente smantellato. L'alternativa alla Sandplay Therapy per adolescenti dai 14 ai 21 anni è la tecnica della linea della vita. Si tratta di una cosiddetta tecnica narrativa di visualizzazione, dato che il paziente

mostra il proprio passato attraverso dei simboli. Egli deve contrassegnare lungo una fune tesa sul pavimento gli eventi più importanti della propria vita mediante degli oggetti. Le esperienze positive vengono rappresentate con degli oggetti colorati, quelle negative con dei sassi. In alternativa la linea della vita e le corrispettive esperienze vengono disegnati su di un foglio di carta. Dopo questa visualizzazione viene rilevata l'importanza emotiva dei singoli eventi. L'obiettivo di questa tecnica è supportare il ricordo di esperienze traumatiche, ma anche il loro collocamento nel quadro complessivo della vita. In alcuni casi è già sufficiente la visualizzazione del passato per rielaborare il trauma; in altri casi le esperienze traumatiche vengono rielaborate in combinazione con le tecniche di autoregolazione sopra spiegate. Innanzitutto viene chiesto al paziente di ricordarsi del trauma. Dopodiché egli implementa una vicenda positiva della sua vita disegnandola su di un foglio di carta, pensando ad essa e battendo allo stesso tempo alternativamente sulle braccia. Successivamente, il paziente viene pregato di pensare di nuovo alla vicenda traumatica, di disegnare anche essa e di dire quanto trova pesante il ricordo ora rispetto a prima della stimolazione bilaterale. A questo punto della terapia, il paziente la pratica nel modo sopra descritto pensando contemporaneamente alla vicenda traumatica. Come effetto terapeutico ci si aspetta una riduzione delle sensazioni fisiche negative. Se si tratta di un trauma grave, il paziente viene seguito in aggiunta all'operatore trauma da uno psicoterapeuta.

Il modello operatori trauma: svolgimento di una seduta terapeutica con Sandplay Therapy

In questo paragrafo viene descritta la consueta procedura di terapia secondo il nostro modello. All'inizio di una seduta terapeutica, avviene la stimolazione bilaterale cantando la canzone "Ar-amsamsam". Durante il canto vengono intergrate tra di loro le varie tecniche di stabilizzazione (respirazione lenta controllata, stimolazione bilaterale, SURE). In questo modo viene ridotto il livello di stress, per eseguire durante la fase successiva la rielaborazione del trauma mediante la Sandplay Therapy. Questa dura circa 10-15 minuti. Per ogni gruppo sono previsti dieci bambini e a ciascun bambino viene assegnata una sabbiera con figure da gioco. Dopo la Sandplay Therapy c'è un breve intervallo, i dieci bambini si radunano al centro della stanza per disegnare ognuno su di un foglio di carta un cosiddetto "otto sdraiato". Dopodiché essi fanno vedere all'operatore trauma il proprio disegno. Disegnare questa forma armonica serve a supportare il distacco dalle esperienze appena rielaborate. La seduta si conclude nuovamente con il canto della canzone per la stimolazione bilaterale. La durata complessiva di una seduta è di circa un'ora. L'obiettivo a lungo termine di questa terapia è la riduzione permanente del livello di stress nei pazienti. A scopo meramente documentativo del decorso della terapia vengono fatte delle foto delle scene costruite dal bambino nella Sandplay Therapy, non appena egli ha lasciato la stanza una volta finita la seduta. Il trauma viene considerato superato con successo non appena il bambino mostra nella Sandplay Therapy solo scene di vita quotidiana. Per ogni bambino curato deve essere disponibile un diario, nel quale l'operatore trauma scrive le proprie osservazioni ed incolla le foto della Sandplay Therapy. Per motivi di sicurezza legale viene fatto un filmato dell'intera seduta terapeutica.

7.6. Informationsbroschüren für die Behörden

7.6.1. Informationsbroschüre für italienische Behörden

Università di Ratisbona

Dipartimento di Psicosomatica del Policlinico Universitario di Ratisbona

Primario: Prof. Thomas H. Loew

© Ida Montanari, Beate Leinberger, Prof. Thomas H. Loew, 2018:

Progetto OT-AVO: Operatori Trauma – Aiuto Volontario Organizzato

Proposta di intervento diagnostico e terapeutico per il trattamento del disturbo post-traumatico da stress (DPTS) nei bambini e negli adolescenti che hanno vissuto gli eventi sismici del 2016-2017 nell' Italia centrale.

L'obiettivo di questo progetto è offrire un servizio di diagnosi e di terapia del disturbo post-traumatico da stress nei bambini e negli adolescenti dai 4 ai 21 anni tramite la somministrazione di test, l'analisi dei dati acquisiti e l'implementazione di interventi terapeutici basati su tecniche di rilassamento, attività ludiche e psicomotorie.

Responsabili del progetto

Prof. Thomas H. Loew, medico specializzato in Psichiatria e Psicosomatica in possesso delle ulteriori qualifiche di psicoterapeuta, psicoanalista e informatico della medicina. Professore ordinario di Psicosomatica e Psicoterapia presso l'Università di Ratisbona e primario del Dipartimento di Psicosomatica del Policlinico Universitario di Ratisbona. Primario del Reparto di Psicosomatica dell'Ospedale di Donaustauf, vicino Ratisbona.

Beate Leinberger, pedagoga sociale, psicoterapeuta dell'infanzia e dell'adolescenza, collaboratrice del Dipartimento di Psicosomatica dell' Ospedale di Donaustauf e del Policlinico Universitario di Ratisbona.

Collaboratrice

Ida Montanari, studentessa di medicina dell'Università di Ratisbona.

Obiettivi del nostro modello “operatori trauma”

Il nostro modello di terapia è rivolto a bambini e adolescenti traumatizzati fra i 4 e i 21 anni. Esso prevede l'insegnamento di semplici metodi di autostabilizzazione ai pazienti per ridurre il loro livello di stress causato dal DPTS. Avviene una rielaborazione duratura del trauma in quanto si persegue l'obiettivo di interrompere il collegamento fra il ricordo del trauma e le alterazioni psicofisiche causate dal DPTS quali reazioni acute da stress o la dissociazione.

Organizzazione della terapia del trauma secondo il modello “operatori trauma”

Il nostro modello prevede la formazione sul posto dei cosiddetti “operatori trauma” per la terapia dei pazienti da parte della nostra équipe psicotraumatologica di Ratisbona. Può diventare operatore trauma qualsiasi adulto con capacità di ascolto del prossimo in grado di sopportare racconti di eventi traumatizzanti. Preferibilmente dovrebbe trattarsi di persone con esperienza professionale nel campo dell’educazione, della cura o dell’assistenza a minori quali educatori, maestri d’asilo, insegnanti, medici, infermieri e psicologi. Il corso intensivo di formazione per operatore trauma dura due giorni. Ai partecipanti vengono fornite le informazioni di base riguardo alla psicopatologia e ai sintomi del trauma nonché riguardo ai principi di funzionamento dei metodi utilizzati (vedi sotto). Finita la formazione, l’operatore trauma segue una volta a settimana per due ore un bambino o un adolescente traumatizzato. La durata totale del progetto terapeutico è nella migliore delle ipotesi di dieci settimane. Dato che un rapporto di fiducia è essenziale per il successo della terapia, il paziente viene seguito sempre dallo stesso operatore trauma. L’assistenza avviene all’interno di un gruppo terapeutico composto da dieci bambini/adolescenti. Per ogni gruppo terapeutico è presente uno psicoterapeuta dell’infanzia o dell’adolescenza oppure uno psichiatra adeguatamente specializzato il quale supervisiona e coordina il lavoro del gruppo a lui assegnato e ne assume la responsabilità legale. Prima dell’inizio sistematico della terapia del trauma, lo psicoterapeuta viene a conoscenza del passato del bambino, inclusi eventi traumatici, mediante un’anamnesi esterna con i genitori o con un’altra persona di riferimento. Sia lo psicoterapeuta che gestisce il gruppo sia gli operatori trauma sono tenuti ad attenersi al segreto professionale durante e dopo il loro lavoro.

Modalità di rilevamento della diagnosi DPTS nei bambini e negli adolescenti e successivo programma terapeutico del progetto operatori trauma per l’Italia centrale

Lo svolgimento del nostro progetto nelle zone colpite dal terremoto dell’Italia centrale avviene in collaborazione con le scuole previa autorizzazione delle dirigenze scolastiche. Onde identificare bambini ed adolescenti affetti da DPTS, il nostro programma prevede che comportamento e caratteristiche attuali di costui vengano documentate mediante appositi moduli di screening dai maestri d’asilo o dagli insegnanti e dai genitori o da chi ne fa le veci. Sui moduli viene inoltre riportato se la persona in questione ha subito eventi traumatici nella propria vita e/o direttamente o indirettamente il terremoto. Le copie FAC SIMILE dei moduli in questione si trovano alla fine di questo opuscolo in allegato. Per ogni modulo è possibile ottenere un determinato punteggio a seconda delle risposte date. Tutti i moduli sono anonimizzati: ad ogni partecipante viene assegnato un codice, il quale è riportato su tutti i moduli utilizzati per la sua valutazione. Questo codice rimane lo stesso per l’intero arco di tempo dell’osservazione ed eventualmente della terapia. Tutti i moduli compilati dai diversi gruppi di persone vengono successivamente raccolti dalle scuole e portati al nostro centro di Ratisbona in Germania. Qui vengono documentati gli arrivi dei moduli nonché i punteggi rispettivamente ottenuti sul cosiddetto modulo di documentazione “Set RETROS” (vedi allegati). In base al punteggio ottenuto

si riconosce se il bambino o l'adolescente soffre di DPTS. Dopodiché comunichiamo alle scuole a quali alunni identificati unicamente col codice corrisponde un DPTS causato dall'esperienza del terremoto. In caso di screening positivo in relazione al DPTS, ma negativo riguardo al terremoto, la scuola fornirà autonomamente alla persona interessata il supporto psicologico oppure lo indirizzerà verso strutture terapeutiche idonee a offrire l'assistenza necessaria. Se un bambino/adolescente presenta un DPTS derivante dall'esperienza del sisma, le scuole lo assegneranno in un secondo momento ad un'operatore trauma, che lo seguirà durante la terapia sopra spiegata. Dopo questa prima valutazione, per gli alunni che in base ai criteri sopra indicati sono stati ammessi al progetto terapeutico avviene una seconda valutazione in itinere ed una terza valutazione una volta completato il progetto terapeutico di circa 10 settimane. Anche nel caso della seconda e della terza valutazione viene riportato sul Set RETROS la data di arrivo del modulo e il punteggio ottenuto. È importante sottolineare che solo le persone che osservano il paziente nel contesto dello screening e il gruppo terapeutico (psicoterapeuta responsabile ed operatori trauma) sul posto conoscono il paziente per nome. Essi sono gli unici ad ottenere informazioni su di lui mediante lo screening e mediante le sedute terapeutiche. La nostra équipe di Ratisbona si occupa solo della rilevazione anonima dei dati e di fornire il feedback alle scuole. Le scuole si vincolano nei nostri confronti a non fornire in nessun caso all'équipe di Ratisbona informazioni private non anonimizzate riguardanti i partecipanti e a non mandarle materiali diversi dai moduli di screening da noi previsti per il progetto. L'identità dei bambini/adolescenti aderenti al progetto abbinata ai loro codici anonimi di riferimento devono essere custoditi con cura dal dirigente scolastico (o delegato) separatamente dai moduli già compilati onde evitare l'individuazione dei soggetti partecipanti. A totale tutela della privacy, i moduli compilati non devono essere in alcun modo riprodotti o inviati a terzi. Sia la partecipazione al primo screening che eventualmente al progetto terapeutico e agli screening successivi avvengono esclusivamente in seguito ad autorizzazione scritta dei genitori del bambino/dell'adolescente o di chi fa le veci.

Il modello “operatori trauma” – metodi terapeutici

La nostra terapia del trauma prevede lo svolgimento di svariate tecniche di rilassamento quali respirazione lenta controllata e SURE, dall'inglese “Short Universal Regulative Exercise”. Si tratta di movimenti circolari o oscillatori ritmici i quali possono essere eseguiti in posizione eretta oppure da seduti. Nel nostro progetto il metodo SURE viene combinato con attività fisico-musicali. Ai bambini viene fatta cantare una canzone composta da parole inventate e viene detto loro di battere a turno sulle braccia. Tali movimenti ritmici sulle braccia aiutano a superare il disturbo di sincronizzazione dei due emisferi cerebrali causato dal trauma. Il rilassamento viene inoltre supportato dall'attivazione del sistema parasimpatico mediante il canto. L'elemento chiave della nostra traumaterapia consiste nella Sandplay Therapy. Essa è idonea per bambini dai 4 ai 13 anni. Prima e dopo la Sandplay Therapy l'operatore trauma svolge insieme al bambino la respirazione lenta controllata per ottenere il massimo rilassamento prima dell'inizio

della rielaborazione del trauma e per facilitare l'uscita dai ricordi traumatici alla fine della seduta. Nella Sandplay Therapy al bambino viene fornita una sabbiera con diversi pezzi da gioco. Egli ottiene dunque la possibilità di rielaborare gli eventi traumatici mediante i pezzi da gioco in presenza dell'operatore trauma, il quale sta seduto in silenzio di fronte a lui. In questa terapia si sfrutta il fatto che i bambini quando giocano rielaborano sempre le proprie esperienze. L'operatore trauma deve trasmettergli con la propria postura, la propria mimica e il ritmo del proprio respiro una sensazione di apertura, dedizione e rilassamento fisico. Il bambino infatti imita inconsciamente l'operatore trauma. Avviene quindi una stabilizzazione vegetativa simultaneamente alla rielaborazione del trauma. L'alternativa alla Sandplay Therapy per adolescenti dai 14 ai 21 anni è la tecnica della linea della vita. Essa prevede che il paziente rappresenti gli eventi più importanti della propria vita mediante degli oggetti lungo una fune tesa sul pavimento. Dopo questa visualizzazione viene rilevata l'importanza emotiva dei singoli eventi. L'obiettivo di questa tecnica è supportare il ricordo di esperienze traumatiche, ma anche il loro collocamento nel quadro complessivo della vita. In alcuni casi è già sufficiente la visualizzazione del passato per rielaborare il trauma; in altri casi le esperienze traumatiche vengono rielaborate in combinazione con le tecniche di autoregolazione sopra spiegate.

Il modello “operatori trauma” – svolgimento di una seduta terapeutica con Sandplay Therapy

In questo paragrafo viene descritta la consueta procedura di terapia secondo il nostro modello. Una seduta terapeutica inizia con un canto di gruppo. Durante ciò vengono integrate tra di loro le varie tecniche di stabilizzazione sopra menzionate. In questo modo viene ridotto il livello di stress, per eseguire durante la fase successiva la rielaborazione del trauma mediante la Sandplay Therapy. Questa dura circa 10-15 minuti. Per ogni gruppo sono previsti dieci bambini e a ciascun bambino viene assegnata una sabbiera con figure da gioco. Dopo la Sandplay Therapy c'è un breve intervallo, i dieci bambini si radunano al centro della stanza per disegnare ognuno su di un foglio di carta un cosiddetto “otto sdraiato”. Dopodiché essi fanno vedere all'operatore trauma il proprio disegno. Disegnare questa forma armonica serve a supportare il distacco dalle esperienze appena rielaborate. La seduta si conclude nuovamente con il canto della canzone per la stimolazione bilaterale. La durata complessiva di una seduta è di circa un'ora. L'obiettivo a lungo termine di questa terapia è la riduzione permanente del livello di stress nei pazienti. A scopo meramente documentativo del decorso della terapia vengono fatte delle foto delle scene costruite dal bambino nella Sandplay Therapy, non appena egli ha lasciato la stanza una volta finita la seduta. Il trauma viene considerato superato con successo non appena il bambino mostra nella Sandplay Therapy solo scene di vita quotidiana. Per ogni bambino curato deve essere disponibile un diario, nel quale l'operatore trauma scrive le proprie osservazioni ed incolla le foto della Sandplay Therapy. Per motivi di sicurezza legale viene fatto un filmato dell'intera seduta terapeutica.

7.6.2. Kurzfassung Informationsbroschüre für italienische Behörden

Università di Ratisbona

Dipartimento di Psicosomatica del Policlinico Universitario di Ratisbona

Primario: Prof. Thomas H. Loew

© Ida Montanari, Beate Leinberger, Prof. Thomas H. Loew, 2018:

Progetto OT-AVO: Operatori Trauma – Aiuto Volontario Organizzato

L'obiettivo di questo progetto è offrire un servizio di diagnosi e di terapia del disturbo post-traumatico da stress (DPTS) nei bambini e negli adolescenti dai 4 ai 21 anni che hanno vissuto gli eventi sismici del 2016-2017 nell'Italia centrale tramite la somministrazione di test, l'analisi dei dati acquisiti e l'implementazione di interventi terapeutici basati su tecniche di rilassamento, attività ludiche e psicomotorie.

Responsabili del progetto

Prof. Thomas H. Loew, medico specializzato in Psichiatria e Psicosomatica. Professore ordinario di Psicosomatica e Psicoterapia presso l'Università di Ratisbona e primario del Dipartimento di Psicosomatica del Policlinico Universitario di Ratisbona. Primario del Reparto di Psicosomatica dell'Ospedale di Donaustauf, vicino Ratisbona.

Beate Leinberger, pedagoga sociale, psicoterapeuta dell'infanzia e dell'adolescenza, collaboratrice del Dipartimento di Psicosomatica dell'Ospedale di Donaustauf e del Policlinico Universitario di Ratisbona.

Collaboratrice

Ida Montanari, studentessa di medicina dell'Università di Ratisbona.

Obiettivi del nostro modello “operatori trauma”

Il nostro modello di terapia è rivolto a bambini e adolescenti traumatizzati fra i 4 e i 21 anni. Esso prevede l'insegnamento di metodi di autostabilizzazione ai pazienti per ridurre il loro livello di stress causato dal DPTS e persegue l'obiettivo di interrompere il collegamento fra il ricordo del trauma e le alterazioni psicofisiche causate dal DPTS.

Organizzazione della terapia del trauma secondo il modello “operatori trauma”

Il nostro modello prevede la formazione sul posto dei cosiddetti “operatori trauma” da parte della nostra équipe psicotraumatologica. Preferibilmente dovrebbe trattarsi di adulti con esperienza professionale nel campo dell'educazione, della cura o dell'assistenza a minori. I partecipanti apprendono la psicopatologia e la sintomatologia del DPTS nonché i principi di funzionamento dei

metodi utilizzati. Un operatore trauma segue una volta a settimana un bambino o un adolescente all'interno di un gruppo composto da dieci partecipanti. Uno psicoterapeuta o uno psichiatra assume la responsabilità legale per un gruppo terapeutico. Costui viene a conoscenza del passato del paziente mediante un'anamnesi esterna con una sua persona di riferimento. Sia lo psicoterapeuta sia gli operatori trauma si attengono al segreto professionale durante e dopo il loro lavoro.

Modalità di rilevamento della diagnosi DPTS nei bambini e negli adolescenti e successivo programma terapeutico del progetto operatori trauma per l'Italia centrale

Onde identificare bambini ed adolescenti affetti da DPTS, il nostro programma prevede che caratteristiche attuali di costui vengano documentate mediante appositi moduli di screening dai maestri d'asilo o dagli insegnanti e dai genitori o da chi ne fa le veci. Ad ogni partecipante viene assegnato un codice, il quale è riportato su tutti i moduli utilizzati. I moduli vengono raccolti dalle scuole e portati al nostro centro di Ratisbona. In base al punteggio ottenuto si riconosce se la persona soffre di DPTS causato da un evento sismico. In questo caso le scuole lo assegneranno ad un operatore trauma. Dopo questa prima valutazione ne avviene una seconda in itinere ed una terza una volta finito il progetto terapeutico di circa 10 settimane. Solo le persone che svolgono lo screening e il gruppo terapeutico sul posto conoscono nome ed informazioni private del paziente. La nostra equipe si occupa solo della rilevazione anonima dei dati e di fornire il feedback alle scuole. Le scuole si vincolano a non fornirle informazioni non anonimizzate riguardanti i partecipanti e a non mandarle materiali diversi dai moduli di screening da noi previsti per il progetto. I moduli compilati non devono essere riprodotti o inviati a terzi. Sia la partecipazione agli screening che al progetto terapeutico avvengono in seguito ad autorizzazione scritta dei genitori del bambino/dell'adolescente o di chi fa le veci.

Il modello “operatori trauma” – metodi terapeutici

La nostra terapia del trauma prevede lo svolgimento di svariate tecniche di rilassamento quali respirazione lenta controllata e SURE, dall'inglese “Short Universal Regulative Exercise”. Si tratta di movimenti circolari o oscillatori ritmici del busto. Nel nostro progetto il metodo SURE viene combinato con attività fisico-musicali. Il canto supporta infatti il rilassamento. L'elemento terapeutico chiave per bambini dai 4 ai 13 anni consiste nella Sandplay Therapy. Ad ogni bambino viene fornita una sabbiera con diversi pezzi da gioco affinché egli possa rielaborare gli eventi traumatici in presenza dell'operatore trauma. Costui deve trasmettere al bambino una sensazione di rilassamento fisico. Il bambino infatti imita inconsciamente l'operatore trauma. L'alternativa alla Sandplay Therapy per adolescenti dai 14 ai 21 anni è la tecnica della linea della vita. Essa prevede che il paziente rappresenti gli eventi più importanti della propria vita mediante degli oggetti lungo una fune tesa sul pavimento. L'obiettivo di questa tecnica è supportare il ricordo di esperienze traumatiche e il loro collocamento nel quadro complessivo della vita. Se necessario esse vengono rielaborate in combinazione con le tecniche di autoregolazione sopra menzionate.

Il modello “operatori trauma” – svolgimento di una seduta terapeutica con Sandplay Therapy

Una seduta terapeutica inizia con un canto di gruppo. Durante la fase successiva avviene la rielaborazione del trauma mediante la Sandplay Therapy. Dopodiché i dieci bambini si radunano al centro della stanza per disegnare ognuno su di un foglio di carta un cosiddetto “otto sdraiato” onde supportare il distacco dalle esperienze appena rielaborate. A scopo documentativo del decorso della terapia vengono fatte delle foto delle scene costruite dal bambino nella Sandplay Therapy. Per ogni bambino deve essere disponibile un diario, nel quale l’operatore trauma scrive le proprie osservazioni ed incolla le foto della Sandplay Therapy. Per motivi di sicurezza legale viene fatto un filmato dell’intera seduta terapeutica.

7.7. Schulungs-DVD „Pronto soccorso per l’animo“ („Erste Hilfe für die Seele“)

7.7.1. DVD-Text in italienischer Sprache

Testi in lingua italiana del DVD “Pronto soccorso per l’animo – comprendere, riconoscere e curare il trauma psichico” di Prof. Thomas Loew e Beate Leinberger

Traduzione a opera di Ida Montanari, 2018

Contenuto

Introduzione: Il trauma psichico – l’inventario

I. Parte teorica

Teatro di guerra „cervello“

1. Un argomento che riguarda tutti
2. Come funziona l’essere umano
3. Come superiamo di solito un trauma
4. L’importanza della memoria
5. La funzione della paura
6. Cosa accade in caso di pericolo, abuso, tortura, ferite di guerra e fuga?

Sintomi dopo il trauma psichico

II. Parte pratica

L’ABC delle tecniche di rilassamento

La respirazione lenta controllata

S.U.R.E. – puro rilassamento

Tecniche di terapia del trauma

La Sandplay Therapy

La linea della vita – una tecnica di visualizzazione

Disegnare e scrivere

L’EMDR – movimenti degli occhi curativi

III. Appendice

Tabelle e lucidi

Gli esperti

Il trauma psichico – l’inventario

Libri di storia e film di guerra mostrano sempre lo stesso spettacolo del terrore. Ma esperienze realmente vissute sono diverse da racconti stampati su carta. Paura, sofferenza e dolore accompagnano una persona traumatizzata per il resto della sua vita. Secondo gli esperti, il 25% dei

migranti è rimasto traumatizzato dalle proprie esperienze durante la fuga. Si tratta quindi di centinaia di migliaia che adesso abitano in Germania e che portano le capacità di supporto ai propri limiti. Soprattutto i bambini sono interessati perché non sono in grado di valutare correttamente le esperienze vissute. La migrazione modifica la medicina sotto vari punti di vista. In aggiunta ai 700 mila migranti arrivati fino al 2015 negli ultimi anni ne sono stati registrati più di 850000. Da minori non accompagnati nel 2015 sono state fatte 200 mila richieste di diritto di asilo. A ciò si aggiungono 300 mila migranti che ancora non sono stati registrati. Dato che il disturbo da stress post-traumatico è molto frequente nell'età infantile, bisogna attingere maggiormente alle idonee misure terapeutiche. Eventi tragici come la lunga guerra in Siria hanno causato ferite molto profonde nell' animo delle persone interessate.

Tutto ciò ha stravolto la convivenza fra i vari gruppi etnici nelle zone colpite. Spesso essa non è più possibile. Le vittime della guerra e degli eventi traumatici spesso soffrono ancora anni dopo il loro avvenimento. Una tipica conseguenza è il rivivere doloroso delle esperienze fatte. I soggetti interessati spesso soffrono di incubi, di alterazioni delle abilità sociali, sono nervosi e si spaventano facilmente. Queste caratteristiche dal 1980 rientrano nella definizione del cosiddetto disturbo da stress post-traumatico nelle statistiche ufficiali dei disturbi psichici. Milioni di persone hanno assistito a violenze orrende nelle guerre degli ultimi anni, le quali hanno gravemente alterato in maniera duratura il loro equilibrio psichico. Reazioni traumatiche di solito non vengono causate da un singolo evento bensì da un susseguirsi di esperienze di violenza che hanno stravolto la vita quotidiana delle persone da esse colpite. Tali reazioni dipendono dall'età, dal background familiare, dall'imprinting culturale, nonché dall' interpretazione che l'individuo attribuisce all'esperienza fatta. I bambini, gli adolescenti e gli adulti colpiti da traumi da guerra portano per tutta la loro vita dentro di sé i segni della guerra. La loro visione di se stessi e delle relazioni interpersonali vengono notevolmente alterate da queste esperienze.

I. Parte teorica

Teatro di guerra “cervello”

1. Un argomento che riguarda tutti

La guerra in Siria – omicidi, torture ed espulsioni. Per molto tempo l'argomento nei media occidentali non era quasi più rappresentato, ma adesso la guerra ha provocato la più grande ondata di fuga dalla Seconda Guerra Mondiale. È una guerra contro persone e bambini inermi, contro ogni umanità, ma in primo luogo è una guerra nella mente. Nell' Università di Ratisbona oggi avviene una conferenza fuori dal comune. Il professor Thomas Loew di rado assiste ad una sala talmente piena. Nella sua conferenza il rinomato esperto di terapia del trauma affronta l'argomento degli effetti del trauma sulla mente umana. Anche la sua famiglia dopo la Seconda Guerra Mondiale è fuggita dall'attuale Polonia a Norimberga. "Oggi sto qui anche perché mio padre ha dovuto raggiungere l'età di 80 anni per poter raccontare che all'età di 14 anni ha dovuto rimuovere i cadaveri dalla stazione di Norimberga dicendo a se stesso: 'Non posso mica lasciarli giacere qui.' Questo è ciò che la generazione dei nostri genitori e dei nostri nonni ha

vissuto. E 10 miliardi di fatturato nella branca della psicoterapia sono una conseguenza di questi avvenimenti. E si tratta di somme annuali. E questo avverrà in maniera più economica fra 30 anni, se adesso ci comportiamo con buon senso. È per il bene di tutti. La psicosomatica è la disciplina che si interessa dell'essere umano dalla singola cellula all'insieme dell'individuo e viceversa. Implica aspetti molecolari ma in ultima analisi tutto ciò che implica l'appartenenza alla specie umana, la quale ha anche – per così dire – uno sfondo biologico. Siamo la branca della medicina che maggiormente integra gli aspetti psicosociali in una diagnosi, ma anche nella terapia. È un mero caso in quale luogo siamo nati, in quale tempo viviamo, potremmo anche vivere 400 anni fa e adesso staremmo qui a coltivare il terreno, potremmo essere nati in Alaska, nella Terra del Fuoco. Chi ha nelle mani ciò, il destino divino, la provvidenza di Dio, noi stessi non abbiamo alcun influsso su di ciò. Credo che questo sia quello che maggiormente può supportare la nostra solidarietà. 15 anni fa già ho parlato qui del trauma psichico, riguardo ai traumi causati dalla medicina. Ogni persona, voi tutti qui presenti almeno una volta nella vita farete un'esperienza che rientra nei canoni di un evento causante un disturbo post-traumatico da stress. Lo dice la ricerca. È solo una questione di tempo. Ogni tanto si tratta di un terremoto, ogni tanto di un evento di guerra, ogni tanto di un incidente d'auto, però può anche essere una malattia o ad esempio un intervento medico come anche un ricovero in terapia intensiva. Per me è stato un punto in cui ho capito che gli eventi traumatici modificano le funzionalità vegetative del corpo umano in maniera statisticamente significativa, come lo chiama la scienza.

2. Come funziona l'essere umano

La prima cosa che bisogna comprendere è come funziona un essere umano. Nell'ora che segue vi spiegherò le corrette funzionalità dell'organismo umano affinché possiate comprendere come il nostro essere venga stravolto da esperienze traumatiche. Allora...il primo aspetto importante è che un individuo deve avere intorno a sé una rete sociale per vivere adeguatamente. Questo già inizia coi bambini, un bambino deve avere almeno 7-8 anni per avere almeno una piccola possibilità...torniamo indietro di 2000 anni, sopravvivere, cavarsela in qualche modo nella natura selvaggia. All'epoca l'età media di vita era di circa 17 anni, si trattava quindi già di una sfida particolare. Dunque...non possiamo vivere da soli, e questo alla fin fine è per così dire un trucco intelligente della natura, la natura si è inventata qualcosa di intelligente; è un meccanismo sviluppato dalla natura in quanto nasciamo incompiuti. Vi siete mai posti la domanda perché l'essere umano è concepito in modo tale da avere bisogno di una madre, esistono anche ad esempio i cosiddetti uccelli nidifughi, i quali già hanno tutto e non gli serve più nulla. Noi esseri umani dobbiamo lasciare il grembo materno, perché altrimenti uccideremmo nostra madre. A partire da un certo peso, il nascituro non passa più attraverso il canale di nascita materno, la testa è troppo grande. Vuol dire che lasciare il grembo materno ha delle conseguenze positive per il sistema nervoso dell'essere umano chi altrimenti non si svilupperebbe in maniera così sofisticata all'interno del corpo della madre. Gli stimoli ricevuti dagli organi di senso, i contatti con il mondo esterno, le nostre esperienze ne influenzano la maturazione. Adesso ci si può porre la domanda: "A cosa servono i sentimenti nelle relazioni interpersonali?". Se pensiamo a quante

volte ci arrabbiamo a causa del comportamento di terze persone, non sarebbe male se potessimo semplicemente dimenticare gli eventi avvenuti. I sentimenti quali rabbia, ripugnanza, ma anche il sentirsi compresi sono degli amplificatori, a me piace usare il termine "marchio acceleratore". Se vi trovate in una relazione e avete dei sentimenti, potete capire più facilmente se vi state comportando nel modo giusto con qualcuno o se è meglio interrompere il contatto con una determinata persona. Senza i sentimenti tutto ciò sarebbe molto più complicato. Vi aiuto a comprenderlo più facilmente. Dunque... L'esperimento di cui si tratta è in sintesi la seguente situazione: due piccole scimmie vengono premiate con l'uvetta. E le scimmiette sono abituate a ricevere in pasto l'uvetta. Le due scimmiette dell'esperimento si osservano a vicenda. E una delle due scimmie ottiene come ricompensa per il porgere di sassi verso la mano dell' assistente anziché l'uvetta delle fette di cetriolo. Guardiamo cosa succede. Cosa fanno le scimmiette? Il sasso torna indietro ed ecco la ricompensa. Adesso si vede la direttrice dell'esperimento che fornisce la ricompensa alla scimmietta. Adesso la scimmietta a sinistra capisce che la compagna ottiene come ricompensa l'uvetta anziché il cetriolo. Adesso si domanda cosa sta sbagliando, ridà indietro il sasso, di nuovo un cetriolo. Abbiamo compreso che i sentimenti causati da un trattamento iniquo comportano delle alterazioni emotive. Questo meccanismo è profondamente ancorato nella nostra natura. Quello che non si vede più nel film è che quando la scimmietta dell'uvetta si rende conto che la propria compagna non è tanto soddisfatta, diventa anch'essa infelice nonostante ottenga come premio l'uvetta. E in linea di principio essa sviluppa una sorta di depressione. Questa è la conseguenza della storia. Sì e cos'è che la natura ci ha dato per gestire queste situazioni? Il termine psicologico "meccanismo di difesa" non è uno dei più invitanti. Noi lo usiamo senza alcuna connotazione positiva o negativa, in linea di massima è così che il flusso dei pensieri, come sta avvenendo anche a voi in questa stanza, non si ferma mai, questo o quell'elemento viene registrato dalla percezione sensoriale, ci concentriamo su di esso. Lo stimolo cambia, ci concentriamo su qualcos'altro, e poi ci sono pensieri che facciamo volentieri. E poi ci sono pensieri che sono fastidiosi, per esempio quelli relativi al fisco. La rimozione in questo caso è uno dei meccanismi di difesa, e in linea di massima ce ne sono 22 diversi che caratterizzano l'essere umano, gli uomini sono per così dire un mix dei loro meccanismi di difesa. Ci costruiamo una sorta di labirinto affinché i pensieri che non ci fanno star bene non ci raggiungano. È così che di solito possiamo isolare, dissociare i sentimenti negativi, ci troviamo bene con questa strategia, essi cambiano anche, come possiamo osservare ognuno di noi individualmente. Perché adesso fra i bambini e fra gli adolescenti fra i migranti c'è un problema particolare? Nella nostra civiltà occidentale un vero e proprio evento traumatico avviene nell'arco di 80 anni nella vita di una persona. Prima o poi. E quello che adesso succede con i nostri bambini è che l'arco di tempo è assai più breve e che la probabilità che accada qualcosa di orrendo è assai più elevata in condizioni di guerra, fuga, espulsione rispetto alla normale vita borghese. Ho fatto vedere prima il grafico riguardante le statistiche relative al disturbo da stress post-traumatico dopo un ricovero in terapia intensiva. Fra il 4 e il 6% dei pazienti in questione lo sviluppa. Nel caso dei bambini adesso è così che un quarto di loro è affetto da una traumatizzazione. Non deve necessariamente trattarsi di un disturbo da stress post-traumatico, in ogni

caso si tratta innanzitutto di un problema fisico da prendere seriamente che avrà delle ripercussioni sulla vita. Dunque...perché ci dà fastidio quando trema la terra o crolla una casa, adesso a prescindere dai danni fisici? Osserviamo adesso un'ecografia di un feto dell'età di 5 mesi. Le immagini sono state riprese da colleghi italiani. È stato chiesto ai genitori del nascituro di simulare una lite. È la madre ad alterarsi emotivamente, però come possiamo osservare i movimenti di suo figlio partono da esso. Non è che la madre è stata scossa, i movimenti sono una reazione ai rumori al di fuori del grembo materno. Dunque noi reagiamo allo stress con tutto il corpo perché è l'unica possibilità di gestirlo nella vita, possiamo affrontare la vita solo muovendoci per tirarci fuori dal pericolo o per prendere in pugno una situazione e siamo impostati in modo tale da percepire il pericolo e anche da affrontarlo. E adesso è decisivo comprendere che non si tratta di un problema psicologico, è un problema biologico, vuol dire che vengono regolati in alto e in basso gli ormoni, ci adattiamo a questa situazione di vita ed è chiarissimo che un livello di stress costantemente elevato porta alla malattia e ci sono degli studi molto attuali giapponesi che dimostrano che ciò chiaramente limita le aspettative di vita. Quindi la cosa migliore che voi potete fare è vivere con meno stress possibile, questo però non funziona nel mondo perché il mondo produce stress quindi la vostra possibilità è che voi rivolgete la vostra attenzione alle opportunità di regolare la tensione e di rilassarvi.

3. Come superiamo di solito un trauma

Dunque... adesso la prossima domanda importante: il 25% dei bambini e il 5% degli adulti che subiscono un trauma grave sviluppano un disturbo di rilievo patologico, cosa succede agli altri? A cosa è legato? Beh, grazie a Dio, perché gli esseri umani sono in grado di autoregolarsi e sono geneticamente predisposti in maniera diversa uno rispetto all'altro, chiunque può imparare a suonare il pianoforte, però di pianisti concertisti ce ne sono pochi e nel caso dello stress è più il contrario, ci sono molti che per fortuna anche in condizioni di difficoltà riescono a riportare lo stress nei parametri di norma, però c'è anche un piccolo gruppo che ha bisogno del nostro aiuto. Come gestiamo di solito una tale situazione traumatizzante? La biologia ci dà delle possibilità. Il primo punto è quello di trovarsi, dunque la premessa è che viviamo in relazioni interpersonali e poi alcune relazioni diventano legami, diventano più strette, per fare un esempio, il matrimonio è una costruzione sociale nella quale si concretizza questo principio. Perché bambini che vengono malmenati vengono nella propria famiglia difendono i propri genitori, manifestano al mondo esterno che tutto è normale e intanto hanno i lividi sopra e sotto? Perché i bambini non hanno nessuna possibilità, perché pensano che anche gli altri genitori sono così, forse anche peggio, se i loro genitori trasmettono questo messaggio. E legami privi di paura ne riducono il livello, qualora essi si aprono a nuovi rapporti, a nuovi legami. E adesso io qui vi ho portato un ormone, l'ossitocina, l'ormone dei legami, esso si lascia mobilitare facilmente se tocchiamo o abbracciamo altre persone e potete mobilitarlo anche dentro di voi, è in un certo senso la vostra pasticca di tatto intrinseca dell'organismo. Anche noi lo facciamo, molti si toccano con la mano il proprio mento, si accarezzano perché attraverso il tatto possiamo attivare la mobilitazione dell'ormone, perché sempre la bocca e il viso, perché qui si trovano molte

terminazioni nervose, dunque ciò favorisce la secrezione dell' ossitocina. Un esempio: sono nati prematuri due gemelli, è stata presa la decisione dopo che entrambi manifestavano delle complicazioni, di mettere insieme le due incubatrici e l'abbraccio che vedete è avvenuto spontaneamente fra i due neonati; il più forte ha praticamente condotto il più debole, quello che ci ha portato avanti nell'evoluzione è comprendere quello che fa il mondo intorno a noi. Ed è la cosa più importante la persona che sta vicina a noi, dunque noi abbiamo nel nostro cervello una zona che si chiama insula e in questa insula noi imitiamo come uno specchio praticamente ciò che fa la persona di fronte a noi. Ogni movimento mimico, ogni battito di ciglio lo copiamo interiormente, attiviamo in un certo senso gli stessi muscoli, però non lo manifestiamo verso l'esterno, imitiamo le persone affinché possiamo comprendere cosa avviene nel prossimo. Forse vi è capitato di osservare due bambini giocare al giardinetto, forse avete anche assistito alla situazione che non parlavano nemmeno la stessa lingua, essi si copiano, quando si aggiunge un nuovo bambino e gli altri stanno costruendo un castello, allora il bambino copia gli altri bambini e trasmette agli altri il messaggio: "Vi ho capiti, lo so fare anch'io." E così si trova un punto di contatto. E ciò funziona nel migliore dei modi se ci troviamo insieme in una stanza. Vuol dire: la mia attivazione e il mio impegno si trasmettono per cosidire su di voi. Supponiamo che facessi questa relazione con stanchezza, voi assorbireste la mia stanchezza e forse ve ne andreste mentalmente da un'altra parte mediante l'ipnosi. Ci sono altri esperimenti con i quali nel frattempo si è potuto dimostrare in modo impegnativo che le sensazioni, per esempio la paura, è diversa a seconda che qualcuno vi rivolge la propria attenzione oppure no. Solo la presa di conoscenza dei movimenti da parte del bambino, anche egli ha reagito capacitandosi dei movimenti materni e guardandosi intorno. Questa è una prova impressionante del fatto che l'interazione è molto importante e di quanto rapidamente le persone reagiscano ad essa, di come il bimbo sia facilmente calmabile. Con le risonanze magnetiche funzionali adesso siamo arrivati a un punto al quale possiamo anche comprendere perché alcune persone reagiscono psicologicamente con dolore quando è presente un rapporto conflittuale con qualcuno nella loro vita, quando una persona di riferimento importante si allontana da esse. Ciò causa tristezza, chiaramente, o anche paura dell' abbandono. Esiste però anche una parte di persone che reagisce a ciò anche fisicamente.

4. L'importanza della memoria

Beh, adesso noi come superiamo le situazioni difficili? Abbiamo preso a conoscenza l'equipaggiamento di base. Adesso qui vedete una famiglia che guarda la TV. Se noi analizzassimo il programma, il nostro programma televisivo, cosa ne uscirebbe fuori? Crimine e Commedia. Tutti i giorni guardiamo per ore svariati gialli, però perché ci guardiamo questi film? Permanentemente! Tutti i giorni, due volte a settimana, "Homeland". History Channel, una battaglia trucculenta dopo l'altra. Perché tramite questi film ci assicuriamo del fatto che tutto finirà bene, l'assassino verrà catturato, non dobbiamo aver paura, la polizia funziona. Per questo ci guardiamo questi film, azione pura, questo ci attiva interiormente, ci si immedesima con la caccia all'uomo, ci si identifica con il film, a volte quasi come se si stesse guidando realmente, come ad esempio nel nuovo

film di James Bond, però non è così rischioso come nella realtà. E ci creiamo interiormente un film nuovo che finisce bene. In linea di massima la terapia del trauma non è nulla di diverso. Ossia si fa praticamente del ricordo un nuovo film. E si ha in mano il telecomando, lo si può interrompere, riaccendere, questo è un altro elemento importante. E questa adesso non è una nuova invenzione, esisteva già in passato. Dunque se si guarda con gli occhi dell'appassionato di gialli le fiabe, avvengono anche in questo caso omicidi dolosi, vanno perduti i bambini, poi vengono salvati, via vai, non è nient'altro che un rapimento oggiogiorno, anche lì di nuovo il messaggio con il quale il cervello viene praticamente di nuovo programmato sul messaggio: "Tutto finirà bene. Esiste una soluzione, esistono brave persone intorno a te." Dunque ... qual è l'elemento decisivo nel superamento del trauma? Il punto cruciale è che nella situazione del trauma l'integrazione dell'esperienza e del ricordo, dei sentimenti, non funziona. Stato di emergenza. Nel superamento è così che non possiamo cancellarlo, bensì possiamo ricordare se vogliamo e anche imparare dai ricordi. E adesso dobbiamo comprendere insieme come funzionano il ricordo e l'apprendimento. Riguardo a ciò l'anno scorso è stato vinto un premio Nobel, adesso cercherò di spiegarlo nel modo più semplice possibile. Ossia spiegazione light del premio Nobel per la medicina. Perché i due colleghi Moser e O'Keefe hanno scoperto che nel cervello esiste una sorta di navigatore. Ciò vuol dire che raffiguriamo il mondo là fuori dentro di noi. Vuol dire che il nostro cervello è una sorta di carta geografica sulla quale veramente i neuroni salvano (informazioni) in relazione ad una posizione nello spazio. Quindi praticamente se entrate nella vostra abitazione, avete nel vostro cervello, se lo osservate al vostro interno, sapreste esattamente quanto sono distanti l'uno dall'altro le poltrone, dove si trova il divano, dove si trova il tavolo, forse anche cosa c'è sopra il tavolo. E chiaramente si memorizzano anche le persone che vanno in giro per l'appartamento. E se perdete un familiare a causa di una separazione o di un lutto, allora questa persona manca anche nella vostra mappa interiore e ciò comporta il trauma. Vuol dire che se perdiamo qualcosa, se cambia qualcosa a livello spaziale nell'ambiente intorno a noi allora subentrano i sentimenti. E non abbiamo salvato solo un'abitazione, abbiamo tutta una serie di ambienti nei quali ci muoviamo e lo facciamo anche con grande esattezza per quanto riguarda la distanza fra i vari punti rilevanti, questa è stata una parte del premio Nobel vinta da O'Keefe. È una cosa molto importante quando si tratta dell'apprendimento, adesso abbiamo imparato come funziona, si tratta dello stesso meccanismo nel caso dei vocaboli di latino o dei quiz della patente, non è molto diverso, anche queste informazioni vengono salvate, collocate e associate a un determinato punto del cervello. L'apprendimento funziona nel migliore dei modi se si dorme fra una sessione di studio e l'altra. Dunque assorbire qualcosa di nuovo, relazionarsi con esso, dormire e poi l'informazione si sedimenta. Vuol dire che studiare sull'autobus è una scemenza, l'informazione sparisce a meno che non si dorma nella prima ora e allora nella seconda funziona. E adesso con i nostri pazienti traumatizzati abbiamo già un problema: hanno disturbi del sonno. E io sono a favore di un accompagnamento precoce, di una terapia precoce di questi bambini e adolescenti perché la scuola non porta molto avanti se ci si deve andare con un problema talmente grave addosso. Diventiamo attivi su questo aspetto e poi anche il problema della scuola si risolverà. Punto terzo, quello che di solito ci aiuta a superare il trauma è la dopamina. Questa molecola in

linea di massima quando è presente in eccesso causa la schizofrenia, un disturbo paranoico. La definizione della pazzia è, in inglese, "firm, fixed, false ideas", una bella sequenza. Significa che le persone ne sono convinte, non modificano la propria convinzione e le persone intorno a loro dicono: "È una scemenza." E essere innamorati non è molto lontano dalla pazzia. Dura per un pò di tempo, circa 6 settimane, e poi si capisce se diventa qualcosa di serio oppure no. All' inizio il nuovo partner è la persona migliore di tutte, fantastico, sa fare tutto, straordinario e poi nel giro di 6 settimane si pensa: "Beh, ci sono degli aspetti che non mi piacciono.", e questo non è stato notato nelle prime 6 settimane. Dunque: cosa voglio farvi capire con ciò? Abbiamo uno strumento molto efficace nella nostra testa, alla fin fine si tratta della nostra fantasia, della possibilità di trasformare la realtà intorno a noi, come ci piace, per così dire. Sì, e questo è uno dei motivi per cui ci dobbiamo occupare di questi giovani o in generale di tutte le persone traumatizzate. Cioè determinate idee sono ancorate e irremovibili. Un classico: l'immaginazione di essere in pericolo in una determinata città. E gli altri dicono: "Un momento, non siamo più al Cairo, siamo a Norimberga, a Ratisbona, non c'è più il rischio di venire rapiti da qualcuno, gettati su di un camion, e poi violentati, torturati da gente estranea.". Però nella mente il timore è uguale a quello che si proverebbe stando al Cairo. Firm, fixed, false ideas. Voglio far capire questo. Bene.

5. La funzione della paura

Dunque, adesso la questione diventa più interessante sotto un altro punto di vista. L'aspetto della paura ha un ruolo importante riguardo al tema del trauma. Innanzitutto è importante chiarire che la paura non è una malattia, bensì è necessaria per sopravvivere, per riconoscere i pericoli. La paura è per noi una sorta di "sentimento sentinella" il quale modifica il nostro comportamento, il quale attiva forze dentro di noi, così che possiamo ulteriormente difenderci. Diventa un problema quando essa diventa eccessiva o non va più via. L'organo chiave della psicosomatica è la formazione reticolare, essa coordina tutte le funzioni vitali dentro di noi, alla fin fine. Si può vivere anche senza il resto del cervello, purtroppo, no, adesso lo intendo seriamente, esistono persone che si trovano in coma vigile, gli manca praticamente il resto della coscienza, vivono solo con la formazione reticolare, ciò che noi sempre crediamo è: "Beh, la regolazione della pressione sanguigna, il battito cardiaco e il cuore ..." – e cose del genere, poi la digestione, ok, ma quello a cui non pensiamo è che la formazione reticolare è anche connessa alla vista e all'udito e che essa recepisce anche gli stimoli sensoriali, ad esempio il dolore, tutte le informazioni sensoriali che abbiamo, in particolare quelle del sistema propriocettivo, le sperimenta anche la formazione reticolare. Non avete bisogno di chissà quanto cervello per comprendere il mondo, quando incombe un pericolo, ancor prima, assai prima che inizi il pensiero, l'organismo nel frattempo ha già reagito e quello che noi facciamo con i nostri metodi è insegnare ai bambini traumatizzati a reagire in tempo. Vuol dire, qui voglio descrivere l'immagine, in linea di massima facciamo questo, la vita è una casa che si trova in una zona sismica e noi quindi lavoriamo alla radice e interrompiamo praticamente il terremoto, dunque se la formazione reticolare è calma, anche il resto del corpo si calma notevolmente.

6. Cosa accade in caso di pericolo, abuso, tortura, ferite di guerra e fuga?

Qual è la differenza fra un rifugiato di guerra e una persona che ha subito un grave incidente o che è gravemente malata? La differenza decisiva è che nel primo caso il trauma è causato dall'uomo. Cioè vuol dire che la certezza che ci ha sostenuti per migliaia di anni, che quando cammino attraverso una foresta so che non posso fare domande a un orso, anche al lupo è meglio che non chiedo nulla, però se compare un'altra persona ho delle possibilità che essa forse mi supporta, e questa fiducia di base viene praticamente distrutta in una situazione di tortura. Il secondo aspetto è che chiaramente a causa dei metodi stessi, disturbo durante il sonno, togliere l'orientamento, tutto ciò che viene in mente all'uomo quando pensa a come far funzionare la tortura, questo chiaramente funziona anche contro l'integrità della persona e poi abbiamo anche il terzo elemento con la dopamina, il tutto viene quindi indirizzato nella direzione sbagliata, non sai quanta tortura ti aspetta al di fuori dalla porta, forse ci sono altre 100 persone che non sopravviveranno a quello che sta succedendo qui. Abbiamo dunque capito l'abuso, abbiamo capito la tortura, adesso qual è l'aspetto particolare della fuga? La fuga innanzitutto è, "flight" in inglese, una reazione sana, se ho una tigre alle calcagna devo impegnarmi a correre più rapidamente, di per sé è cosa saggia, e le altre due possibilità sono appunto la lotta, "fight" o "freeze", è la rigidità cadaverica, ossia il far finta di essere morti e nella natura troviamo dunque tutto. Però la fuga ha diverse conseguenze, un aspetto, è sempre così, ve ne rendete sempre conto quando viaggiate un pò, la paura aumenta, qui però non si tratta di un viaggio, bensì di una fuga, le persone sono quindi in movimento con un livello di paura del tutto diverso. Il secondo aspetto è che abbiamo parlato prima del cosiddetto navigatore interiore, riguardo alla carta geografica interiore che fornisce sicurezza; questa va completamente perduta e anche l'ossitocina non funziona, perché i contatti, i rapporti vanno perduti anche loro, le persone sono completamente dissociate dalle loro reti sociali. Abbiamo appena appreso quanto è importante il contatto personale, il chiacchierare tra i banchi, star seduti insieme con una pinta di birra, sedersi tutti insieme in un salotto, lo conosciamo anche nel nostro contesto culturale, fare colazione insieme dopo la messa, se così si vuole e tutti questi contatti sono distrutti. E com'è di solito quando delle persone finiscono in una situazione del genere – e questa probabilmente è la parte della conferenza che potrebbe cambiare molto il vostro modo di pensare. E allora cosa fanno le persone che sono in fuga? Punto numero uno è: si costruiscono dei nuovi rapporti. Il che vuol dire che non dobbiamo stupirci se i migranti fanno figli molto presto, stabiliscono legami, se nei dormitori comuni nascono delle nuove relazioni sentimentali perché è semplicemente un modo di autostabilizzarsi; non solo perché se si mettono al mondo figli qui in Germania poi forse si può ottenere grazie a ciò un permesso di soggiorno permanente, bisogna semplicemente capire cosa significa nel contesto biologico. Il sistema dopaminergico continua a funzionare: disturbo paranoico, "firm, fixed, false ideas", ciò all'inizio è anche una fonte di supporto, che il pensiero possa in un certo senso venir fissato. Questo adesso è, a prescindere dai giudici e dai preti, per così dire, un motivo biologico e sociologico comprensibile per il quale esistono le religioni sul nostro pianeta. Le persone si sono costruite qualcosa, se così si vuol dire, che dà sicurezza, c'è una grande forza che pensa a tutto, che in emergenza può fermare

il terremoto, che può fare miracoli, che è forte, che subentra quando tutto il resto passa; la speranza è l'ultima a morire, questo mi deve essere chiaro, cioè vuol dire che se non risolvo i problemi, specie il problema del trauma psichico, il quale è presente in questo caso e che comporta un disordine mentale, è così che ciò deve essere accettato come reazione probabile. E adesso siamo di nuovo alla questione dei bambini per la quale ci si lamenta che i bambini non sono in grado di concentrarsi a scuola, che fanno più fatica a ricordare le nozioni imparate, che soffrono di disturbi del sonno, che hanno incubi- questa però è solo una parte della storia. I bambini si distinguono dagli altri, i bambini traumatizzati sono aggressivi, sono nervosi, bestemmiano, sputano, mordono, sono dispettosi, non si adeguano e adesso dovete capire: "Ah, questo forse non è un disturbo comportamentale come lo diagnosticano volentieri gli psichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza, ma è la conseguenza di un trauma psichico riguardo al quale il bambino forse non è ancora in grado di parlare.", anziché farli stare buoni, metterli in punizione e dirgli: "Stai buono!". Questo non funzionerà di certo, perché tutti gli altri, questo va troppo veloce, perché subentreranno tutti gli altri meccanismi e forse il bambino all'improvviso non dice più nulla e sta seduto agghiacciato a lezione.

"Dato che le guerre nascono nell'animo delle persone, anche la pace deve essere ancorata nell'animo delle persone."

Costituzione dell'Unesco,
Londra 1945

Musica

Thomas Loew

Helmut Kaiser

Foto e Grafica

Beate Leinberger

Cinepresa e montaggio

Michael Mayr

Tecnica

Marek Stepanek

Miro Jakob

Peter Roggerndorf

Produzione

FilmGruppeMünchen

Sintomi dopo il trauma psichico – Beate Leinberger, Psicoterapeuta dell'infanzia e dell'adolescenza

I traumi psichici sono eventi opprimenti i quali possono verificarsi statisticamente una volta nella vita di una persona. Si distinguono diversi gradi di gravità del trauma psichico, da un lato abbiamo il monotrauma, il quale può essere un incidente, una rapina, crimini, un incendio nell'abitazione, una grave malattia o un terremoto. Eventi che si verificano una volta nella vita.

Dimensioni di un trauma psichico

Il prossimo grado di gravità è il multitrauma. Il multitrauma è un monotrauma il quale può verificarsi più di una volta nella biografia di una persona. Più di un incidente oppure un incidente, una grave malattia e un incendio nell'abitazione.

Il trauma sequenziale

La terza categoria è quella del trauma sequenziale. Si tratta di un trauma il quale dura per un arco di tempo prolungato. Giorni, settimane, mesi o anni. Appartengono a questa categoria ad esempio esperienze di guerra o tortura, ma anche esperienze di mobbing a scuola o sul posto di lavoro.

Il trauma di legame

Il trauma più grave è il trauma di legame, si tratta di traumi legati a persone di riferimento importanti. Può trattarsi della perdita di un genitore, o però anche della perdita di un figlio da parte dei genitori. Anche separazione o divorzio possono causare un trauma di legame o anche una nascita prematura durante la quale il bambino viene precocemente separato dalla persona di riferimento e messo nell'incubatrice per acclimatarlo. A seconda del grado di gravità del trauma psichico, dal monotrauma fino al trauma di legame, nella rielaborazione dell'esperienza abbiamo bisogno di intensità di stabilizzazione e di metodi diversi. Meno è grave il trauma, meno stabilizzazione è necessaria, più esso è grave, più c'è necessità di stabilizzazione.

Sottocategorie

Inoltre si distinguono sottocategorie quali il man made trauma, ossia traumatizzazioni causate dall'uomo e traumi indipendenti dall'essere umano. Traumi indipendenti dall'essere umano come catastrofi naturali o una grave malattia sono esperienze le quali vengono vissute come fatali, le quali non hanno bisogno di un senso, di una ricerca del senso. Sono superabili più facilmente rispetto ai cosiddetti man made trauma che vengono causati dall'uomo, perché le persone hanno bisogno di un senso, si domandano costantemente: "Perché proprio a me? Perché mi trovavo proprio io in quel luogo?" e il loro superamento è più complicato.

Criteri diagnostici

Per poter diagnosticare un trauma psichico ci orientiamo a criteri generici di classificazione. Fra questi criteri rientra ad esempio il fatto che si deve trattare di un evento il quale rappresenta una minaccia fuori dal comune, quasi di dimensioni catastrofiche, il quale provocherebbe in quasi ogni persona una profonda disperazione. Abbiamo poi inoltre altri criteri ad esempio che

l'esperienza traumatica una volta finita si impone ripetutamente nei ricordi anche quando non lo si vuole, i ricordi non si lasciano rimuovere, vengono e basta. Abbiamo un rivivere dell'evento traumatico come se ci si trovasse ripetutamente nell'esperienza traumatica anche se è già passato parecchio tempo. Abbiamo come sintomo anche gli incubi i quali sono legati al ricordo del trauma o un senso di angustia quando ci troviamo in situazioni simili a quella traumatica. Successivamente accade che le persone le quali sviluppano i sintomi del trauma psichico iniziano ad evitare luoghi, circostanze o situazioni le quali possono avere un nesso diretto con l'esperienza traumatica. E poi vengono i criteri che riguardano l'organismo, si sviluppano disturbi del sonno, irritabilità improvvisa la quale prima non c'era e non faceva parte della struttura caratteriale della persona, ma adesso invece sì; subentrano attacchi d'ira, impulsività, disturbi della concentrazione, ipereccitabilità e una paura elevata. Questi sono ad esempio sintomi i quali possiamo osservare molto bene anche nel caso degli adolescenti e che possiamo osservare molto bene nei bambini.

Criteri diagnostici specifici per l'infanzia

I bambini guardano in alto con lo sguardo perso nel nulla, ciò che si verifica molto spesso nei bambini traumatizzati è la deriva mentale, e' pensare a qualcosa e il non rispondere o non reagire a una domanda o a un'allocuzione. "A cosa sto pensando? Cosa accade dentro di me?" – anche il non essere in grado di descrivere emotivamente ciò che accade nel proprio corpo, neanche retrospettivamente sono in grado di spiegare o di descrivere cosa esattamente è loro accaduto. I bambini mostrano inoltre attività di autotranquillizzazione non consone ai luoghi pubblici, come ad esempio succhiarsi il pollice; sono spesso metodi di autotranquillizzazione che i bambini piccoli usano automaticamente nei quali però i bambini più grandi ricadono dopo un'esperienza traumatica, ad esempio succhiarsi il pollice o girare le ciocche dei capelli, non essere in grado di smettere di farlo, ma anche forme più eccessive come strapparsi i capelli o rosicchiarsi le unghie, mordersi le unghie fino alla base, fino alla ferita, fino al sanguinamento. Però abbiamo anche l'appagamento orale, come il mangiare, già precedentemente descritto, succhiare o masticare pezzi di vestiti, molto diffuso è il succhiare o il tirare dei cordoncini, il mordere via delle estremità delle maniche dei maglioni. Abbiamo però anche il battere ritmicamente di parti del corpo, nel caso di bambini piccoli spesso lo sbattere della testa contro il cuscino o contro il muro, nel caso dei bambini più grandi sbattere con il pugno o con la mano contro il muro, sul tavolo o su altri oggetti. Un'altra attività frequente è il dondolio, questo movimento dondolante, che durante la lezione è visibile come dondolio con la sedia. Questi sono metodi di autostabilizzazione che poi vengono anche insegnati come metodo di intervento centrata sui bambini perché si tratta di un'attività che il corpo sviluppa intuitivamente, che molte culture hanno istituito come metodo di autoregolazione e che noi ripermettiamo di fare ai bambini per poter regolare l'inquietudine interiore. Qui come esempio Pippi Calzelunghe: ciò che si può bene osservare nei bambini che hanno subito dei traumi è la mancanza di prospettiva, l'incapacità di immaginarsi cosa si vuole ottenere nella vita, di sviluppare un obiettivo, di avere un'idea di ciò che si vuole fare professionalmente, di immaginare la propria vita fra 5 o 6 anni,

ancor di meno di immaginare la propria vita fra 10 o 20 anni. Nel caso dei bambini piccoli assistiamo spesso all'ansia da separazione. In caso di traumatizzazione già avvenuta in precedenza, i bambini si aggrappano alla persona di riferimento o a una persona a loro molto vicina emotivamente; negli adolescenti l'ansia da separazione spesso si manifesta diversamente, lì non è l'aggrapparsi, bensì il distruggere di oggetti che di per sé gli sono cari, può essere la distruzione della propria camera, la distruzione di foto di famiglia, la distruzione di oggetti creativi, di oggetti di manufatturato che l'adolescente ha egli stesso costruito nel corso della propria vita, di cose che ha ricevuto in dono da parte di persone che di per sé sono molto importanti per lui. Il prossimo aspetto è lo sviluppo di un'opinione di sé tendenzialmente negativa, quando chiediamo ai bambini e agli adolescenti come essi si vedono, allora non vengono mai menzionati aspetti positivi, è presente una profonda carenza di autostima, una sensazione di non essere in grado di fare, di ottenere nulla, spesso ciò si manifesta come mancanza di voglia far qualcosa: "Non mi va, mi annoia.", ma qui in realtà il problema alla base è: "Non mi reputo capace.". L'impotenza appresa, che può essere sviluppata precocemente, sentiamo spesso i bambini e gli adolescenti dire: "Fammi vedere come si fa questo, come si fa quello. No, non lo so fare.", uno sguardo indifeso nel contesto di attività che dovrebbero essere svolte senza problemi per l'età raggiunta. E una cosa che ulteriormente osserviamo è lo sviluppo di una forte sfiducia nei confronti di tutte le persone. Il prossimo aspetto, come si può vedere nell'immagine, è quello di bambini aggressivi fisicamente e verbalmente, che battono intorno a sé, che malmenano altri bambini, che durante le ricreazioni sono spesso coinvolti in risse, che però non hanno timore di prendere a calci l'insegnante e neanche di malmenare i propri genitori e questo è un criterio evidente, l'espressione di comportamenti aggressivi, spesso nei confronti di persone di riferimento. Successivamente, se il trauma è già avvenuto molto tempo prima, si sviluppa a partire dalla struttura caratteriale una scarsa capacità di empatia, i bambini o anche successivamente i giovani adulti non sono bravi ad immedesimarsi nel prossimo, vuol dire che se si comportano in modo aggressivo non sono minimamente in grado di cambiare la prospettiva e di entrare in dialogo e di comprendere: "Come mi sentirei se fossi io ad essere malmenato?". Questo cambiamento della prospettiva non è possibile. Abbiamo inoltre un rapporto di confidenza e di distanza alterato. Nel caso dei piccoli è un avvicinamento fisico molto rapido, sedersi in grembo a una persona, anche se si tratta di un estraneo, aggrapparsi alla sua gamba; invece gli adolescenti mostrano un atteggiamento molto distanziato, ci vuole molto tempo per instaurare un rapporto, per entrare in dialogo e soprattutto per parlare di argomenti che stanno loro a cuore emotivamente. Un'altra caratteristica presente sono disturbi di somatizzazione, i bambini reagiscono quando sono molto piccoli soprattutto con mal di pancia, spesso il mal di pancia non può essere localizzato, bensì tutto il corpo viene percepito come mal di pancia. Più i bambini sono grandi, più il disturbo si sviluppa in direzione mal di testa, specie gli adolescenti accusano forte mal di testa e anche in questo caso non è facilmente localizzabile, alla fin fine è tutta la testa a far male e spesso si lamentano di soffrirne costantemente. Bambini e adolescenti traumatizzati raccolgono e mettono in ordine oggetti, tolgono e mettono in ordine cose che gli altri butterebbero, tappi di sughero ad esempio o sassi e li nascondono in luoghi dove sono sicuri che non glieli

possono portare via. Se si cerca di toglierglieli di mano, i bambini e gli adolescenti reagiscono con panico eccessivo, attacchi di urla, rabbia e scatti impulsivi. L'incapacità di cedere qualcosa si manifesta anche nel non volersi separare da componenti fisiche del corpo, ad esempio non volersi far tagliare i capelli, non volersi far tagliare le unghie e anche non voler cambiare spesso i vestiti. In aggiunta a ciò abbiamo anche vuoti di memoria, il che è a sua volta connesso con dissociazioni, le dissociazioni sono fenomeni che abbiamo tutti noi, ossia stacciamo la spina ogni tanto, cosa che conosciamo bene quando andiamo in giro in macchina, andiamo da luogo A a luogo B e quando siamo arrivati al luogo B, ci domandiamo: "Come ci sono arrivato?". Queste sono dissociazioni, quando non si è più in grado di ricordare questa cronologia degli eventi. Persone traumatizzate e in questo caso bambini hanno poi in relazione a questi archi di tempo vuoti di memoria chiarissimi, hanno anche una percezione del tempo scombussolata che si riconosce dal fatto che ad esempio di pomeriggio non sono in grado di riconoscere che è pomeriggio, ma sono stupiti che è pomeriggio e si sentono come se fosse mattina. Si manifesta mediante il mentire, ma come menzogne che possono essere percepite così dall'esterno e anche identificate come tali che però soggettivamente dal bambino non vengono interpretate così. Il bambino ne ha una percezione diversa e non sarebbe in grado di rendersi conto che si tratta di una bugia, di conseguenza non ha intendimento per i propri sbagli. Ciò che anche avviene spesso ed è ben visibile durante le lezioni sono sogni ad occhi aperti, andare in trance, uno sguardo fisso o anche non essere in grado di seguire la lezione, pensare a qualcos'altro, a questo e a quello, semplicemente sognarsi via dalla vita quotidiana. Abbiamo in aggiunta ambivalenze comportamentali, dunque comportamenti che cambiano rapidamente, che non combaciano l'uno con l'altro, comportamenti che prima del trauma psichico erano diversi rispetto a dopo di esso. Il bambino sembra essere all'improvviso completamente diverso, ci sono presunti cambiamenti della personalità, i bambini si creano figure immaginarie, parlano con una persona non visibile, parlano però anche in terza persona, parlano di sé in terza persona e a volte è anche necessario accettare questa persona che non esiste come un essere reale per poter superare con il bambino questa fase. Abbiamo poi sintomi di dissociazione molto chiari, i quali si ritrovano spesso fra i migranti, quello che noi adesso osserviamo molto spesso sono convulsioni dissociative che sembrano essere attacchi epilettici che però non hanno alcuna causa neurologica, si manifestano disturbi del tatto e della sensibilità corporea. Anche qui può accadere che i muscoli del bambino all'improvviso cedono, il bambino si affloscia, l'adolescente cade a terra rimanendo però cosciente, però non è più in grado di controllare la muscolatura. In casi più gravi avviene addirittura la cosiddetta fuga dissociativa, la persona interessata intraprende qualcosa, ad esempio va al cinema e non riesce più minimamente a ricordare di essere stato lì, solo grazie al biglietto d'ingresso, per poi dopo capire che in effetti deve essere stato lì, però non è più in grado di menzionare l'arco di tempo corretto.

II. Parte pratica

L'ABC delle tecniche di rilassamento

La respirazione lenta controllata

Immaginatevi un luogo nel quale vi sentite completamente a vostro agio, sicuri e protetti. Può trattarsi di un luogo nel quale già siete stati.

Esiste una tecnica di respirazione che l'umanità usa già da migliaia di anni. Spesso anche intuitivamente. È il comune denominatore di tutte le tecniche di rilassamento, dal training autogeno fino alla meditazione. Il nome di questa tecnica è respirazione lenta controllata.

Può però anche essere un luogo che esiste solo nella vostra fantasia o che vi siete sognati. Nella vostra fantasia tutto è possibile.

Espirare per 6 secondi, inspirare per 4. E questo per svariati minuti. Questa respirazione lenta influisce sul sistema nervoso vegetativo. Nel nostro corpo viene praticamente innescata una leva come durante il sonno. In questo arco di tempo l'organismo si concentra sul mantenimento delle funzionalità vitali di base.

In tutta tranquillità, alla ricerca di un tale posto.

Adesso vorrei mostrarvi il lavoro in piedi e quindi vi pregherei di alzarvi tutti. Nel vostro tempo, esattamente. Adesso la domanda interessante: Vi siete alzati durante l'inspirazione o durante l'espiazione?

Così creiamo ad esempio una situazione di partenza migliore per il nostro cuore. Respirando più lentamente, segnaliamo al nostro corpo: "Non è presente una situazione di stress."

Un'altra cosa molto importante: quando vi alzate, non perché vi dovete alzare o perché ve l'ho detto io, ma... adesso subentra lo sbadiglio, perfetto, è un segno di calma interiore. Adesso fatelo deliberatamente rispettando il vostro ritmo e poi alzatevi.

La respirazione lenta controllata è contagiosa, così come lo sbadiglio. Se il terapeuta respira lentamente il paziente rallenterà inconsciamente il proprio ritmo di respirazione.

Adesso una domanda: "Chi di voi si è alzato durante l'espiazione? E chi durante l'inspirazione? Ok, adesso provate a farlo un'altra volta al contrario. Così come lo abbiamo appena fatto."... "Dunque, adesso cosa era diverso? Cosa avete notato?"(...)

S.U.R.E. – puro rilassamento

Il mio intento era quello di spiegare il problema del teatro di guerra nel cervello, come le persone innanzitutto sperimentano la convivenza, come in generale possono regolare i propri pesi psichici, con le possibilità che il corpo mette loro a disposizione e di solito complessivamente la maggior parte delle persone ci riesce, però quando il peso diventa per così dire troppo pesante, quando la situazione non è più gestibile con la quotidiana comprensione, allora è necessario il supporto.

S.U.R.E. è una tecnica di rilassamento incentrata sul corpo. Essa è molto efficace e facilmente applicabile. Già nel giro di pochi minuti viene raggiunto uno stato di rilassamento. S.U.R.E. può essere utilizzato in piedi, da seduti o sdraiati. Vengono svolti dei movimenti monotoni, ripetuti, circolari o oscillatori i quali non devono essere stancanti. Ad esempio è possibile girare

in maniera circolare o ondeggiare lateralmente con il busto da seduti. È eseguibile anche una mera oscillazione della testa o un dondolio su e giù con le piante dei piedi. Se lo svolgimento del movimento viene mantenuto costante, il movimento diventa autonomo già dopo 2 o 3 minuti, così esso non deve essere più eseguito volontariamente. Si entra in un lieve stato di trance e questo stato porta al rilassamento. È importante far semplicemente scorrere i pensieri e non concentrarsi sul pensiero bensì sui movimenti. In contesti religiosi queste tecniche di rilassamento diventano addirittura parte del rito. Anche nella vita quotidiana a volte può essere osservato come le persone eseguono spontaneamente questi movimenti ondulatori, oscillatori o altri movimenti, in questo modo esse si tranquillizzano.

Adesso è così che la maggior parte delle persone lo applicano automaticamente. Osservatelo ad esempio in uno stadio di calcio, una partita avvincente, osservate i tifosi, cosa fanno, iniziano a muoversi e il movimento non è un segno di eccitazione bensì è la possibilità fisiologica di riottenere il controllo sull'emozione e di regolare se stessi perché praticamente il nostro sistema biologico ci dice: "Rimaniamo calmi, rimaniamo entro i confini, non abbiamo bisogno del livello massimo di eccitazione." Quindi iniziamo già a priori a regolarci.

Anche gli atleti professionisti applicano S.U.R.E. Come ad esempio alle Olimpiadi prima dell'inizio della corsa da 100 metri. Le atlete scuotono le loro braccia, si tengono in equilibrio sulle piante dei piedi, oscillano di qua e di là e ripetono questi movimenti per svariati minuti. Si può vedere che tutte le atlete utilizzano questa tecnica. Se fisiologicamente ciò serve principalmente a sciogliere i muscoli, al rilassamento o a supportare la concentrazione sarebbe ancora da analizzare. Gli sportivi applicano inconsciamente anche la tecnica della cosiddetta stimolazione bilaterale. Bilaterale significa che i due emisferi cerebrali vengono stimolati in modo alternato. Il Prof. Loew spiega nel seminario come rende riutilizzabili le diverse tecniche nella vita quotidiana.

Esistono per così dire i metodi silenziosi e i metodi un pò più chiassosi e un metodo silenzioso ad esempio è quello di invitare il bambino, tutti voi conoscete l'ascolto del mormorio di una conchiglia, se prendete una conchiglia, lo potete simulare anche con la vostra mano se la tenete contro l'orecchio, sentite il mormorio. E questo si può anche fare in modo binauricolare, lo fate di nuovo dall'altro lato. Adesso chi ha un problema di conduzione del suono fa fatica, però la maggior parte dei bambini non ce l'ha. E adesso di nuovo con l'altro. E di nuovo a sinistra. E di nuovo a destra. Sinistra. E lo posso fare anche più rapidamente, questa era per così dire la fase di addestramento, questo lo faccio adesso (...) ogni volta che sul lato precedente sento bene il suono, cambio. Ok, adesso potete allenarvi a casa, quando state di nuovo seduti davanti al computer e di nuovo non funziona, provate ad autotranquillarvi con la stimolazione bilaterale. Questo funziona anche tramite il battito, cioè con la farfalla, questo lo possono fare i bambini, noi cerchiamo sempre di evitare, una volta più a sinistra una volta più a destra, allora siamo praticamente a una compartimentazione del busto. E si può anche eseguire il battito lungo tutto il braccio, così li portiamo di nuovo nel qui e ora.

“Aramsamsam” è il nome di una famosa canzone movimentata per bambini piccoli. Originariamente probabilmente viene dal Marocco e viene utilizzata nella terapia del trauma. Grazie ai

vari movimenti ritmici durante il canto vengono stimolati entrambi gli emisferi cerebrali e viene ridotto lo stress.

Poi esiste il tapping, può essere fatto in modo alternato, i più piccoli non ce la fanno, basta anche così, va bene uguale e durante il “guli guli” di nuovo rilassamento con il giro e “arabi” è l'autostima, quindi su con le mani e stendere le braccia. Proviamoci una volta insieme! "In piedi?" – Certo, dobbiamo alzarci per farlo! (...) [Lento.] (...) [più forte e] Perfetto! Va bene! E adesso non riflettere a lungo, bensì percepire come si sentono ora. Solo percepire, c'è qualcosa di diverso, forse in meglio, è più allegro il morale?

Tecniche di terapia del trauma

La Sandplay Therapy

La Sandplay Therapy è idonea in particolare per bambini dai 4 ai 12 anni. Nel seminario i pedagoghi assumono il ruolo dei bambini. Essi prendono svariati pezzi da gioco, case, macchine, piante, animali e giocano con essi quello che gli viene in mente in una sabbiera. Il gioco terapeutico viene utilizzato dagli psicoterapeuti dell'infanzia già da svariati decenni. Di solito lo psicoterapeuta si siede accanto al bambino e gestisce il gioco come lo farebbe il genitore. Come in ogni terapia del trauma psichico prima e dopo il gioco terapeutico vengono svolti insieme al bambino determinati rituali di autoregolazione.

Durante il gioco terapeutico il bambino può mostrare gli eventi traumatici in diverse variazioni. In questo modo egli è in grado di sopportare il ricordo degli eventi traumatici con maggiore efficacia. Avviene una rielaborazione ripetuta della medesima scena. Con nuovi dettagli e sfumature diverse. Il bambino non solo si impegna a mostrare la scena con esattezza, ma anche a trovare un'uscita positiva dal ricordo traumatico. In un contesto meno drammatico ciò avviene anche nel vivere quotidiano. Esperienze sgradevoli e imbarazzanti vengono rielaborate dalla mente in maniera ripetuta finché i ricordi opprimenti si attenuano. Ci immaginiamo di agire diversamente e sviluppiamo nella nostra mente soluzioni alternative fino al punto in cui il ricordo dell'esperienza fatta non ci opprime più e lo rimuoviamo.

Il bambino descrive una scena, mi ricordo bene, una scena in cui il bambino e la sua famiglia erano in fuga e poi il padre ha ditto al bimbo, dato che stavano arrivando soldati nemici, poliziotti nemici: "Nasconditi qui nel bosco e resta lì seduto!". Il bambino ha visto come i poliziotti hanno innanzitutto aggredito il padre verbalmente per poi malmenarlo. Questo è il ricordo traumatico del bambino. E il bambino rielabora la scena nella sabbiera, i poliziotti come figure, lui come figura, il padre come figura, la figura della casa, i poliziotti che portano suo padre all'interno, le sue paure, le sue fantasie, mio padre uscirà fuori vivo dalla casa? E essi hanno un film nella nella propria mente.

I terroristi attaccano, un carro armato spara un razzo, il padre viene colpito, il bambino osserva questa scena dal proprio nascondiglio. Tre uomini armati si scagliano contro la tenda e sparano contro il padre del bambino. Su di una roccia si trova un uomo con una bomba a mano. Egli la lancia. La bomba a mano esplose accanto al padre. Il bambino non ha potuto aiutare il proprio

padre. Perciò egli ha forti sensi di colpa. Nella terapia il bambino viene incoraggiato a sviluppare esiti alternativi a quello realmente avvenuto per ridurre lo stress emotivo. Inoltre il gioco terapeutico serve a ricomporre i singoli frammenti dell'evento traumatico in un unico ricordo.

La linea della vita – una tecnica di visualizzazione

La linea della vita è una delle tante tecniche narrative che viene usata nella terapia di persone traumatizzate. I partecipanti del seminario applicano la tecnica alla propria vita. Come asse del tempo si può usare una corda, la linea della vita può però anche essere disegnata su un foglio di carta. Si tratta di visualizzare la propria biografia. Bisogna ricordare e mettere a fuoco sia eventi opprimenti sia eventi positivi della vita. Lungo una linea viene reso visibile il percorso della propria vita, esso viene ordinato cronologicamente, dalla nascita fino all'età di vita attuale. Con dei simboli colorati possono essere evidenziate le esperienze positive, con dei sassi esperienze particolarmente gravose. Specialmente persone fortemente traumatizzate hanno difficoltà nel ricordarsi anche di esperienze positive. I ricordi del trauma rimuovono tutto e si trovano in primo piano. Eventi positivi, come ce ne sono in ogni biografia, spesso vengono dimenticati. Dopo la visualizzazione le singole esperienze vengono ordinate gerarchicamente in base alla loro importanza emotiva. Mediante il lavoro con la linea della vita le esperienze vengono espresse in senso figurato. Ciò supporta il ricordo. Un obiettivo è quello di assemblare insieme tutti i ricordi in modo da raccontare la storia completa, così da poter collocare tutti i ricordi, positivi e negativi. Si tratta di completare la propria memoria biografica. Questo metodo si è affermato con successo nella terapia del trauma con i migranti ed è stato sviluppato per questo obiettivo. Terapeuticamente si tratta di un intervento breve il quale rende possibile un aiuto veloce ed efficace. Esso supporta il superamento di eventi traumatici. Anche parlare delle situazioni traumatizzanti è importante, a volte ciò è già sufficiente, può però in caso di necessità essere completato mediante le tecniche di stabilizzazione e di stimolazione bilaterale. Nel caso di un trauma grave il supporto a lungo termine da parte di uno psicoterapeuta è imprescindibile. Così sintomi quali incubi, stati di inquietudine interiore, sfiducia e paura possono essere migliorati in modo duraturo.

Disegnare e scrivere

Il disegno terapeutico è un ottimo metodo per aiutare persone traumatizzate ad esprimere l'inesprimibile. Proprio nel caso dei cosiddetti disturbi precoci o di traumi psichici dei quali non è possibile parlare o quasi, disegnare stati d'animo e immagini interiori può far superare i blocchi psicologici al paziente. Inoltre il disegno è un metodo di comunicazione utile per migranti che non sanno parlare o che conoscono molto poco il tedesco. In questo modo possono rendere comprensibili le loro esperienze traumatiche e le loro emozioni. Nella terapia del disegno il paziente mostra eventi traumatici in senso figurato e fa vedere i disegni a un testimone, un terapeuta o un pedagogo, egli si esprime. Il ricordo opprimente impresso può così essere rielaborato ed osservato con maggiore distanza. Ma il paziente nel disegnare non si relaziona soltanto con il trauma. All'inizio disegna un luogo sicuro, nel quale si trova a suo agio e che gli dà protezione. Può essere un luogo reale o fittizio. Interiormente può tornare in questo luogo ogni

qualvolta che ne ha bisogno quando sta male. Qui trova sicurezza e protezione. Relazionandosi con esso più intensamente e immaginandolo nel dettaglio, fortifica le proprie risorse. Un'altra tecnica narrativa è la scrittura terapeutica. Così come il disegno, serve a rielaborare in modo deciso ma a piccoli passi l'esperienza traumatica scegliendo liberamente la velocità di progressione. Diversi studi dimostrano che scrivere riguardo al trauma vissuto porta ad un miglioramento dello stato di salute a lungo termine.

Quello che succede molto spesso nel caso dei bambini, se si portano uno dei genitori al proprio fianco nel luogo sicuro, nel raccontare del trauma, la madre o il padre non è più colui che protegge il bambino, allora i bambini preferiscono metterlo al di fuori del luogo sicuro per proteggerlo da queste brutte storie. Ci vuole un pò di esercizio, solitamente è così che si fa lavoro di gruppo, in questo caso però non è così, è importante il contatto individuale, si va passo dopo passo avanti insieme al paziente e si va insieme a lui attraverso la difficoltà di lasciare al di fuori una persona e poi si rielaborano nel luogo sicuro consolidati i sentimenti che scaturiscono. Si può anche risolvere ciò collocando la persona di riferimento in un luogo parallelo, presso il quale ci si può costantemente recare. Ma nella vita reale si ha anche bisogno di luoghi nei quali non c'è nessuno. Allora è importante rassicurare il bambino che le persone di riferimento ci sono comunque.

L'EMDR – movimenti degli occhi curativi

L'EMDR è un metodo di psicoterapia approvato scientificamente di psicoterapia che viene utilizzato per la cura del disturbo da stress post-traumatico. La psicoterapeuta dell'infanzia e dell'adolescenza Beate Leinberger si occupa della formazione di terapeuti. Spiegherà come funziona l'EMDR. All'inizio la persona traumatizzata si stabilizza mediante semplici tecniche di rilassamento. Solamente dopo viene applicata l'EMDR. I movimenti oculari condotti sono l'elemento centrale di questa terapia, il paziente si relaziona con le proprie esperienze opprimenti. Contemporaneamente il terapeuta muove le proprie dita da sinistra a destra e il paziente lo segue con i propri occhi. Così, il nostro livello di stress si riduce come è stato dimostrato in numerosi studi scientifici. La psicologa Francine Shapiro sviluppò questo metodo alla fine degli anni ottanta, durante una passeggiata in un parco scoprì casualmente questo metodo terapeutico. In quei tempi le era stato diagnosticato un cancro, cosa che le faceva tanta paura. Non appena iniziò a muovere gli occhi in modo alternato, prima verso sinistra poi verso destra, si rese conto che la sua paura e i suoi pensieri depressivi diminuivano notevolmente. In caso di terapia continuata con l'EMDR, parliamo di circa 10 sedute, l'evento traumatico può essere osservato con un distacco emotivo sempre più grande e i disturbi causati dal trauma quali incubi, paura eccessiva e sbalzi d'umore migliorano notevolmente. Le fasi del sonno REM vennero scoperte nel 1953. L'abbreviazione REM sta per "rapid eye movement", in italiano significa "movimenti oculari veloci". Con ciò si intendono i movimenti degli occhi veloci, i quali avvengono durante determinate fasi del sonno, le fasi del sonno REM, a palpebre chiuse. È proprio durante queste fasi che sogniamo. Durante questa fase vengono rielaborate le esperienze della giornata. I mo-

vimenti degli occhi dell'EMDR sono paragonabili a quelli sonno REM. La stimolazione bilaterale del paziente ossia la stimolazione di entrambi gli emisferi cerebrali può avvenire anche battendo sul proprio corpo o con attività simili, specialmente per i bambini i movimenti degli occhi spesso sono troppo stancanti.

Poi si possono fare diverse cose, si possono muovere le dita, si può battere sulle ginocchia, si può battere sulle spalle, ci sono segnali acustici, destra, sinistra, i professionisti hanno anche una barra luminosa la quale si illumina a destra e a sinistra, ognuno può scegliersi quello che gli piace di più. Io con persone che non conosco bene eviterei il contatto fisico, il modo più sensato e più sicuro sono i movimenti delle dita, se il dito inizia ad irrigidirsi si può anche prendere una penna, così funziona in modo più rilassato.

III. Appendice

Table e lucidi

1. Labirinto / meccanismi di difesa

" Labirinto": I pensieri scorrono, non riesco ad evitarlo, però ... Posso innalzare dei muri: ogni labirinto è diverso -

2. Percezione del peso psichico

Effetti biologici

Corpo calloso

Ippocampo

Mesencefalo

Cerebello

Ghiandola pituitaria

Ipotalamo

Area preottica

Setto pellucido

Bulbo olfattivo

3. Funicoli nervosi nel midollo spinale / nella corteccia

Fibra afferente (sensibile)

Fibra efferente (motoria)

Corteccia cerebrale (area motoria)

Corteccia cerebrale (area sensibile)

Metà sinistra del cervello

Alluce

Ginocchio

Anca

Tronco

Spalla

Braccio
Gomito
Polso
Mano
Dito
Pollice
Collo
Sopracciglio
Occhio
Viso
Labbro
Mascella
Lingua
Faringe

4. Lobo dell'insula

Fornice
Talamo
Lobo dell'insula
Ippocampo

5. Dopamina/ definizione della follia

Dopamina
Definizione della follia: " firm, fixed, false idea"

6. Formazione reticolare

Dipartimento di Psicosomatica dell'Università di Ratisbona
Aree dell'insula, corteccia cerebrale ("il pubblico"), capacità di empatia, cingolo, ippocampo, fornice, corpo mammillare, sistema limbico;
Cellule piramidali – le “orecchie” vegetative della corteccia cerebrale
Podio, talamo, ipotalamo, applauso o fischi, la band, funzione degli organi, “vede”, “sopra e sotto”, “sente”
Formazione reticolare, simpatico, parasimpatico, larghezza dei vasi sanguigni, attività cardiaca, inspirazione, espirazione, pressione sanguigna, deglutire, vomitare;
Funzionalità vegetative superiori di respirazione e circolazione, l'orientamento nello spazio vestibolare e acustico;
Nonché coordinato con l'assunzione del cibo (succhiare, leccare, masticare)
“percezione del proprio corpo / percezione del mondo (caldo / freddo, pressione, dolore)”
“sente, soprattutto nel viso e sulla bocca”
pace maker, "i batteristi"

Sistema reticolare attivatore ascendente (ARAS)

Attivazione tonica, per esempio giorno / notte

Attivazione a fasi, programma del concerto

7. Perdita della propria casa / migrazione

Paura

Perdita della propria casa

I legami vanno perduti

Di solito: Autostima: dignità / autodeterminazione

Nuovi legami / dato che riducono la paura

fuga

1. Fidati di me

2. Ricordare: imparare

Sonno

3. Dopamina

Follia

8. S.U.R.E. (8-14)

Qual è lo sfondo di S.U.R.E.?

- 1981: Ricerca riguardante la riduzione di reazioni da stress disfunzionali nei cosmonauti
- ricerca di un metodo che riduce lo stress in un arco di tempo breve
- assunzione dell'idea di indurre rapidamente uno stato di rilassamento mediante movimenti monotoni dalla cultura del sufismo

9. (foto)

10. (foto)

11. Qual è lo sfondo di S.U.R.E.?

Dott. Hasai Aliev

- psichiatra e psicologo, direttore del Centro di Protezione dallo Stress di Mosca
- consulente scientifico di diverse istituzioni governative russe
- ampia esperienza negli interventi di crisi

12. Quali sono i vantaggi di S.U.R.E.?

- apprendimento rapido e facile
- applicazione breve e a breve termine
- possibilità di formazione professionale di ampi gruppi
- possibilità di applicazione inosservata

13. Come è già stato applicato S.U.R.E.?

- utilizzo in combinazione con contenuti di formazione teorici e pratici, come avvio del training mentale

- utilizzo nel contesto di interventi di crisi
- utilizzo nel contesto del servizio di soccorso di Mosca

14. Come ha applicato S.U.R.E. la nostra equipe?

- svolgimento di uno studio prospettico randomizzato in singolo cieco
- confronto del metodo S.U.R.E. con un gruppo di controllo e con il rilassamento muscolare progressivo
- valutazione su 46 partecipanti provenienti dall'ambito dei pompieri e dei paramedici

15. Sandplay Therapy

Ordinare i ricordi ... / cambio di prospettiva

D...ocumentare (testimonianza)

Scaricarsi E...motivamente – rilassarsi

16. L'ipotesi di studio

- S.U.R.E. è idoneo per abbassare efficacemente le conseguenze dello stress causato dal lavoro nel personale paramedico
- S.U.R.E. è idoneo per ridurre le conseguenze dello stress causato dal lavoro nel personale paramedico in modo più efficace rispetto al metodo di rilassamento muscolare progressivo già affermato

Gli esperti del trauma

Prof. Thomas Loew:

Il mio intento era quello di spiegare il problema del teatro di guerra nel cervello. Come le persone vivono innanzitutto lo stare insieme quotidiano, come possono regolare i propri pesi psichici in linea di principio, con le possibilità fornite dal corpo e dall'animo e nella maggior parte delle persone ciò funziona con successo, quando però il peso diventa troppo opprimente, quando la situazione non è più gestibile con comprensione quotidiana, allora è necessario il supporto.

Dr. Jochen von Wahlert:

Nel caso della questione dei migranti ci troviamo di fronte a molti problemi irrisolti, il problema più urgente è quello che le persone che vengono da noi hanno fatto delle esperienze molto, molto pesanti che vanno oltre le capacità di sopportazione dello stress dell'organismo e che causano un disturbo da stress post-traumatico. Questo è drammatico nel caso di molti adulti ed è ancor più drammatico nei bambini, in ogni caso queste persone verranno abbandonate a se stesse.

Dr. Joachim Galuska:

Un punto molto importante in un trauma psichico è riconoscere rapidamente se ha avuto luogo un evento traumatico e verificare i criteri. E questo non è molto complicato, ciò può essere insegnato anche ...diciamo a... dilettanti istruiti, quali criteri ci sono, e poi le scuole possono

...diciamo... esprimere un giudizio riguardo all'eventuale necessità di ottenere un supporto più intensivo. Alla fine la cosa più sensata è quella di costruire una sorta di sistema a scalini ...diciamo... dell'intensità e della qualità del supporto.

Beate Leinberger:

Ciò che viene già fatto in altri paesi, quando operatori trauma, terapeuti del trauma si recano in zone di crisi, è quello di aiutare sul posto. Per noi è importante che si tratti di una forma di terapia non verbale, dato che molti bambini non sanno il tedesco, molti non sanno neanche l'inglese e deve esserci una forma nella quale i bambini possono esprimersi, al contempo però non solo esprimersi, bensì anche regolare lo stress causato dal trauma.

Dr. Joachim Galuska:

Nel frattempo esiste un'ampia evidenza riguardo a cosa aiuta i pazienti traumatizzati. E queste evidenze possono essere assemblate insieme e si può costruire grazie ad esse un metodo, un programma integrato. Sì, se prendiamo come esempio il metodo EMDR, esso è stato verificato e accettato. È uno standard. Il tema della stabilizzazione di persone traumatizzate, sono dei classici quale dettaglio, quali esercizi si fanno. È sicuramente una questione del tipo di formazione, da chi si va, per esempio metodi di immaginazione o invece tecniche di stabilizzazione corporee.

Prof. Thomas Loew:

Quello che spesso sottovalutiamo nei bambini è che la sintomatologia degli adulti, ad esempio paura elevata, isolamento sociale, venir perseguitati da flashback i quali causano immagini negative nella mente, reazioni fisiche, incubi, disturbi del sonno, tutto ciò nei bambini non è necessariamente presente. Può essere presente, però molto spesso si verificano anche comportamenti ribelli, attacchi di aggressività, comportamento non consono e tutto ciò finché il disturbo non viene curato con una probabilità elevata tende ad aggravarsi. Vuol dire che i bambini a lungo termine da giovani adulti si integreranno con difficoltà e l'essere umano ha un secondo programma di emergenza, e il programma di emergenza è osservarsi: se non riesco a gestire la situazione, quale sostanza potrebbe aiutarmi affinché io possa soffrire di meno a causa di questo problema ed ecco qui che ci troviamo nel bel mezzo della tossicodipendenza, dell'alcolismo, e i problemi non si risolvono più facilmente, ma più difficilmente.

7.7.2. DVD-Broschürentext in italienischer Sprache

Thomas Loew e Beate Leinberger:

“Pronto soccorso per l’animo – comprendere, riconoscere e curare il trauma psichico”

FilmGruppeMünchen

Traduzione dell’opuscolo del DVD in lingua italiana a opera di Ida Montanari, 2018

INDICE

Introduzione: Il trauma psichico – l’inventario [3:43 min]

I. Parte teorica

Teatro di guerra “cervello” [41:23 min]

1. Un argomento che riguarda tutti [4:04 min]
2. Come funziona l’essere umano? [11:04 min]
3. Come superiamo di solito un trauma? [6:28 min]
4. L’importanza della memoria [9:19 min]
5. La funzione della paura [2:38 min]
6. Cosa accade in caso di pericolo, abuso, tortura, ferite di guerra e fuga? [7:50 min]

Sintomi dopo il trauma psichico [16:48 min]

Dimensioni del trauma psichico

Criteri diagnostici generici

Criteri diagnostici specifici per l’infanzia

II. Parte pratica

L’ABC delle tecniche di rilassamento

La respirazione lenta controllata [3:40 min]

S.U.R.E. – puro rilassamento [7:52 min]

Tecniche di terapia del trauma

La Sandplay Therapy (per bambini dai 4 ai 12 anni) [4:10 min]

La linea della vita – una tecnica di visualizzazione [3:20 min]

Disegnare e scrivere [3:15 min]

L’EMDR – movimenti degli occhi curativi [3:20 min]

III. Appendice

Glossario

Tabelle e lucidi (DVD)

Gli esperti [4:41 min]

Colophon

Introduzione: Il trauma psichico – l'inventario [3:43 min]

Libri di storia e film di guerra mostrano sempre lo stesso spettacolo del terrore. Ma esperienze realmente vissute sono diverse da racconti stampati su carta. Paura, sofferenza e dolore accompagnano una persona traumatizzata per il resto della sua vita. Secondo gli esperti, il 25% dei migranti è rimasto traumatizzato dalle proprie esperienze durante la fuga. Si tratta quindi di centinaia di migliaia che adesso abitano in Germania e che portano le capacità di supporto ai propri limiti. Soprattutto i bambini sono interessati perché ancor più degli adulti non sono in grado di valutare correttamente le esperienze vissute.

La migrazione modifica la medicina sotto vari punti di vista. In aggiunta ai 700 mila migranti arrivati fino al 2015, negli ultimi anni ne sono stati registrati più di 850.000. Da minori non accompagnati nel 2015 sono state fatte 200 mila richieste di diritto di asilo. A ciò si aggiungono 300 mila migranti che ancora non sono stati registrati. Dato che il disturbo da stress post-traumatico è molto frequente nell'età infantile, bisogna attingere maggiormente alle idonee misure terapeutiche.

Eventi tragici come la lunga guerra in Siria hanno causato ferite molto profonde nell'animo delle persone interessate. Tutto ciò ha fortemente stravolto la convivenza fra i vari gruppi etnici nelle zone colpite. Spesso essa non è più possibile.

Le vittime della guerra e degli eventi traumatici spesso soffrono ancora anni dopo il loro avvenimento. Una tipica conseguenza è il rivivere doloroso delle esperienze fatte. I soggetti interessati spesso soffrono di incubi, di alterazioni delle abilità sociali, sono nervosi e si spaventano facilmente. Queste caratteristiche dal 1980 rientrano nella definizione del cosiddetto disturbo da stress post-traumatico nelle statistiche ufficiali dei disturbi psichici.

Milioni di persone hanno assistito a violenze orrende nelle guerre degli ultimi anni, le quali hanno gravemente alterato in maniera duratura il loro equilibrio psichico. Reazioni traumatiche di solito non vengono causate da un singolo evento bensì da un susseguirsi di esperienze di violenza che hanno stravolto la vita quotidiana delle persone da esse colpite. Tali reazioni dipendono dall'età, dal background familiare, dall'imprinting culturale, nonché dall'interpretazione che l'individuo attribuisce all'esperienza fatta. I bambini, gli adolescenti e gli adulti colpiti da traumi da guerra portano per tutta la loro vita dentro di loro i segni della guerra. La loro visione di se stessi e delle relazioni interpersonali vengono notevolmente alterate da queste esperienze.

I. Parte teorica

Teatro di guerra “cervello” [41:23 min]

Questo filmato è una documentazione genericamente comprensibile riguardante l'argomento del trauma psichico tenuta presso l'Università di Ratisbona. Il relatore è il Prof. Thomas Loew, professore di psicosomatica e psicoterapia nonché primario del Reparto di Psicosomatica dell'Ospedale di Donaustauf. Egli si occupa già da più di 30 anni del tema del trauma psichico

ed è specializzato in tecniche di stabilizzazione, le quali vengono utilizzate per la terapia di persone traumatizzate.

Il film dura in totale 41 minuti. Nel contesto formativo può essere visto seguendo l'ordine delle seguenti unità tematiche:

1. Un argomento che riguarda tutti [4:04 min]
2. Come funziona l'essere umano? [11:04 min]
3. Come superiamo di solito un trauma? [6:28 min]
4. L'importanza della memoria [9:19 min]
5. La funzione della paura [2:38 min]
6. Cosa accade in caso di pericolo, abuso, tortura, ferite da guerra e fuga? [7:50 min]

1. Un argomento che riguarda tutti [4:04 min]

La guerra in Siria – omicidi, torture ed espulsioni. Per molto tempo l'argomento nei media occidentali non era quasi più rappresentato, ma adesso la guerra ha provocato la più grande ondata di fuga dalla Seconda Guerra Mondiale. È una guerra contro persone e bambini inermi, contro ogni umanità, ma in primo luogo è una guerra nella mente.

Nell' Università di Ratisbona oggi si tiene una conferenza fuori dal comune. Il professor Thomas Loew di rado assiste a una sala talmente piena. Nella sua conferenza il rinomato esperto di terapia del trauma affronta l'argomento degli effetti del trauma sulla mente umana. Anche la sua famiglia dopo la Seconda Guerra Mondiale è fuggita dall'attuale Polonia a Norimberga. Nella sua introduzione il Prof. Loew mette in chiaro che l'argomento riguarda ciascuno di noi. Racconta di suo padre, il quale è stato in grado di raccontare delle sue orribili esperienze durante la Seconda Guerra Mondiale solo all'età di 80 anni. Ciò che le generazioni dei nostri genitori e dei nostri nonni hanno vissuto durante la guerra, li ha fatti tacere per molto tempo. Non erano in grado di parlarne. Loew spiega che una spesa annuale di 10 miliardi di euro nella branca della psicoterapia è una conseguenza di questi avvenimenti, dato che, come si sa oggi, i traumi di guerra possono essere trasmessi inconsciamente per molte generazioni a venire, essi possono quindi per così dire essere ereditati. In questo contesto si parla della trasmissione transgenerazionale. Ciò vuol dire che le esperienze traumatiche subite dai genitori e dai nonni possono causare disturbi psichici (p.es. difficoltà a stabilire legami, disturbi d'ansia o depressioni) anche nei figli e nei nipoti.

È un mero caso in quale luogo siamo nati e in quale tempo viviamo. Ogni persona almeno una volta nella vita farà un'esperienza che rientra nei canoni di un evento causante un trauma grave. È solo una questione di tempo. Ogni tanto si tratta di un terremoto, ogni tanto di un evento di guerra, ogni tanto di un incidente d'auto. Però può anche essere una malattia o ad esempio un intervento medico come un ricovero in terapia intensiva. Gli eventi traumatici influenzano le funzionalità vegetative del corpo umano in maniera statisticamente significativa.

2. Come funziona l'essere umano? [11:04 min]

Nessun essere umano è in grado di cavarsela da solo. Viviamo sempre in reti sociali sin dall'inizio della nostra vita. Quando nasce una persona, essa da un punto di vista biologico non

è completa. Ci si potrebbe domandare perché è così. Ci sono tante altre speci sulla terra, le quali vengono al mondo e sopravvivono autonomamente. I biologi distinguono speci nidifughe da speci nidicole e gli esseri umani appartengono definitivamente a quest'ultima categoria. Ciò è riconducibile a motivi biologici, dato che un nascituro troppo grande non sarebbe in grado di lasciare il corpo materno attraverso il bacino: la testa sarebbe troppo grande e la madre morirebbe.

Noi esseri umani nasciamo dunque incompiuti. Questo ha il vantaggio che il cervello non ancora completamente sviluppato dopo il parto non solo gode degli stimoli che lo influenzavano già prima della nascita, bensì in un processo di maturazione molto interessante anche degli stimoli più intensivi e più diretti al di fuori del corpo materno, ossia gli stimoli sociali, i quali vanno oltre l'appagamento dei bisogni primari. Anche le prime interazioni sociali con la madre o con altre persone di riferimento contribuiscono ora alla maturazione funzionale del cervello. A cosa servono i sentimenti? A cosa servono collera, rabbia, pudore o gioia? I sentimenti sono qualcosa come un marchio acceleratore nelle relazioni interpersonali. Grazie ai sentimenti capiamo più rapidamente che impressione ci fanno terze persone, se possiamo fidarci di esse, se sono bendisposte nei nostri confronti, se sono sincere e leali oppure no. In questo modo possiamo decidere più rapidamente, se vogliamo interrompere o continuare il legame.

Un breve filmato relativo a un esperimento con due scimmiette rende più chiara la funzione dei sentimenti. Da questo filmato si evince inoltre che forti alterazioni emotive come reazione a un trattamento iniquo sono profondamente ancorate nella nostra natura.

Cosa ci ha dato la natura, per gestire queste situazioni così difficili? Ci aiutano i meccanismi di difesa. Ognuno di noi pensa sempre a qualcosa, anche durante il sonno, durante il quale i pensieri sono in parte accessibili come sogni. Lo chiamiamo "il flusso dei pensieri". Esistono pensieri i quali sono molto gradevoli. Altri pensieri invece sono a maggioranza sgradevoli, ad esempio quelli relativi al fisco o nel caso dei bambini i pensieri riguardanti i compiti. In questi momenti ci aiuta la rimozione come meccanismo di difesa. Al giorno d'oggi sono descrivibili 22 diversi meccanismi di difesa umani. Ci costruiamo per così dire una sorta di labirinto, affinché i pensieri che troviamo sgradevoli non ci possano raggiungere. Così di solito possiamo isolare i sentimenti negativi e siamo in grado di sopportarli. Regoliamo i nostri pensieri e togliamo un peso dal nostro animo.

Perché nel caso dei migranti, dei bambini e degli adolescenti fra di essi ciò rappresenta un problema particolare? Nella nostra civiltà occidentale faremo l'esperienza di un trauma psichico in un arco di tempo di ottant'anni, prima o poi. Nel caso dei bambini fra i migranti la probabilità che accada qualcosa di grave durante la guerra, la fuga e l'espulsione è assai più elevata rispetto alla nostra normale vita borghese.

Perché ci dà fastidio quando trema la terra o crolla una casa, a prescindere da un eventuale danno fisico? Un'ecografia di un feto dell'età di 5 mesi mostra come costui reagisce a un disturbo. Quando viene simulata una lite pesante fra i due genitori, il feto reagisce all'improvviso con una contrazione di tutto il corpo.

Reagiamo allo stress psichico con tutto il corpo, dato che è il nostro unico modo di affrontare la vita. Possiamo superare la vita con successo solo se ci muoviamo e se ci tiriamo fuori dal pericolo. Siamo molto incentrati sulla percezione dei pericoli e sul modo di affrontarli. Questo non è un problema psicologico, bensì biologico. Vuol dire che vengono regolati in alto e in basso gli ormoni. Ci adattiamo a una determinata situazione di vita difficile – è uno stress cronico e ciò comporta la malattia. Studi attuali giapponesi dimostrano anche che a causa dello stress permanente diminuisce l'aspettativa di vita. La cosa migliore che si può fare è vivere con meno stress possibile. Questo però nel mondo non funziona, perché il mondo produce stress. Vuol dire che la nostra chance è quella di dedicarsi alle opportunità di autoregolazione e di rilassamento.

3. Come superiamo di solito un trauma? [6:28 min]

Solo il 25% dei bambini e il 5% degli adulti che sperimentano un trauma grave sviluppano un disturbo di rilievo patologico. A cosa è dovuto ciò? Ciò ha a che fare con il fatto che le persone sono geneticamente diverse l'una dall'altra. E ha a che fare con la capacità di autoregolazione degli esseri umani. Molti riescono a riportarsi a un livello di stress normale anche in condizioni difficili, però un piccolo gruppo ha bisogno del nostro aiuto. Quali possibilità possiamo sfruttare da un punto di vista biologico per il superamento del trauma psichico?

L'ossitocina – l'ormone del contatto fisico

L'ossitocina è un ormone che è stato originariamente scoperto in relazione al parto e all'allattamento materno. Viene formato e immagazzinato nel cervello e viene secreto su richiesta. La secrezione si può ottenere ad esempio mediante il contatto fisico, anche toccandosi da soli. Il punto di partenza è lo stimolo tattile, appunto il contatto fisico. Tale fenomeno può essere osservato in tutti i mammiferi.

Il contatto fisico da un punto di vista neurologico significa attivazione di cellule neuronali. Esse non sono distribuite in modo uguale sulla superficie del corpo umano: sulla punta delle dita, intorno alla bocca o sul viso ne abbiamo tante e quindi anche una probabilità più alta che mediante di esse venga attivato il sistema dell'ossitocina. Questo è il motivo per il quale le persone spesso si toccano intorno alla bocca, si accarezzano le guance o si tengono il mento. Anche incrociare le braccia sul petto insieme al posizionamento delle mani sotto alle ascelle sono delle possibilità di fare autonomamente qualcosa per il proprio sistema dell'ossitocina, dunque per avere la sensazione di essere legati e di sentirsi protetti.

Ciò funziona ancora meglio se le persone lo fanno reciprocamente. Osservate il comportamento sul piano fisico delle coppie, per esempio tenersi per mano, e nelle famiglie, per esempio abbracciarsi. Il vantaggio di essere in una coppia è che la conoscenza fra i due partner facilita l'attivazione reciproca dell'ossitocina; l'autorizzazione al contatto fisico non deve essere prima negoziata, come sarebbe nel caso di estranei.

E esistono chiare prove scientifiche per il fatto che le famiglie superano le catastrofi meglio rispetto a persone che vivono in gruppo, senza però avere legami familiari l'uno con l'altro o che si devono organizzare da sole.

Il supporto tramite il contatto fisico non ha solo una funzione emotiva, esso ha anche un'azione calmante da un punto di vista fisico e attiva il sistema immunitario. Cio lo mostra un breve video: le persone principali sono una coppia di gemelli nati prematuri la quale è stata seguita ulteriormente nell'incubatrice. Uno dei due gemelli era troppo debole e rischiava di morire. Nell'urgenza un' infermiera ebbe l'idea di mettere insieme i due gemelli in un'unica incubatrice. Il più forte ha dunque preso in braccio il più debole. Questo ha reagito a ciò immediatamente rilassandosi, come si poteva evincere dalla frequenza cardiaca e da quella respiratoria. (Video più dettagliato su YouTube: “The Hug that Changed Medicine”, “L'abbraccio che cambiò la medicina”)

La specchiatura neuronale

Nel nostro cervello in ogni emisfero è presente una struttura della misura di circa un pollice, il cosiddetto lobo dell'insula. Questa zona del cervello è collegata tramite funicoli nervosi con la corteccia cerebrale motoria, con la quale controlliamo i nostri movimenti. Tramite questo sistema possiamo quindi muoverci virtualmente nella nostra immaginazione e – cosa assai più importante – imitare i movimenti degli altri. Perciò il controllo volontario della muscolatura è compreso. Ogni movimento mimico, ogni battito di ciglio viene da noi interiormente copiato, affinché possiamo comprendere cosa significano i gesti o le azioni mimiche delle persone di fronte a noi.

Quanto funzioni velocemente ciò, lo dimostra il filmato di un'interazione fra una madre e il suo neonato. Nell'arco di tempo di due minuti possiamo osservare un'interazione sana fra la madre e un lattante dell'età di circa 8 mesi. Dopodiché la madre modifica la propria mimica e non reagisce più alle azioni di suo figlio, bensì lo guarda solamente irrigidita per molto tempo. Già dopo pochi secondi il bambino reagisce con un livello di stress massimo; alla fine la madre scioglie il nodo della situazione e reagisce nuovamente con la normale dedizione. Da questo esempio si può bene evincere come funzioni rapidamente l'interazione anche tra persone adulte, quanto rapidamente essa possa essere alterata, ma anche quanto essa sia di nuovo velocemente regolabile. (Come esempio vedi il video su YouTube “The Still Face Experiment”, “L'esperimento della faccia rigida”).

4. L'importanza della memoria [9:19 min]

Perché ci guardiamo i gialli? Perché ci assicuriamo che tutto finirà bene. L'assassino verrà catturato. Non dobbiamo aver paura. La terapia del trauma in linea di massima non è nulla di diverso. Essa crea del ricordo un nuovo film, la persona interessata ha per così dire il telecomando in mano e può quindi accendere e spegnere il televisore.

Nel caso del trauma psichico l'integrazione del ricordo e dei sentimenti non funziona. Si tratta di uno stato di emergenza.

Il pensiero umano di solito è caratterizzato dal fatto che siamo in grado di ricordarci, ma non siamo costretti a ricordare. Il ricordo viene non solo localizzato al di fuori, nel mondo, in una sorta di sistema di coordinate, bensì anche dentro di noi. Nell'anno 2014 tre scienziati hanno vinto il premio Nobel per la medicina per questa scoperta. Essi hanno scoperto che il cervello

umano funziona esattamente come un navigatore. Vuol dire che creiamo un'immagine del mondo al di fuori dentro di noi. La cosa sorprendente è che anche i neuroni i quali salvano i ricordi si trovano in relazione topografica l'uno con l'altro. Il nostro cervello è quasi una sorta di carta geografica. Se pensate al vostro soggiorno, le distanze fra l'armadio, la poltrona e il televisore si trovano in egual modo rappresentate in modo proporzionale fra i sistemi di cellule neuronali funzionali – praticamente una sorta di copia del progetto architettonico della vostra abitazione. Quando nel vostro habitat cambia qualcosa a livello spaziale, allora subentrano i sentimenti. E non abbiamo salvato solo un'abitazione, bensì tante situazioni spaziali diverse l'una dall'altra. Questo è anche importante per l'apprendimento, ad esempio dei vocaboli di latino. Vengono salvati anch'essi nello spazio, collocati ed associati. E questo funziona nel migliore dei modi, se si dorme fra una sessione di studio e l'altra. Abbiamo bisogno del sonno, per migliorare il funzionamento della memoria. E l'apprendimento viene facilitato, se vengono associate le emozioni al ricordo. Se le persone vengono private del sonno, allora questo immagazzinamento non funziona più. Un bambino traumatizzato, il quale a causa di ciò soffre di disturbi del sonno, a scuola di conseguenza non sarà in grado di concentrarsi e di assimilare nuove informazioni.

Un'ulteriore alternativa, la quale di solito ci aiuta a superare i pesi psichici, è la dopamina. Però chi ne ha troppa di questa molecola, sviluppa un disturbo paranoico. In inglese perciò esiste la bella espressione: “firm, fixed, false idea”. Un'idea è più di un pensiero. Chiunque abbia un'idea paranoica, è convinto dei propri pensieri, a prescindere da ogni argomentazione e la persona affetta dal disturbo non cambia la propria opinione nemmeno di fronte ad argomenti validi che smentiscono la sua idea. La sua struttura del pensiero nel corso del tempo è stabile (“fixed”) e le persone intorno ad essa sostengono che si tratti di una scemenza (“false”). L'innamoramento come esempio per un livello di dopamina elevato non è tanto lontano dalla follia: si è convinti che la persona conosciuta sia quella giusta, nessun argomento riesce a tener testa a questa convinzione, solo le persone intorno al soggetto interessato sono dell'idea che il nuovo partner è stato idealizzato. Abbiamo dunque uno strumento molto efficace, alla fin fine quello di utilizzare la nostra fantasia, onde crearci un mondo a nostro piacere.

Nel caso delle persone traumatizzate, ad esempio i rifugiati di guerra, però, le idee e l'immaginazione sono talmente ancorate agli orrori vissuti che non riescono più a scomparire e riaffiorano costantemente, anche in luoghi non pericolosi.

5. La funzione della paura [2:38 min]

La paura non è una malattia, bensì è necessaria per sopravvivere. Saper riconoscere i pericoli è per così dire un “sentimento sentinella”. Mobilita in noi energie affinché siamo in grado di difenderci. La paura diventa un problema, quando è presente in eccesso o quando non scompare più. In questo contesto è importante una struttura cerebrale quasi sconosciuta: la cosiddetta formazione reticolare, la quale infine coordina tutte le nostre funzionalità vitali. Essa è l'organo chiave della psicosomatica. Quello di cui la maggior parte delle persone non è consapevole e che anche molti medici sottovalutano è il fatto che la formazione reticolare ha anche occhi e

orecchie ed è in grado di percepire stimoli sensoriali, ad esempio dolore e percezione corporea. Ciò che è particolarmente importante: essa conosce e rielabora la propriocezione, ossia la percezione della posizione del corpo nello spazio. Quando incombe un pericolo, prima ancora che iniziamo a pensare, il nostro organismo ha già reagito. Con le tecniche di autostabilizzazione e di terapia del trauma aiutiamo le persone traumatizzate a reagire in tempo. C'è un'immagine che rende chiaro questo concetto: la vita è per così dire una casa che si trova in una zona sismica. E lavorando qui alla base, interrompiamo praticamente il terremoto. Se la formazione reticolare è calma, allora anche il resto del corpo è calmo. A questo punto dobbiamo solo imparare a gestire i pensieri negative.

6. Cosa accade in caso di pericolo, abuso, tortura, ferite di guerra e fuga? [7:50 min]

Si distinguono traumi indipendenti dall'uomo dai cosiddetti man made trauma, ossia i traumi causati dall'uomo. Persone le quali sono sopravvissute a una grave malattia, a un incidente o a una catastrofe naturale e che hanno sviluppato un trauma psichico sono curabili più facilmente rispetto a rifugiati di guerra traumatizzati o a vittime di tortura. Quest'ultime hanno perso la fiducia di base nel prossimo e in se stessi. È un fatto universalmente noto della biologia che gli esseri viventi hanno diverse possibilità di reagire a un attacco o a un fattore di stress quali lotta, fuga o fingersi morti (“fight”, “flight” o “freeze”). In molti casi i nostri profughi in cerca di protezione hanno già vissuto tutte e tre le varianti. Ma qual è l'elemento predominante nell'esperienza fatta? Comprensibilmente apprensione per i cari rimasti nelle zone colpite, paure relative alle sfide che adesso saranno da affrontare nel nuovo luogo di permanenza e lutto per le perdite da sopportare. Un fatto molto importante: navigatore e carta geografica interiori dei quali abbiamo parlato in precedenza vanno completamente perduti. Le persone sono distaccate dalle loro reti sociali. I contatti della vita quotidiana sono stati distrutti. Cosa fanno le persone che sono in fuga?

In queste situazioni le persone utilizzano i sistemi di superamento menzionati per compensare i deficit: esse cercano da un lato di “accendere” il sistema dell'ossitocina. Le famiglie si avvicinano l'una all'altra, i migranti ad esempio cercano di mantenere i contatti con il paese di origine e di telefonare il più possibile. Cosa succede in caso di contatto con una persona di fiducia: sul palcoscenico interiore viene attivato questo “rapporto salvato”, non solo tramite il suono della voce, bensì anche tramite le emozioni, i contenuti e i ricordi trasportati mediante di esso. Perciò questa comunicazione è così fondamentale, come lo sono l'alimentazione o un tetto sopra la testa, calore e sicurezza.

In circostanze nelle quali aumenta la paura, e ciò accade necessariamente in un contesto estraneo (bisogna adattarsi; tutto potrebbe essere una minaccia), vengono automaticamente attivati i sistemi di superamento. La sensazione di legame si forma mediante un'attivazione del sistema dell'ossitocina, il che a sua volta riduce le paure e crea sicurezza. Perciò anche in condizioni di fuga e nel paese accogliente i migranti cercano molto assiduamente un partner, vogliono legarsi, dato che conoscono i sentimenti positivi connessi a ciò. Questo è il motivo per il quale durante la fuga nascono molti bambini e la convivenza soprattutto con bambini piccoli porta a dei livelli

di ossitocina elevati anche nei genitori grazie alle interazioni e al desiderio reciproco di vicinanza. L'ossitocina comporta a sua volta sentimenti positivi. Inoltre ci sono anche motivi sociologici e politici per avere figli. (Nella maggior parte dei paesi del mondo avere figli significa anche avere qualcuno che più tardi si occuperà di me quando sarò malato o vecchio.)

Una persona in fuga ha bisogno di nuove idee, di fantasia, di capacità di immaginazione concreta per adattarsi alla nuova situazione, ma anche per percepire i ricordi e i sentimenti connessi ad essi nel modo più autentico possibile. In questo caso dunque il livello di dopamina aumenta. Questo processo interiore è da vedere in un nesso diretto con un processo esteriore. Si tratta di una delle strategie di superamento culturali più importanti che l'umanità abbia mai creato: le religioni. Se non c'è più nulla da fare, se il mondo va fuori controllo, solo Dio, l'onnipotente, il misericordioso ecc. è in grado di aiutare. Questo forte convincimento della fede da un punto di vista scientifico è un attivazione del sistema dopaminergico. E come dice il proverbio: “La speranza è l'ultima a morire”. La fede non fornisce solo sicurezza, bensì anche da un punto di vista biologico essa è sgravio e sostegno. Diversi studi dimostrano che persone credenti, a prescindere dalla religione di appartenenza, sono maggiormente legate in un contesto sociale e vivono più a lungo e con maggiore soddisfazione.

Spesso nel contesto del problema dei migranti si parla o si scrive di aggressioni, di conflitti, di rivolte o addirittura di lotte. A questo punto dobbiamo capire che la lotta (“fight”) è anche una forma biologica di superamento e alla fin fine serve anche a ridurre la paura immediata. In parole semplici: se non posso compensare la mia paura stabilendo legami o rifugiandomi in un mondo di fantasia che mi stabilizzi a sufficienza e se mi vedo in una situazione senza scampo, allora mi dimeno semplicemente con violenza. Nel caso dei bambini traumatizzati sono proprio questi i sintomi che si notano: la ribellione, dare fastidio agli altri, difendersi fisicamente.

La terza opzione di comportamento, apparentemente la più conveniente in quanto causa meno danni, è quella di gelarsi (“freeze”), di fingersi morti. In questo caso si tratta di persone sedute ammutolite con lo sguardo fisso davanti a sé. Ma anche esse appunto non trovano pace, soffrono di disturbi del sonno. Alla fin fine il danno è minimo ugualmente grande, se queste persone frequentassero un corso di integrazione, ad esempio un corso di lingua, più tardi non sarebbero in grado di ricordarsi di ciò che avrebbero dovuto imparare e non saranno in grado di affrontare la vita tanto quanto quelle aggressive menzionate in precedenza.

Sintomi dopo il trauma psichico [16:48 min]

Dimensioni del trauma psichico

I medici distinguono diverse dimensioni e gradi di gravità di un trauma psichico:

Un *monotrauma* è un singolo evento che scatena la crisi psichica. Può trattarsi ad esempio di un incidente, di una rapina, di un crimine, di un incendio nella propria abitazione o di una grave malattia.

Più grave è il *multitrauma*: si tratta di traumi ripetuti nella vita di una persona. Svariati eventi della stessa categoria (p.es. incidenti) o di categorie diverse (incidente, malattia, ...) avvengono uno dopo l'altro.

La terza categoria è quella del *trauma sequenziale*: significa che il trauma dura svariati giorni, settimane, mesi o anni. Il detonatore può essere ad esempio l'esperienza di una guerra, però anche di mobbing a scuola o sul posto di lavoro.

La forma più opprimente è quella del *trauma di legame*. Si tratta di traumi psichici in relazione a persone di riferimento, ad esempio a un genitore. Spesso le cause sono ad esempio morte, separazione o divorzio.

Inoltre distinguiamo in linea di principio le due sottocategorie *man made trauma* (traumi causati dall'uomo) e *traumi indipendenti dall'essere umano* quali catastrofi naturali che vengono vissute come fatali e che non fanno impelagare l'individuo in una ricerca del senso irrisolvibile. Questi traumi sono rielaborabili più facilmente rispetto ai cosiddetti man made trauma.

Criteri diagnostici generici

Per poter diagnosticare un trauma psichico, i medici e gli psicoterapeuti si orientano a criteri generici di classificazione. Fra questi criteri rientra ad esempio il fatto che si deve trattare di un evento il quale rappresenta una minaccia fuori dal comune e che provocherebbe in quasi ogni persona una profonda disperazione. Un ulteriore criterio è che l'esperienza traumatica vissuta si impone ripetutamente nei ricordi, anche quando non lo si vuole. Questi ricordi non si lasciano nemmeno rimuovere. Come sintomo abbiamo anche incubi legati all'esperienza del trauma. Inoltre le persone traumatizzate iniziano a evitare luoghi, situazioni o circostanze che stanno in relazione diretta con il trauma. Ulteriori sintomi sono: irritabilità improvvisa non presente in precedenza, attacchi d'ira, impulsività, disturbi della concentrazione, ipereccitabilità e paura elevata. Questi sono anche i sintomi ben percepibili negli adolescenti e nei bambini.

Criteri diagnostici specifici per l'infanzia

I bambini e gli adolescenti possono manifestare anche sintomi diversi, perciò i disturbi da stress post-traumatici in questa fascia di età spesso non vengono riconosciuti. Si tratta di comportamenti e attitudini quali aggressività, deriva mentale, sognare ad occhi aperti, comportamenti di autotranquillizzazione non consoni, succhiarsi il pollice, girare le ciocche dei capelli e/o mordersi le unghie delle dita, succhiare pezzi dei vestiti (p.es. dei cordoncini o delle estremità delle maniche dei maglioni), battere ritmicamente di parti del corpo – spesso della testa – contro il cuscino o contro il muro, nel caso dei bambini più grandi battere con il pugno o con la mano contro oggetti, sui tavoli o sui muri, dondolare con la sedia, distruggere oggetti, che in realtà gli sono cari, mettere in ordine e collezionare oggetti, che altre persone butterebbero via (p.es. tappi di sughero), il rifiuto di farsi tagliare i capelli o le unghie o di cambiare i vestiti; inoltre la mancanza di prospettive per il futuro, un'opinione negativa di sé, perplessità, grande sfiducia nei confronti di tutte le persone, ansia da separazione, aggrapparsi a terze persone, un rapporto

di confidenza e di distanza alterato, sintomi di dissociazione fino ai vuoti di memoria, una percezione del tempo alterata, mentire, convulsioni dissociative, disturbi del tatto e della sensibilità corporea e anche ulteriori sintomi psicosomatici quali mal di pancia o mal di testa.

II. Parte pratica

L'ABC delle tecniche di rilassamento

La respirazione lenta controllata [3:40 min]

Esiste una tecnica di respirazione che l'umanità usa già da migliaia di anni, spesso anche intuitivamente. Essa è il comune denominatore di tutte le tecniche di rilassamento, dal training autogeno fino alla meditazione. Il nome di questa tecnica è respirazione lenta controllata: espirare per 6 secondi, inspirare per 4. E questo per svariati minuti. Questa respirazione lenta influisce sul sistema nervoso vegetativo. Nel nostro corpo viene praticamente innescata una leva come durante il sonno. In questo arco di tempo l'organismo si concentra sul mantenimento delle funzionalità vitali di base. Così creiamo ad esempio una situazione di partenza migliore per il nostro cuore. Respirando più lentamente, segnaliamo al nostro corpo: "Non è presente una situazione di stress." La respirazione lenta controllata è contagiosa, così come lo sbadiglio. Se il terapeuta respira lentamente, il paziente rallenterà inconsciamente il proprio ritmo di respirazione.

S.U.R.E. – puro rilassamento [7:52 min]

S.U.R.E. (abbreviazione di Somatic o Short Universal Regulative Exercise) è una tecnica di rilassamento incentrata sul corpo. Essa è molto efficace e facilmente applicabile. Già nel giro di pochi minuti viene raggiunto uno stato di rilassamento. S.U.R.E. può essere utilizzato in piedi, da seduti o sdraiati. Vengono svolti dei movimenti monotoni, ripetuti, circolari o oscillatori i quali non devono essere stancanti. Ad esempio è possibile girare in maniera circolare o ondeggiare lateralmente con il busto da seduti. È eseguibile anche una mera oscillazione della testa o un dondolio su e giù con le piante dei piedi. Se lo svolgimento del movimento viene mantenuto costante, il movimento diventa autonomo già dopo 2 o 3 minuti, così esso non deve essere più eseguito volontariamente.

Si entra in un lieve stato di trance e questo stato porta al rilassamento. È importante far semplicemente scorrere i pensieri e non concentrarsi sul pensiero bensì sui movimenti.

In contesti religiosi queste tecniche di rilassamento diventano addirittura parte del rito. Anche nella vita quotidiana a volte può essere osservato come le persone eseguono spontaneamente questi movimenti ondulatori, oscillatori o altri movimenti, in questo modo esse si tranquillizzano. Anche gli atleti professionisti applicano S.U.R.E. Come ad esempio alle Olimpiadi poco prima dell'inizio della corsa da 100 metri. Le atlete scuotono le loro braccia, si tengono in equilibrio sulle piante dei piedi, oscillano di qua e di là e ripetono questi movimenti per svariati minuti. Si può vedere che tutte le atlete utilizzano questa tecnica. Se fisiologicamente ciò serve principalmente a sciogliere i muscoli, al rilassamento o a supportare la concentrazione sarebbe ancora da analizzare.

Gli sportivi applicano inconsciamente anche la tecnica della cosiddetta stimolazione bilaterale. Bilaterale significa che i due emisferi cerebrali vengono stimolati in modo alternato. Ciò accade anche durante il canto della canzone per bambini "Aramsamsam", il quale viene collegato a determinati movimenti bilaterali con l'obiettivo di stabilizzare i bambini piccoli nella terapia del trauma.

Tecniche di terapia del trauma

La Sandplay Therapy [4:10 min]

La Sandplay Therapy è idonea in particolare per bambini dai 4 ai 12 anni. Nel filmato del seminario presente in questo DVD didattico i pedagoghi assumono il ruolo dei bambini. Essi prendono svariati pezzi da gioco, case, macchine, piante, animali e giocano con essi quello che gli viene in mente in una sabbiera. Il gioco terapeutico viene utilizzato dagli psicoterapeuti dell'infanzia già da svariati decenni.

Di solito il terapeuta sta seduto vicino ai bambini e li segue durante il gioco con attenzione costante e dedizione gentile, affinché il bambino possa aprirsi con tutte le sue esperienze, tutti i suoi sentimenti e tutte le sue reazioni in un contesto protetto e limitato. Come in ogni terapia del trauma psichico prima e dopo il gioco terapeutico vengono svolti insieme al bambino determinati rituali di autoregolazione, ad esempio la respirazione lenta controllata. Durante il gioco terapeutico il bambino può mostrare gli eventi traumatici in diverse variazioni. In questo modo egli è in grado di sopportare il ricordo degli eventi traumatici con maggiore efficacia. Avviene una rielaborazione ripetuta della medesima scena. Con nuovi dettagli e sfumature diverse. Il bambino non solo si impegna a mostrare la scena con esattezza, ma cerca anche di trovare autonomamente un esito migliore per l'esperienza traumatica.

In un contesto meno drammatico ciò avviene anche nella vita quotidiana di ogni persona. Esperienze sgradevoli e imbarazzanti vengono rielaborate in varianti diverse dalla mente in maniera ripetuta finché i ricordi opprimenti si attenuano. Ci immaginiamo di agire diversamente e sviluppiamo nella nostra mente soluzioni alternative fino al punto in cui il ricordo dell'esperienza fatta non ci opprime più e lo rimuoviamo. Nella terapia il bambino viene incoraggiato a sviluppare esiti alternativi a quello realmente verificatosi per ridurre l'impatto emotivo. Inoltre il gioco terapeutico serve a ricomporre i singoli frammenti dell'evento traumatico in un unico ricordo.

In un esempio molto chiaro un bambino il quale ha assistito all'omicidio di suo padre durante la guerra rielabora le scene traumatiche nella Sandplay Therapy. Ciò viene mostrato mediante tre foto.

La linea della vita – una tecnica di visualizzazione [3:20 min]

La linea della vita è una delle tante tecniche narrative che viene usata nella terapia di persone traumatizzate.

I partecipanti del seminario applicano la tecnica alla propria vita. Come asse del tempo si può usare una corda, la linea della vita può però anche essere disegnata su di un foglio di carta. Si

tratta di visualizzare la propria biografia. Bisogna ricordare e mettere a fuoco sia eventi opprimenti sia eventi positivi della vita. Lungo una linea viene reso visibile il percorso della propria vita, esso viene ordinato cronologicamente, dalla nascita fino all'età di vita attuale. Con dei simboli colorati possono essere evidenziate le esperienze positive, con dei sassi esperienze particolarmente gravose. Specialmente persone fortemente traumatizzate hanno difficoltà nel ricordarsi anche di esperienze positive. I ricordi del trauma rimuovono tutto e si trovano in primo piano. Eventi positivi, come ce ne sono in ogni biografia, spesso vengono dimenticati.

Dopo la visualizzazione le singole esperienze vengono ordinate gerarchicamente in base alla loro importanza emotiva. Mediante il lavoro con la linea della vita le esperienze vengono espresse in senso figurato. Ciò supporta il ricordo. Un obiettivo è quello di assemblare insieme tutti i ricordi in modo da raccontare la storia completa, così da poter collocare tutti i ricordi, positivi e negativi. Si tratta di completare la propria memoria biografica.

Questo metodo si è affermato con successo nella terapia del trauma con i migranti ed è stato sviluppato per questo obiettivo. Terapeuticamente si tratta di un intervento breve il quale rende possibile un aiuto veloce ed efficace per supportare il superamento di eventi traumatici. Anche parlare delle situazioni traumatizzanti è importante, a volte ciò è già sufficiente, può però in caso di necessità essere completato mediante le tecniche di stabilizzazione e di stimolazione bilaterale. Nel caso di un trauma grave il supporto a lungo termine da parte di uno psicoterapeuta è imprescindibile. Così sintomi quali incubi, stati di inquietudine interiore, sfiducia e paura possono essere migliorati in modo duraturo.

Disegnare e scrivere [3:15 min]

Il disegno terapeutico è un ottimo metodo per aiutare persone traumatizzate ad esprimere l'inesprimibile. Proprio nel caso dei cosiddetti disturbi precoci o di traumi psichici dei quali non è possibile parlare o quasi, disegnare stati d'animo e immagini interiori può far superare i blocchi psicologici al paziente. Inoltre il disegno è un metodo di comunicazione utile per migranti che non sanno parlare o che conoscono molto poco il tedesco. In questo modo possono rendere comprensibili le loro esperienze traumatiche e le loro emozioni.

Nella terapia del disegno il paziente mostra eventi traumatici in senso figurato e fa vedere i disegni a un testimone, un terapeuta o un pedagogo, egli si esprime. Il ricordo opprimente impresso può così essere rielaborato ed osservato con maggiore distanza. Ma il paziente nel disegnare non si relaziona soltanto con il trauma. All'inizio disegna un luogo sicuro, nel quale si trova a suo agio e che gli dà protezione. Può essere un luogo reale o fittizio. Interiormente può tornare in questo luogo ogni qualvolta che ne ha bisogno quando sta male. Qui trova sicurezza e protezione. Relazionandosi con esso più intensamente e immaginandolo nel dettaglio, fortifica le proprie risorse.

Un'altra tecnica narrativa è la scrittura terapeutica. Così come il disegno, serve a rielaborare in modo deciso ma a piccoli passi l'esperienza traumatica scegliendo liberamente la velocità di progressione. Diversi studi dimostrano che scrivere riguardo al trauma vissuto porta ad un miglioramento dello stato di salute a lungo termine.

L'EMDR – movimenti degli occhi curativi [3:20 min]

L'EMDR è un metodo di psicoterapia approvato scientificamente che viene utilizzato per la cura del disturbo da stress post-traumatico. L'abbreviazione EMDR sta per Eye Movement Desensitization and Reprocessing, che in italiano significa “desensibilizzazione e rielaborazione mediante movimenti oculari”.

All'inizio la persona traumatizzata si stabilizza mediante semplici tecniche di rilassamento. Solamente dopo viene applicata l'EMDR. I movimenti oculari condotti sono l'elemento centrale di questa terapia: il paziente si relaziona con le proprie esperienze opprimenti. Contemporaneamente il terapeuta muove le proprie dita da sinistra a destra e il paziente lo segue con i propri occhi. Ciò viene anche chiamato stimolazione bilaterale. Bilaterale significa che vengono attivati entrambi gli emisferi cerebrali. Così il paziente viene desensibilizzato vuol dire che viene reso immune nei confronti dei suoi pensieri. Ciò si evince dal fatto che il suo coinvolgimento emotivo nel raccontare diminuisce notevolmente. E il suo livello di stress si riduce come è stato dimostrato in numerosi studi scientifici. La psicologa Francine Shapiro sviluppò questo metodo alla fine degli anni ottanta. Durante una passeggiata in un parco scoprì casualmente questo metodo terapeutico. In quei tempi le era stato diagnosticato un cancro, cosa che le faceva tanta paura. Non appena iniziò a muovere gli occhi in modo alternato, prima verso sinistra poi verso destra, si rese conto che la sua paura e i suoi pensieri depressivi diminuivano notevolmente. Con l'EMDR l'evento traumatico può essere osservato con un distacco emotivo sempre più grande e i disturbi causati dal trauma quali incubi, paura eccessiva e sbalzi d'umore migliorano notevolmente.

I movimenti degli occhi dell'EMDR sono paragonabili a quelli sonno REM. Le fasi del sonno REM vennero scoperte nel 1953. L'abbreviazione REM sta per "rapid eye movement", in italiano significa "movimenti oculari veloci". Con ciò si intendono i movimenti degli occhi veloci, i quali avvengono durante determinate fasi del sonno, le fasi del sonno REM, a palpebre chiuse. È proprio durante queste fasi che sogniamo. Durante questa fase vengono rielaborate le esperienze della giornata.

La stimolazione bilaterale del paziente ossia la stimolazione di entrambi gli emisferi cerebrali può avvenire anche battendo sul proprio corpo o con attività simili, specialmente per i bambini i movimenti degli occhi spesso sono troppo stancanti.

III. Appendice

Glossario

Sistema nervoso autonomo (SNA): Il sistema nervoso autonomo controlla le funzionalità vitali quali respiro, battito cardiaco e pressione sanguigna. È per la maggior parte non soggetto al controllo volontario, cioè si comporta "autonomamente".

Formazione reticolare: Gruppo di neuroni nel tronco encefalico il quale ha principalmente il compito di coordinare il funzionamento degli organi interni (polmoni, cuore, circolazione, fegato, digestione, minzione e defecazione) e della pelle, il quale però è anche il clock della vita (p.es. ritmo del respiro e battito cardiaco).

Lobo dell'insula: Complesso di cellule neuronali del cervello formato dai cosiddetti neuroni specchio: Essi ci consentono di comprendere il nostro prossimo, imitandolo interiormente inconsciamente.

Disturbo da stress post-traumatico: Un disturbo psichico il quale si sviluppa dopo un'esperienza molto opprimente (terremoto, guerra) e che causa sintomi quali disturbi del sonno, incubi, deficit di concentrazione, paure e sintomi psicosomatici.

Propriocezione (cinestesia): Dal latino “proprius”, proprio, e “recipere”, recepire. È la capacità di percepire e riconoscere la posizione del proprio corpo nello spazio anche senza supporto visivo.

Psicosomatica: La branca della medicina la quale maggiormente si occupa dei fattori psicosociali che influenzano lo sviluppo di una patologia. In sintesi: dalla convivenza degli esseri umani alla singola cellula e viceversa.

Table e lucidi (DVD)

1. Labirinto / meccanismi di difesa
2. Percezione del peso psichico
3. Funicoli nervosi nel midollo spinale / nella corteccia
4. Lobo dell'insula
5. Dopamina / definizione della follia
6. Formazione reticolare
7. Perdita della propria casa / migrazione
- 8.-14. S.U.R.E. (sfondo e applicazione)
15. Sandplay Therapy

Gli esperti [4:41 min]

Collaboratori:

Il **Prof. Thomas Loew** è professore di psicosomatica e psicoterapia presso il Policlinico Universitario di Ratisbona e Primario dell'Ospedale di Donaustauf. Egli si occupa già da più di 30 anni della problematica del trauma psichico. Egli è specializzato in tecniche di (auto)stabilizzazione, le quali vengono applicate per la terapia di persone traumatizzate.

La **pedagoga sociale Beate Leinberger** lavora come psicoterapeuta dell'infanzia e dell'adolescenza da libera professionista. In qualità di collaboratrice del Dipartimento di Psicosomatica

del Policlinico Universitario di Ratisbona si è specializzata nella ricerca scientifica riguardante il trauma psichico e la terapia del gioco e del disegno incentrata sui pazienti traumatizzati. Ringraziamo cordialmente per le interviste:

Il Dott. Joachim Galuska, medico specializzato in medicina psicoterapeutica, Primario, Direttore medico e Co-gestore delle Cliniche Heiligenfeld di Psicosomatica a Bad Kissingen.

Il Dott. Jochen von Wahlert, medico specializzato in psicosomatica e psicoterapia, Direttore aziendale e medico della Clinica privata di Psicosomatica di Bad Grönenbach.

Colophon

Ideazione: Prof. Thomas Loew e Beate Leinberger

Cinepresa e montaggio: Michael Mayr

Tecnica: Miro Jakob, Marek Stepanek, Peter Roggendorf

Musica: Thomas Loew

Voce: Ida Montanari, Thomas Loew

Traduzione: Ida Montanari

Redazione: Dr. Thomas Rosky

Grafica: Gisela Blumentritt

Produzione: FilmGruppeMünchen

8. Literaturverzeichnis

1. Seidler GH. Einleitung: Geschichte der Psychotraumatologie. In: Maercker A, Hrsg. Posttraumatische Belastungsstörungen. 4. Aufl. Berlin: Springer Verlag; 2013. S.3-12.
2. van der Kolk BA. The History of Trauma in Psychiatry. In: Friedman MJ, Keane TM, Resick PA, Hrsg. Handbook of PTSD. Science and Practice. New York: Guilford Press; 2007. S.19-36.
3. Friedman MJ, Resick PA, Keane TM. PTSD: Twenty-Five Years of Progress and Challenges. In: Friedman MJ, Keane TM, Resick PA, Hrsg. Handbook of PTSD. Science and Practice. New York: Guilford Press; 2007. S.3-18.
4. van der Kolk B. The body keeps the score. Mind, Brain and Body in the Transformation of Trauma. New York: Viking Penguin; 2016.
5. Williamson JB, Porges EC, Lamb DG, Porges SW. Maladaptive autonomic regulation in PTSD accelerates physiological aging. *Front Psychol.* 2015; 5. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.01571.
6. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte – Markwort E, Hrsg. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 6. Aufl. Bern: Hogrefe Verlag; 2016.
7. I meccanismi cerebrali delle emozioni. In: Angrilli A, Casco C, Maravita A, Oliveri M, Paulesu E, Petrosini L, et al., Hrsg. Neuroscienze: Esplorando il cervello. 4. Aufl. Mailand: Edra; 2016. S.643-672.
8. Trepel M. Neuroanatomie. Struktur und Funktion. 8. Aufl. München: Urban&Fischer/Elsevier; 2022.
9. Schünke M, Schulte E, Schumacher U, Voll M, Wesker K. Kopf, Hals und Neuroanatomie. PROMETHEUS. LernAtlas der Anatomie. 6.Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2022.
10. Haines S. Trauma is really strange. London: Singing Dragon; 2016.
11. Levine PA. Trauma and memory. Brain and body in a search for the living past. Berkeley: North Atlantic Books; 2015.
12. I sistemi di memoria. In: Angrilli A, Casco C, Maravita A, Oliveri M, Paulesu E, Petrosini L, et al., Hrsg. Neuroscienze: Esplorando il cervello. 4. Aufl. Mailand: Edra; 2016. S.859-904.

13. Nijenhuis ER, van der Hart O. Dissociation in Trauma: A New Definition and Comparison with Previous Formulations. *J Trauma Dissociation*. 2011; 12(4), 416-445. DOI: 10.1080/15299732.2011.570592.
14. Militerini R. *Neuropsychiatria infantile*. 7. Aufl. Neapel: Idelson-Gnocchi; 2021.
15. Loew TH. *Kriegsschauplatz Gehirn: Schadensbegrenzung bei traumatischen Belastungen. Inklusive: Das Entspannungs-ABC – ein Erste-Hilfe-Kurs für die Seele*. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2017.
16. Riedesser P, Resch F, Adam H. Entwicklungspsychotraumatologie. In: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A, Hrsg. *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2007. S.279-290.
17. Lubit RH, Giardino ER. Posttraumatic Stress Disorder in Children. *Differential Diagnoses*. [Internet]. New York: Medscape; 2021 [Update vom 02.12.2021; abgerufen am 01.03.2023]. Verfügbar unter: <https://emedicine.medscape.com/article/918844-differential>
18. Anderson, T. PTSD in children and adolescents [Internet]. University of Illinois at Chicago, Great Cities Institute Report No. GCP-05, 4, 2005-04; [abgerufen am 01.03.2023]. Verfügbar unter: <https://greatcities.uic.edu/wp-content/uploads/2014/04/GCP-05-04-anderson-05-04.pdf>
19. Herringa RJ. Trauma, PTSD and the Developing Brain. *Curr Psychiatry Rep*. 2017; 19(10). DOI: 10.1007/s11920-017-0825-3.
20. Kowalik SC. Neurobiology of PTSD in Children and Adolescents. In: Silva RR, Hrsg. *Posttraumatic Stress Disorders in Children and Adolescents*. New York: W.W. Norton & Company; 2004. S.83-122.
21. Schmahl C. Neurobiologie. In: Maercker A, Hrsg. *Traumafolgestörungen*. 5. Aufl. Berlin: Springer; 2019. S.95-112.
22. VanTieghem M, Korom M, Flannery J, Choy T, Caldera C, Humphreys KL. Longitudinal changes in amygdala, hippocampus and cortisol development following early caregiving adversity. *Dev Cogn Neurosci*. 2021; 48. DOI: 10.1016/j.dcn.2021.100916.
23. Keresztes A, Raffington L, Bender AR, Bögl K, Heim C, Shing YL. Hair cortisol concentrations are associated with hippocampal subregional volumes in children. *Sci Rep*. 2020;10. DOI: 10.1038/s41598-020-61131-x.

24. Dyregrow A, Yule W. A Review of PTSD in Children. *Child Adolesc Ment Health*. 2006; 11(4): 176-184. DOI: 10.1111/j.1475-3588.2005.00384.x.
25. Rosner R, Gutermann J, Landolt MA, Plener P, Steil R. Diagnostik der PTBS bei Kindern und Jugendlichen. In: Schäfer I, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, et al. S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung [Internet]. Berlin: Springer Verlag; 2019 [abgerufen am 27.12.2022]. S.54-60. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>
26. Falkai P, Wittchen HU, Döpfner M, Gaebel W, Maier W, Rief W, et al. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. 2.Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2018.
27. Leinberger B. Kultur heilt. Interkulturelle Kommunikation in der Behandlung traumatisierter Flüchtlinge mit nonverbalen und kulturübergreifenden Kommunikations- und therapietechniken [Masterarbeit]. Frankfurt (Oder): Europa Universität Frankfurt/Oder „Viadrina“; 2016.
28. Scheeringa MS, Wright MJ, Hunt JP, Zeanah CH. Factors Affecting the Diagnosis and Prediction of PTSD Symptomatology in Children and Adolescents. *Am J Psychiatry*. 2006; 163(4), 644-651.
29. Steil R, Rosner R. Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. In: Maercker A, Hrsg. Traumafolgestörungen. 5. Aufl. Berlin: Springer Verlag; 2019. S.411-442.
30. Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Hrsg. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV. Göttingen: Hogrefe Verlag; 1996.
31. Blanz B, Schneider S. Angststörungen. In: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, SchulteMarkwort M, Warnke A, Hrsg. Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2007. S.744-770.
32. De Young AC, Kenardy JA, Cobham VE. Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder in Preschool Children. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2011; 40(3), 375-384. DOI: 10.1080/15374416.2011.563474.
33. Morelli NM, Villodas MT. A Systematic Review of the Validity, Reliability, and Clinical Utility of Developmental Trauma Disorder (DTD) Symptom Criteria. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2022; 25, 376–394. DOI: 10.1007/s10567-021-00374-0.

34. van der Kolk BA, Pynoos RS, Cicchetti D, Cloitre M, D'Andrea W, Ford JD, et al. Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V [Internet]. Unpublished manuscript; 2009 [abgerufen am 01.03.2023]. Verfügbar unter: https://scholar.google.com/scholar?hl=de&as_sdt=0%2C5&q=proposal+to+include+a+developmental+trauma+disorder&btnG=
35. Leinberger B, Neubauer S. Die Flüchtlingskrise: Nicht nur eine notfallpsychologische Herausforderung. PdP. 2017; 16(3), 139-151.
36. Leinberger B. Sandspiel-Therapie als Trauma-Behandlungs-Methode in Verbindung mit Selbststabilisierungs-Interventionen für belastete Kinder. Konzept und prospektive kontrollierte Pilotstudie [Dissertation]. Regensburg: Universität Regensburg; 2018.
37. Saigh PA. Assessment of PTSD in Children and Adolescents. In: Silva RR, Hrsg. Post-traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents. New York: W.W. Norton & Company; 2004. S.202-217.
38. Galante R, Foa D. An Epidemiological Study of Psychic Trauma and Treatment Effectiveness for Children after a Natural Disaster. J Am Acad Child Psychiatry. 1986; 25(3), S. 357-363. DOI: 10.1016/S0002-7138(09)60257-0.
39. von Salisch M. Emotionale Entwicklung. In: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A, Hrsg. Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2007. S.195-207.
40. Gewiss e.V. [Internet]. Regensburg: Gewiss e.V.; 2015 [abgerufen am 01.01.2023]. Verfügbar unter: <http://www.gewiss-ev.de/>
41. Meares R, Barral C. The holistic project of Pierre Janet. Part One: Disintegration or *désagrégation*. In: Craparo G, Ortu F, van der Hart O, Hrsg. Rediscovering Pierre Janet. Trauma, Dissociation, and a New Context for Psychoanalysis. Abingdon: Routledge; 2019. S.106-115.
42. Baranowski AB, Gentry JE. Trauma Practice. Tools for Stabilization and Recovery. 3. Aufl. Boston: Hogrefe Publishing; 2015.
43. You M, Laborde S, Salvotti C, Zammit N, Mosley E, Dosseville F. Influence of a Single Slow-Paced Breathing Session on Cardiac Vagal Activity in Athletes. Int J Ment Health Addiction. 2022; 20,1632-1644. DOI: 10.1007/s11469-020-00467-x.

44. Loew TH, Leinberger B, Hinterberger T. Entschleunigtes Atmen: Der kleinste gemeinsame Nenner der Entspannungstechniken. *PiD*. 2017; 18(04), 63-67. DOI: 10.1055/s-0043-118257.
45. Loew TH. *Langsamer atmen, besser leben. Eine Anleitung zur Stressbewältigung*. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2019.
46. You M, Laborde S, Zammit N, Iskra M, Borges U, Dosseville F. Single Slow-Paced Breathing Session at Six Cycles per Minute: Investigation of Dose-Response Relationship on Cardiac Vagal Activity. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(23). DOI: 10.3390/ijerph182312478.
47. Zaccaro A, Piarulli A, Laurino M, Garbella E, Menicucci D, Neri B, et al. How Breath-Control Can Change Your Life: A Systematic Review on Psycho-Physiological Correlates of Slow Breathing. *Front. Hum. Neurosci.* 2018; 12. DOI:10.3389/fnhum.2018.00353.
48. Porges SW. *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation*. 1. Aufl. New York: Norton; 2011.
49. Noble DJ, Hochman S. Hypothesis: Pulmonary Afferent Activity Patterns During Slow, Deep Breathing Contribute to the Neural Induction of Physiological Relaxation. *Front. Physiol.* 2019; 10. DOI:10.3389/fphys.2019.01176.
50. Hsu SM, Tseng CH, Hsieh CH, Hsieh CW. Slow-paced inspiration regularizes alpha phase dynamics in the human brain. *J Neurophysiol.* 2020; 123, 289–299. DOI:10.1152/jn.00624.2019.
51. Makada T, Ozair D, Mohammed M, Abellanoza C. Enhancing Memory Retention by Increasing Alpha and Decreasing Beta Brainwaves using Music. In: *PETRA'16: Proceedings of the 9th ACM International Conference on Pervasive Technologies Related to Assistive Environments*; 29.06.-01.07.2016; Corfu Island, Greece. New York: Association for Computing Machinery; 2016. S.1-4. DOI: 10.1145/2910674.2935851.
52. Kutz P. *SURE-Studie. Ein neues Entspannungsverfahren zum Abbau von Stress im Rettungsdienst [Dissertation]*. Regensburg: Universität Regensburg; 2010.
53. Krampen G. *Entspannungsverfahren in Therapie und Prävention*. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2013. S.25-36.
54. Schels-Klemens C, Leinberger B, Loew TH. »Post-Combat-Coaching« oder – wenn der Krieg am Kopf nicht vorbei kommt. *PdP*. 2017; 16(1), 25-35.

55. Loew TH, Leinberger B. Erste Hilfe für die Seele. Traumatisierung verstehen, erkennen und behandeln [DVD]. München: Filmgruppe München; 2016.
56. Breithecker D. Lasst den Philipp doch mal zappeln! Warum kippln Kinder auf Stühlen und welche Rückschlüsse lassen sich daraus auf die ergonomische Beschaffenheit der Schulmöbel ziehen? Praxis der Psychomotorik. 2003; 28 (1), 14-15.
57. Shapiro F, Silk Forrest M. EMDR. The Breakthrough Therapy for Overcoming Anxiety, Stress and Trauma. 3. Aufl. New York: Basic Books; 2016.
58. Steil R, Fischer A, Rosner R. Internationale und deutsche Leitlinien zur Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen. Ein Überblick über aktuelle Empfehlungen. Kindheit und Entwicklung. 2021; 30(3), 137-204. DOI:10.1026/0942-5403/a000343.
59. Luber M, Shapiro F. Interview With Francine Shapiro: Historical Overview, Present Issues, and Future Directions of EMDR. J. EMDR Pract. Res. 2009; 3(4), 217-231. DOI: 10.1891/1933-3196.3.4.217.
60. Shapiro F, Maxfield L. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. J Clin Psychol. 2002; 58(8), 933-946. DOI: 10.1002/jclp.10068.
61. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy. Basic Principles, Protocols, and Procedures. 3.Aufl. New York: The Guilford Press; 2018.
62. EMDR International Association. Experiencing EMDR Therapy. Eight Phases of EMDR Therapy Infographic in English [Internet]. Austin: EMDR International Association; [abgerufen am 15.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.emdria.org/about-emdr-therapy/experiencing-emdr-therapy/>
63. Logie R. EMDR – more than just a therapy for PTSD? Robin Logie considers a therapy whose mechanism remains unexplained 25 years after it was developed [Internet]. Leicester: the british psychological society; 2014 [Update vom 21.07.2014; abgerufen am 15.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.bps.org.uk/psychologist/emdr-more-just-therapy-ptsd>
64. Jeffries FW, Davis P. What is the role of eye movements in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD)? A Review. Behav Cogn Psychother. 2013; 41(3), 290-300. DOI: 10.1017/S1352465812000793.
65. Bergmann U. The Neurobiology of EMDR: Exploring the Thalamus and Neural Integration. J. EMDR Pract. Res. 2008; 2(4), 300-314. DOI: 10.1891/1933-3196.2.4.300.

66. Bossini L, Casolaro I, Santarnecki E, Caterini C, Koukouna D, Fernandez I, et al. Evaluation study of clinical and neurobiological efficacy of EMDR in patients suffering from post-traumatic stress disorder. *Riv Psichiatr.* 2012; 47(2 Suppl. 1), 12-15. DOI: 10.1708/1071.11733.
67. Aubert-Khalifa S, Roques J, Blin O. Evidence of a Decrease in Heart Rate and Skin Conductance Responses in PTSD Patients After a Single EMDR Session. *J. EMDR Pract. Res.* 2008; 2(1), 51-56. DOI: 10.1891/1933-3196.2.1.51.
68. Kullik A, Petermann F. *Emotionsregulation im Kindesalter.* Göttingen: Hogrefe Verlag; 2012.
69. Ahmad A, Larsson B, Sundelin-Wahlsten V. EMDR treatment for children with PTSD: Results of a randomized controlled trial. *Nord. J. Psychiatry.* 2007; 61(5), 349-354. DOI: 10.1080/08039480701643464.
70. Beer R. Efficacy of EMDR Therapy for Children With PTSD: A Review of the Literature. *J. EMDR Pract. Res.* 2018; 12 (4), 177-195. DOI: 10.1891/1933-3196.12.4.177.
71. Chemtob CM, Nakashima J, Carlson JG. Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *J Clin Psychol.* 2002; 58(1), 99-112. DOI: 10.1002/jclp.1131.
72. Tang TC, Yang P, Yen CF, Liu TL. Eye movement desensitization and reprocessing for treating psychological disturbances in Taiwanese adolescents who experienced Typhoon Morakot. *Kaohsiung J Med Sci.* 2015; 31(7), 363-369. DOI: 10.1016/j.kjms.2015.04.013.
73. Zaghrou-Hodali M, Alissa F, Dodgson PW. Building Resilience and Dismantling Fear: EMDR Group Protocol With Children in an Area of Ongoing Trauma *J. EMDR Pract. Res.* 2008; 2(2), 106-113. DOI: 10.1891/1933-3196.2.2.106.
74. Jarero I, Artigas L. The EMDR integrative group treatment protocol: EMDR group treatment for early intervention following critical incidents. *Eur Rev Appl Psychol.* 2012; 62(4), 219-222. DOI: 10.1016/j.erap.2012.04.004.
75. Foran LM. Listening to Music: Helping Children Regulate Their Emotions and Improve Learning in the Classroom. *Educ. Horiz.* 2009;88(1), 51-58.
76. Pezzin LE, Larson ER, Lorber W, McGinley EL, Dillingham TR. Music-instruction intervention for treatment of post-traumatic stress disorder: a randomized pilot study. *BMC Psychol.* 2018; 6(1). DOI: 10.1186/s40359-018-0274-8.
77. Hornsveld HK, Landwehr F, Stein W, Stomp MP, Smeets MA, van den Hout MA. Emotionality of loss-related memories is reduced after recall plus eye movements but not after

- recall plus music or recall only. *J. EMDR Pract. Res.* 2010; 4(3), 106-112. DOI: 10.1891/1933-3196.4.3.106.
78. Levitin DJ. *This is your brain on music. The Science of a Human Obsession.* New York: Dutton; 2016.
 79. Hinterberger T. Klang und Transzendenz – eine neuropsychologische, physikalische und spirituelle Betrachtung. *Klang-Massage-Therapie.* 2017; S.6-11.
 80. Emmanuel D. Multiple Wounds, Liminality, and Crisis: Exploring Arts-Based Approaches for Trauma, PTSD, and Grief. In: Bradley D, Hess J. Hrsg. *Trauma and Resilience in Music Education. Haunted Melodies.* New York: Routledge; 2022. DOI: 10.4324/9781003124207-7.
 81. Felsenstein R. From uprooting to replanting: on post-trauma group music therapy for pre-school children. *Nord. J. Music Ther.* 2013; 22(1), 69-85. DOI: 10.1080/08098131.2012.667824.
 82. Malchiodi CA. *Neurobiology, Creative Interventions, and Childhood Trauma.* In: Malchiodi CA, Hrsg. *Creative interventions with traumatized children.* 2. Aufl. New York: The Guilford Press; 2015. S. 3-23.
 83. Montessori M. *Educazione per un mondo nuovo.* Mailand: Garzanti; 2000.
 84. Pattis Zoja E. *Sandplay Therapy in Vulnerable Communities. A Jungian approach.* Abingdon: Routledge; 2011.
 85. Istituto della Enciclopedia Italiana. *Come cambiano le vacanze degli italiani* [Internet]. Rom: Istituto della Enciclopedia Italiana; 2018 [Update vom 09.08.2018; abgerufen am 15.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.treccani.it/magazine/at-lante/societa/Come_cambiano_le_vacanze_degli_italiani.html
 86. Burchia E. *Estate 2022: nove italiani su dieci faranno le vacanze in Italia. E la Puglia è la "regina d'agosto".* *Corriere della Sera* [Internet]. 01.08.2022 [abgerufen am 15.03.2023]: DOVE. Verfügbar unter: <https://viaggi.corriere.it/news/estate-2022-vacanze-italiani-puglia/>
 87. Sky Tg24. *Seconda casa al mare, le città più cercate: la classifica* [Internet]. Milano: Sky Tg24; 2022 [Update vom 20.05.2022; abgerufen am 15.03.2023]. Verfügbar unter: <https://tg24.sky.it/lifestyle/2022/05/18/seconda-casa-mare-citta-classifica-casa-it>
 88. *Giochiamo con la sabbia! I giochi da fare insieme.* *Corriere della Sera* [Internet]. [abgerufen am 15.03.2023]: quiMAMME. Verfügbar unter: <https://quimamme.corriere.it/bambini/tempo-libero/giochiamo-la-sabbia>

89. Trinci M. Vietato calpestare i castelli di sabbia. IL GIOCO È UNA COSA SERIA [Internet]. Firenze: Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer; 2017 [Update vom 14.06.2017; abgerufen am 15.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.meyer.it/index.php/newsletter/giugno-2017/2847-vietato-calpestare-i-castelli-di-sabbia>
90. Bonini C. Il fragile cemento delle case d'Abruzzo "Lo hanno riempito di sabbia del mare". La Repubblica [Internet]. 10.04.2009 [abgerufen am 15.03.2023]: Cronaca. Verfügbar unter: <https://www.repubblica.it/2009/04/sezioni/cronaca/sisma-aquila-3/sabbia/sabbia.html>
91. Del Porto D, Tonacci F. Terremoto, l'accusa del procuratore: "Palazzi con più sabbia che cemento". La Repubblica [Internet]. 27.08.2016 [abgerufen am 15.03.2023]: Cronaca. Verfügbar unter: https://www.repubblica.it/cronaca/2016/08/27/news/terremoto_l_accusa_del_procuratore_palazzi_con_piu_sabbia_che_cemento_-146690386/
92. Steinhardt L. Sand, Water, and Universal Form in Sandplay and Art therapy. Art The. 1998; 15(4), 252-260. DOI: 10.1080/07421656.1989.10759334.
93. McCarthy D. Sandplay Therapy and the Body in Trauma Recovery. In: Carey L, Hrsg. Expressive and Creative Arts Methods for Trauma Survivors. London: Jessica Kingsley Publishers; 2006. S.165-180.
94. Pattis Zoja E. Comprendere con le mani. In: Pattis Zoja E, Castellana F, Hrsg. Sandplay e psicopatologie gravi. 1. Aufl. Bergamo: Moretti&Vitali Editori; 2022. S.13-25.
95. Boyd Webb N. Crisis Intervention Play Therapy to Help Traumatized Children. In: Carey L, Hrsg. Expressive and Creative Arts Methods for Trauma Survivors. London: Jessica Kingsley Publishers; 2006. S.39-56.
96. Kalff DM. Sandspiel. Seine therapeutische Wirkung auf die Psyche. 5. Aufl. München; Basel: E.Reinhardt; 2017. S.7-24.
97. Janigro N. DOPPIOZERO: La sabbia come cura [Internet]. Rom: Laboratorio Analitico delle Immagini. Analytical Laboratory of Images; 2012 [Update vom 17.08.2012; abgerufen am 10.01.2023]. Verfügbar unter: <https://www.lai-group.org/portfolio-items/la-sabbia-come-cura/>
98. Bruchwitz A. Der Goldene Schnitt – Inspirationen für die Bildgestaltung [Internet]. Frechen: WHITE WALL Magazin; 2017 [Update vom 05.12.2017; abgerufen am 10.01.2023]. Verfügbar unter: <https://www.whitewall.com/de/mag/goldener-schnitt>
99. Stakhov A, Sluchenkova A. A Museum Dedicated to the Concept of Harmony and the Golden Section. Bridges Conference Proceedings; 27.-29.07.2002; Towson, USA.

- Bridges: Mathematical Connections in Art, Music, and Science; 2002. S.269-276 [abgerufen am 10.01.2023]. Verfügbar unter: <https://archive.bridgesmathart.org/2002/bridges2002-269.html#gsc.tab=0>
100. Nasab HM, Alipour ZM. The Effectiveness of Sandplay Therapy in Reducing Symptoms of Separation Anxiety in Children 5 to 7 Years Old. *J. Educ. Sci. Psychol.* 2015; 5(1), 47-53. Corpus ID: 30510082.
 101. Momeni K, Kahrizi S. The effectiveness of sand play therapy on the reduction of the aggression in preschool children. *J. Iran. Psychol.* 2015; 11(42), 147-158.
 102. Schauer M, Neuner F, Elbert T. *Terapia dell'esposizione narrativa. Un trattamento a breve termine per i disturbi da stress traumatico.* Rom: Giovanni Fioriti Editore; 2014.
 103. Neuner F, Catani C, Schauer M. *Narrative Expositionstherapie (NET).* Göttingen: Hogrefe Verlag; 2021.
 104. Montessori M. *La mente del bambino.* 6. Aufl. Milano: Garzanti; 2017.
 105. Erna Christina Lange: *Halt und Kraft durch die Liegende Acht, Kinesiologie für Kinder.* Kösel Verlag, 2004.
 106. Moser MB, Rowland DC, Moser EI. Place Cells, Grid Cells, and Memory. *Cold Spring Harb Perspect Biol.* 2015; 7(2). DOI: 10.1101/cshperspect.a021808.
 107. Nobelförsamlingen. The Nobel Assembly at Karolinska Institutet. Press release. The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2014 [Internet]. Stockholm: The Nobel Assembly at Karolinska Institutet; 2014 [Update vom 06.10.2014; abgerufen am 15.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2014/press-release/>
 108. Dipartimento della Protezione Civile, Presidenza del Consiglio dei Ministri. *Emergenza terremoto Abruzzo.* [Internet]. Rom: Dipartimento della Protezione Civile; 29.01.2010 [abgerufen am 15.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.protezionecivile.gov.it/it/approfondimento/un-anno-in-dieci-punti--6-aprile-2009---6-aprile-2010>
 109. Gizzi C, Paolucci A. *Terremoto: Una Chiesa per Natale* [Internetvideo]. Atessa: Abruzzo Web TV; 2016 [23.12.2016]. Verfügbar unter: <https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=qhdBnpngq4U>
 110. *Il terremoto disegnato dai bambini.* *La Repubblica* [Internet]. 23.06.2009 [abgerufen am 15.03.2023]: L'Espresso. Verfügbar unter: <http://temi.repubblica.it/espresso-terremoto-in-abruzzo/2009/06/23/il-terremoto-disegnato-dai-bambini-2/?photo=2>

111. Ferrara M, Mazza M, Curcio G, Iaria G, De Gennaro L, Tempesta D. Sleep disturbances and spatial memory deficits in post-traumatic stress disorder: the case of L'Aquila (Central Italy). *Epidemiol Prev.* 2016; 40(2 Suppl 1): 45-48. DOI: 10.19191/EP16.2S1.P045.047.
112. Save The Children Italia Onlus. Sisma Emilia, bambini: Save the Children, oltre 17.000 tra bambini e adolescenti delle aree colpite dal sisma torneranno a scuola in quasi 1.530 strutture e moduli provvisori. 165 gli edifici scolastici inagibili. Quasi 900 i minori oggi nelle tendopoli [Internet]. Rom: Save The Children Italia Onlus; 11.09.2012 [abgerufen am 24.11.2022]. Verfügbar unter: <https://www.savethechildren.it/press/sisma-emilia-bambini-save-children-oltre-17000-tra-bambini-e-adolescenti-delle-aree-colpite>
113. actionaid. Progetto SIS.M.I.CO. Report delle attività e dei risultati a 4 mesi dal primo sisma (24.12.2016). Mailand: actionaid; 24.12.2016 [abgerufen am 20.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.actionaid.it/terremoto-in-centro-italia/sismico>
114. Paglia M, Ferri R, Zito E, Santarelli A, Bonfigli B, Sabbatini C, et al. Una scuola resiliente. Linee guida per il supporto e la prevenzione psicologica nelle scuole in situazioni di emergenza. [Leitfaden]. Bergamo/Monsampolo del Tronto (AP): Cooperazione e sviluppo (Cesvi)/ Società Italiana di Psicologia dell' Emergenza SoS Marche (Sipem Sos Marche); 2017 [Update vom 04.09.2017; abgerufen am 10.01.2023]. Verfügbar unter: <https://www.cesvi.org/notizie/manuale-una-scuola-resiliente/>
115. Buccini G. Riparte la scuola «Docenti nelle tende». *Corriere della Sera* [Internet]. 30.08.2016 [Update vom 31.08.2016; abgerufen am 20.03.2023]: Cronaca. Verfügbar unter: https://www.corriere.it/cronache/16_agosto_31/riparte-scuola-terremoto-131fd1f2-6ee9-11e6-adac-6265fc60f93f.shtml
116. Mazza M, Tempesta D, Pino MC, Catalucci A, Gallucci M, Ferrara M. Regional cerebral changes and functional connectivity during the observation of negative emotional stimuli in subjects with post-traumatic stress disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2013; 263(7), 575-583.
117. Mazza M, Pino MC, Tempesta D, Catalucci A, Masciocchi C, Ferrara M. Neural activity related to emotional and empathic deficits in subjects with post-traumatic stress disorder who survived the L'Aquila (Central Italy) 2009 earthquake. *Epidemiol Prev.* 2016; 40(2 Suppl 1), 42-44. DOI: 10.19191/EP16.2S1.P042.046.

118. Gelbach RA, Davis KE. Disaster Response: EMDR and Family Systems Therapy under Communitywide Stress. In: Shapiro F, Kaslow FW, Maxfield L, Hrsg., Handbook of EMDR and Family Therapy Processes. Hoboken: John Wiley & Sons; 2007. S.387-404.
119. Senato della Repubblica. La Costituzione. Parte II. Ordinamento della Repubblica. Titolo V. Le Regioni, le Province, i Comuni. Articolo 121 [Internet]. Rom: Senato della Repubblica; [abgerufen am 01.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-ii/titolo-v/articolo-121>
120. Governo Italiano, Presidenza del Consiglio dei Ministri. Titolo V – Le Regioni, le Province e i Comuni [Internet]. Rom: Governo Italiano, Presidenza del Consiglio dei Ministri; [abgerufen am 01.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.governo.it/it/costituzione-italiana/parte-seconda-ordinamento-della-repubblica/titolo-v-le-regione-province-e-i>
121. Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. CULTURA STORICA ED ETNOGRAFICA, Progetti educativi e didattici [Internet]. Trieste: Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia; 2023 [Update vom 23.03.2023; abgerufen am 25.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.regione.fvg.it/rafvg/cms/RAFVG/cultura-sport/attivita-culturali/FOGLIA17/#id3>
122. Cos'è l'Ufficio Scolastico Regionale? Struttura e Funzioni dell'USR [Internet]. [Ort unbekannt]: Universoscuola; 27.12.2018 [abgerufen am 20.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.universoscuola.it/ufficio-scolastico-regionale-struttura-funzioni.htm>
123. Miur.gov.it [Internet]. Uffici Scolastici Regionali [Abgerufen am 14.01.2023]. Verfügbar unter: <https://www.miur.gov.it/usr>
124. Dipartimento della Protezione Civile, Presidenza del Consiglio dei Ministri. Diventa volontario [Internet]. Rom: Dipartimento della Protezione Civile; [abgerufen am 20.03.2023]. Verfügbar unter: <https://volontariato.protezionecivile.gov.it/it/diventa-volontario>
125. Dipartimento della Protezione Civile, Presidenza del Consiglio dei Ministri. Elenco centrale delle Organizzazioni di volontariato di protezione civile [Internet]. Rom: Dipartimento della Protezione Civile; [Update vom 21.10.2022; abgerufen am 20.03.2023]. Verfügbar unter: <https://volontariato.protezionecivile.gov.it/it/elenco-nazionale/elenco-centrale>
126. Croce rossa italiana. Formazione per i volontari temporanei [Internet]. Rom: Croce rossa italiana; [abgerufen am 20.03.2023]. Verfügbar unter: <https://cri.it/formazione-volontari-temporanei/>

127. Croce rossa italiana. Sisma Centro Italia. Sostegno psicosociale [Internet]. Rom: Croce rossa italiana; [abgerufen am 20.03.2023]. Verfügbar unter: <https://cri.it/cosa-facciamo/sisma-centro-italia/sostegno-psicosociale/>
128. Peparello G. Sisma Centro Italia: due psicologi CRI raccontano i "Sentieri di Prossimità". ILGIORNALEDELLAPROTEZIONECIVILE.IT. quotidiano on-line indipendente [Internet]. 04.09.2022 [abgerufen am 15.03.2023]: Canali: Primo Piano. Verfügbar unter: <https://www.ilgiornaledellaprotezionecivile.it/p/sisma-centro-italia-limportanza-dei-sentieri-di-prossimita>
129. Paknazar B. Numeri, profili e orizzonti del volontariato in Italia. Il Bo Live. Università di Padova [Internet]. 09.03.2020 [abgerufen am 20.03.2023]. Verfügbar unter: <https://ilbolive.unipd.it/it/news/numeri-profili-orizzonti-volontariato-italia>
130. Save The Children Italia Onlus. ADULTI A POSTO. IL SISTEMA DI CONDOTTA IDEATO DA SAVE THE CHILDREN PER AIUTARE A PROTEGGERE I MINORI DA CHIUNQUE, ANCHE DA CHI LI PROTEGGE. Save the Children vuole essere una organizzazione sicura per le bambine, i bambini e gli adolescenti per i quali lavora. Rom: Save The Children Italia Onlus; 13.11.2013 [abgerufen am 20.03.2023]. Verfügbar unter: https://cismai.it/wp-content/uploads/2020/11/03-NERI-CSP_presentazione-13-Nov-2013.pdf
131. ConfiniOnline. Save The Children: abusi sessuali su minori da parte delle forze di pace Onu [Internet]. Trient: ConfiniOnline; 28.05.2008 [abgerufen am 20.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.confinionline.it/detail.aspx?prog=9180>
132. Klein N. Naomi Klein: how power profits from disaster. The Guardian [Internet]. 06.07.2017 [Update vom 06.07.2017; abgerufen am 20.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.theguardian.com/us-news/2017/jul/06/naomi-klein-how-power-profits-from-disaster>
133. EngageTogether [Internet]. [Ort unbekannt]: EngageTogether; [Datum unbekannt]. Natural Disasters and Human Trafficking; [abgerufen am 20.03.2023]. Verfügbar unter: <https://engagetgether.com/2018/06/05/natural-disasters-and-human-trafficking/>
134. Istituto Comprensivo Via Bologna Bresso. Rilevazione di conoscenze, abilità e competenze. La valutazione [Internet]. Bresso: Istituto Comprensivo Via Bologna Bresso; [abgerufen am 15.03.2023]. Verfügbar unter: <http://www.icb.edu.it/pof/rilevazione-di-conoscenze-abilita-e-competenze-la-valutazione/>

135. Zecchino d'Oro. Il cocodrillo come fa? Bologna: Zecchino d'Oro; 1993 [abgerufen am 20.03.2023]. Verfügbar unter: <https://zecchinodoro.org/canzone/ilcocodrillocomefa>
136. Zecchino d'Oro. La Storia dello Zecchino d'Oro. Bologna: Zecchino d'Oro; [abgerufen am 20.03.2023]. Verfügbar unter: <https://zecchinodoro.org/chi-siamo/zecchinostoria/>
137. Zecchino d'Oro. Il Coro dell'Antoniano. Bologna: Zecchino d'Oro; [abgerufen am 20.03.2023]. Verfügbar unter: <https://zecchinodoro.org/coroantoniano/>
138. Zecchino d'Oro. Zecchino 2022, ecco i solisti e le canzoni! Bologna: Zecchino d'Oro; 30.06.2022; [abgerufen am 20.03.2023]. Verfügbar unter: <https://zecchinodoro.org/zecchino-2022-solisti-canzoni/>
139. Torresin B. Lo Zecchino patrimonio Unesco per la pace. La Repubblica [Internet]. 05.04.2008 [abgerufen am 20.03.2023]. Verfügbar unter: <https://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2008/04/05/lo-zecchino-patrimonio-unesco-per-la-pace.html>
140. Redazione Focus Junior. Grembiule a scuola: favorevoli o contrari? [Internet]. [Ort unbekannt]: Focus Junior; 23.09.2021 [abgerufen am 20.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.focusjunior.it/news/grembiule-a-scuola-favorevoli-o-contrari/>
141. Istituto Comprensivo Statale "Rita Borsellino". DAL 3 NOVEMBRE: Disposizioni utilizzo del grembiule nelle Scuole dell'Infanzia e Primaria [Internet]. Palermo: Istituto Comprensivo Statale "Rita Borsellino"; [abgerufen am 20.03.2023]. Verfügbar unter: <https://icsritaborsellino.edu.it/index.php/accesso-rapido/lista-delle-top-news/75-03-novembre-disposizioni-utilizzo-del-grembiule-nelle-scuole-dell-infanzia-e-primaria>
142. GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI. REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI. Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016. Arricchito con riferimenti ai Considerando e aggiornato alle rettifiche pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea 127 del 23 maggio 2018 [Internet]. Rom: GARANTE PER LA PROTEZIONE DIE DATI PERSONALI; 27.04.2016 [Update vom 23.05.2018; abgerufen am 20.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.garanteprivacy.it/il-testo-del-regolamento>
143. Governo Italiano, Ministero dell'Istruzione e del Merito. Alunni con disabilità [Internet]. Rom: Ministero dell'Istruzione e del Merito; 2018 [abgerufen am 20.03.2023]. Verfügbar unter: <https://www.miur.gov.it/alunni-con-disabilita>

9. Danksagung

Ich möchte mich bei meinem Doktorvater Prof. Loew aus ganzem Herzen bedanken, dessen enormer Horizont, fachliche Begeisterung und engagierte Betreuung diese Arbeit ermöglicht haben.

Mein Dank gilt weiterhin meinem Vorgesetzten Prof. Hinterberger, dessen zuverlässiges und korrektes Management den berufsbegleitenden Abschluss meiner Promotion erleichtert hat.

Meinen Eltern, deren selbstloser Einsatz für meine Entwicklung nicht in Worte erfasst werden kann: ohne euch wäre ich nicht die Frau, die ich heute sein kann. Danke.

Meiner Schwester Sabrina danke ich für ihr bodenständiges offenes Ohr und meinem Partner Florian für seine treue Zuwendung.

Danke auch an alle anderen Angehörigen und Freunde, die mich aus Nähe und Ferne stets unterstützt haben, insbesondere an Sigggi und meinen Pfadfindergruppenleiter Paolo.

Ich widme diese Arbeit meiner Oma Daura, unermüdliche Arbeiterin.