



Modul 1

Grundlagen Psychotraumatologie

Modul 1 der Weiterbildung
Traumapädagogik/ Traumazentrierte Fachberatung (DeGPT/ FVTP/ GPTG)

Inhalt

- Einführung in die Psychotraumatologie, Historisch
- Begriff psychische Traumatisierung + Definition
- Traumadefinitionen nach ICD-10/ ICD-11 und DSM V / PTBS Kriterien nach DSM-V
- Dissoziative Störungen
- Bindungs- , Beziehungs- und Entwicklungstraumatisierung
- Physiologie psychischer Traumatisierung
- Schutz- und Risikofaktoren zur Unterstützung/ Behinderung natürlicher Verarbeitungsprozesse
- Folgen psychischer Traumatisierung

- Epidemiologie
- Varianten psychotraumatischer Syndrome
- Umgang mit traumatisierten Menschen: Traumapädagogik/ traumazentrierte Fachberatung
- Traumapädagogik / Traumafachberatung / Psychotraumatherapie
- Institutionelle Bedingungen traumaspezifischer Arbeit
- Phasen-Modelle in Traumapädagogik, traumazentrierter Beratung und Therapie
- Professionelle Handlungsstrategien
- Auswirkungen von Beziehungstraumata und Bindungsstörungen im beratenden und pädagogischen Kontext
- Übertragung/ Gegenübertragung
- Grundlagen traumazentrierter Gesprächsführung

Historische Einführung

- 1867 Industrialisierung „Railway Spine Syndrom“
- 1884 Einführung der gesetzlichen Unfallversicherung
- 1886 „Traumatische Neurose“ (Oppenheim)
- 1858/ 1869 Beschäftigung mit Kindesmisshandlungen und sexualisierter Gewalt gegen Kinder in Frankreich
- 1896 Freud: Studien zur Hysterie als Folge sexueller Traumatisierung / Widerruf
- 1907 Abraham: „... das Erleiden eines sexuellen Traumas vom Unbewussten des Kindes gewollt wird...“

- 1914-1918 erster Weltkrieg: „shell shock syndrom“: Kriegsneurose als „abnormale Reaktionen minderwertiger oder vorbelasteter Personen“
- 1939 Beginn zweiter Weltkrieg
- 1941 Kardiner: Kriegsneurose als eine Überforderung der individuellen Anpassungsfähigkeit an die Kriegserfahrungen
- In Deutschland weiterhin die Haltung, dass ein konstitutionell gesunder Mensch jede psychische Belastung verkraften könne
- 1955 Vietnamkrieg und die Folgen verhalfen zum Durchbruch der Psychotraumatologie/ Gewalt gegen Frauen wurde parallel aus der gesellschaftlichen Tabuisierung gehoben
- Die Dissoziative Identitätsstörung wurde im DSM-III aufgenommen
- 1980 die Posttraumatic Disorder wurde im DSM-III aufgenommen
- 1992 Posttraumatische Belastungsstörung wird als Diagnose im ICD-10 aufgenommen
- 1998 Eschede Unglück: in Reaktion wurde sich in Deutschland gezielter mit Traumata auseinandergesetzt
- 1998 Köln: erster internationaler Traumakongress auf Bundesdeutschen Boden

Begriff psychische Traumatisierung

Die fünf Hauptkriterien der PTBS sind

- A Erleben eines Traumas (Trauma-, Stressor- oder Ereigniskriterium)
- B Intrusives Wiedererleben (unwillkürliche und belastende Erinnerungen an das Trauma)
- C Vermeidungsverhalten und emotionaler Taubheitszustand
- D Anhaltende physiologische Übererregung (Hyperarousal)
- E Die Symptome dauern länger als einen Monat

Definitionen

- Intrusives Wiedererleben
- Vermeidungsverhalten und emotionale Taubheit (Numbing)
- Hyperarousal

A-Kriterium (**Stressor-Kriterium**)

1. Konfrontiert sein mit einem lebensbedrohlichen Ereignis, Gefahr schwerer Verletzung, sexualisierte Gewalt (in unterschiedlichen Positionen)

Als Betroffener

Als Zeuge

Indirekt über das Wissen von der Bedrohung einer wichtigen Bezugsperson

Wiederholte Exposition mit kritischen Ereignissen (Polizei/ Feuerwehr) aber nicht (nicht-berufliche) Exposition über Medien

B-Kriterium: **Intrusive Symptome** (1 Symptom)

1. intrusive Erinnerungen (repetitives traumatisches Spiel)
2. Trauma-bezogene Albträume (schlechte Träume auch ohne inhaltlichen Bezug zum Trauma)
3. Dissoziative Erfahrungen (Flashbacks) (Wiederholung des traumatischen Ereignisses im Spiel)
4. intensiver andauernder Stress nach Exposition mit Triggern
5. starke physiologische Reaktivität nach Exposition mit Triggern

C-Kriterium: Dauerhafte angestrenzte Vermeidung von mit dem Trauma assoziierten Stimuli/ Trigger

(1 Symptom / bei U7 1 Symptom aus C oder D)

1. Vermeiden von trauma-bezogenen Gedanken oder Gefühlen (innere Trigger)
2. Vermeiden von trauma-bezogenen äußeren Triggern (Aktivitäten, Orten, Menschen oder Situationen)

D-Kriterium: Negative Veränderung von Gedanken und Gefühlen, die mit der traumatischen Erfahrung begonnen oder sich verschlimmert haben (2 Symptome)

1. Die Unfähigkeit einen wichtigen Teil der traumatischen Erfahrung zu erinnern (dissoziative Amnesie {keine Kopfverletzung oder Drogen})
2. Dauerhafte dysfunktionale negative Selbstüberzeugungen über sich, andere und die Welt
3. Selbstvorwürfe bzw. Vorwürfe an andere bezüglich des traumatischen Geschehens oder dessen Konsequenzen
4. Durchgängige negative trauma-bezogene emotionale Stimmung (Angst, Panik, Ärger, Schuld, Scham)
5. Verlust von prä-traumatisch vorhandenen Interessen an bedeutsamen Aktivitäten
6. sich von anderen abgetrennt fühlen

E-Kriterium: Trauma-bezogene Veränderungen im Erregungsniveau und verhaltensmäßiger Reaktivität, die mit dem Trauma begannen oder sich danach verschlimmerten (2 Symptome/ bei U7 1 Symptom)

1. Irritierbarkeit oder aggressives Verhalten
2. Waghalsiges und selbstverletzendes Verhalten
3. Hypervigilanz (ständiges auf dem Sprung sein; Anspannung)
4. Erhöhte Startle-Response-Reaktion (physiologische Schreckreaktion; Schreckhaftigkeit)
5. Konzentrationsprobleme
6. Schlafstörungen

F-Kriterium

Dauer der Symptomatik (B,C,D,E) länger als einen Monat

G-Kriterium

Die Symptome verursachen intensiven Stress und/ oder beeinträchtigen die Person in unterschiedlichen Lebensbereichen

H-Kriterium

Die Symptome sind nicht auf Medikamente oder eine körperliche Erkrankung zurückzuführen

ICD-11

6B4 Störungen besonders assoziiert mit Stress

6B40 Posttraumatische Belastungsstörung

6B41 komplexe posttraumatische Belastungsstörung

6B43 Verlängerte Trauerstörung

6B44 Anpassungsstörung

6B45 „Disinhibited social engagement disorder“

Entfällt: Persönlichkeitsveränderung nach Extrebelastung

Akute Belastungsreaktion

Definition Trauma ICD-11

6B40 Posttraumatische Belastungsstörung

Kann nach Exposition mit einem extrem bedrohlichen oder entsetzlichen Ereignis oder eine Reihe von Ereignissen auftreten

Kriterien (je ein Item mit Wert ≥ 2 (mäßige Beeinträchtigung oder stärker))

- 1) **Wiedererleben** des traumatischen Ereignisses oder der traumatischen Ereignisse in der Gegenwart in Form von lebhaften **intrusiven Erinnerungen, Flashbacks oder Albträumen**, typischerweise verbunden mit **starken und überflutenden Emotionen** wie Angst oder Horror und **starken körperlichen Empfindungen, oder Gefühlen von Überflutung oder Versunkensein mit den gleichen intrusiven Emotionen** wie während des traumatischen Ereignisses.
- 2) **Vermeidung von Gedanken und Erinnerungen** an das Ereignis, oder **Vermeidung von Aktivitäten, Situationen oder Menschen** in Verbindung mit dem Ereignis oder den Ereignissen
- 3) Persistierende **Wahrnehmung erhöhter gegenwärtiger Gefahr**, z.B. mit Hypervigilanz oder verstärkter Schreckhaftigkeit oder verstärkter Schreckhaftigkeit auf Reize wie unerwartete Geräusche
- 4) Die Symptome müssen **mindestens über mehrere Wochen** auftreten und **wesentliche Einbußen in verschiedenen Lebensbereichen** beinhalten (persönlich, Familie, Soziales, Ausbildung, Arbeit oder andere)

6B41 komplexe posttraumatische Belastungsstörung

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung ist eine Störung, die nach der Exposition mit einem oder mehreren Ereignissen auftreten kann, die **extrem bedrohlich oder entsetzlich** waren, meistens längerdauernde oder wiederholende Ereignisse, bei denen Fluch schwierig oder unmöglich war (z.B. Folter, Sklaverei, Genozidversuche, längerdauernde häusliche Gewalt, wiederholter sexueller oder körperlicher Kindesmissbrauch).

Die Störung ist charakterisiert durch die **Kernsymptome der PTBS; alle diagnostische Bedingungen für eine PTBS waren im Verlauf der Störung einmal erfüllt.**

Zusätzlich ist die kPTBS charakterisiert durch (je ein Item mit Wert ≥ 2 (mäßige Beeinträchtigung oder stärker)):

- 1) Schwere und tiefgreifende **Probleme der Affektregulation**
- 2) **Andauernde Ansichten über sich selbst** als vermindert, unterlegen oder wertlos, verbunden mit schweren und tiefgreifenden Gefühlen von Scham und Schuld oder Versagen in Verbindung mit dem traumatischen Ereignis; und
- 3) **Andauernde Schwierigkeit in tragenden Beziehungen oder im Gefühl der Nähe zu anderen**

PTBS Symptome	DD
Wiedererleben	Psychose, Angst-/ Panikstörung
Hyperarousal	ADHS
Rückzug, Isolation	Autismus-Spektrum-Störung, Minussymptomatik einer Schizophrenie
Affektregulationsstörung, Nähe- Distanzproblem, tiefgreifende Gefühle von Scham und Insuffizienz	Borderline-Störung
Bedürfnis nach Sicherheit und Kontrolle	Zwangsstörung
Hoffnungslosigkeit, Ohnmacht	Depression
Bindungsstörung	Persönlichkeitsstörung

Unter 5 Jahren	○ Angst, von den Eltern getrennt zu werden ○ Schreien, Wimmern ○ Erstarren und/ oder ungezielter Bewegungsdrang ○ Zittern ○ ängstlicher Gesichtsausdruck ○ extremes Anklammerungsbedürfnis ○ regressives Verhalten wie Daumenlutschen, Bettnässen und Angst vor Dunkelheit
6-11 Jahren	○ Extremen sozialen Rückzug, Kontaktabbruch ○ Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten ○ Alpträume, Schlafprobleme ○ Reizbarkeit, Wutausbrüche, Prügeleien ○ Schulverweigerung ○ psychosomatische Beschwerden wie Magenschmerzen
12-17 Jahren	○ Flashbacks ○ Alpträume ○ Vermeidung von allem, was an das traumatische Ereignis erinnert ○ Depression ○ Drogenmissbrauch/ exzessives Zocken ○ Probleme mit Gleichaltrigen und antisoziales Verhalten ○ Suizidgedanken ○ Nachlassen der Schulleistungen ○ Rachephantasien gegen Täter

Art der Gewalt	Bindungstrauma	Typ-1-Traumata (einmalig/ kurzfristig)	Typ-2-Traumata (mehrfach/ langfristig)	Typ-3-Trauma (organisiert, langdauernd)
Interpersonelle Traumata	Bindungstraumatisierungen: psychische Gewalt, Vernachlässigung, körperliche Gewalt	- Sexuelle Gewalt: Übergriffe, Vergewaltigung - Körperliche Gewalt: Überfall, häusliche Gewalt	- Repetitive sexualisierte und körperliche Gewalt in Kindheit und Jugend - Geiselnhaft, Folter - Krieg	- Organisierte sexuelle Ausbeutung: Online-Kindesmissbrauch, Loverboy-Missbrauch, Zwangsprostitution, Missbrauch durch spezialisierte Täterschaft - Rituelle/ ritualisierte Gewalt
Akzidentielle Traumata		- Schwere Unfälle: Verkehr, Lawine, Erdbeben, Flugzeugunfall u.a. - Berufsbedingte Traumatisierungen: Polizei, Ambulanz, Medizin, Pflege u.a. - Kurzdauernde Katastrophen: Hurrikan, Brand, Tsunami	- Technische Katastrophen: Nuklearkatastrophe, Giftgaskatastrophe - Langdauernde Naturkatastrophen: Erdbeben, Dürre	
Medizinische Traumata	- Frühgeburt und Inkubatorbehandlung (für Kind) - Schwere körperliche Erkrankungen in den ersten Lebensjahren	- Schwere Verletzungen nach Unfällen - Schwere innere Erkrankungen: Hirnschlag, Herzinfarkt - Traumatisierungen durch Komplikationen einer Geburt (für Mutter)	- Chronische lebensbedrohliche Krankheiten: Krebs, HIV/ AIDS, schwere Herzinsuffizienz u.a. - Chronische schwere unheilbare Erkrankungen: schwere rheumatische oder neurologische Erkrankungen, Niereninsuffizienz, Stoffwechselstörungen u.a.	

Allgemeines zeitliches Verlaufsmodell der psychischen Reaktion auf ein traumatisches Ereignis (Fischer und Riedesser 1999)

1. Schockphase
2. Einwirkungsphase
3. Erholungsphase

Ein Trauma bedeutet Erschütterung der gesamten Persönlichkeit.

Unmittelbare Folgen des traumatischen Stress (akute Traumata) sind

- Nicht mehr wissen, was los ist (Verstörung)
- Nichts mehr fühlen (wie im Schock)
- Nichts mehr spüren (emotionale Taubheit)
- Nichts mehr wahrnehmen oder überflutet werden von Bildern
- Nichts mehr wissen durch Erinnerungslücken oder den Verlust der räumlichen und zeitlichen Einordnung des Geschehens

Die unmittelbare Reaktion: Akutschock

Die erste psychische Reaktion, die **sofort nach oder noch während der auslösenden Situation** einsetzt, wird meist als **Schockzustand** beschrieben, mit veränderter Wahrnehmung und verändertem Zeiterleben.

Menschen, die gerade ein Trauma erlebt haben, sprechen von einem einschneidenden Ereignis, das die eigenen Vorstellungen und Reaktionsmöglichkeiten völlig übersteigt, sie fühlen sich „völlig aus der Bahn geworfen“, in einem veränderten Zustand, den sie schwer beschreiben können, oft fehlen die Worte und Bilder werden verwendet – „wie in Watte“, „wie hinter Glas“, „aus dem Körper“, „losgelöst von allem“, „nicht mehr in dieser Welt“, „wie tot“, „verrückt“. Sie haben den Eindruck, dass sich die Welt ab dem Ereignis qualitativ verändert hat, dass es nie mehr so sein wird wie vorher.

Dieses innere Erleben kann nach außen erkennbar sein oder aber sich nur innerlich abspielen – die Betroffenen wirken nach außen „unauffällig“ und reagieren völlig adäquat.

Im Nachhinein zeigt sich jedoch häufig, dass es sich um einen dissoziativen Zustand handelte, das Handeln nicht bewusst war und auch nicht erinnert wird.

Akute Belastungsreaktion entfällt mit dem ICD-11

- Zeitlich gesehen ist die nächstfolgende Traumareaktion die akute Belastungsstörung (ABS), die **unmittelbar nach dem psychischen Schock erlebt wird oder sich meist innerhalb einiger Tage nach dem Ereignis entwickelt.**
- Nach dem Diagnosematerial ICD-10 handelt es sich dabei um eine vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche körperliche und/ oder seelische Belastung entwickelt und im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt.

Obwohl nicht abschließend geklärt ist, welche Menschen Traumafolgestörungen entwickeln, gibt es Risikofaktoren, die umso stärker wirken je mehr davon vorhanden sind, aber es gibt auch Schutzfaktoren. **Eine akute Belastungsstörung ist kein Prädiktor für eine PTBS.**

Die Symptome einer akuten Belastungsstörung haben einen stark wechselnden Charakter und gehen sehr häufig ineinander über. Sie werden oft als wesensfremd und unkontrollierbar erlebt und lösen daher Ängste, Scham- und Schuldgefühle aus.

Akute Belastungsreaktion entfällt mit dem ICD-11

- Kann auch durch nichttraumatische kritische Lebensereignisse ausgelöst werden
- Es liegt ein klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen einer ungewöhnlichen Belastung und dem Beginn der Symptome vor
- Dauer von mind. zwei Tage und max. 4 Wochen, Abklingen der Symptome innerhalb weiterer vier Wochen
- Symptome: Wiedererleben, Vermeidung, erhöhtes Arousal, mind. drei dissoziative Symptome

Symptome einer akuten Belastungsstörung:

Gefühl von betäubt sein

Losgelöst sein von Gefühlen

Selbstgefährdung/ Suizidalität

Eingeschränkte Wahrnehmung der Umgebung

Peritraumatische Dissoziation

Verwirrung

Emotionale Reaktion, auch paradox

Derealisation/ Depersonalisation

Scham

Angst, verrückt zu werden

Schuldgefühle

Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung

entfällt mit dem ICD-11

- Folgen sind feindliche oder misstrauische Haltung der Welt gegenüber, sozialer Rückzug, Gefühle der Leere und Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedroht sein sowie Entfremdung

Posttraumatische Verbitterungsstörung

- Vorrangige Affekte: Kränkung, Hilflosigkeit, Beleidigt sein, Selbstaggression, Vorwürfe gegen sich und andere
- Betroffene hadern mit dem Schicksal, es kommt zu einer Antriebsblockade, häufig zu Ablehnung von Hilfsangeboten, Rückzug aus sozialen Beziehungen, sowie dem beruflichen Leben
- Kernkriterien: Ein vom Patienten als ungerecht erlebtes, schwerwiegendes, negatives Lebensereignis (Scheidung, Tod eines nahen Angehörigen, Arbeitslosigkeit, andauerndes Mobbing), auf das der Patient mit Verbitterung oder emotionaler Erregung reagiert und an das er sich immer wieder erinnert

Retraumatisierung

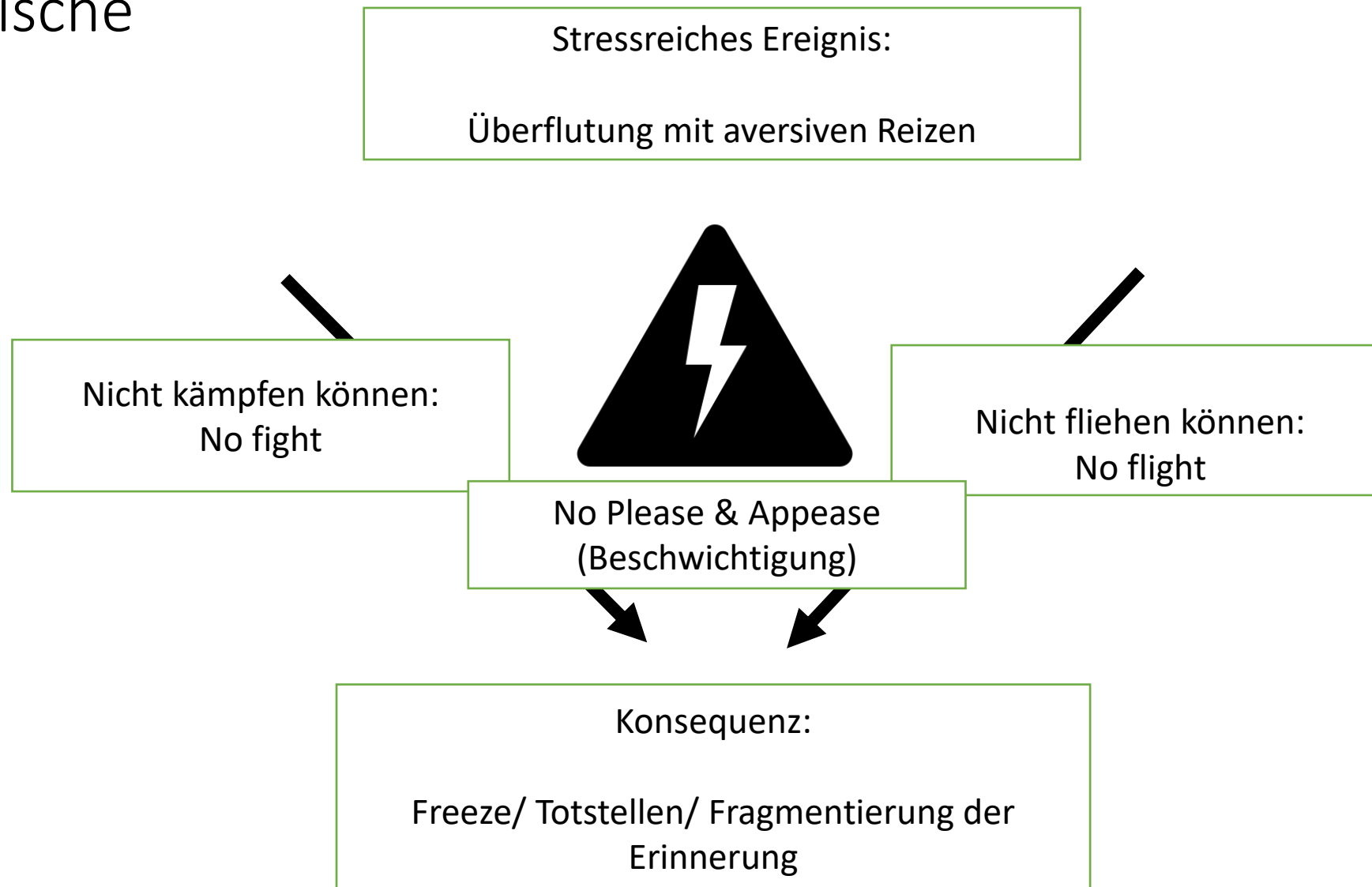
- erneute Erinnerung an das traumatische Ereignis direkt zu einer Symptombelastung
- hervorgerufen in juristischen oder polizeilichen Kontexten, durch häufige Betrachtung des traumatischen Ereignisses in Filmen, sowie durch Medienaktivitäten gegenüber Opfern

Traumatische Zange

Traumatische Erfahrung ist gekennzeichnet, wenn folgende Faktoren gleichzeitig auftreten

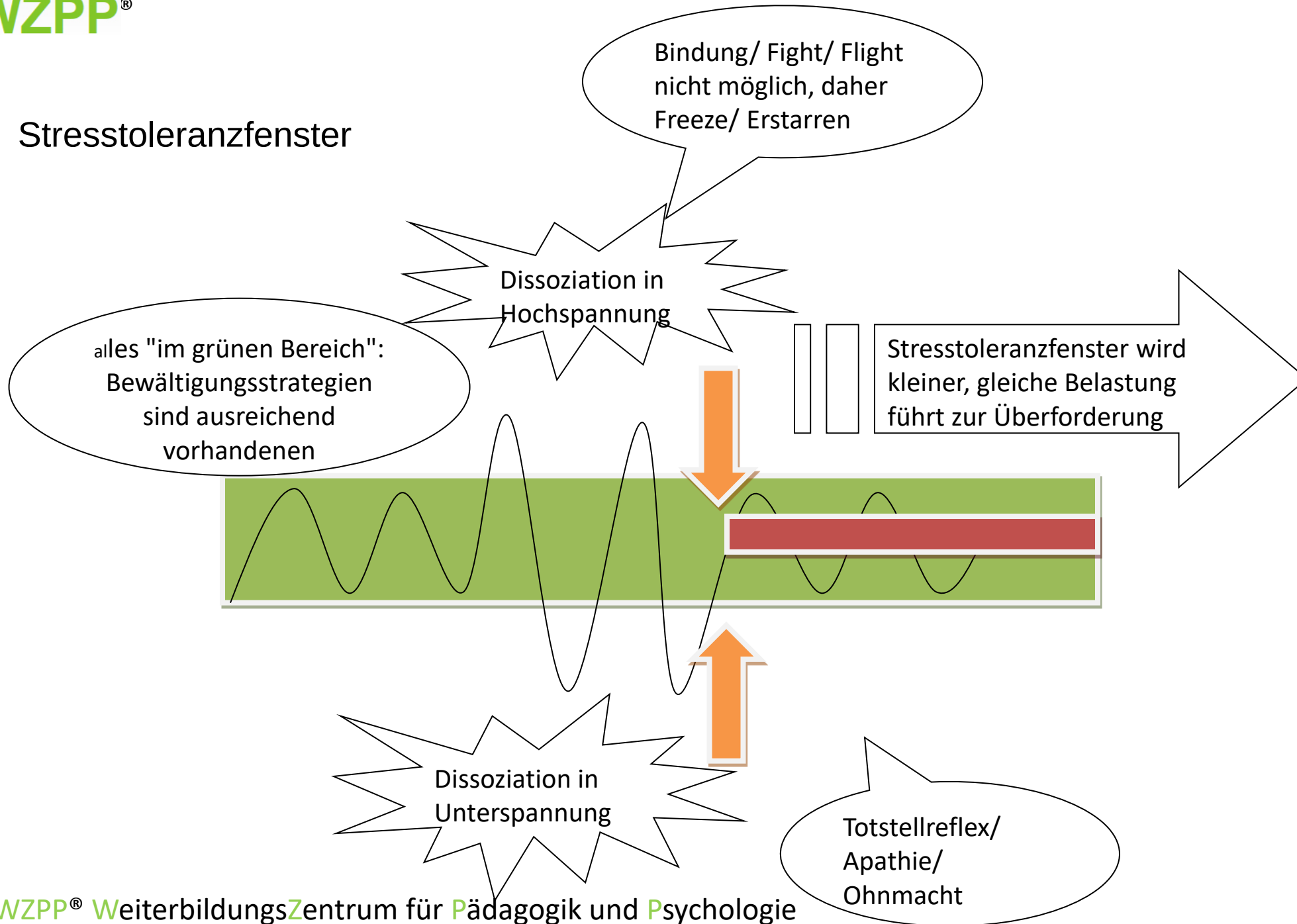
- Informationsüberflutung mit aversiven Reizen
- Keine Möglichkeit der Gegenwehr
- Keine Fluchtmöglichkeit
- Folge: Freeze

Traumatische Zange



Zusammenfassend könnte man sagen, dass die PTBS eine normale Reaktion auf abnormale oder verrückte Umstände ist.

Stresstoleranzfenster



Dissoziative Störungen

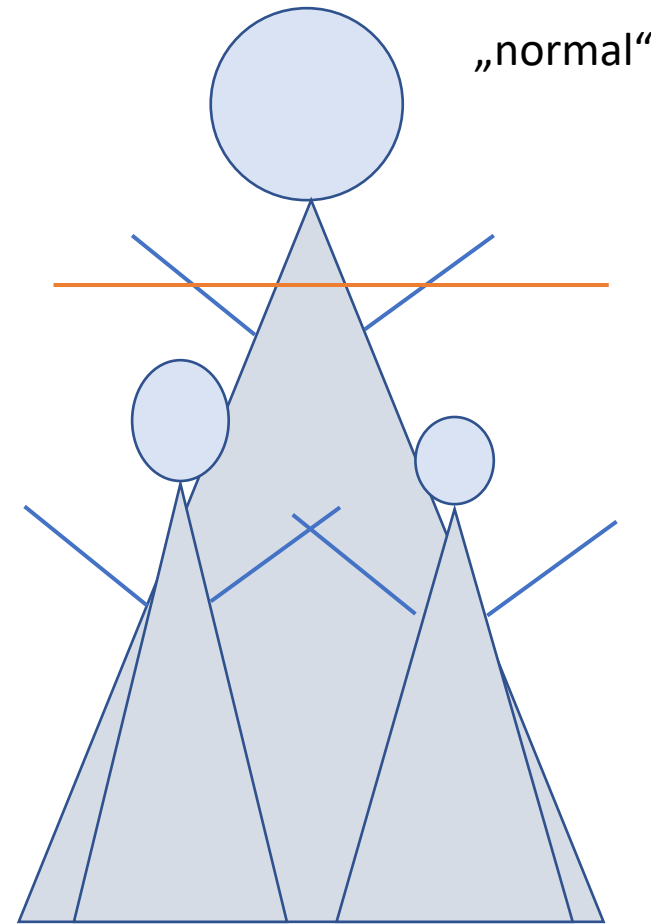
Definition und Symptome

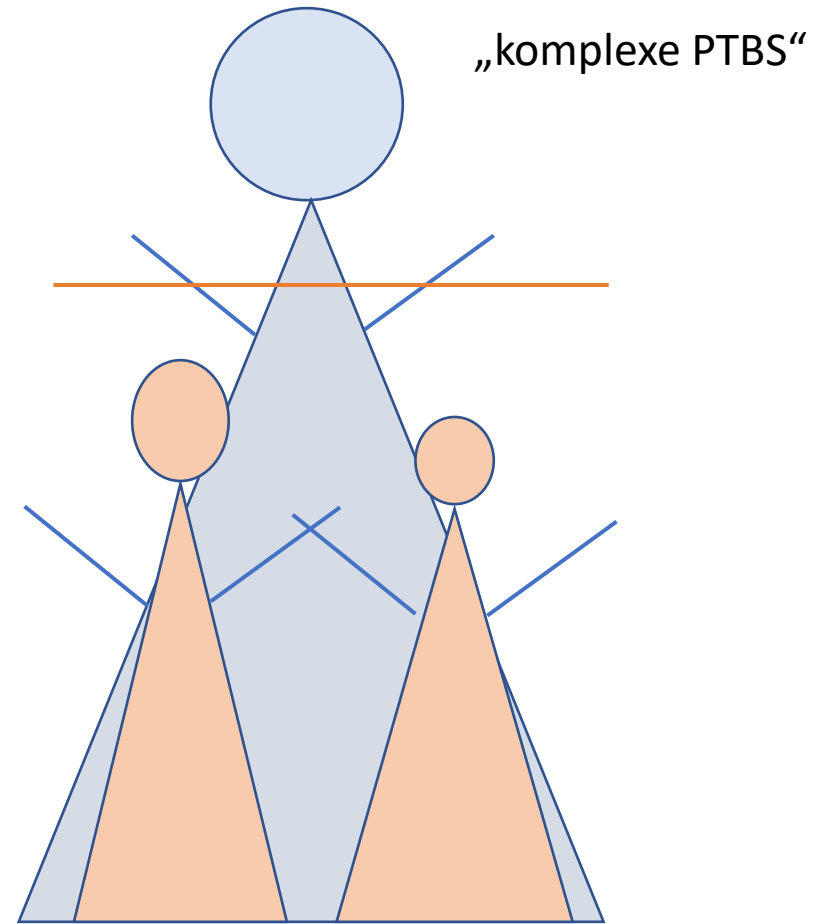
- Dissoziation ist ein komplexer psychophysiologischer Prozess, bei dem es zu einer **teilweisen oder völligen Desintegration und Fragmentierung des Bewusstseins und anderer verwandter psychischer Funktionen** kommt, wie der Erinnerung an die Vergangenheit, unmittelbarer Empfindungen, der Wahrnehmung des Selbst und der Umgebung, sowie des Identitätsgefühls. Im Vordergrund steht also eine Störung des Bewusstseins in vielfältigen Formen.

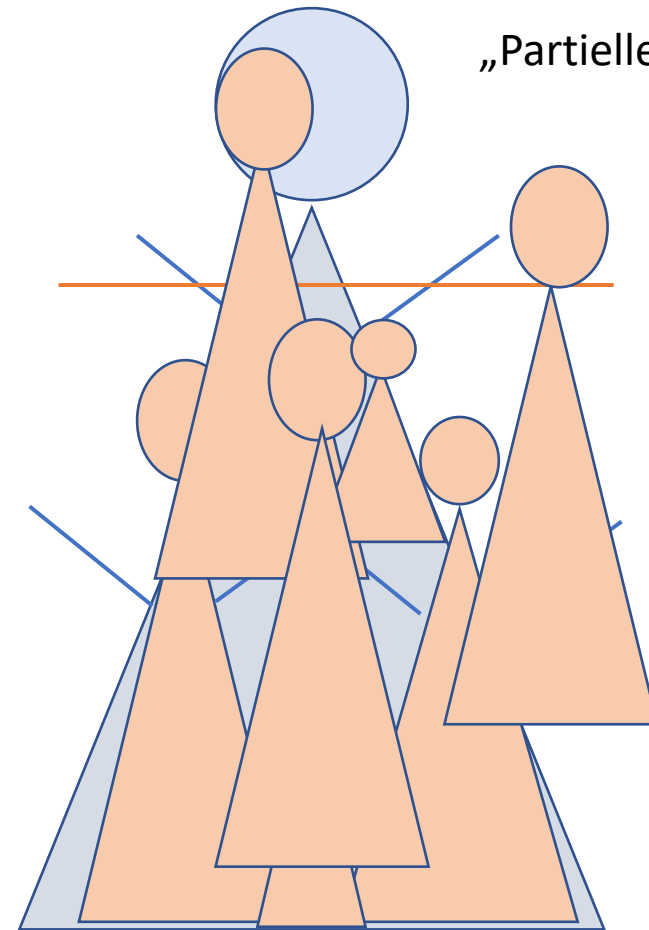
- **Nicht jede Form von Dissoziation ist pathologisch.** Wir würden von Reizen völlig überflutet, wenn wir nicht unsere Wahrnehmung fokussieren und Unwesentliches ausblenden könnten. Wir alle „dissoziieren“ im Alltag immer wieder im Sinne normaler Trancephänomene wie fokussierte Konzentration, Tagträumen, „Freudscher Fehlleistungen“, „Autopilot“ auf der Autobahn.
- **Pathologische Dissoziation** ist qualitativ anders, was eigentlich da sein müsste, fehlt. Es wird sozusagen „anderswo gewusst“ im inneren System. So kann eine traumatische Erinnerung, für die jahrzehntelang eine Amnesie bestand, durch einen Auslöserreiz plötzlich als Intrusion oder Flashback wieder auftauchen. Sowohl Amnesie, wie Flashbacks sind dissoziative Phänomene

Einteilung der Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit nach Schweregraden

- primäre strukturelle Dissoziation
- sekundäre strukturelle Dissoziation
- Tertiäre Strukturelle Dissoziation





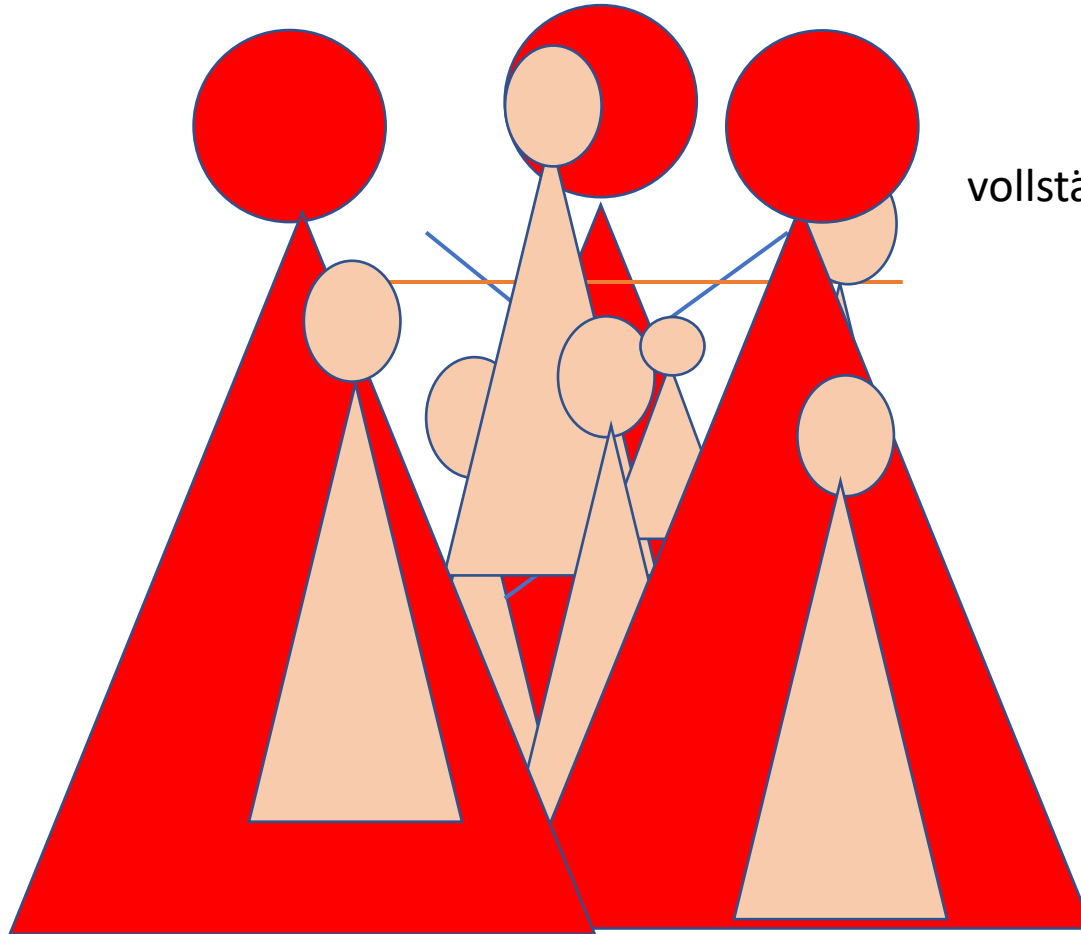


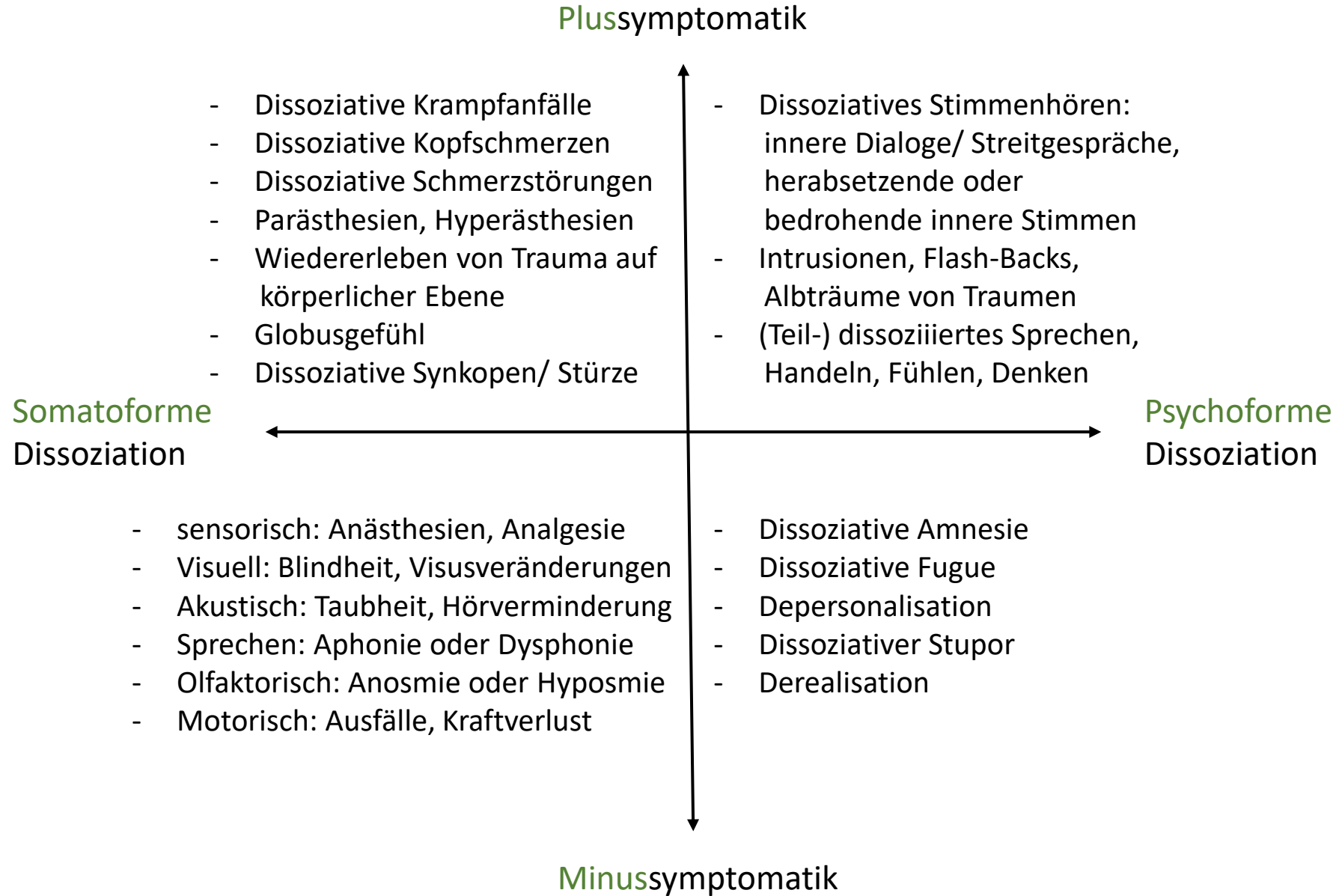
„Partielle dissoziative Identitätsstörung“

Teilweise abgespaltene Selbstzustände

„Dissoziative Identitätsstörung“

vollständig abgespaltene Selbstzustände





Wichtigsten Erscheinungsformen der Dissoziation

- **Amnesie:** Biographische Erinnerungslücken oder Zeitverluste im Alltag, die Lücken werden oft mit Fantasien gefüllt
- **Dissoziative Fugue:** sich an einem Ort wiederfinden und nicht wissen, wie man dahin gekommen ist, oder plötzliches Verlassen des Hauses oder des Arbeitsplatzes mit der Unfähigkeit, sich an Teile oder die gesamte eigene Vergangenheit zu erinnern, oder Verwirrung über die eigene Identität, Übernahme einer neuen Identität für Stunden bis Monate. Psychopathologisch sonst unauffällig.
- **Depersonalisation:** Gefühl von Losgelöst sein oder Entfremdung vom eigenen Selbst, „neben sich stehen“, sensorische Unempfindlichkeit, emotionale Taubheit, Gefühl, eigene Handlungen und Sprache nicht kontrollieren zu können. Die Realitätskontrolle ist intakt. Oft Begleitsymptom anderer psychischer oder somatischer Störungen oder von Alkohol-/ Drogenkonsum.

- **Derealisation:** Gefühl der Unwirklichkeit und Entfremdung gegenüber der Umwelt. Objekte, Menschen oder die gesamte Umgebung werden als fremd, unvertraut, wie durch einen Nebel, roboterhaft, fern, künstlich, zu klein oder zu groß, farblos oder leblos erlebt. Auch bei anderen psychischen Störungen wie Depression und Schizophrenie auftretend.
- **Identitätsunsicherheit:** Widersprüchliche Handlungsimpulse, Kämpfe innerer Anteile/ Ego-States, oft als innere aggressive, kommentierende oder Kinderstimmen wahrgenommen, Diagnose einer nicht näher bezeichneten dissoziativen Störung, oft ähnlich einer Dissoziativen Identitätsstörung, aber ohne eindeutig abgrenzbare Teilpersönlichkeiten.
- **Identitätswechsel:** Dissoziative Identitätsstörung (DIS), mindestens zwei unterscheidbare Teilidentitäten, die die Kontrolle über das Verhalten der Person einnehmen, mit Zeitverlusten durch Amnesie. Die Teilpersönlichkeiten sind dissoziierte Aspekte der Gesamtpersönlichkeit, die sich konstant im Alter, Geschlecht, Sprache, spezielle Fähigkeiten, Wissen oder vorherrschendem Affekt unterscheiden. Sie werden nicht zur eigenen Persönlichkeit gehörend wahrgenommen, übernehmen jedoch auf innere und äußere Auslösereize hin die Kontrolle über Erleben und Verhalten. Auftreten dieser Persönlichkeitsanteile oft schon im frühen Kindesalter, Diagnosestellung jedoch meist erst im Erwachsenenalter.

Typische dissoziative Symptome bei Kindern

Abschalten von Gefühlen und Schmerzen, sich wegträumen, Trancezustände, Schlafwandeln, Flashbacks und Albträume, Körperteile oder den ganzen Körper nicht mehr spüren, Erstarren, Müdigkeit, Lähmung, unkontrollierte Impulsdurchbrüche, Verwirrtheitszustände, Amnesien, selbstverletzendes Verhalten inklusive häufigen Unfällen, drastische Wechsel in Verhalten und Fähigkeiten, verwirrende Vergesslichkeit mit Zeitlücken, innere Stimmen etc.

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

Schweren dissoziativen Störungen liegt eine **strukturelle Dissoziation** der Persönlichkeit zugrunde

Dissoziation ist zunächst ein **adaptiver Überlebens- und Bewältigungsmechanismus** und **bedeutet einen Rückzug aus einer unerträglichen Realität**

Der beste Schutz vor der Entwicklung dissoziativer Störungen scheint eine sichere Bindungsbasis des Kindes an die Eltern zu sein.

Bei traumatisierten Kindern hingegen entwickeln sich zustandsabhängige unterschiedliche Bewusstseinszentren

Spezielle Interventionen bei dissoziativen Zuständen

In dissoziativen Zuständen kann nichts mehr aufgenommen werden und es findet keine Verarbeitung statt. Die beste Intervention ist zu verhindern, dass es zu Dissoziationen kommt! Das heißt: **Stress reduzieren**

Epigenetische Phänomene

Am prägendsten und damit später am schwersten zu verändern sind die sehr frühen Beziehungserfahrungen.

Durch äußere Faktoren und Stress können Genabschnitte aktiviert oder abgeschaltet werden. So scheint durch Stress das Glucocorticoid-rezeptor-Gen ausgeschaltet zu werden, das für die Produktion von Eiweißen zuständig ist, die zur Nervenzellbildung erforderlich sind.

Der Zeitpunkt der Schädigung ist entscheidend: je früher desto gravierender die Auswirkung.

Posttraumatische Störungen sind als
Stressfolgeerkrankungen zu verstehen

- Unser Stressverarbeitungssystem wird durch unter unkontrollierbare Stresssituationen in früher Kindheit so geprägt, dass daraus **lebenslange Einschränkungen der Aufmerksamkeit und der Lernfähigkeit, eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit und Somatisierungstendenzen** entstehen können
- Wir sollten jedoch **nicht überbehütet und von jeglichem Stress ferngehalten** werden. Das wäre sogar schädlich.
- Optimal ist ein **mittlerer Stressbereich** (Stresstoleranzfenster)
- Bei einem Trauma kommt es zu einer **nicht erfolgreichen Lösung und Beendigung der überwältigenden Stressreaktion, sondern zu überlebenswichtigen „Notlösungen“** und später **dysfunktionalen Bewältigungsstrategien wie Dissoziationen und selbstschädigendem Verhalten.**
- **Traumakompensatorisches Schema als Symptomentwicklung**

Bindungs-/ Entwicklungstraumatisierung

- Emotionale Vernachlässigung
- Chronische Entwertung von Kindern und Zuschieben einer Sündenbockrolle
- Behinderung der psychosozialen Entwicklung des Kindes durch Quälen, Isolieren (Abschneiden von Außenkontakten wie Spielkameraden), Terrorisierung (Drohung der Erwachsenen, das Kind zu töten oder zu verlassen) oder Ignorieren des Kindes
- Erleben einer Vielzahl von Trennungen und Verlusten
- Erleben von Gewalt, Gewaltandrohungen oder Suiziddrohungen zwischen den Eltern, Erleben von Substanzmissbrauch durch die Eltern
- Missachtung aller elementaren psychischen Bedürfnisse eines Kindes, wie wahrgenommen werden, gehalten werden, geschützt werden und Ähnliches

6B41 komplexe posttraumatische Belastungsstörung

- Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung ist eine Störung, die nach der Exposition mit einem oder mehreren Ereignissen auftreten kann, die **extrem bedrohlich oder entsetzlich** waren, **meistens längerdauernde oder wiederholende Ereignisse**, bei denen Fluch schwierig oder unmöglich war (z.B. Folter, Sklaverei, Genozidversuche, längerdauernde häusliche Gewalt, wiederholter sexueller oder körperlicher Kindesmissbrauch).
- Die Störung ist charakterisiert durch die **Kernsymptome der PTBS**; alle diagnostische Bedingungen für eine PTBS waren im Verlauf der Störung einmal erfüllt.
- **Zusätzlich** ist die kPTBS charakterisiert durch:
 - 1) Schwere und tiefgreifende Probleme der **Affektregulation**
 - 2) Andauernde Ansichten über sich selbst als vermindert, unterlegen oder wertlos, verbunden mit schweren und tiefgreifenden Gefühlen von **Scham und Schuld oder Versagen** in Verbindung mit dem traumatischen Ereignis; und
 - 3) **Andauernde Schwierigkeit in tragenden Beziehungen oder im Gefühl der Nähe** zu anderen

A Traumakriterium

B Anhaltende Fehlregulation im Zusammenhang mit traumabezogenen Erinnerungsreizen

- Schwierigkeiten in der Wahrnehmung und Differenzierung von Emotionen
- Gestörte Affekt- und Impulsregulation
- Schwierigkeiten in der Empathiefähigkeit
- Beeinträchtigung der Selbst- und Objektrepräsentanzen
- Somatisierungsphänomene wie häufige psychogene Beeinträchtigungen oder manifeste Erkrankungen
- Verhaltensveränderungen wie Reviktimierungsneigung oder Nachkonstellieren der traumatischen Situation in unterschiedlichen Positionen
- Kognitive Veränderungen von Aufmerksamkeit und Bewusstsein wie dissoziative Symptomatik oder anhaltende Aufmerksamkeitsstörungen
- Interpersonelle Veränderungen wie die Unfähigkeit zur gleichberechtigten partnerschaftlichen Interaktion oder dysfunktionale Wahrnehmung des Täter
- Selbstbildveränderungen wie beeinträchtigtes Identitätsgefühl

C Anhaltend veränderte Erwartung und Begründungsmuster

- Selbstbeschuldigungen
- Fremdbeschuldigungen gegenüber schützende Personen
- Verlust der Erwartung des Geschütztsein durch andere Menschen
- Verlust des Vertrauens in die Schutzfunktion von Institutionen oder andere Menschen
- Verlust der sozialen Erwartung sozialer Gerechtigkeit und Wiedergutmachung
- Überzeugung erneut zum Opfer zu werden
- Funktionelle Beeinträchtigung bezogen auf Bildung, Familie, persönliche Beziehungen, Beruf

Für **Kinder** haben **beziehungsbezogene NICHT-A1 Erfahrungen** (Verluste, Kränkungen, Beschämungen) mit wichtigen Bezugspersonen (Eltern, Freunde) **ebenso negative Auswirkungen wie A1 Erfahrungen** (Verlinden et al. 2013)

Nur ein **geringer Teil der Kinder zeigt nach einer Traumatisierung das Vollbild einer PTBS**. Ein bedeutsamer Anteil zeigt nur subklinische Symptome, die aber in ähnlicher Weise als belastend erlebt werden.

Die American academy of Child and Adolescent Psychiatry (ACCAP 1998) empfiehlt daher, ein Kind dann ebenfalls als behandlungswürdig anzusehen.

Es gibt einen **kumulativen Dosis-Effekt** zwischen der Anzahl der belastenden Faktoren, der **Vielfalt der traumatisierenden Erfahrungen und der Schwere und Komplexität der Symptomatik**.

Patienten mit belastenden Lebenserfahrungen in der Kindheit unterscheiden sich von den nicht belastenden Patienten mit gleicher Diagnose signifikant und **sprechen auf traditionelle Behandlungsansätze nicht gut an**.

Chronische Stressdysregulation kann zu dauerhaften neurobiologische Schädigungen (z.B. Amygdala-Sensitivierung, Verringerung des Hippocampusvolumen) und dysfunktionalen epigenetischen Veränderungen führen, die **transgenerational vererbt** werden können.

Schlussfolgerungen:

Die maladaptiven Effekte von Misshandlungen sind unspezifisch

Vielfältige psychische Störungen haben möglicherweise eine gemeinsame ätiologische Ursache: **chronischer Stress**

Zusammenhang belastender Kindheitserfahrungen und ADHS (Miodus, S., Allwood, M. A., & Amoh, N. (2021))

Konzentrationsprobleme sind ein Symptom sowohl von ADHS & PTBS

Vernachlässigung und Gewalt führen zu Konzentrations- und Affektregulationsproblemen im Rahmen einer kPTBS, die schwierig von ADHS-Symptomen zu unterscheiden sind

Schwierig zu unterscheiden, speziell bei Kindern, sind Hyperaktivität (ADHS) versus Hyperarousal (PTBS) und Impulsivität (ADHS) versus Affektregulationsproblemen (PTBS, speziell kPTBS)

ADHS in der Kindheit ist ein Risikofaktor für spätere Traumatisierungen und PTBS

Kinder mit ADHS haben nach ähnlichen Traumatisierungen schwerere PTBS-Symptome als Nicht-ADHS-Kinder

Zusammenhang belastender Kindheitserfahrungen und ADHS (Miodus, S., Allwood, M. A., & Amoh, N. (2021))

Jugendliche mit Komorbidität ADHS und PTBS haben ein erhöhtes Risiko für psychiatrische Hospitalisationen, Schulprobleme und tieferes soziales Funktionsniveau

ADHS erhöht das Risiko für verschiedene psychiatrische Störungen wie Substanzmissbrauch, Depressionen, Angststörungen und Manie, die alle wiederum das Risiko für traumatische Erfahrungen und PTBS erhöhen

Einige Erkenntnisse aus der oben aufgeführten Studie:

Diese Studie mit 454 Studierenden einer Universität in den USA hatte einige Schwachstellen, zB. dass sie nur auf Fragebögen zur Selbsteinschätzung basierte, und dass die Einschätzung rückwirkend und nur durch die Betroffenen erfolgte (zB. ohne Fremdanamnese der Eltern). Trotzdem zeigte sie einige wichtige Aspekte, die für die klinische Arbeit hilfreich sein können, unter anderem:

Konzentrationsprobleme und Impulsivität in der Kindheit können Symptome einer PTBS in der Kindheit sein; zugleich sind sie Risikofaktoren für (erneute) Traumatisierungen und spätere PTBS

Es gibt bei Erwachsenen oft eine Komorbidität zwischen ADHS, PTBS, Depressionen und Angstsymptomen

Im Rahmen einer ADHS-Abklärung bei Kindern und Erwachsenen sollte immer auch auf Trauma und PTBS-Symptome abgeklärt werden

Zur Differentialdiagnose ADHS – PTBS gibt es zurzeit viele offene Fragen, zumal die beiden Störungsbilder komorbid auftreten können. Zusammengefasst einige Aspekte zu ADHS und PTBS/kPTBS:

Eine ADHS erhöht das Risiko für traumatische Erfahrungen und eine spätere kPTBS

Belastende Erlebnisse können ADHS-Symptome verstärken

ADHS hat eine wesentliche genetische Komponente. Eine komplexe PTBS hingegen ist keine genetische Störung; sie kann jedoch transgenerational weitergegeben werden, zB. über die Weitergabe von Bindungsschwierigkeiten, die Auswirkungen der Störung der Selbstorganisation im Rahmen einer elterlichen kPTBS auf die Kinder, sowie über Genmodulation

ADHS beginnt in der Kindheit, kPTBS ab dem Zeitpunkt der Traumatisierung(en).

Bei Traumatisierungen früh in der Kindheit können sich die Symptome der kPTBS ebenfalls früh in der Kindheit zeigen (Achtung: Late-Onset PTBS mit zeitlicher Verzögerung)

Konzentrationsprobleme und Impulsivität sind Hinweise sowohl auf ADHS wie auch auf PTBS & kPTBS

Die Traumatis (Wiedererleben, Hyperarousal, Vermeidung) tritt nur bei PTBS und kPTBS auf und nicht bei ADHS

Die Störung der Selbstorganisation tritt nur bei kPTBS auf und nicht bei ADHS

Vernachlässigung und Gewalt in der Kindheit führen in vielen Fällen zu Symptomen einer kPTBS in Kindheit und Jugend, besonders in Kombination mit ADHS. Es ist unethisch, Vernachlässigung und Gewalt (ausschliesslich) mit Methylphenidat (Ritalin, Concerta) und anderen ADHS-Medikamenten zu «behandeln». Ein Ansprechen auf ADHS-Medikamente beweist noch keine ADHS und schliesst eine kPTBS nicht aus.

Eine ADHS-Abklärung sollte immer auch die Abklärung einer kPTBS beinhalten

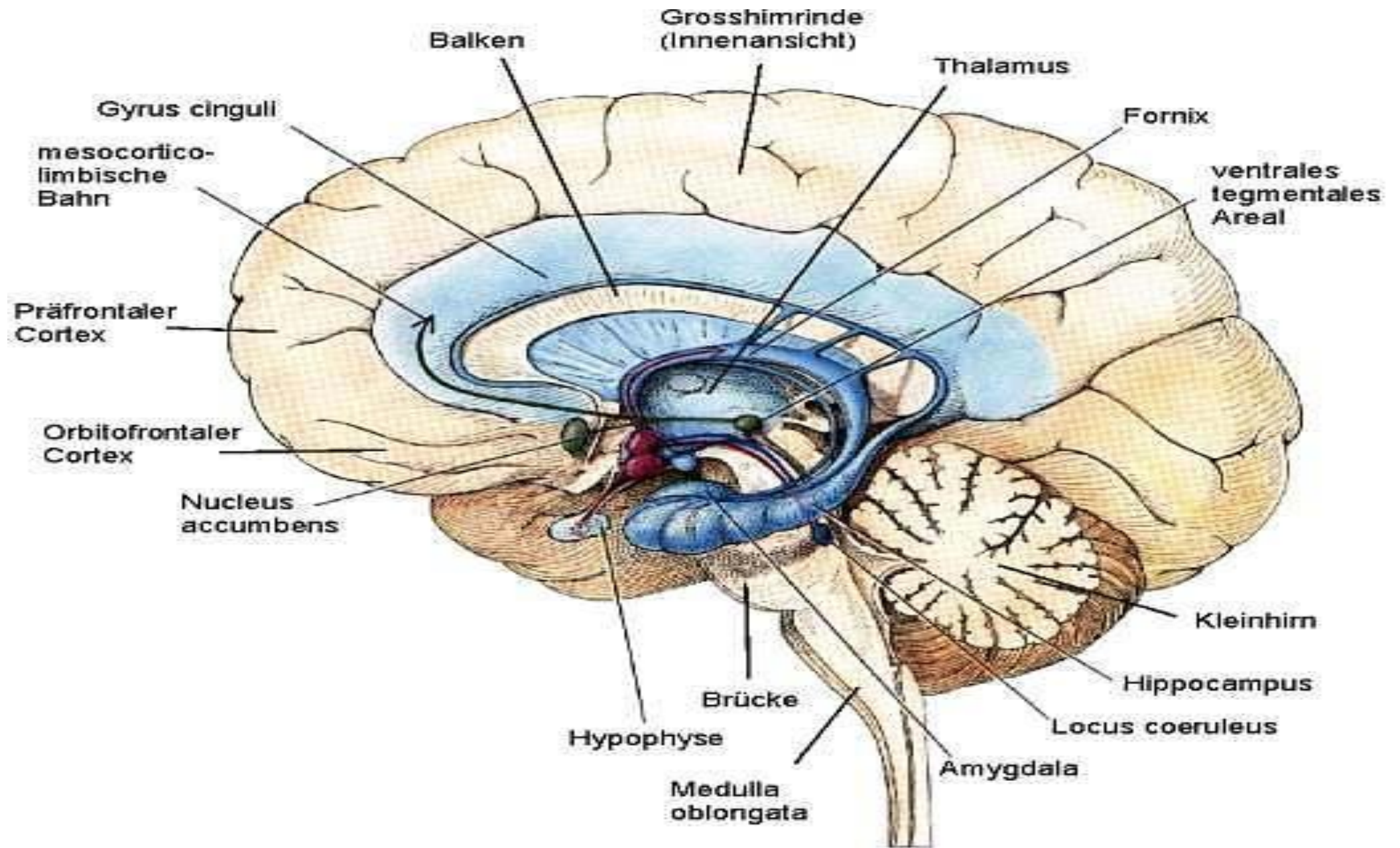
Bezüglich der genauen Differentialdiagnostik zwischen ADHS und PTBS/kPTBS gibt es zurzeit viele offene Forschungsfragen. Vermutlich wird ADHS aber generell noch eher zu häufig und kPTBS eher zu selten diagnostiziert. Die richtige Diagnose ist jedoch wesentlich, da sich die Behandlungen von ADHS und kPTBS unterscheiden, sowohl bei Kindern als auch bei Jugendlichen und Erwachsenen.

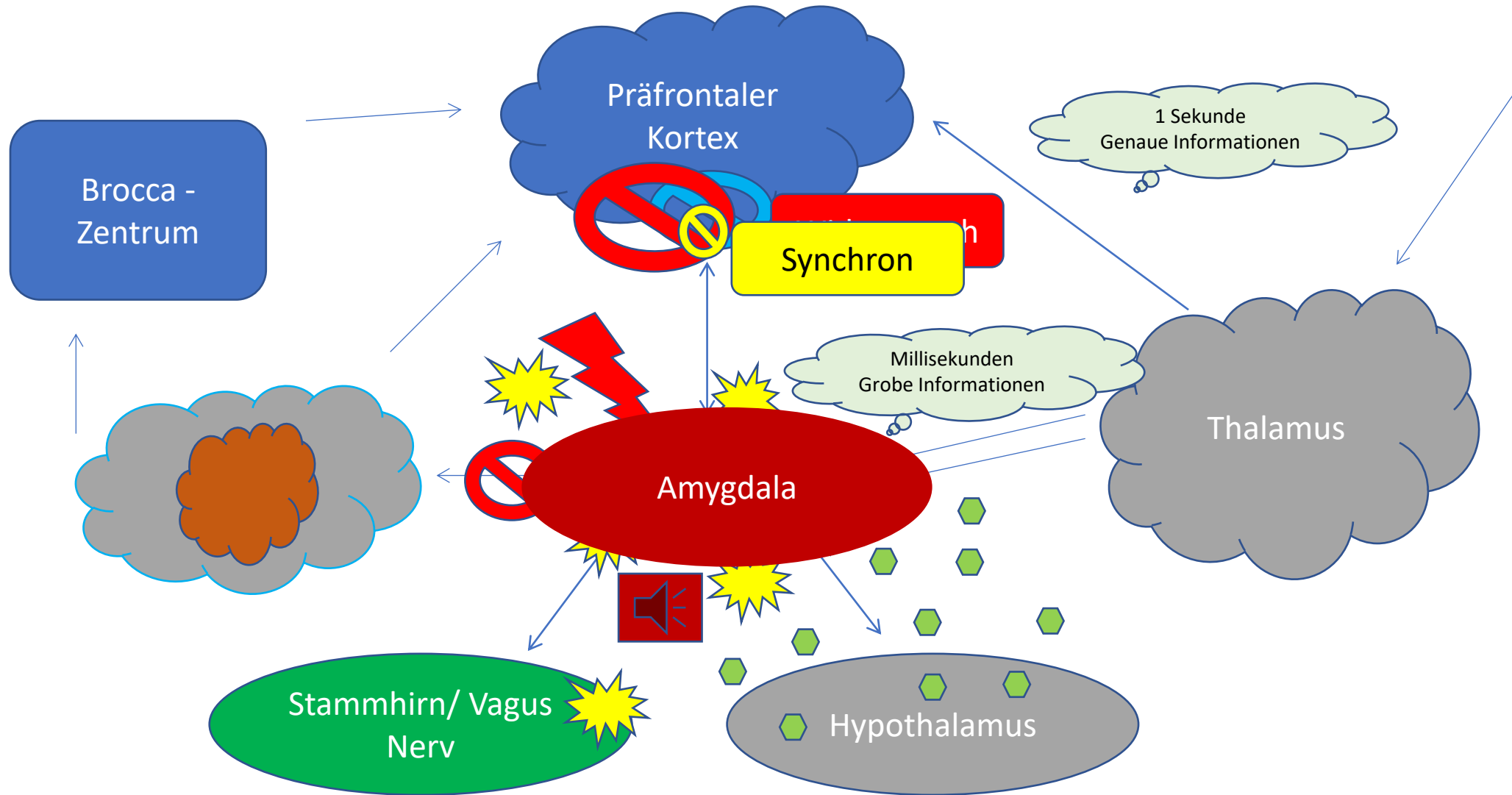
Physiologie psychischer Traumatisierung

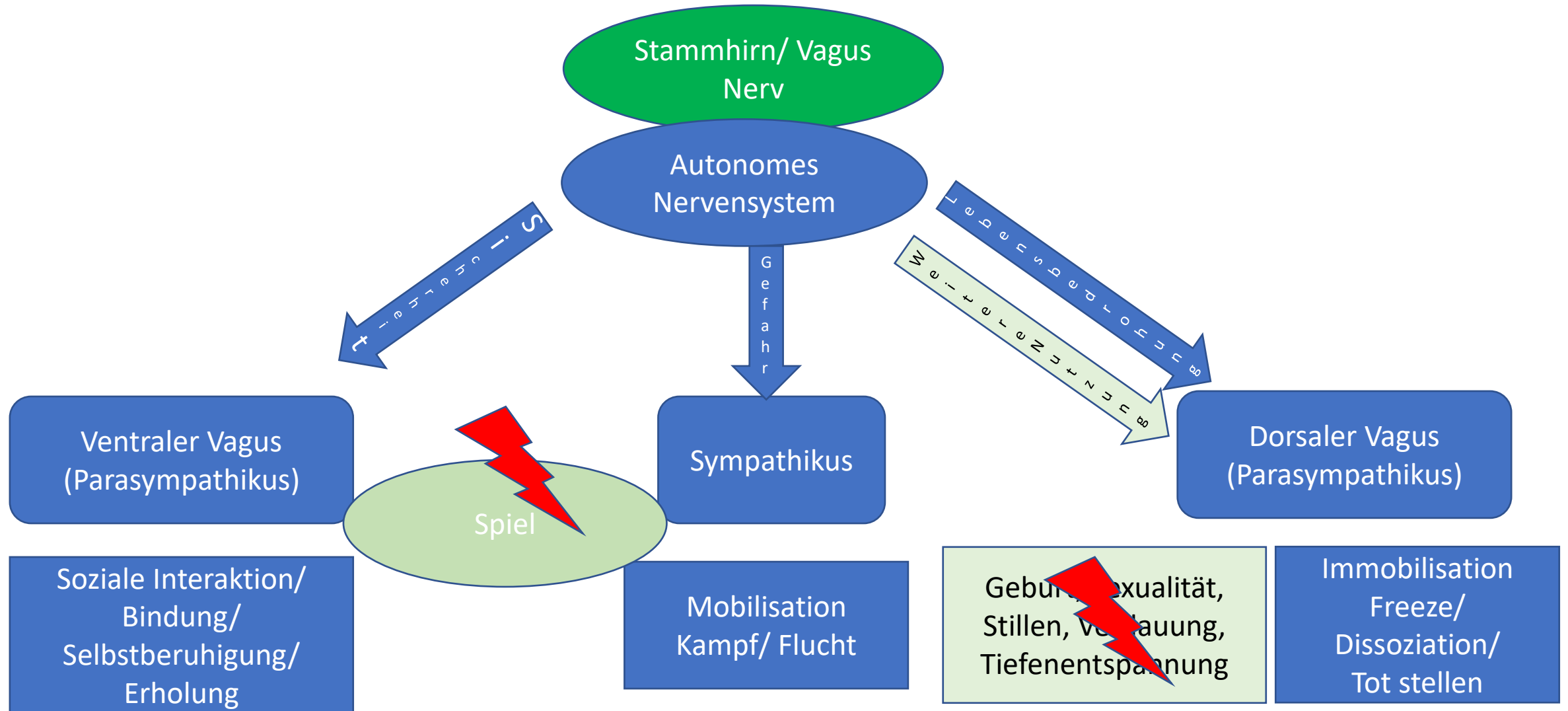
- Explizites Gedächtnis
- Implizites Gedächtnis

Neurobiologische, neurophysiologische,
neuroendokrinologische und neuroanatomische Aspekte

- Großhirnrinde: präfrontaler Kortex
- Mittlere subkortikale Ebene: limbisches System
- Untere subkortikale Ebene: Hirnstamm







Risikofaktoren

Prätraumatische Faktoren

- jüngeres Alter (nicht so bedeutend wie oft angenommen)
- Weibliches Geschlecht
- Minoritätenstatus
- Niedriger sozioökonomischer Status
- **Prätraumatische psychische Morbidität**
- Vortraumatisierung (bes. Heim- und Pflegekinder/ Flüchtlinge)
- Familienstruktur
- Funktionsniveau

Risikofaktoren

- Peritraumatische Faktoren
- Stressorschwere: Ereignisse, nach den besonders schwere Traumareaktionen zu erwarten sind
- Dauern sehr lange
- Wiederholen sich häufig
- Lassen das Opfer mit schweren körperlichen Verletzungen zurück
- Sind vom Opfer schwerer zu verstehen
- Beinhalten zwischenmenschliche Gewalt
- Der Täter ist ein nahestehender Mensch
- Das Opfer mochte (mag) den Täter
- Das Opfer fühlt sich mitschuldig
- Eigene Verletzung
- **Emotionale Reaktion (Intensität)**
- Verhalten der Eltern in der peritraumatischen Situation

Risikofaktoren

- Die Persönlichkeit ist noch nicht gefestigt oder gestört
- Beinhalten sexuelle Gewalt
- Beinhalten sadistische Folter
- Mehrere Täter haben das Opfer zugerichtet
- Das Opfer hatte starke Dissoziationen
- Niemand hat dem Opfer unmittelbar beigestanden
- Niemand hat nach der Tat mit dem Opfer darüber gesprochen
- **Wahrgenommene Lebensgefahr**
- **Tod und Verletzung bekannter Personen**
- **Ressourcenverlust (z.B. Zerstörung des Hauses)**
- Umstände des Ereignisses

Risikofaktoren

- Posttraumatische Faktoren
- **Akute Belastungsreaktion/ -störung**
- **Psychopathologie (Ängstlichkeit und Depressivität)**
- **Dysfunktionale Bewältigungsstrategien**
- **Mangelnde soziale Unterstützung (auch der Eltern)**
- **PTB der Eltern**
- **Familiäre Faktoren (z.B. Funktionsniveau)**
- **Weitere belastende Lebensereignisse**
- Wohnortwechsel
- **Qualität der post-traumatischen sozialen Unterstützung!!!**

Resilienzfaktoren

- Gute soziale Unterstützung
- Kommunikative Kompetenz
- Kohärentes Weltbild
- Resilienz: Vorhandensein von Widerstandsfähigkeit, psychischer Robustheit und Spannkraft trotz sehr ungünstiger Lebensumstände oder Erfahrungen
- Posttraumatische Reifung: traumatische Erfahrungen können zum Wachstum im Sinne einer Umdeutung des Erlebten und seiner Folgen – verbunden mit psychischen Reifungsprozessen – genutzt werden. Dadurch entstehen z.B. Intensivierung der Wertschätzung des Lebens, Intensivierung persönlicher Beziehungen, Bewusstwerden der eigenen Stärke, Entdecken neuer Möglichkeiten, Intensivierung eines spirituellen Bewusstseins

Wie aus dem Gold der Kindheit das Blei des Erwachsenenendaseins wird (Felitti 2003)



Trauma-Entwicklungsheterotopie - Schmid, Fegert, Petermann 2010

Developmental heterotopia of trauma



Häufigkeit einer PTBS

Besonders schwer, wenn absichtsvoll von anderen Menschen zugefügt (Prävalenz bei Vergewaltigung 50%; Misshandlungen und sexueller Missbrauch in der Kindheit 50%)

Prävalenz bei anderen Gewaltverbrechen 25%

Prävalenz bei Verkehrsunfällen und schweren Organerkrankungen 10%

Prävalenz zu Entwicklung einer PTBS (2016)

2-7 % der Jugendlichen und Erwachsenen (ab 14 Jahre)

-> 10-12 % Frauen – 5-6 % Männer

Bei Kindern ist eine statistische Erfassung schwierig, da die Diagnosekriterien nicht eindeutig sind

Bei Geflüchteten ca 30% (2009)

-> Traumafolgeerkrankungen wurden nicht erfasst.

Spektrum der Traumafolgerkrankungen einschl. Komorbiditäten

- **Depressive Symptome:** häufig bei Opfern sexueller Traumatisierung, Zusammenhang zu einem negativen Selbstbild, geringem Selbstwertgefühl, Gefühlen von Schuldzuschreibungen und Stigmatisierung
- **Störung der Emotionsregulierung:** affektive Dysregulation häufig im Rahmen der Borderline-Störung und abhängigen Persönlichkeitsstörung
- **Selbstverletzende und andere autodestruktive Verhaltensweisen:** oft das wichtigste Mittel, um quälende traumatische Affektzustände wie diffuse Spannungszustände, aber auch Depersonalisierungsphänomene oder unerträgliche Gefühle des Verlassen seins zu unterbrechen, sowie Intrusionen, Flashbacks und Übererregung weitgehend einzuschränken oder zu verhindern.

Dissoziative Phänomene: Zusammenhang zu Kindheitstraumatisierungen; diese Mechanismen helfen, Bindungsbeziehungen zu misshandelnden und gleichzeitig sehr wichtigen Bezugspersonen zu erhalten. Das Trauma als „traumähnliche Unwirklichkeit“ zu erleben, kann in einem belastenden Umfeld Trost und Hilfe vermitteln. Depersonalisationen helfen Körperempfindungen zu verringern, Schmerz, Angst und Wut besser auszuhalten und Distanzierung herzustellen. Das Trauma wird schließlich so erlebt, als geschehe es einer anderen Person.

Angst- und Panikstörung: sehr häufig ist die erste Panikattacke mit einem traumatischen Stressereignis verbunden und spätere Attacken werden durch traumaassoziierte Stimuli und Trigger ausgelöst, bis sich schließlich Panikattacke verselbständigen und die Betroffenen kaum noch einen Zusammenhang zur ersten Panikattacke herstellen können. Auch Angstmanifestationen können durch traumaähnliche Stimuli ausgelöst worden sein und sich chronifiziert haben.

Somatisierungsstörungen: nicht verarbeitete Affekte werden ins Körperliche verschoben und lösen unterschiedliche Schmerzzustände oder andere Formen einer Somatisierungsstörung aus. Die Symptome können auch als intrusive Körpererinnerungen entsprechen. Manche Untersuchungen gehen davon aus, dass nahezu 60% der Patienten, die in Schmerzambulanzen behandelt werden, eine Traumavorgeschichte haben.

Körperliche Erkrankungen: Schmerzsymptome, funktionelle Sexualstörung, gastrointestinale Beschwerden oder weitere körperliche Beschwerden bei Frauen mit einer Vorgeschichte mit sexuellen Übergriffen und Missbrauch deutlich höher als bei Frauen ohne eine solche Vorgeschichte (Wöller, 2006).

direkte Beziehung zwischen der Häufigkeit von Herzerkrankungen, Krebserkrankungen, aber auch chronische Lungenerkrankungen, Knochenfrakturen und Lebererkrankungen mit Belastungsfaktoren in der Kindheit. chronische Müdigkeitssyndrom, Blasenstörung, Kopfschmerzen, Asthma, Diabetes und Herzprobleme treten bei Frauen mit Traumatisierung in der Kindheit und im Erwachsenenalter signifikant häufiger auf als bei Frauen ohne Traumatisierungshintergrund.

Funktionelle Sexualstörungen: besonders bei sexueller Gewalt; Bandbreite von gänzlich vermiedener oder deutlich reduzierter sexueller Aktivität, verbunden mit Schuldgefühlen und Hemmungen, bis hin zu zwanghaft gesteigerter Sexualaktivität und Promiskuität. Oft kann Sexualität nur in dissoziiertem Zustand ertragen werden.

Esstörungen: nach Literatur sehr oft eine sexuelle Traumatisierung in der Kindheit – praktische Erfahrung eher Grenzüberschreitungen. Allerdings sind Traumatisierungen nur ein Faktor innerhalb einer multifaktoriellen Ätiologie, in der auch weitere genetische, persönlichkeitspezifische und soziokulturelle Faktoren beteiligt sind. Auch selbstinduziertes Erbrechen kann, ähnlich wie bulimische Fressattacken, zur Spannungsreduktion eingesetzt werden und dissoziative Zustände verändern oder in ihnen auftreten.

Traumatisierung und Sucht: Substanzmissbrauch und Abhängigkeit zählen zu den häufigsten Folgen; 14-35% nach sexueller und/ oder körperlicher Gewalt in der Kindheit (3-12% ohne Traumatisierung)

Umgang mit traumatisierten Menschen - ein Überblick

Traumapädagogik wird auch Pädagogik des „Sicheren Ortes“ beschrieben

Transparenz, Verlässlichkeit und Berechenbarkeit!!!

fürsorglicher, empathischer, autoritativer (nicht autoritärer) Erziehungsstil und konstruktive Kommunikation (z.B. aktiv zuhören, Du-Botschaften vermeiden, konstruktiv loben, kritisieren und ermutigen)

positive und korrigierende Bindungsangebote in einem sicheren Lebensrahmen

Klare Haltung gegen Gewalt

Entwicklung realistischer Ziele

Äußere Sicherheit ist die Voraussetzung für psychische Stabilität

Im pädagogischen Alltagssetting findet aber keine Traumakonfrontationsbehandlung statt.

Aber das traumapädagogische Vorgehen und die Haltung des gesamten Teams ermöglichen sehr wohl eine **partiell integrative Traumarbeit**.

Im Idealfall unterstützen und verstärken sich Psychotherapie und Traumapädagogik in ihrer heilenden Wirkung.

Ziele der Traumapädagogik/ -beratung

Angebot positiver, korrigierender, vertrauens- und bindungsfördernder Beziehungserfahrungen in einem sicheren Rahmen

Stärkung der Selbstwahrnehmung für Empfindungen und Gefühle / Hilfen zur Emotions- und Impulsregulierung

Förderung der Mentalisierungsfähigkeit

Psychoedukation und Unterstützung zur kognitiven Einordnung der Ereignisse

- Aktivierung der Bewältigungsstrategien, Selbstermächtigung (Empowerment) durch Biografie Arbeit und Erlernen von Selbsthilfe, die dem Abgeben der Verantwortung an Experten weitestgehend entgegenwirkt, regressive Tendenzen nicht unterstützt, die Bedürftigkeit des Klienten jedoch wahrnimmt und wertschätzt
- Unterstützung des Selbstausdrucks und der Gestaltungskraft
- Die Klienten sollen zum „Bestimmer“, also zum Subjekt ihres Tuns werden, statt dem „Eigenleben der Traumanetzwerke im Gehirn“ ausgeliefert zu sein
- Beenden von Reinszenierungen des Traumas
- Hilfen von Überwinden von Loyalitätskonflikten gegenüber der Ursprungsfamilie

Traumapädagogik / Traumafachberatung / Psychotraumatherapie

Gemeinsamkeiten:

Traumaberatung, Traumapädagogik und Traumatherapie wirken alle heilsam. Viele Interventionstechniken können in allen drei Disziplinen angewendet werden. Im Idealfall unterstützen und verstärken sie sich in ihrer heilenden Wirkung gegenseitig.

Mehr Selbstverantwortung und Autonomie der Klienten ist ein zentrales Ziel aller drei Bereiche.

Weitere Gemeinsamkeiten:

- viele gemeinsame Interventionstechniken: z.B. Screentechnik
- mehr Selbstverantwortung und Autonomie für die Klienten
- von Beginn an Ressourcenorientiert und Ressourcenaktivierend
- Psychoedukation und Stabilisierung
- Grundhaltung: Halten, Innehalten, Reflektieren
- Rahmenbedingung: „Sicherer Ort“

Grenzen für ambulante Beratung und Therapie:

- Suizidalität / Eskalierende Selbstverletzendes oder Suchtverhalten
- Psychotische Dekompensation
- Kritisches Untergewicht
- Eskalierende dissoziative Symptomatik z.B. bei Täterkontakt oder überwältigenden Traumatriggern
- Bei **akuter Selbst- oder Fremdgefährdung** oder **starker Intoxikation** ist die Zuführung und Durchsetzung vorübergehender stationärer ggf. intensivmedizinischer Versorgung obligat.
- evtl. auch invasive Interventionen erforderlich wie vorübergehende Einweisung durch richterlichen Beschluss. Ein Abbruch der Beziehung sollte vermieden werden!

Unterschiede:

- Traumaerinnerungen ohne Folgen sind keine Indikation für Therapie.
- **Traumaberatung** legt den Fokus auf Interventionen der Stabilisierung, begleitet und unterstützt in den Phasen der Traumakonfrontation und der Reintegration.
- Eindeutige **Grenze für traumaberatende und –pädagogische Hilfen** sind Traumakonfrontationen und innere Arbeit „hin zu“ den Traumata.
- Die Richtung in Beratung und Pädagogik ist „weg von“ der Aktivierung des Traumastress, hin zu **Anleitung zur Selbstberuhigung und Stabilisierung und verbesserte Alltagsfunktionsfähigkeit**.
- Traumafachberatung/-pädagogik kann durch individuelle, soziale sowie psychische und körperliche Stabilisierung eine angstfreie und sozial integrierte Alltagsbewältigung erst ermöglichen. Dies schafft zugleich die Grundlage für die Traumaverarbeitung.

- So ist manchmal Psychotherapie überhaupt noch nicht möglich, also wenn noch keine Reflexions- oder innere und äußere Veränderungsbereitschaft besteht, die Klientin jede Verantwortung nur delegiert und die Schuld stets bei den anderen sucht. Oder wenn sie Termine nicht einhalten kann.
- Beratung kann hier pragmatisch helfen mit dem Ordnen der „Baustellen“, einer Tagesstrukturierung, Psychoedukation, Reorientierungstechniken etc..

Weitere Grenzen sind speziell für Therapie:

- Trotz klarer Rahmenbedingungen und konsequent ressourcenorientiert-antiregressivem Vorgehen unkontrollierbare maligne Regression
- Ausufernd destruktives Agieren
- Fehlende Bündnisfähigkeit
- Fehlende Motivation und Behandlungsauftrag
- Wenn Täterkontakt sinnvolle Therapie verhindert
- Mangelnde Ausbildung und Erfahrung der Therapeutin mit z.B. schweren dissoziativen Störungen
- Wenn äußere soziale Probleme akut und überfordernd im Vordergrund stehen
- Großer sekundärer Krankheitsgewinn

Die Grenzen der Beratung sind hier weiter gesteckt:

- Bei maligner Regression kann Traumaberatung in geduldigen kleinen Schritten weiterhin etwas mehr Eigenkontrolle unterstützen
- Trotz sehr destruktiven Agieren sollte der beratende Kontakt aufrechterhalten bleiben, so können sich allmählich reflektiertes Handeln und eine stabile Arbeitsbasis entwickeln
- Bei fehlender Bündnisfähigkeit sind oft zunächst sehr niedrigschwellige oder aufsuchende Beratungsangebote als vertrauensbildende Maßnahme sinnvoll

Die Grenzen der Beratung sind hier weiter gesteckt:

- Bei fehlender Motivation und Behandlungsauftrag, die regressiv oder durch Angst motiviert sind, kann eine allgemein gehaltene psychoedukative Intervention entlastend wirken
- Wenn Täterkontakt sinnvolle Therapie verhindert, kann Beratung durch Suche nach Alternativen unterstützen, z.B. in Form betreuter Wohnformen und anderer Hilfen, Distanz zu Täterkontakten zu ermöglichen
- Im Vordergrund stehende soziale Probleme sind eine Indikation für Sozialarbeit, und deren Lösung ist zunächst vorrangiges Beratungsziel

Besonderheiten:

- **Lernbehinderte und geistig behinderte Klienten** benötigen Beratungsmethoden, die ihre Fähigkeiten und ihre besondere Vulnerabilität berücksichtigen. Heil- und Sonderpädagogik sind mit traumaspezifischen Ansatz zu kombinieren. Gut sind hier integrativ spielerische, gestaltende, bewegungs-, tanz- und musikpädagogische/-therapeutische Ansätze nutzbar.
- In **stagnierenden, sehr chronifizierten Prozessen** steht die Begleitung im Fokus.

Grenzen sind auch in **problematischen Arbeitssituationen** zu sehen, die eine Überlastung des Personals bedingen, und in der Angst, Klienten oder sich selbst gegenüber zu weit zu gehen oder zu schaden.

Andererseits sind oft **Vorurteile und Abschottung gegen traumatisierte Klienten** ein Problem. Manchmal entstehen sie aufgrund mangelnder Ausbildung oder Verbindung von Traumaberatung mit nur Schwerem und Belastendem, anstatt auch Möglichkeiten der Entlastung zu sehen. Im Gegensatz dazu stehen auch die Bereicherung und Freude und menschliche Tiefe, die wir in der Arbeit gerade mit schwer traumatisierten Menschen oft berührend erleben dürfen.

Interventionen	Traumaberatung	Traumatherapie
Psychoedukation	XX	XX
Stabilisieren	XX	XX
Äußere Sicherheit	XX	XX
Alltagsfunktionen stärken	XX	XX
Ich-Funktionen stärken	X	XX
Fähigkeit, sich von Belastungen zu distanzieren	XX	XX
Innere Sicherheit	XX	XX
Imaginationsübungen etc.	XX	XX
Stabilisierende Ego-State- und Innere-Kind-Arbeit	XX	XX
Aufdeckende Ego-State und Innere-Kind-Arbeit	-/X	XX
Täterintrojekt-Arbeit	-/X	XX
Traumakonfrontation EMDR	-	XX
Psychodynamik deuten	-	X

Traumpädagogik, Traumafachberatung und Psychotraumatherapie
fördern gemeinsam die Selbstheilungskräfte der Patienten,
stabilisieren deren Entwicklungspotentiale und ergänzen sich in
ihrer Wirkung.

Institutionelle Bedingungen traumaspezifischer Arbeit

Innerhalb der Institutionen und der Teams sollten die **Regeln von allen Beteiligten getragen** werden. Im Alltag von Einrichtungen schleichen sich immer wieder unterschiedliche Handhabungen der Regeln ein. Daher sollten die Toleranzen und Grenzen innerhalb der Teams möglichst transparent sein, ansonsten sind Spaltungstendenzen zu erwarten. Dieser gemeinsam getragene Rahmen hilft Klienten auch, sich daran zu orientieren und vermittelt ihnen Vorhersehbarkeit und Sicherheit.

Für die Planung und Gestaltung der traumaspezifischen Beratung sollten die Klientin und **alle am Prozess beteiligten Helfern voreinander wissen**, miteinander kooperieren, kommunizieren und sich abstimmen.

Therapeutisches Milieu

Wenn Kinder innerhalb der Familie traumatisiert werden, müssen sie dies als „normal“ erleben. **Sie „lernen“ so, dass es normal ist, keine Hilfe zu bekommen, entwickeln die Überzeugung, dass sie es nicht wert sind, da sie böse und selbst schuld sind.**

Diese Überzeugung prägt sie über das gesamte Leben, in der schulischen/ beruflichen Entwicklung, in Freundschaften/ Beziehungen und Erwartungen. So leben die Klienten, als hätten sie nichts Gutes verdient, sabotieren sich selbst und müssen sich zugleich endlos anstrengen, weil sie ja nie „gut genug“ sein können.

- **Leben die Pädagogen einen fürsorglichen, empathischen, autoritativen (nicht autoritären) Erziehungsstil und kommunizieren sie konstruktiv mit den Kindern, indem sie z.B. aktiv zuhören, Du-Botschaften vermeiden, konstruktiv loben, kritisieren und ermutigen, können sie zu positiven Rollenmodellen für die Kinder werden.**
- Ressourcenreiche Momente, Stärken, bisherige Bewältigungsstrategien und hilfreiche Beziehungen sollten exploriert werden, etwa: „Wie war das, als Du Radfahren gelernt hast? Wie hast Du es geschafft, es immer wieder zu versuchen? Wer hat Dir dabei geholfen?“
- **Erst nach Aufbau einer guten Beziehung** sollten traumatische Ereignisse exploriert werden, dabei sind das Schicksal und Leiden der Kinder unbedingt zu würdigen.

- Die Pädagogin sollte sich mit **uneingeschränkter Akzeptanz als Verbündete** des Kindes zeigen, ihm **Sicherheit, Kontinuität, Verlässlichkeit und Berechenbarkeit** vermitteln. Ebenso wichtig ist **Transparenz in Entscheidungen und Handeln**. Durch **Psychoedukation** wird nicht nur Wissen gefördert, sondern auch Hoffnung, Entlastung und Sicherheit.
- **Klare und schützende Regeln** müssen aufgestellt und durchgesetzt und das Kind vor weiteren Übergriffen geschützt werden.
- **Traumabedingte störende Verhaltensweisen und Reinszenierungen** sollten erkannt und darauf **verständnisvoll reagiert** werden. Sie müssen aber **auch gestoppt oder begrenzt** werden, die Pädagoginnen sollte sie jedoch nicht persönlich nehmen. Erforderlich ist auch ein aktives Krisenmanagement, um Eskalationen möglichst zu verhindern.

Rituale und Kreativität als heilsame Alltagserfahrung

Kinder brauchen Rituale in ihrem Alltag und die Besonderheit von Festtagen. Alltagsrituale, wie sich einen guten Morgen zu wünschen und mit einem gemeinsamen Frühstück den Tag zu beginnen, sind für viele Kinder nicht selbstverständlich. Sie beinhalten weiter die Strukturierung des Tages, der Woche, Monate und der Jahreszeiten.

Alltagsverrichtungen wie Tisch decken, Schuhe putzen, aber auch die Vorbereitungen zu Festtagen haben viele Kinder und Jugendliche kaum erfahren.

Elementare Basiskompetenzen wurden nicht gefördert, weder im kognitiven Bereich, sich Wissen anzueignen, noch im Bereich allgemeiner Fertigkeiten, z.B. sich beim Fahrradreifenwechseln handwerklich auszuprobieren. Die Kinder wurden oft in allen Bereichen nicht ausreichend gefördert, lesen keine Bücher, kennen kaum Naturleben.

Hier können traumapädagogische Konzepte und die Nutzung des therapeutischen Milieus nachholend heilsames Erleben fördern.

Traumapädagogische Konzepte in der Kinder- und Jugendhilfe müssen sich am Alltag der Kinder orientieren. **„Das therapeutische Milieu findet hauptsächlich in Situationen des wirklichen Lebens statt“** (Redl 1971, S. 42). Dazu gehören das gemeinsame Essen, die Unterstützung beim Aufstehen am Morgen, das Vorlesen von Gutenachtgeschichten zum Einschlafen, Spiele und Abenteuer im Freien und die Übernahme von altersgemäßen Arbeiten im Haushalt.

Das therapeutische Milieu ermöglicht neue entwicklungsfördernde und heilsame Alltagserfahrungen. Denn Leben und Lernen der Kinder und Jugendliche findet wesentlich außerhalb der Therapiestunde statt. Die Kooperation von Therapeuten mit Pädagogen und Fachpersonal einer Einrichtung begünstigt eine heilende Entwicklung der Kinder und Jugendliche.

Traumaspezifische Konzeption

Institutionen, die mit traumaspezifischen Menschen arbeiten, benötigen ein **traumaspezifisches Konzept**. Dazu gehören ein angemessener Stellenplan, eine ausreichende traumaspezifische Ausbildung und Supervision aller Mitarbeiterinnen, sowie resilienzfördernde und die traumabedingten Symptome und Bindungsprobleme berücksichtigende Programme.

Therapie und Beratung brauchen ein **wohlwollendes Umfeld**, in dem jeder Mitarbeiter sich sowohl eingebunden fühlen, als auch individuell entfalten kann.

Damit **belastende Hilfeprozesse innerhalb eines Teams und einer Institution konstruktiv bewältigt werden** können und nicht „bis zur Erschöpfung“ ausgehalten werden müssen, ist ein **offenes, unterstützendes Klima innerhalb des Teams** erforderlich.

Wichtig ist, dass die Leitung der Einrichtung hinter dem Konzept und dem Team steht. Alle Hierarchieebenen sollten sich mit dem Konzept identifizieren und es durch Fortbildungen weiterentwickeln. Eine einzelne Fortbildung erfüllt noch nicht die Anforderungen an ein Traumakonzept in einer Einrichtung. Eine Einzelkämpferin innerhalb einer Institution kann nur scheitern.

Traumasppezifische Konzeption

Zu berücksichtigen ist auch die **Kooperation** zu und zwischen den Fachdisziplinen im Team wie Medizin, Psychologie, Pädagogik, Sozialpädagogik, Sonderpädagogik, Fachpflege, Geburtshilfe u.a. Die **Aufgaben und Grenzen** der jeweiligen Berufsgruppen sollten klar benannt werden. Auch die Rahmenbedingungen müssen eindeutig definiert und verbindlich sein. **Struktur** gibt Halt und Schutz auch für das Team. Wichtig ist die **Transparenz** von Planungsprozessen. Krisenpläne müssen erarbeitet und allen Teammitgliedern bekannt sein.

Umgang mit destruktiven Verhaltensweisen

Reinszenierungen als Opfer oder Täter machen die Helfer hilflos, massiv provokatives Verhalten der Kinder und Jugendlichen löst heftige negative Gegenübertragungen aus.

Das Wissen um die schlimmen Traumata im Hintergrund der Kinder, um die Verleugnung in Familie und Gesellschaft, um weiterbestehende Täterstrukturen und Geheimnisse etc. belastet enorm

Das Miterleben von Flashbacks und traumabezogenem Verhalten, das auch in den Helferinnen extreme Gefühle wie Angst und Ekel, sexuelle Erregung, Hass oder Gewaltphantasien hervorrufen kann, die sie oft nicht mitzuteilen wagen (z.B. Kinder, die Kot in den Räumen verschmieren, Tiere quälen, bizarre Rituale vollziehen u.a.).

Das **Wissen von Traumafolgen** erleichtert es Pädagoginnen auch, schambesetzte und heikle Themen Klienten gegenüber klar anzusprechen und sie bei der Suche nach neuen Lösungen verständnisvoll zu unterstützen.

Die **Reaktion der Pädagogen auf aggressives Verhalten sollte nicht nur in Begrenzung, kontrollierender Einengung oder Androhungen bestehen**. Das würde nämlich ein Gefühl, nicht verstanden zu werden, und eher eine Zunahme des Problemverhaltens bewirken und damit den Teufelskreis von Aggression, Kontrolle und Gewalt auf beiden Seiten verstärken. **Tabuisierung ist auch hier schädlich**.

Manchmal werden Kinder als un-tragbar, un-beschulbar, un-therapierbar empfunden, aus Überforderung und Hilflosigkeit der Pädagoginnen abgelehnt und in Form einer „Eskalation der Hilfe“ in eine andere Einrichtung oder Hilfemaßnahme weitervermittelt (Kühn, 2009).

Pädagogik des „sicheren Ortes“ entsteht neben der äußeren Sicherheit auch durch Enttabuisierung und Ansprechen von Gewalt, Trauma und Geheimhaltungssystemen.

Körper und Sexualität

„Ein Trauma schreibt sich in unsere Biologie und nicht nur in unsere Psyche ein. Ein Kernsymptom eines Traumas sind physiologischer Natur und müssen durch den Körper gelöst werden“ (Levine & Kline, 2007).

Sensibilität ist geboten bei der Beurteilung von Körperidealen. Es ist in unserer Zeit schon für nicht traumatisierte Kinder schwierig, eine gesunde Körperwahrnehmung zu entwickeln. Das Diktat der Mode und der Schönheitsideale nimmt einen großen Platz im Leben vieler junger Menschen ein. Tätowierungen und Piercings sind ebenfalls eine Zeit- und Modeerscheinung und drücken damit ein persönliches Lebensgefühl aus. Sie können jedoch auch Ausdruck eines selbstverletzenden Verhaltens sein, wenn sie in großem Ausmaß und an sehr sensiblen Körperstellen angebracht sind.

Kinder müssen ihren eigenen Körper entdecken und spielerisch mit anderen Kindern explorieren dürfen. Der Grad, bis zu welchem das alles als angemessenes Spiel zu interpretieren ist und ab wann Grenzen überschritten werden, ist nicht generell festzulegen.

Im Bereich der Sexualität kommt es i.d.R. in Kinder- und Jugendgruppen zu **Reinszenierungen der erlebten sexuellen Übergriffe- bzw. Missbrauchssituationen**. Sexualisiertes Verhalten wird von diesen Kindern wie zum normalen sozialen Kontakt gehörend empfunden und gelebt. Dies zeigt sich darin, dass sie sich entweder anderen Kindern oder Erwachsenen aktiv sexuell anbieten oder sich übergriffig gegenüber anderen – meist schwächeren – Kindern und Jugendlichen verhalten.

In traumapädagogischen Kontexten können die Kinder in empathischen wertschätzenden Beziehungen und über Psychoedukation und Rollenspiele lernen, sich in andere einzufühlen und Grenzen zu wahren. **Empathie zu lernen wirkt höchst präventiv gegen destruktives Verhalten Schwächeren gegenüber.**

Pädagoginnen müssen sich über diese **Dynamik in ihren Teams verständigen, eine gemeinsame Haltung dazu entwickeln und durchsetzen.**

Wenn sie darüber hinwegsehen, kann das eine Wiederholung des Wegschauens und ungeschützten Gewähren Lassens bedeuten, dem das Kind im Trauma ausgeliefert war.

Pädagogen können nicht verhindern, dass Gruppendynamiken heftige Konflikte beinhalten, sie müssen aber **offen über diese Probleme sprechen.**

Supervision kann sie dabei unterstützen, eigene Haltungen zu reflektieren, angemessen und entwicklungsfördernd zu reagieren.

Netzwerkarbeit:

- Möglichst alle natürlichen sozialen Beziehungen berücksichtigen, unterstützende und belastende Beziehungen erfassen
- Helferkonferenzen initiieren und organisieren
- Jeweilige Aufgaben und Grenzen klären, zuordnen, ggf. Hierarchien erstellen
- Fließende und/ oder überlappende Übergänge ermöglichen von ambulant, teilstationär, stationär
- Tagesklinische/ nachtklinische Angebote je nach Problemlage
- Plan für Krisen- und Notfallsituationen erarbeiten und transparent machen
- Informationskette erstellen, wer informiert wen

Stationäre Traumatherapie

Vielfältige Triggerreize – auch durch zu instabile oder aggressive Mitpatienten- können dazu führen, dass sich die Atmosphäre für viele Klienten unerträglich und destabilisierend gestaltet. Dann wird die Station zu einem unsicheren Ort, an dem niemand mehr fruchtbar und heilsam für sich arbeiten kann. Ein solches Klima produziert Krisen, zermürbt die Mitarbeiter und führt nicht selten zur Auflösung von Teams.

Stationäre Konzepte haben ansonsten den großen Vorteil, **Therapieangebote wie Kunst- Musik- und Körpertherapie integrieren und individuell dosiert einsetzen** zu können.

Allerdings ist stets zu bedenken, dass stationäre Therapie für traumatisierte Menschen auch enormen Stress bedeuten kann. Das betrifft sowohl die Dichte des Therapieangebots wie die der Kontakte, auch mit Mitpatienten und deren Leid. Besonders für Klienten mit dissoziativen Störungen ist dieser Stress oft zu groß und kann sehr labialisierend wirken. Stationäre Kriseninterventionen und gezielte Intervalltherapien sind oft hilfreicher.

Beziehungsaufbau

Zentrales Element der Traumatherapie ist die **tragfähige Beziehung** zwischen Patienten und Therapeutin/Beraterin. Zu Beginn der Beratung/ Therapie äußern Patienten oft den Gedanken wie ich „Ich will nicht mehr daran denken.“ oder „Ich halte es nicht aus, mich damit zu beschäftigen“. Daraus erklärt sich zum einen die hohe Angst vor und zum anderen eine Abbruchquote in der Therapie.

Zu Beginn der Beratung muss daher ein **sorgfältiger Bindungs- und Beziehungsaufbau** stehen, der den Klienten vermittelt, dass der Berater die Einzelheiten des Traumas aushält, über Methoden zur Überwindung der Probleme verfügt, aber auch über ein hohes Einfühlungsvermögen, sowie gute Bindungsfähigkeit. Aber es muss in der Anfangsphase dem Klienten auch die Angst genommen werden, sie würden verrückt werden, wenn sie nochmals über das erlittene Leid berichten.

Professionelle Handlungsstrategien

Wesentlicher Wirkfaktor ist die Grundhaltung der Fachkräfte:

Verhaltensweisen der Klienten werden vor dem Hintergrund ihrer Lebensgeschichte verstanden und als Überlebensstrategie bewertet. Eine wertschätzende und positive Grundhaltung, sowie das verstehende fachkompetente Handeln bilden das Fundament der pädagogischen/ beraterischen Arbeit.

Traumapädagogische Bindungsarbeit fördert Sicherheit durch sichere Bindung und regulierbare Beziehungsangebote. Das ermöglicht korrektive Erfahrungen (Grawe 2004) und die Entwicklung neuer selbstschützender Bindungsmodelle.

Um den Klienten eine adäquate Förderung ihrer Bindungsfähigkeit bieten zu können, müssen die Fachkräfte mit dem Thema Bindung und Bindungsstörungen vertraut sein. **Erst wenn gute Bindung und Sicherheit aufgebaut werden konnten, zeigen sich dissoziative und auch destruktive, aggressive Teile**, davor versuchen Klienten manchmal, die „angepassten, angenehmen und vorzeigbaren“ Teile im Vordergrund zu halten. (Beckrath-Wilking, Biberbacher, Dittmar, Wolf-Schmid 2013).

Abschiede sind für alle Klienten schwierig, für traumatisierte und bindungsgestörte aber besonders.
Urlaub und Kündigungen benötigen deshalb besonders sensible Vorbereitung und Abschiedsrituale.

Das Angebot sich gut zu verabschieden, kann Klienten helfen, Kompetenzen für zukünftige Abschiede in ihrem Leben zu entwickeln. (Beckrath-Wilking, Biberbacher, Dittmar, Wolf-Schmid 2013).

Beziehungsaufbau, -gestaltung

Eine sichere Bindungserfahrung in der frühen Kindheit ist eine der wichtigsten Schutzfaktoren bzgl. Traumfolgen. In den frühen entscheidenden Beziehungen wurden unsere Klienten oft traumatisiert.

WICHTIG: aktive Gestaltung eines Sicherheit und Halt gebenden „mütterlichen“ beratenden/therapeutischen Beziehungsangebots. Dies wirkt direkt neurobiologisch beruhigend. Die Beziehung ist gewissermaßen das tragende Fundament jeder weiteren Arbeit. „Maximaler Kontrast zur traumatischen Situation“ ist das Grundprinzip der Beziehungsgestaltung (Wöller, 2006). Ein dauerndes Gefühl der Bedrohung dagegen ist eine typische Traumafolge.

Von der ersten Begegnung an sollten Beraterinnen/ Therapeuten aktiv dafür sorgen, dass die Klientin sich in der Beratungssituation sicher fühlen kann: Wo möchte sie sitzen? Frontal zur Beraterin? Weiter entfernt von ihr? Ist der Raum vor plötzlichen Störungen sicher? Es ist ratsam, die Klientin zu informieren, wenn störende Telefonanrufe nicht auszuschließen sind. Braucht sie zwischendurch eine Pause oder Bewegung? Wir würdigen ihr Kontrollbedürfnis und Misstrauen als selbstschützende Ressource, vermeiden Stress wie langes Schweigen und uns bekannte Trigger.

Wo frühe basale Bindungsbedürfnisse traumatisch frustriert wurden und als Folge auch die Stressverarbeitungs- und Selbstberuhigungsfähigkeiten nicht ausreichend entwickelt werden konnten, ist es für die Klienten besonders bedeutsam, wahrgenommen zu werden mit ihren legitimen Bedürfnissen, was sie oft zum ersten Mal erleben.

Basale Bindungsbedürfnisse sollten durch eine haltende, schützende, solidarisch-abstinente und zugleich nicht zu nahe – beratende/therapeutische Beziehung erlebt werden. So können tröstende und zugleich spiegelnde Erfahrungen allmählich auch verinnerlicht und Teil der psychischen Struktur werden. **Dies ist die Voraussetzung von Selbstfürsorge, Selbstberuhigung und Selbstachtung.** Ohne gute, sichere alternative Beziehungen können die Klienten alte destruktive Bindungen nicht aufgeben und nicht realisieren, wie schlimm es einst war.

Die beratende/ therapeutische Beziehung ist nur dann hilfreich, wenn sie **Regression und Abhängigkeit nicht fördert.** Denn viele jüngere Ich-Anteile (innere Kinder) sind nach den Vernachlässigungserfahrungen noch ganz in diesem alten Mangel erleben gefangen und sehr bedürftig.

Gleichzeitig können diese Beziehungen und jegliche Abhängigkeit als bedrohlich erlebt werden und müssen entsprechend vorsichtig dosiert werden, sonst besteht die Gefahr, dass die Klientin nur noch „um sich schlagen“ kann, indem sie jedes Angebot der Beraterin entwertet. Oder sie reagiert mit Kampf oder Flucht, d.h. sie verhält sich aggressiv oder bleibt weg.

Möglich ist auch, dass **Täterintrojekte** die wachsende Bindung zur Beraterin als zu großen Schritt weg vom Täter empfinden und diese „unterbinden und bestrafen“.

Würdigung aller bisheriger Bewältigungsstrategien und der Symptome als Selbstheilungsversuche, die Ermutigung zu Abgrenzung ebenso wie zur Annahme von Hilfe.

Auswirkungen von Beziehungstraumata und Bindungsstörungen im beratenden und pädagogischen Kontext

Traumaberater sollten beim Beziehungsaufbau und der Beziehungsgestaltung mit traumatisierten Klienten berücksichtigen, dass diese u.U. sehr destruktive Beziehungserfahrungen erlebt haben, die sich auch auf alle weiteren Begegnungen auswirken.

Bindungsstil und Bindungsstörungen bleiben bis ins Erwachsenenalter hinein bestehen und wirken im Sozialverhalten. Sie werden besonders in Krisensituationen deutlich. Im Beratungskontext kann sich dies in vielfältiger Weise zeigen.

Menschen mit **sicherem Bindungsverhalten** können als Erwachsene in Krisensituationen Angebote in Beratung und Therapie gut für sich nutzen. Sie suchen Beratung am ehesten in einer akuten Krisensituation (z.B. nach Monotraumatisierungen), können eher leicht eine beratende Beziehung eingehen und Vertrauen entwickeln. Es wird gelingen, die zur Verfügung stehenden Ressourcen und Selbstheilungskräfte zur Überwindung der Krise zu nutzen.

Klienten mit **unsicher-vermeidender Bindung** wirken sehr distanziert gegenüber Beziehungen. Sie halten sich oft für stark und unabhängig und vermeiden die Nähe zu anderen Menschen. Sie verhalten sich z.B. im Beratungskontext so, als würden sie alle Aufgaben ohne Unterstützung bewältigen, bräuchten keine Hilfe. Sie verbergen ihre Ängste, Unsicherheit und Bedürftigkeit. Dies kann zu verfrühter Beendigung der Hilfen führen.

Erwachsene mit **unsicher-ambivalenter Bindung** entwickeln oft verworrene Beziehungen. In der Beratung verhalten sie sich z.B. einerseits freundlich, manchmal anklammernd und zugleich fordernd, bei Einsetzen der Hilfen weisen sie diese mitunter schroff zurück. Die Beraterin bekommt den Eindruck, dass all ihre Unterstützung und Hilfen unangemessen und inadäquat sind. Gleichzeitig vermittelt die Klientin ihre Hilfsbedürftigkeit und zeigt verdeckt die Notlage, in der sie sich befindet.

Desorganisiert gebundene Klienten zeigen wenig durchgängige Verhaltensstrategien. Sie sind gefangen in unlösbaren Annäherungs-Vermeidungs- Konflikten. Zugrunde liegt oft eine komplexe Traumatisierung von frühester Kindheit an, oft auch mit schwerer dissoziativer Störung einhergehend. In Beratungssituationen zeigen diese Klienten schwere Kontaktstörungen, sie können Termine und Absprachen kaum einhalten, sind selten in der Lage, ein Arbeitsbündnis einzugehen. Sie greifen die Beraterin eher an, sind mitunter kaum zu einem Gespräch fähig, springen von einem Thema zum anderen oder nehmen von der Beraterin Gesagtes nicht wahr. Diese „hard to reach clients“ können nur erreicht und verstanden werden, wenn es der Beraterin gelingt, trotz den Annäherungs-Vermeidungs-Verhalten das Kontaktangebot so anzupassen, dass es für die Klienten aushaltbar ist.

Bindungsorientierte pädagogische Arbeit sollte die aktivierten Bindungsbedürfnisse der traumatisierten Kinder und Jugendliche und die Reinszenierung traumatischer Bindungsmuster erkennen, ohne dass es zu einer Wiederholung der ursprünglichen traumatischen Erfahrung kommt.

Sie muss eine **neue, kontinuierliche, sichere, feinfühlig**e Bindungserfahrung ermöglichen, damit sich das bindungsgestörte Verhalten langsam verändern kann. Auf neurobiologischer Ebene entsteht so allmählich ein neues inneres Arbeitsmodell von Bindung.

In der Beziehungsgestaltung mit traumatisierten Menschen ist zu beachten, dass auf sie auch **Zuwendung und Freundlichkeit durchaus beängstigend wirken können**.

Denn möglicherweise mussten sie erfahren, dass sie durch zunächst freundliche Angebote in Situationen gelockt wurden, auf die Gewaltereignisse folgten. Dadurch wurde ihr grundsätzliches Vertrauen in Menschen getäuscht und missbraucht, in Folge erwarten und befürchten sie, dass jedes freundliche Beziehungsangebot in Verrat und Gewalt enden wird. Bei lang anhaltender familiärer Gewalt gehen die Klienten davon aus, dass Gewalt zur menschlichen Beziehungsgestaltung dazugehört.

Die innere Überzeugung, „**nach anfänglicher Freundlichkeit folgt Gewalt**“, durchzieht u.U. alle Gesprächssituationen und Gruppenangebote.

Klienten können sich aber auch durch eher **abstinentes Verhalten der Traumaberater zurückgewiesen und abgelehnt fühlen.**

In diesen Fällen werden sie evtl. an ihre „wegschauende Mutter“ erinnert, die dem Kind nicht geholfen und, ohne Schutz zu bieten, Übergriffe zugelassen hat.

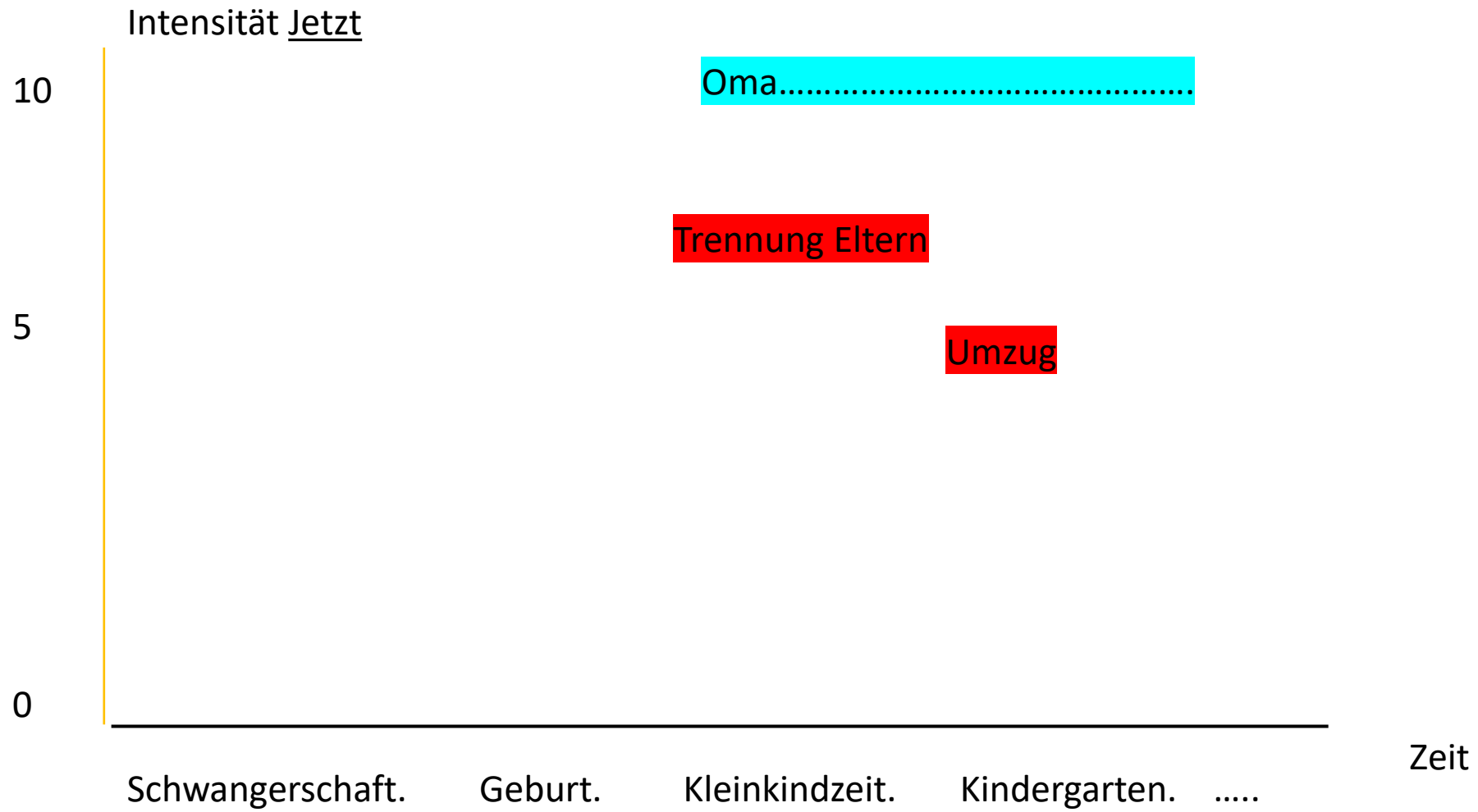
Auch sehr angepasstes, unterwürfiges oder devotes Verhalten der Klienten kann verstanden werden als die Aktivierung traumabedingter Bindungsmuster. Traumaberater sollten sich vergegenwärtigen, dass alles Verhalten der Klienten einen Sinn und eine Ursache hat (Weiß0, 2008b). **Eine gemeinsame Aufgabe besteht darin, zu überprüfen, ob dieses Verhalten heute noch sinnvoll und notwendig ist.**

Beraterinnen sollten es **wertschätzen**, wenn sie von Klienten bezüglich ihrer **Vertrauenswürdigkeit überprüft werden, dies offen ansprechen** und der Klientin z.B. sagen: „Nach all dem, was sie erlebt haben, ist es wirklich angebracht, jemanden nicht zu bald zu vertrauen.“ Dadurch vermittelt sie ihr Verständnis für Not und misstrauen der Klientin und würdigt diese als berechtigt. Es hindert nicht, zu fragen: „Können wir uns darauf einigen, dass wir zunächst Folgendes behandeln, klären...?“

Das kann der Klientin zeigen, dass ihre Vorsicht wahrgenommen, sie ermutigt und dabei unterstützt wird, ihre Ziele und die Inhalte der gemeinsamen Arbeit zu formulieren, um damit ihr Hilfeersuchen zu unterstützen.

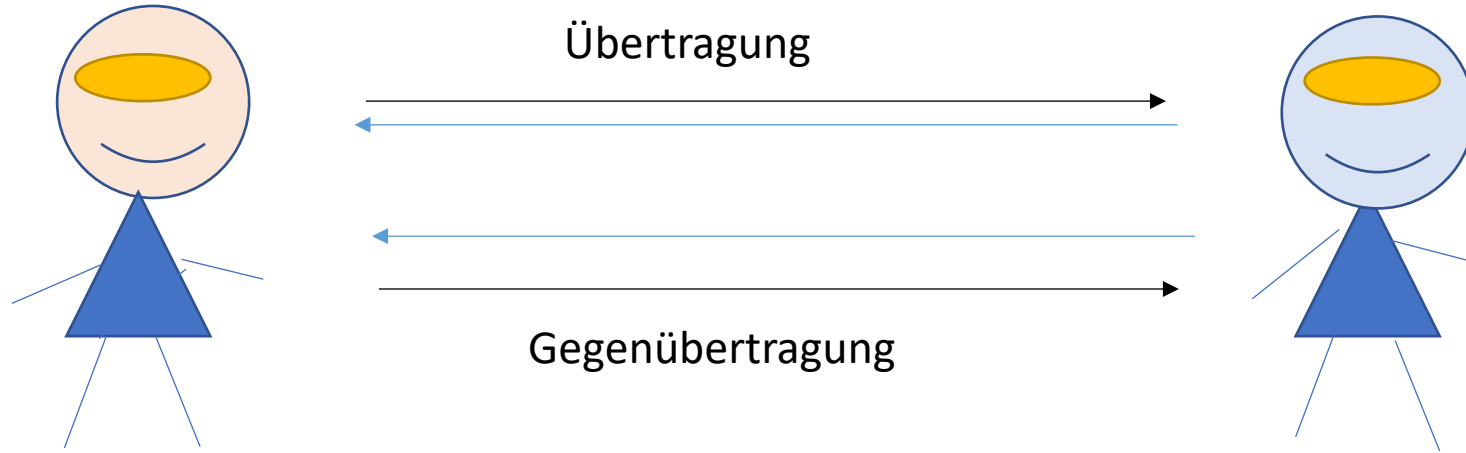
Traumaspesifische Anamnese (inkl. Ressource)

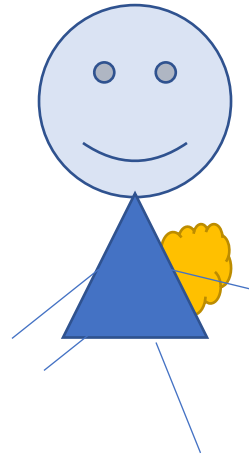
- Überblick – nicht Details – zu Art, Ausmaß, Dauer der Traumatisierung und Alter der Klientin zum Zeitpunkt der Traumatisierung, ebenso dazu, wer und was ihr half, das Schlimme zu überstehen.
- Besonders die Traumafolgeprobleme im Alltag und die Verfügbarkeit ausreichender Ressourcen sind die wesentliche Grundlage der Beratungs- und Behandlungsplanung. Beim Bericht über Traumata muss das Toleranzfenster und damit die ausreichende Distanz beachtet werden, so dass die Klientin schon hier eine Bewältigungsstrategie statt eine retraumatisierende Überflutung erlebt.



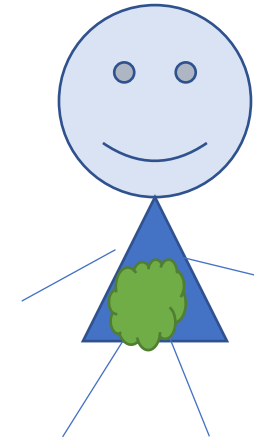
Übertragung/ Gegenübertragung

- **Kenntnisse und Reflexion über die aktuelle Beziehungsdynamik, sowie ein reflektierter Umgang mit den Gegenübertragungsgefühlen sind unerlässlich für eine hilfreiche Beziehungsgestaltung.**
- Dazu gehört die Betrachtung der belastenden Situationen verbunden mit der Suche nach konstruktiven Lösungen im Alltag. Helfer sollten ihre aggressiven Gegenübertragungsreaktionen nicht als falsch verbergen, sondern als Verstehenshilfe nutzen lernen.
- Übertragungen und Gegenübertragungen zu verstehen und versuchen, sie aufzulösen, schafft Distanz zur Vergangenheit, klärt, entlastet und stärkt die gegenwärtigen Beziehungen.

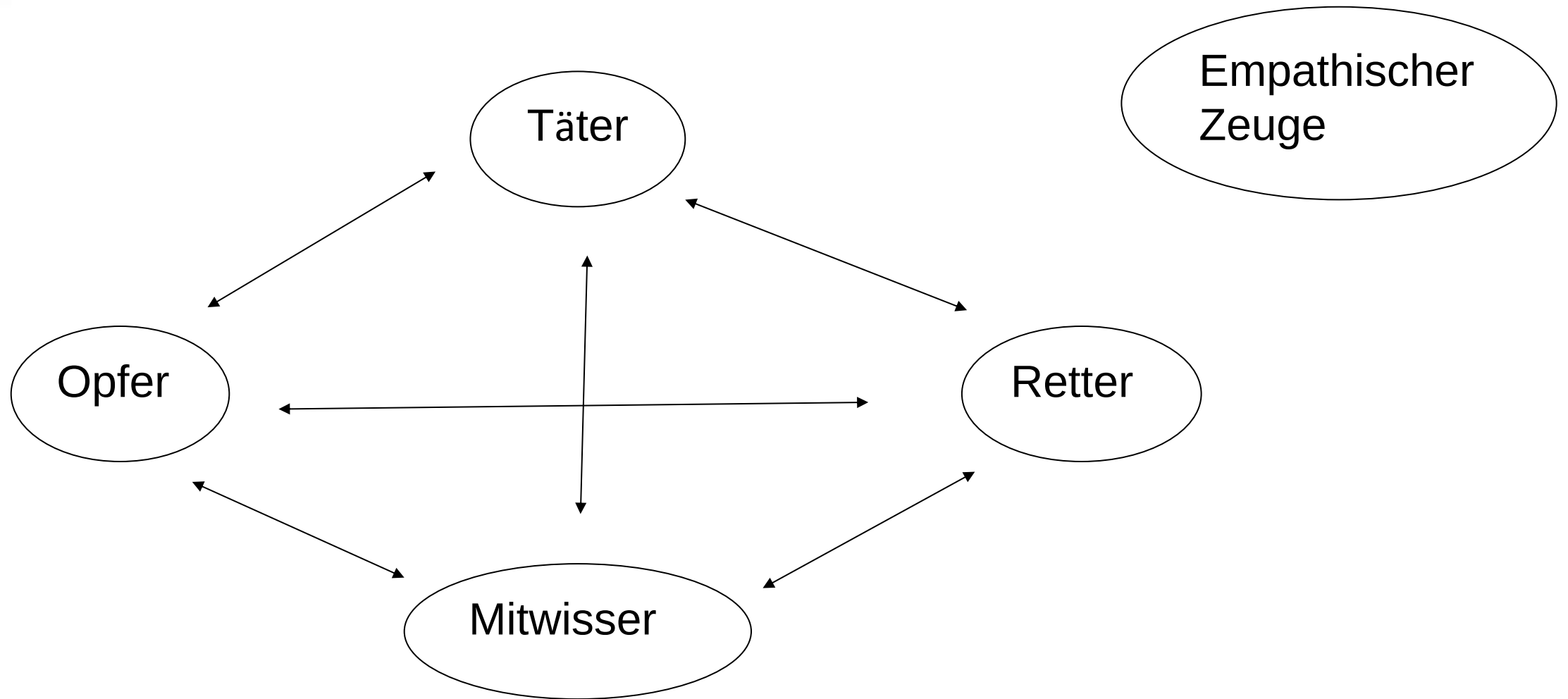




Projektion



Projektive Identifikation



Ein wichtiges Prinzip ist: Immer zunächst Alltagsfunktionieren klären vor Innenleben!

Stabilisierung/ Affektregulation

Kontrolle über sich und seine emotionale Reaktionen gewinnen
Möglichkeiten zur Selbstberuhigung und Selbstregulation erlernen
Aufbau einer stabilen Therapeut/Patienten-Beziehung (aktives Beziehungsangebot, um für kritische oder zurückhaltende Klienten eine neue Beziehungserfahrung im Sinne von Schutz und Empathie zu ermöglichen) und Aufbau von Sicherheit in einer verlässlichen beratenden und/ oder therapeutischen Beziehung

Für Menschen, die in wichtigen Beziehungen traumatisiert wurden, ist jede Beziehung Stress. Erst recht wird jede Form von Körperkontakt oder körperliche Nähe als bedrohlich erlebt. Die **aktive Förderung einer positiven, Sicherheit gebenden Beziehung** ist essenziell wichtig.

Arbeitsbündnis und Aufbau einer tragfähigen Bindungsbeziehung haben oberste Priorität und sind Voraussetzung für innere Sicherheit.

Aber ohne Vertrauen ist es schwer, sich zu öffnen und Hilfe anzunehmen. Und Berater wie Therapeuten sind **nur vertrauenswürdig, wenn sie die persönlichen Grenzen der Klienten aus eigener Verantwortung raus zuverlässig wahren und respektieren.** Sie tragen die gesamte Verantwortung für die Aufrechterhaltung der Grenzen, zumal sich traumatisierte Klienten auf ihre eigene Fähigkeit zur Grenzsetzung oft nicht mehr verlassen können.

Auch **transparente und klare Grenzen des Beratungsrahmens** sind enorm wichtig, geben Halt und werden oft getestet. Typische Themen sind der Wunsch nach Kontaktaufnahme außerhalb der Beratung oder nach Körperkontakt, der Umgang mit der Schweigepflicht oder mit selbstzerstörerischem Verhalten.

Traumatisierte Klienten brauchen das Gefühl eigener Kontrolle.

Wir sollten auf vegetative Zeichen von Angst und Erregung schon im Erstkontakt achten: hektische Flecken, feuchte Hände, Starre, kein Blickkontakt. Misstrauen sollte nach Erfahrungen von Verrat und Verlassen werden als gesunde Ressourcen gewürdigt werden. Stressreduktion ist der beste Dissoziationsstopp.

Das Grundprinzip ist: „Maximaler Kontrast zur traumatischen Situation“

Traumatische Situation	Therapie/ Beratung
Bedrohung, Unsicherheit	Sicherheit
Kontrollverlust	Kontrolle
Fehlende Entscheidungsfreiheit	Entscheidungsfreiheit, Wahlmöglichkeit
Missachtung basaler Bedürfnisse	Respektieren basaler Bedürfnisse
Unterlegenheit	Gleichwertige Beziehungsgestaltung
Verwirrung, Intransparenz	Aufklärung, Transparenz
Gefühl, „verrückt“ zu sein	Entpathologisierung
Alleingelassen sein	Reale Präsenz
Grenzverletzung	Wahrung von Grenzen

Die Beziehung ist der wichtigste Wirkfaktor in Beratung und Psychotherapie. Ein gelungenes Arbeitsbündnis ist der beste Prädiktor positiver Ergebnisse der Beratung.

Grundlagen traumazentrierter Gesprächsführung (Beckrath-Wilking, Biberbacher, Dittmar, Wolf-Schmid 2013)

Faire Kommunikation (wechselseitige Achtung, Respekt vor den unterschiedlichen Vorstellungen und Wünschen, Gemeinsamkeiten suchen, Kompromisse bei Konflikten finden)

Konflikte sollten weder aktiv gesucht, noch zwanghaft vermieden werden.

Konflikte sind konstruktiv lösbar und können zur Klärung und Versöhnung führen. Nach einem Streit kann man sich zusammensetzen, eigene Positionen erklären, die des anderen anhören, Missverständnisse ausgeräumt werden, eigene Fehler dürfen eingeräumt und verziehen werden. Streit bedeutet nicht zwangsläufig Gewalt. Es soll eine Streit- und Konfliktkultur entstehen.

Grundlagen traumazentrierter Gesprächsführung (Beckrath-Wilking, Biberbacher, Dittmar, Wolf-Schmid 2013)

Sinnhaftigkeit der Eigensinnigkeit des Klienten wertschätzen, da diese ihm zu überleben verholfen hat. Auch selbstschädigendes und -verletzendes Verhalten sind zunächst als Bewältigungsstrategien zu verstehen und zu würdigen. Dann aber muss eine **neue, gesündere Coping-Strategien** entwickelt werden.