



**W**eiterbildungs**Z**entrum für **P**ädagogik und **P**sychologie

## **Traumapädagogik/ Traumazentrierte Fachberatung (DeGPT/FVTP)**

### **Modul 1:**

Grundlagen der Psychotraumatologie und Einführung in  
die Traumapädagogik/Traumazentrierte Fachberatung



**W**eiterbildungs**Z**entrum für **P**ädagogik und **P**sychologie

|                      |                           |                                                |
|----------------------|---------------------------|------------------------------------------------|
| Alfred-Delp-Straße 2 | Tel Büro 07965-802 7258   | <a href="http://www.wzpp.de">www.wzpp.de</a>   |
| D- 73430 Aalen       | Tel Praxis 07965-802 7259 | <a href="mailto:info@wzpp.de">info@wzpp.de</a> |

## Inhaltsverzeichnis

|                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Einführung in die Psychotraumatologie (historisch) .....                                                  | 3  |
| 2. Begriff psychische Traumatisierung .....                                                                  | 5  |
| 3. Traumadefinitionen nach ICD-10/ ICD-11 & DSM V / PTBS Kriterien nach<br>DSM-V .....                       | 7  |
| 4. Dissoziative Störungen .....                                                                              | 16 |
| 5. Bindungs- , Beziehungs- & Entwicklungstraumatisierung .....                                               | 23 |
| 6. Physiologie psychischer Traumatisierung .....                                                             | 28 |
| 7. Schutz- und Risikofaktoren zur Unterstützung/ Behinderung natürlicher<br>Verarbeitungsprozesse .....      | 35 |
| 8. Folgen psychischer Traumatisierung .....                                                                  | 37 |
| 9. Epidemiologie .....                                                                                       | 39 |
| 10. Varianten psychotraumatischer Syndrome .....                                                             | 39 |
| 11. Umgang mit traumatisierten Menschen - ein Überblick .....                                                | 41 |
| 12. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Traumapädagogik/ -<br>fachberatung/ Psychotraumathepie .....   | 43 |
| 13. Institutionelle Bedingungen traumaspezifischer Arbeit .....                                              | 48 |
| 14. Phasen-Modelle in Traumapädagogik, traumazentrierter Beratung und<br>Therapie .....                      | 53 |
| 15. Professionelle Handlungsstrategien .....                                                                 | 54 |
| 16. Auswirkungen von Beziehungstraumata und Bindungsstörungen im<br>beratenden & pädagogischen Kontext ..... | 57 |
| 17. Übertragung/ Gegenübertragung .....                                                                      | 61 |
| 18. Grundlagen traumazentrierter Gesprächsführung .....                                                      | 65 |
| 19. Literatur zum Curriculum „Traumapädagogik und<br>traumazentrierte Fachberatung“ .....                    | 66 |

## 1. Einführung in die Psychotraumatologie (historisch)

- Mit fortschreitender Industrialisierung wurde die Eisenbahn zu einem immer bedeutsameren Transportmittel. In der Folge kam es zu mehreren schweren Unfällen mit zahlreichen Toten und Verletzten. **1867** wurde Eric Erichsen zum Erstbeschreiber der posttraumatischen Belastungsstörung. Die mit dem „**Railway Spine Syndrom**“ verbundenen Symptome wie Angst, Schlafstörungen, Albträume, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, sowie eine Vielzahl somatischer Erscheinungen erklärte er als Folge einer Rückenmarksschädigung durch die unfallbedingte Erschütterung.
- **1884** wurde in Deutschland die gesetzliche Unfallversicherung eingeführt und erste Patienten als Unfallopfer begutachtet.
- **1886** schrieb Hermann Oppenheim über die Bedeutung des Schrecks für die Nervenkrankheiten, in der das seelische Erleben als auslösendes Moment von Traumafolgestörungen anerkannt wurde. Oppenheim benutzte als Erster den Begriff „**traumatische Neurose**“. Sein Konzept stieß jedoch auf große Ablehnung, da er die Entschädigungspflicht bei Unfällen anerkannte.
- Die **Beschäftigung mit Kindesmisshandlungen und sexualisierter Gewalt gegen Kinder** begann in Frankreich. Ambroise Tardieu belegte in seinem Werk, dass in Frankreich zwischen den Jahren **1858 und 1869** 11576 Menschen wegen Vergewaltigung oder versuchter Vergewaltigung angeklagt worden waren, davon nicht weniger als 9125 wegen solcher Delikte an Kindern, fast immer Mädchen. Zugleich entstand eine intensive Diskussion, inwieweit die Aussagen junger Mädchen glaubhaft oder erlogen seien. Man nahm an, diese Kinder hätten ihre Eltern fälschlicherweise des Inzests beschuldigt. Ähnliche Reaktionen traten auf, als die ersten systematischen Untersuchungen zwischen Trauma und psychiatrische Erkrankung an der „Salpêtrière“ in Paris durchgeführt wurden. Jean-Martin Charcot beschrieb an Erster, dass **hysterische Anfälle dissoziative Zustände** darstellten.
- **1896** begann Sigmund Freud gemeinsam mit Josef Breuer in Wien seine Studien zur Entstehungsgeschichte hysterischer Störungen. Er verstand **Hysterie als Folge sexueller Traumatisierung**. Die Reaktion der Kollegenschaft war jedoch vernichtend und führte rasch zu Freuds fachlicher und gesellschaftlicher Ächtung, so dass er bereits ein Jahr später seine Aussage widerrief und die Ausarbeitung seiner Theorien zur infantilen Sexualentwicklung und zum Ödipuskomplex begann.
- Die Folge war, dass den Aussagen missbrauchter Mädchen und Frauen nicht mehr geglaubt wurde und schließlich Karl Abraham 1907 schreiben konnte: „...dass in einer großen Anzahl von Fällen das Erleiden eines sexuellen Traumas vom Unbewussten des Kindes gewollt wird, dass wir darin eine Form infantiler Sexualbestätigung zu erblicken haben.“ Damit war schließlich das Opfer zur Täterin geworden, und es dauerte noch viele Jahrzehnte, bis das Trauma des sexuellen Kindesmissbrauchs sowohl in der psychoanalytischen Vereinigung wie auch gesamtgesellschaftlich betrachtet werden konnte.
- Der **erste Weltkrieg** brachte eine Form der traumatischen Neurose hervor, die als Granatenschock („**shell shock**“) oder Schützengrabenneurose bezeichnet wurde. Der Stellungskrieg im Schützengraben, bei dem die Soldaten kaum Möglichkeiten zu Kampf oder Flucht hatten, war schließlich prädestiniert für die Entwicklung von Traumata. Nachdem jedoch bei der Behandlung der Hysterie mehr die Behandlung der Simulation im Vordergrund stand, geriet auch die Behandlung von Kriegs-Syndromen

eher zu einem Kampf gegen die Simulation. Aus dem Krieg heimgekehrte traumatisierte Patienten wurden als Renten neurotiker abqualifiziert. Man behauptete, bei Kriegsneurosen handle es sich um „abnorme Reaktionen minderwertiger oder vorbelasteter Personen“. Man bezeichnete Unfallneurosen als „Wunschreaktion ohne Krankheitswert“, und die erkrankten Soldaten galten als moralische Invaliden, als konstitutionell minderwertig oder als Feiglinge. Die gesellschaftliche und medizinische Reaktion auf die Schrecken des Krieges war also eindeutig verleugnend.

- Neue Impulse kamen bereits während des **zweiten Weltkriegs** aus Amerika. 1941 interpretierte Abram Kardiner die Folgen der **Kriegsneurose als eine Überforderung der individuellen Anpassungsfähigkeit an die Kriegserfahrungen**. In den USA wurden mehrere Konferenzen und Symposien zur Erforschung der Folgen des Holocaust, sowie des Atombombenabwurfs über Japan ausgerichtet, und es zeigte sich, welche erstaunlichen Ähnlichkeiten in der Psychopathologie zwischen den Holocaust-Opfern und den Opfern des Atombombenabwurfs von Hiroshima bestanden. Dadurch festigte sich immer mehr die Überzeugung, dass massive seelische Traumatisierung zu deutlichen und oft anhaltenden Symptombildungen, sowie Persönlichkeitsveränderungen führen.
- In Deutschland wurde über viele Jahre hinweg die Haltung vertreten, dass konstitutionell gesunde und normale Menschen jede psychische Belastung verkraften können.
- **Der Vietnamkrieg und seine Folgen verhalfen dann der Psychotraumatologie zu einem Durchbruch**. Nach dessen Ende kehrten ca. eine Million Veteranen mit Tapferkeitsmedaille ausgezeichnet aus dem Krieg zurück, die zumindest zeitweise unter massiven posttraumatischen Belastungsstörungen litten. Parallel dazu gelang es der Frauenbewegung das Thema der körperlichen und sexuellen Gewalt gegen Frauen endlich aus der gesellschaftlichen Tabuisierung zu befreien.
- Parallel entwickelte sich v.a. in den USA die Beschäftigung mit der „Multiplen Persönlichkeitsstörung“, die schließlich in der Diagnose der **Dissoziativen Identitätsstörung** ihren Niederschlag im DSM fand.
- **1980** wurde mit der **Posttraumatic Stress Disorder** die Aufnahme einer neuen traumaspezifischen Diagnose in das Diagnosemanual DSM-III-R eingeführt.
- **1992** erfolgte schließlich auch im ICD-10 die Möglichkeit der Diagnosestellung einer Traumastörung unter der Diagnose **posttraumatische Belastungsstörung**.
- In Deutschland wurde die Erforschung traumatischer Erfahrungen durch ein Eisenbahnunglück stark beeinflusst, der Eschede-Katastrophe im Jahr **1998**, als ein vollbesetzter ICE-Zug entgleiste und 101 Menschen ihr Leben verloren. Durch dieses Großereignis kam es in der Folge zu einer deutlichen Zunahme der Betrachtung von traumatischen Ereignissen, sowohl in der Forschung wie auch in der Ausbildung von Fachkräften und Traumatherapeuten.
- **1998** fand in Köln der erste internationale Traumakongress auf bundesdeutschen Boden statt, und von einigen Vortragenden wurde erwähnt, dass die BRD nun als eines der letzten Länder der modernen Industrienationen sich endlich offiziell dem Traumathema zuwende

## 2. Begriff psychische Traumatisierung

1980 wurde im DSM-III die posttraumatische Belastungsstörung erstmalig in der Klassifikationssystem für Erkrankte aufgenommen. Heute wird die posttraumatische Belastungsstörung in den gebräuchlichen Krankheitsklassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10 in einer weitgehend übereinstimmenden Form definiert.

### ➤ 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 (B):**

- Ungewollt wiederkehrende und belastende Erinnerungen oder Erinnerungsbruchstücke
- Oft nicht nur das bloße Wiedererinnern, sondern ungewolltes Neudurchleben des traumatischen Ereignisses oder von Aspekten des Ereignisses mit allen Sinnesqualitäten und Affekten, so, als ob es gerade in der Gegenwart geschähe
- Z.B. **Flashbacks** (Nachhallerlebnisse/ Erinnerungsattacken, die durch plötzliches Auftreten und sehr detaillierte Erinnerungen gekennzeichnet sind); je nach Schwere eines Flashbacks kann die betroffene Person den Gegenwartsbezug beibehalten oder ihn auch komplett verlieren, d.h. nicht mehr wissen, was gerade geschieht. Dieser dissoziative Zustand kann einige Sekunden, mehrere Stunden oder Tage dauern
- **Intrusionen** können in allen Sinnen auftreten (Bilder, Geräusche, Gerüche, Geschmacksempfindungen, Körperwahrnehmungen); häufig kommt es zu einem subjektiv erlebten Überflutungszustand. Intrusionen können auch nur als diffuse Gefühle von Angst, Ohnmacht oder Handlungsunfähigkeit auftreten. Ausgelöst werden sie oft durch Schlüsselreize (Trigger), die eine – sehr häufig unbewusste – Assoziation zum Traumaereignis haben.
- Schlüsselreize können ähnliche Situationen, Gegenstände, Wörter, Geräusche oder Düfte sein, aber auch Jahrestage, Berichte in Filmen oder Medien.

➔ **Vermeidungsverhalten und emotionale Taubheit (Numbing) (C):**

- Überflutende und belastende Gedanken und Gefühle an das Trauma werden mit aller Macht vermieden. Aus diesem Grund versuchen Betroffene oft, nicht mehr an das Erlebte zu denken, was jedoch meist nicht gelingt. Auch werden Situationen, Menschen, Gegenstände oder Örtlichkeiten gemieden, die mit dem Trauma assoziiert werden. So führt das Abschalten der Erinnerungen **zu dissoziativen Zuständen wie Teilamnesien**, bei denen man sich nur noch sehr unscharf an das Erlebte erinnern kann. Diese willentlich herbeigeführte Form der Vermeidung stellt einen Bewältigungsversuch dar, der jedoch dazu führen kann, dass die posttraumatische Symptomatik gerade deswegen bestehen bleibt. Vermeidungsstrategien können eigene Gedanken-Stopp-Versuche sein wie z.B. „nicht mehr daran denken, ich mache mich sonst nur verrückt.“ Bis zu völliger sozialer Zurückgezogenheit, bei der man nicht mehr aus dem Haus gehen kann.
- Ebenfalls dazu gehört das **emotionale Betäubtsein (Numbing)**. Dazu gehören alle Symptome, die mit der Unfähigkeit, positive Gefühle zu erleben und auszudrücken, verbunden sind. Dies sind z.B. eine Verminderung der Interessen an wichtigen Aktivitäten des täglichen Lebens oder an individuell vor dem traumatischen Erlebnis gerne ausgeführten Aktivitäten, ein eingeschränkter Affektspielraum mit der Empfindung, dass das Trauma das eigene Gefühlsleben massiv beschädigt hat, sowie eine eingeschränkte Zukunftsperspektive. So berichten Patienten immer wieder von Gedanken, nun könne in ihrem Leben nichts mehr Wichtiges passieren oder man habe ihnen die beste und wichtigste Zeit ihres Lebens gestohlen.

➔ **Hyperarousal (D)**

- Infolge der traumatischen Erfahrung sinkt die Erregungsschwelle des autonomen Nervensystems und Belastungen wirken früher und nachhaltiger. Auch kleinere Belastungen, die zuvor sehr leicht kompensiert werden konnten, rufen stärkere Erregung hervor. Das autonome Nervensystem befindet sich in ständiger Alarmbereitschaft. Kleinste Belastungen führen zu starker **Schreckhaftigkeit oder Reizbarkeit**, auch **das Schlafverhalten ist oft beeinträchtigt**. Das Ein-, als auch Durchschlafen ist nachhaltig gestört.
- Das Hyperarousal stellt für die Gefahrensituationen zunächst eine absolut sinnvolle Reaktion des Organismus als Überlebenshilfe dar, indem Sinne geschärft und bedrohliche Reize früher und schneller wahrgenommen werden können. Jedoch haben Menschen nach einer Traumatisierung meist die Fähigkeit zur Unterscheidung zwischen dem Vorliegen einer realen Bedrohung und dem Zustand der Sicherheit verloren, so dass auch neutrale Reize mit der traumatischen Erfahrung verbunden und als gefährlich interpretiert werden.

### 3. Traumadefinitionen nach ICD-10/ ICD-11 & DSM V / PTBS Kriterien nach DSM-V

#### Traumadefinitionen nach ICD-10/ ICD-11 und DSM V

- Aktuelle Definition eines Traumas nach DSM V:
  - (1) Das betroffene Individuum erlebt oder beobachtet ein **Ereignis**, welches mit einer **ernsthaften Bedrohung** der körperlichen oder psychischen Integrität **der eigenen Person oder anderer Personen** einhergeht.
  - (2) Die **Reaktion** des betroffenen Individuums beinhaltet **intensive Furcht, Hilflosigkeit, Grauen, aufgelöstes oder agitiertes Verhalten**.

#### PTBS Kriterien nach DSM-V

- 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)
  - Intrusive Erinnerungen (repetitives traumatisches Spiel)
  - Trauma-bezogene Alpträume (schlechte Träume auch ohne inhaltlichen Bezug zum Trauma)
  - Dissoziative Erfahrungen (Flashbacks) (Wiederholung des traumatischen Ereignisses im Spiel)
  - Intensiver andauernder Stress nach Exposition mit Triggern
  - 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)
  - Vermeiden von trauma-bezogenen Gedanken oder Gefühlen (innere Trigger)
  - 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)
  - Die Unfähigkeit einen wichtigen Teil der traumatischen Erfahrung zu erinnern (dissoziative Amnesie {keine Kopfverletzung oder Drogen})
  - Dauerhafte dysfunktionale negative Selbstüberzeugungen über sich, andere und die Welt
  - Selbstvorwürfe bzw. Vorwürfe an andere bezüglich des traumatischen Geschehens oder dessen Konsequenzen
  - Durchgängige negative trauma-bezogene emotionale Stimmung (Angst, Panik, Ärger, Schuld, Scham)
  - Verlust von prä-traumatisch vorhandenen Interessen an bedeutsamen Aktivitäten
  - sich von anderen abgetrennt fühlen
  - chronische Unfähigkeit angenehme Gefühle zu empfinden
  
- **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)
  - Irritierbarkeit oder aggressives Verhalten
  - Waghalsiges und selbstverletzendes Verhalten
  - Hypervigilanz (ständiges auf dem Sprung sein; Anspannung)
  - Erhöhte Startle-Response-Reaktion (physiologische Schreckreaktion; Schreckhaftigkeit)
  - Konzentrationsprobleme
  - 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**

**Für Kinder unter sieben Jahren:**

- A1 Kriterium bleibt
- B Kriterium unverändert
- 1 Symptom aus C oder D
- C Kriterium unverändert
- D Kriterium: D1-D3 fallen weg; nur D4-D7 maßgebend
- 1 Symptom aus E
- E2 fällt weg

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 Extrembelastung

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  $\geq 2$  (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  $\geq 2$  (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,<br>Minussymptomatik einer<br>Schizophrenie |
| Affektregulationsstörung, Nähe-<br>Distanzproblem, tiefgreifende<br>Gefühle von Scham und Insuffizienz | Borderline-Störung                                                    |
| Bedürfnis nach Sicherheit und<br>Kontrolle                                                             | Zwangsstörung                                                         |
| Hoffnungslosigkeit, Ohnmacht                                                                           | Depression                                                            |
| Bindungsstörung                                                                                        | Persönlichkeitsstörung                                                |

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Unter 5<br/>Jahren</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst, von den Eltern getrennt zu werden</li> <li>• Schreien, Wimmern</li> <li>• Erstarren und/ oder ungezielter Bewegungsdrang</li> <li>• Zittern</li> <li>• ängstlicher Gesichtsausdruck</li> <li>• extremes Anklammerungsbedürfnis</li> <li>• regressives Verhalten wie Daumenlutschen, Bettnässen und Angst vor Dunkelheit</li> </ul>            |
| <b>6-11<br/>Jahren</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extremen sozialen Rückzug, Kontaktabbruch</li> <li>• Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten</li> <li>• Albträume, Schlafprobleme</li> <li>• Reizbarkeit, Wutausbrüche, Prügeleien</li> <li>• Schulverweigerung</li> <li>• psychosomatische Beschwerden wie Magenschmerzen</li> </ul>                                                     |
| <b>12-17<br/>Jahren</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flashbacks</li> <li>• Albträume</li> <li>• Vermeidung von allem, was an das traumatische Ereignis erinnert</li> <li>• Depression</li> <li>• Drogenmissbrauch</li> <li>• Probleme mit Gleichaltrigen und antisoziales Verhalten</li> <li>• Suizidgedanken</li> <li>• Nachlassen der Schulleistungen</li> <li>• Rachephantasien gegen Täter</li> </ul> |

| Art der Gewalt           | Bindungstrauma                                                                                                                                                           | Typ-1-Traumata (einmalig/ kurzfristig)                                                                                                                                                                                                                                  | Typ-2-Traumata (mehrfach/ langfristig)                                                                                                                                                                                                                                                                    | Typ-3-Trauma (organisiert, langdauernd)                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Interpersonelle Traumata | Bindungstraumatisierung en: psychische Gewalt, Vernachlässigung, körperliche Gewalt                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexuelle Gewalt: Übergriffe, Vergewaltigung</li> <li>- Körperliche Gewalt: Überfall, häusliche Gewalt</li> </ul>                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repetitive sexualisierte und körperliche Gewalt in Kindheit und Jugend</li> <li>- Geiselhafte, Folter</li> <li>- Krieg</li> </ul>                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisierte sexuelle Ausbeutung: Online-Kindesmissbrauch, Loverboy-Missbrauch, Zwangsprostitution, Missbrauch durch spezialisierte Täterschaft</li> <li>- Rituelle/ ritualisierte Gewalt</li> </ul> |
| Akzidentielle Traumata   |                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwere Unfälle: Verkehr, Lawine, Erdbeben, Flugzeugunfall u.a.</li> <li>- Berufsbedingte Traumatisierungen: Polizei, Ambulanz, Medizin, Pflege u.a.</li> <li>- Kurzdauernde Katastrophen: Hurrikan, Brand, Tsunami</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Technische Katastrophen: Nuklearkatastrophe, Giftgaskatastrophe</li> <li>- Langdauernde Naturkatastrophen: Erdbeben, Dürre</li> </ul>                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                               |
| Medizinische Traumata    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frühgeburt und Inkubatorbehandlung (für Kind)</li> <li>- Schwere körperliche Erkrankungen in den ersten Lebensjahren</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwere Verletzungen nach Unfällen</li> <li>- Schwere innere Erkrankungen: Hirnschlag, Herzinfarkt</li> <li>- Traumatisierungen durch Komplikationen einer Geburt (für Mutter)</li> </ul>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chronische lebensbedrohliche Krankheiten: Krebs, HIV/ AIDS, schwere Herzinsuffizienz u.a.</li> <li>- Chronische schwere unheilbare Erkrankungen: schwere rheumatische oder neurologische Erkrankungen, Niereninsuffizienz, Stoffwechselstörungen u.a.</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                               |

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

1. **Schockphase:** Sie dauert eine Stunde bis eine Woche. Charakteristisch ist ein Gefühl der Unwirklichkeit, später erfolgt eine Verleugnung mit Gedanken wie „Das hat einfach nicht stattgefunden“. Das Opfer kann nicht glauben, was geschehen ist. Kennzeichen: z.B. Veränderung des Zeiterlebens, veränderte Wahrnehmung
2. **Einwirkungsphase:** Sie beginnt einige Zeit nach dem Ereignis und kann bis zu drei Wochen anhalten. Die stärkste Erregung ist nun abgeklungen, die Betroffenen sind von den Ereignissen innerlich noch völlig in Anspruch genommen und reagieren mit Ärger, Selbstzweifel, Selbstanklagen, aber auch depressiven Gedanken, Gefühle der Hoffnungslosigkeit, ebenso Einschlafstörungen und Alpträumen, Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen oder Flashbacks.
3. **Erholungsphase:** Nach 14 Tagen, manchmal aber auch erst nach vier bis längstens sechs Wochen, beginnen sich viele Betroffene vom Trauma zu erholen. Das Interesse am normalen Leben und an anderen Personen kehrt zurück, die Zukunftspläne werden wieder positiv gesehen. In einer erfolgreichen Erholungsphase wird das Trauma für viele Menschen zum Anlass, das bisherige Leben zu reflektieren und ihre Zukunftsplanung zu überdenken. Bleibt jedoch diese dritte Phase aus, verstärkt sich die Gefahr, eine PTBS zu entwickeln.

## 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)

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| Ein Trauma bedeutet Erschütterung der gesamten Persönlichkeit. |
|----------------------------------------------------------------|

- 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 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

## Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung entfällt mit 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

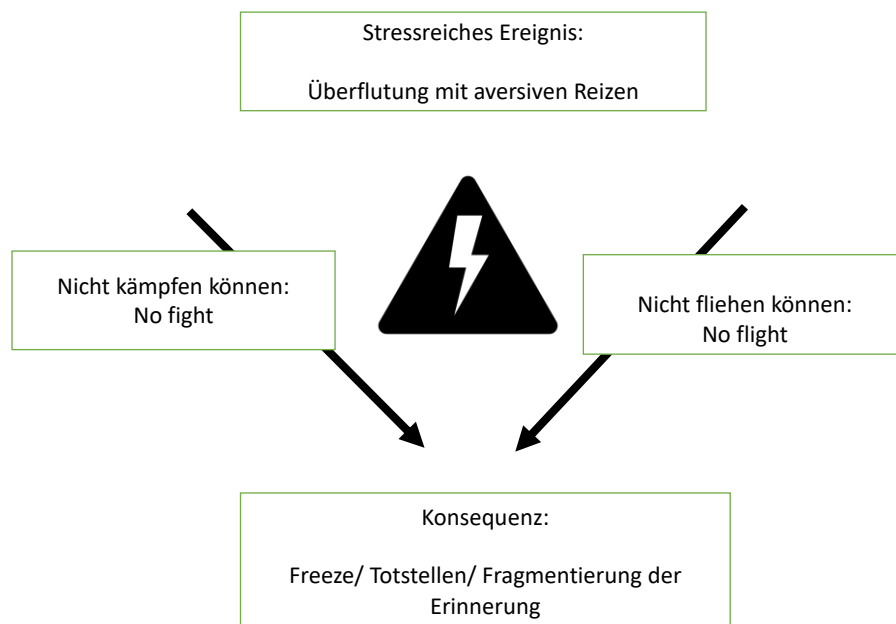
- Vorrangige Affekte: Kränkung, Hilflosigkeit, Beleidigt sein, Selbstaggression, Vorwürfe gegen sich und andere
- Betroffene hadern mit dem Schicksal, es kommt zu einer Antriebsblockade, häufig zu Ablehnung von Hilfsangeboten, Rückzug aus sozialen Beziehungen, sowie dem beruflichen Leben
- Kernkriterien: 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

- Retraumatisierung sind Zustände des Betroffenen gemeint, in denen eine **erneute Erinnerung an das traumatische Ereignis direkt zu einer Symptombelastung** führt. Retraumatisierungen können auch hervorgerufen werden in juristischen oder polizeilichen Kontexten, durch häufige Betrachtung des traumatischen Ereignisses in Filmen, sowie durch Medienaktivitäten gegenüber Opfern.
- Techniken der Traumakonfrontation sind jedoch eindeutig von einer Retraumatisierung zu unterscheiden, da die traumatherapeutische Konfrontation gewollt, geplant und in einem sicheren Setting mit dem Ziel der Verarbeitung des Vergangenen durchgeführt wird. Allerdings können zu vorschnelle Traumakonfrontationen bei nicht ausreichender Stabilisierung zu einer Retraumatisierung führen und den Behandlungserfolg gefährden oder gar zu einer anhaltenden Dekompensation beitragen.

## Traumatische Zange

- Traumatische Erfahrung ist gekennzeichnet, wenn folgende Faktoren gleichzeitig auftreten
  - Informationsüberflutung mit aversiven Reizen
  - Keine Möglichkeit der Gegenwehr
  - Keine Fluchtmöglichkeit



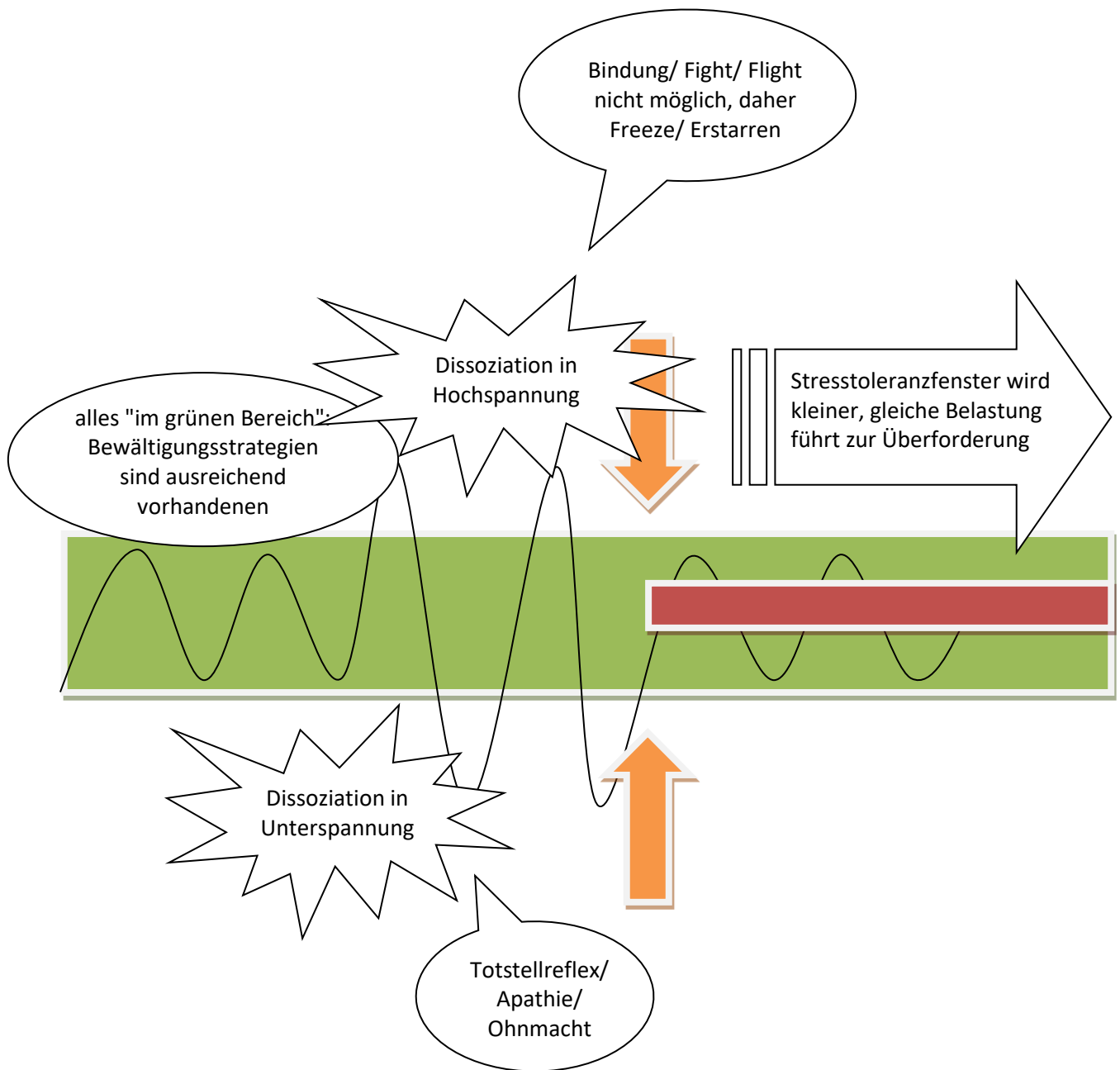
© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

(Traumatische Zange, aus M. Huber Traumabehandlung)

- Das Trauma wirkt so als unterbrochene Handlung, die nicht zum Ziel führt, aber vegetativ auf „Höchstalarmstufe“ die Ausschüttung von Stresshormonen hervorruft, das Zeitempfinden ausdehnt, sowie zu Muskelanspannung führt. Biologisch sind wir in solchen Situationen darauf vorbereitet, uns entweder zu wehren (Fight) oder die Flucht zu ergreifen (Flight).
- Wenn jedoch beide Reaktionen nicht möglich oder erfolgsversprechend sind, bleibt uns noch die Möglichkeit, sich tot zu stellen oder zu erstarren (Freeze), sowie das innere Aussteigen aus der Situation (peritraumatische Dissoziation). Eine Flut von Endorphinen verhilft zu diesem geistigen Wegtreten, sowie der Neutralisierung der Todesangst.
- Zusätzlich wird die Erfahrung fragmentiert/ zersplittert und diese Splitter so weggedrückt, dass das äußere Ereignis nicht mehr zusammenhängend wahrgenommen und erinnert werden kann.
- Eine akute posttraumatische Belastungssituation folgt also gewöhnlich auf eine außergewöhnliche und traumatische Erfahrung. Ob diese in den ersten sechs bis zwölf Wochen danach verarbeitet werden kann oder ob die akute Symptomatik sich chronifiziert, ist sehr stark von zahlreichen sozialen und das Trauma begleitenden Faktoren abhängig.

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

## Stresstoleranzfenster



## 4. Dissoziative Störungen

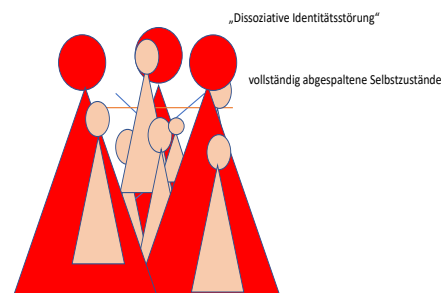
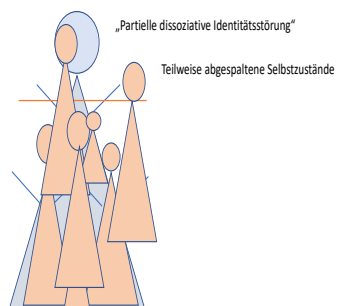
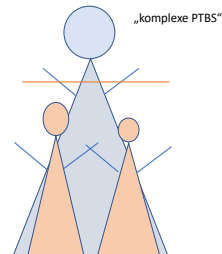
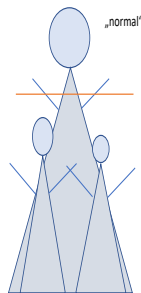
### Definition und Symptome

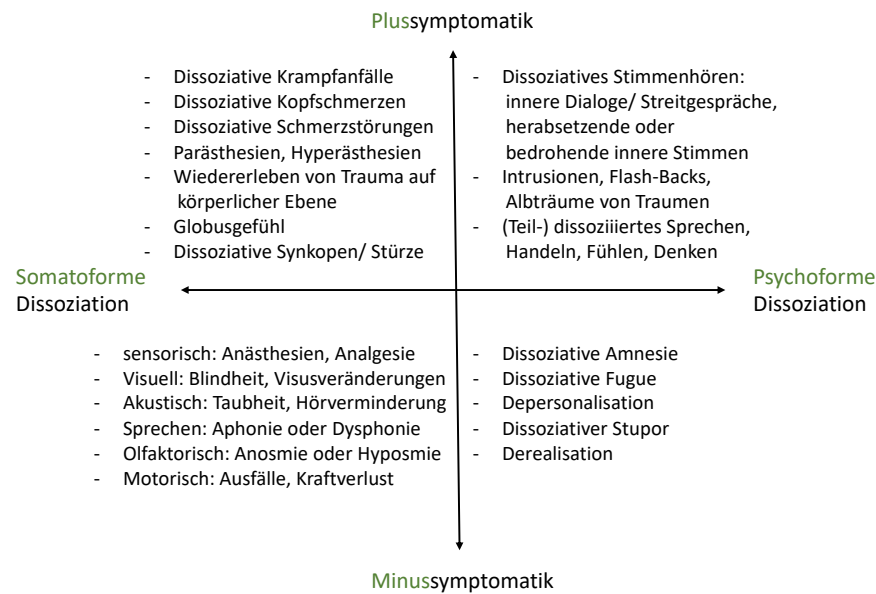
- Dissoziation ist ein komplexer psychophysiologischer Prozess, bei dem es zu einer teilweisen oder völligen Desintegration und Fragmentierung des Bewusstseins und anderer verwandter psychischer Funktionen kommt, wie der Erinnerung an die Vergangenheit, unmittelbarer Empfindungen, der Wahrnehmung des 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 in Primäre bis Tertiäre Strukturelle Dissoziation

1. Die **primäre strukturelle Dissoziation** entspricht dem, was mancher von uns kennt, wenn man z.B. nach einem Unfall zwar wieder gut im Alltag funktionieren konnte, aber zeitweise von plötzlichem Erschrecken, intrusiven Bildern oder Albträumen heimgesucht wurde. Diese Symptome werden dank der Selbstheilungskräfte wieder integriert – oder bleiben als PTBS bestehen.
2. Die **sekundäre strukturelle Dissoziation** entspricht den Störungen mit teildissoziierten Selbstanteilen, die aber noch als eigene Person gehörig erlebt werden. Dazu gehören auch dissoziative Affekt-States und Ego-States. Teildissoziierte Anteile haben auch Borderline-Klienten, die je nach Kontext oder gegenüber verschiedenen Beratern wie ausgewechselt erscheinen, als wären sie verschiedene Personen. Die Klientin erinnert sich aber, wenn sie darauf angesprochen wird, dass sie z.B. gestern so wütend und ausfallend reagierte.
  - Typische Symptome teilabgespaltenen Selbst-Zustände sind die früher für die Schizophrenie als typisch geltenden Symptome 1. Ranges nach Kurt Schneider wie Stimmenhören im Kopf und als gemacht erlebte (teildissoziierte) Gedanken, Gefühle und Verhalten, sowie nicht zu sich gehörig erlebte, aber erinnerbare Selbst-Zustände.
3. Die **Tertiäre Strukturelle Dissoziation** entspricht der Dissoziativen Identitätsstörung, bei der auch die Alltagsfunktionen auf verschiedene ANPs aufgeteilt sind. Die objektiv und subjektiv voll abgespaltenen Selbst-Zustände wissen oft nichts voneinander und wechseln auf innere oder äußere Triggerreize hin unkontrolliert. Dadurch kommt es zu einer krassen Diskontinuität im Zeiterleben (Amnesien mit Zeitverlusten im Alltag,

plötzliches „Herauskommen“ eines Anteils, Fugue), nicht erinnerbaren Verhalten, Finden von Sachen, an deren Erwerb man sich nicht erinnern kann, oder von eigenen Aufzeichnungen – auch in verschiedenen Handschriften – von deren Anfertigung man nichts weiß.





## 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 Alpträume
- Körperteile oder den ganzen Körper nicht mehr spüren, Erstarren, Müdigkeit, Lähmung, unkontrollierte Impulsdurchbrüche, selbstverletzendes Verhalten inklusive häufigen Unfällen, drastische Wechsel in Verhalten und Fähigkeiten
- Verwirrtheitszustände, Amnesien, verwirrende Vergesslichkeit mit Zeitlücken, innere Stimmen etc.

### Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

- **Schweren dissoziativen Störungen** liegt eine **strukturelle Dissoziation** der Persönlichkeit zugrunde. Das bedeutet, dass eine überwältigende traumatische Erfahrung, die die Integrationskapazität des Individuums „sprengt“, aus dem Bewusstsein ferngehalten wird, um ein weiteres Überleben und Funktionieren zu ermöglichen. Durch die Desintegration und Fragmentierung des Bewusstseins kann die Erfahrung nicht voll verarbeitet und deshalb nicht in das autobiographische Gedächtnis integriert werden.
- Dissoziation ist zunächst ein **adaptiver Überlebens- und Bewältigungsmechanismus und bedeutet einen Rückzug aus einer unerträglichen Realität**. Sie wird später aber selbst zum Hindernis der konstruktiven Bewältigung des Traumas und zum Risiko für die Entwicklung von psychischen Störungen, löst Angst aus und behindert die Kohärenz des Selbst. Denn bei jeder Dissoziation wird ein Stück Selbst sozusagen „weggemacht“. Dissoziation fixiert also an das Trauma, tendiert zur Generalisierung bis hin zur Gefühlsphobie, alle – auch positive – Gefühle können als Trigger gefürchtet werden.
- Entwicklungspsychologisch sind wir als kleine Kinder auf sichere, feinfühliges Bindungserfahrungen angewiesen. Durch Beruhigung und Trost, die wir erfahren, lernen wir nach und nach, uns selber zu beruhigen und zu trösten. So erfahren wir, dass heftige Gefühle und Befindlichkeitszustände beruhigt und integriert werden können und „alles wieder gut wird“. Das ist die Voraussetzung für die Entwicklung einer einheitlichen Identität und Persönlichkeit mit integrativen Fähigkeiten und einem Zustand übergreifenden kohärenten Selbstbewusstseins. 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**, die sich im weiteren Verlauf zu verschiedenen dissoziierten States mit entsprechenden Gefühlen, Erfahrungen und Erinnerungen und so zu eigenständigen Selbst-Zuständen ausbauen.
- Die Befindlichkeitszustände können als evolutionär-biologisch verankerte emotionale Aktionssysteme verstanden werden, die zum einen Alltagsfunktionen wie Nahrungsaufnahme, Spiel, Neugier und Bindung etc. dienen, zum anderen Verteidigungsfunktionen wie Kampf und Flucht oder Starre und Unterwerfung. Letztere entspricht dem Totstellreflex im Tierreich bei extremer Bedrohung.
- Bei extremer Vernachlässigung und anderer anhaltender Traumatisierung können diese Aktionssysteme zu den dissoziativen Persönlichkeitsanteilen ausdifferenziert werden.

### 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** (Reddemann, 2004).
- Da dissoziative Zustände aber auch durch vielfältige äußere und innere Trigger ausgelöst werden, sollten die Klienten angeleitet werden, diese achtsam wahrzunehmen und Vorboten zu bemerken. Die Übergänge zu Dissoziationen können mit der Screentechnik vorsichtig exploriert werden. Ein wichtiges Ziel ist, Affekttoleranz und Umgang mit Affekten zu lernen, um nicht mehr gewohnheitsmäßig vorschnell zu dissoziieren.

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

### Epigenetische Phänomene

- Erst seit den 1980er Jahren ist bekannt, dass sich das ganze Leben über neue Nervenzellen und Synapsen entwickeln können. Diese neuronale Plastizität ermöglicht lebenslanges Lernen. Wachstum und Differenzierung von Neuronen und Synapsen und damit eine Strukturelle Veränderung neuronaler Netzwerke sind abhängig vom Nutzungsgrad. Solche erfahrungsabhängigen Veränderungen der Hirnstruktur sind Grundlage von Lernen und Gedächtnis. Lernen beginnt bereits im Mutterleib.
- 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.**

- Besonders der mediale präfrontale Cortex und der Balken als Verbindung der Großhirnhälften werden durch frühen anhaltenden traumatischen Stress in Aufbau und Reifung geschädigt, das Stressverarbeitungssystem bleibt überreagibel. Frühe Schädigungen können zumindest partiell später noch kompensiert werden. Das ist die Chance einer guten Therapie, braucht aber viel Zeit. Lernen in sicheren und unterstützenden Beziehungen kann abgeschaltete Gene offenbar wieder anschalten helfen (Huber 2012).
- **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.** Eine Daueraktivierung der Stressachse mit vermehrter Ausschüttung von Stresshormonen wie Adrenalin, Noradrenalin, Glutamat und Cortisol kann langfristig zu einer Störung der Hirnentwicklung führen.
- **Wir sollten jedoch nicht überbehütet und von jeglichem Stress ferngehalten werden. Das wäre sogar schädlich.** An Herausforderungen wie Konflikten und Enttäuschungen wachsen wir und entwickeln neue verbesserte Anpassungsstrategien (Hüther, 2001).
- Dazu müssen sie aber in einem für uns regulierbaren mittleren Stressbereich liegen („**windows of tolerance**“/ „Lernfenster“). Neurobiologisches Korrelat solcher Bewältigungsstrategien sind komplexe neuronale Verschaltungsmuster, die durch vielfache erfolgreiche Nutzung „gebahnt“ und gefestigt werden und fortan bei der Lösung ähnlicher Probleme zur Verfügung stehen.
- Erleben wir traumatische Situationen, in denen wir uns extrem bedroht und hilflos ausgeliefert fühlen, Vernichtungsangst, tiefe Ohnmacht sowie Verlassen sein erleben und keinerlei Kontrolle mehr haben, geraten wir in eine sogenannte **traumatische Zange**. Wenn weder Kampf noch Flucht möglich sind, erstarren wir oder dissoziieren in Unterwerfung ähnlich dem Totstellreflex im Tierreich (Huber 2003a; Hüther 2001, 2010).
- **Es kommt dann zu einer nicht erfolgreichen Lösung und Beendigung der überwältigenden Stressreaktion, sondern zu überlebenswichtigen „Notlösungen“ und später dysfunktionalen Bewältigungsstrategien wie Dissoziationen und selbstschädigendem Verhalten.**
- Diese traumanahen Copingstrategien, auch **traumakompensatorisches Schema TKS** genannt, werden bei ähnlich erlebten oder erwarteten Stressreizen dann immer wieder aktiviert, dadurch verstärkt und „gelernt“. Sie werden später selbst zum Problem, indem sie die Betroffenen ans Trauma und die ständige Bedrohungserwartung fixieren, da keine adäquateren Bewältigungsressourcen erworben wurden oder dann nicht verfügbar sind. So dissoziiert eine Klientin evtl. später bei jeglichem Gefühl als Triggerreiz, als wären Gefühle immer bedrohlich und Gefahrensignale. Sie erlebt und erlernt so nicht, dass sie Gefühle auch differenzieren und in angemessenem Stressbereich aushalten und bewältigen könnte.

|                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------|
| Posttraumatische Störungen sind als <b>Stressfolgeerkrankungen</b> zu verstehen |
|---------------------------------------------------------------------------------|

## 5. Bindungs- , Beziehungs- & Entwicklungstraumatisierung

Alle Verhaltensweisen von Erwachsenen, die geeignet sind, Kinder und Jugendliche mit psychologischen Mitteln zu schädigen:

- 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 Suizidrohungen 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

### WZPP®

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

© WZPP® Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie

### A. Traumakriterium

- Mehrfaches oder anhaltendes Ausgesetzt sein gegenüber einer oder mehreren Formen von entwicklungsschädigenden Traumen wie Vernachlässigung, zwischenmenschlichen Verrat, körperlicher Gewalt oder sexualisierter Übergriffen, aber auch Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit, emotionalen Missbrauch oder Zeugenschaft von Gewalt und Tod
- Subjektive Erfahrungen und Reaktionen (Wut, Enttäuschung, Angst, Resignation, Ekel, Scham)

**B. Anhaltende Fehlregulationsmuster in Zusammenhang mit traumabezogenen Erinnerungsreizen in folgenden Bereichen**

- Gestörte Affekt- und Impulsregulation
- Somatisierungsphänomene wie häufige psychogene Beeinträchtigungen oder manifeste Krankheiten
- Verhaltensveränderungen wie Reviktimierungsneigung oder Nachkonstellieren der traumatischen Situation
- 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 Erwartungen und Begründungsmuster, sogenannte soziokognitive Veränderungsmuster in folgenden Bereichen**

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

## Stressor-Kontinuum

(Copeland et al. 2006; Verlinden 2013; Greeson et al. 2006; Mol et al. 2005; Gold et al. 2005)

- 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**

## Zusammenhänge und Unterschiede zwischen PTBS und ADHS

Miodus, S., Allwood, M. A., & Amoh, N. (2021).

Childhood ADHD Symptoms in Relation to Trauma Exposure and PTSD Symptoms Among College Students: Attending to and Accommodating Trauma

*Journal of Emotional and Behavioral Disorders,*

<https://doi.org/10.1177/1063426620982624>

[Download pdf](#)

### Einige bekannte generelle Zusammenhänge zwischen ADHS und PTBS:

- **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
- 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

Kommentar:

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 Traumatrias (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.

## 6. Physiologie psychischer Traumatisierung

### Besonderheiten des Traumagedächtnisses (einschl. Körpergedächtnis)

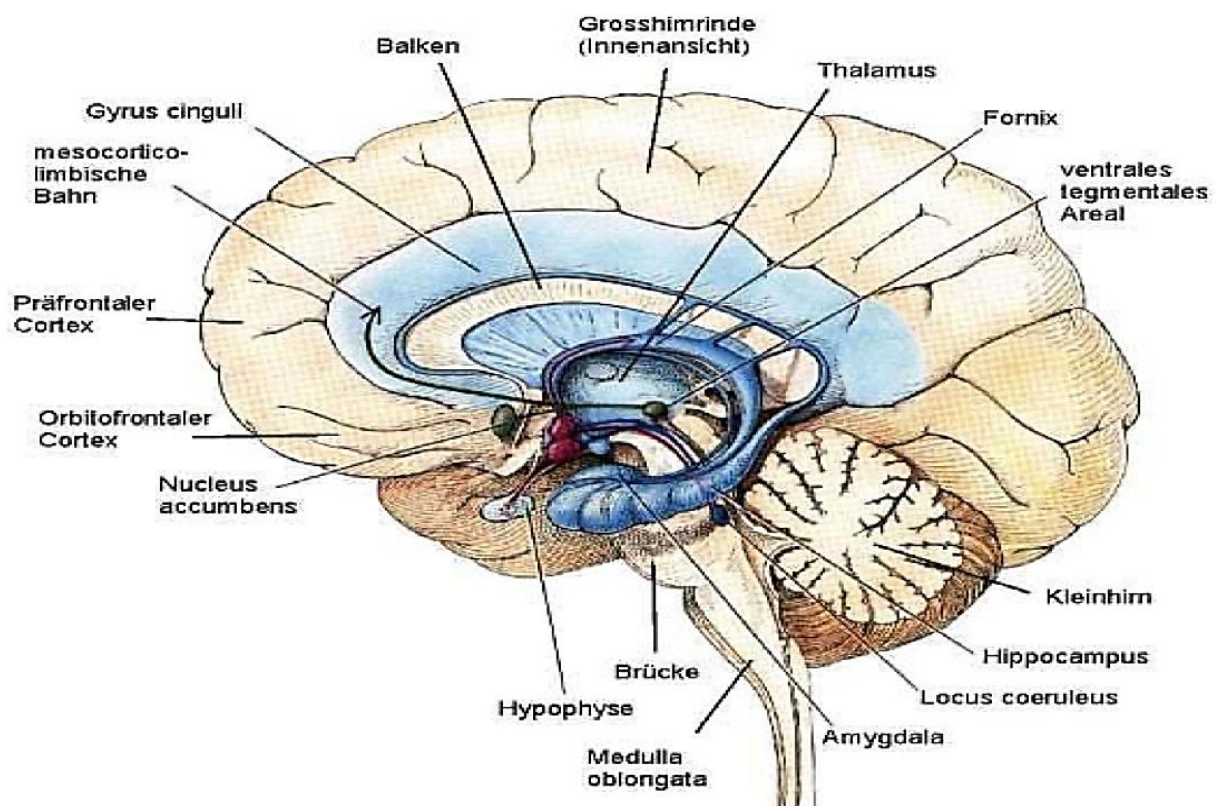
- **Explizite/ deklarative Gedächtnis**, vorwiegend im präfrontalen und temporalen Cortex und Hippocampus, umfasst alles, was bewusst gedacht oder gesprochen und als persönliche Geschichte (Narrativ) mit Distanz erzählt werden kann, dazu gehören das episodische Gedächtnis, dessen Inhalte zeitlich und örtlich zugeordnet und mit Bezug zum Selbst erinnerbar sind, und das autobiografische Gedächtnis. Explizite Erinnerungen sind erst ab circa dem vierten Lebensjahr möglich, da der Hippocampus bzw. dessen Myelinisierung vorher nicht abgeschlossen ist.
- **Implizite/ non-deklarative Gedächtnis**, vorwiegend Amygdala, Basalganglien und auch Kleinhirn, weniger stressanfällig als das explizite Gedächtnis, beinhaltet unbewusstes Wissen ohne zeitlich-räumliche Zuordnung oder Zuordnung zum Selbst, z.B. Verhaltensmuster und die Konditionierung von Körperreaktionen. Die Inhalte sind nicht verbal und symbolisiert, daher der Sprache schwer zugänglich, vielmehr emotional-sensorisch, mit hoher affektiver Ladung und leicht triggerbar. Dann wird etwa die Vergangenheit in Intrusionen (auch von Körpererinnerungen) als Jetzt erlebt. Ein „alter Film“ legt sich über die Gegenwart. Unabhängig davon werden Erinnerungen vor dem vierten Lebensjahr nur implizit gespeichert, also wesentlich im Körpergedächtnis.
- Die normale Gedächtnisspeicherung verläuft stufenweise. Der sensorischen Wahrnehmung folgt zunächst eine Enkodierung der Information in noch labiler Form. Die Konsolidierung und endgültige kortikale Abspeicherung im Langzeitgedächtnis braucht Zeit (Flatten, 2011b).

### Neurobiologische, neurophysiologische, neuroendokrinologische und neuroanatomische Aspekte

- **Großhirnrinde**: obere, entwicklungsgeschichtlich die jüngste Region, entscheidend für bewusste und willkürliche Prozesse
- **Mittlere subkortikale Ebene**: unbewusste Ebene, älteres limbisches System, das für Emotionen zuständig ist, im pathologischen Bereich für Angststörungen, Depressionen, Zwänge und Suchterkrankungen
- **Untere subkortikale Ebene** ist die des Hirnstamms (Reptiliengehirn) mit den vegetativen Zentren, Steuerung der vitalen Funktionen wie Atmung, Blutdruck und Temperatur, nicht unter bewusster Kontrolle

Gehirnebenen, die besonders für die Aufnahme und das Abrufen von Informationen wesentlich sind:

- **Thalamus:** Schaltstelle mit Filterfunktion für alle eintreffenden sensorischen Sinneseindrücken
- **Hippocampus (Seepferdchen):** zuständig für die faktisch-kognitive und räumliche Zuordnung und Kontextualisierung, Voraussetzung für die Überführung in das deklarativ-explizite Gedächtnis und die semantisch verfügbaren Erinnerungen. Die Erinnerungen werden dann als zum Selbst gehörig und „damals“ erlebt. Der Hippocampus ist auch für die Neueinspeicherung von Erfahrungswissen unverzichtbar.
- **Amygdala (Mandelkern):** entwicklungsgeschichtlich älter, gehört zum limbischen System, „Feuerwehr“ des Gehirns, beurteilt die emotionale Wichtigkeit oder Bedrohlichkeit einer Information und kann in einer sehr schnellen Schaltung Angst, Flucht- oder Kampfbereitschaft mobilisieren
- **Frontallappen der Großhirnrinde (präfrontaler Cortex):** entwicklungsgeschichtlich jüngster Teil des Gehirns, zuständig für die Integration der Informationen auf höherer kortikaler und damit bewusster Ebene, zuständig für die Planung zukünftiger Handlungen und die Aufmerksamkeitsfokussierung, Funktion der „Stressbremse“ durch Hemmung der Amygdala entscheidend für die Stressverarbeitung, Impulskontrolle und jedes Lernen

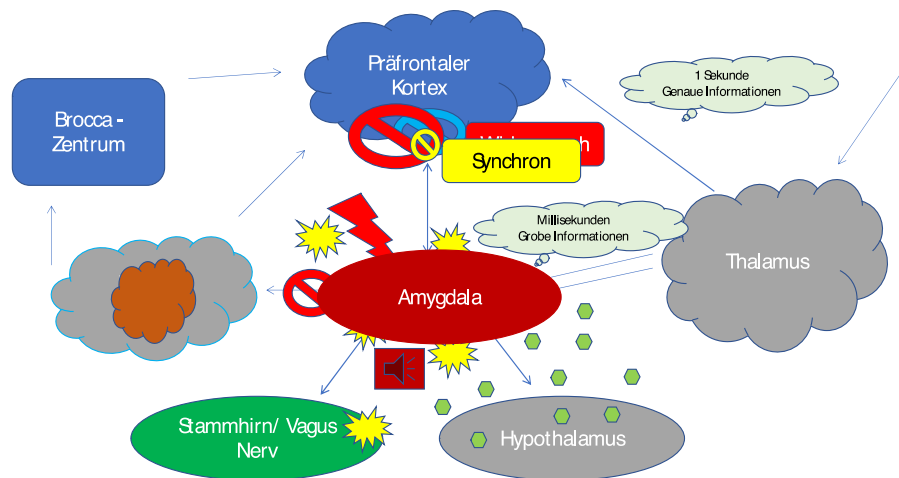


## Traumatische Situation

- Die hierarchische Informationsverarbeitung wird unterbrochen.
- Priorität ist zu überleben, also den Organismus schnell über die Aktivierung des Sympathikussystems und die Ausschüttung von Stresshormonen in Kampf- oder Fluchtmodus zu versetzen. Die Bewertung der sensorischen Information durch die Amygdala und die Aktivierung der Stresskaskade geschehen viel schneller, als wir einen Reiz bewusst erkennen und einordnen können. Erst danach läuft die differenzierte Bewertung durch den präfrontalen Cortex und den Hippocampus ab, als Ressourcen verfügbare frühere Erfahrungen und Bewältigungsstrategien helfen dabei, dies wirkt als Stressbremse, die Amygdala bekommt das Signal „Entwarnung“ und kann wieder „herunterfahren, abkühlen“.
- Bei **Extrem-Stress** dagegen werden die **Informationszentren funktionell entkoppelt, traumatische Erinnerungen werden zustandsabhängig – an die Physiologie des jeweiligen Erregungszustandes gekoppelt – gespeichert** (Bering et al., 2005).
- Die Amygdala speichert emotionale und körperliche Reaktionen partiell fragmentiert im ursprünglichen Zustand, ohne Verbindung zu zeitlich-räumlichen Zuordnung durch den Hippocampus und ohne sprachliche Verarbeitung im Broca-Zentrum (sprachloser Horror), sowie autobiographischen Einordnung im präfrontalen Cortex.
- Die „heißen“ Erinnerungsfragmente bleiben „ungekühlt“ im Zustand der peritraumatischen Dissoziation stecken. Sie können durch banale Hinweisreize (Trigger) jederzeit im ursprünglichen Zustand wieder aktiviert werden, als geschehe das Trauma jetzt. Dies ähnelt einem klassischen Konditionierungsvorgang und ist ein negativer neuronaler Lernvorgang.
- Ein hoher Adrenalin Spiegel begünstigt die Einprägung dieser Gedächtnisspuren – und damit die Konditionierung der Angstreaktion. Cortisol dagegen scheint die Fragmentierung der Erinnerung und Amnesien zu begünstigen (Sack, 2010; Fujiwara & Markowitsch, 2003).
- **Folge der fragmentierten Speicherung ist, dass die Betroffenen bei Triggerreizen immer wieder unkontrollierbar in impliziten neuronalen Traumanetzwerken und Notfallreaktionen landen, wie mittendrin, zeitlos und abgeschnitten von ihren später erworbenen Ressourcen.**
- Die Netzwerke werden immer fester verknüpft und immer leichter aktivierbar, führen jeweils wie ein Schacht in die Tiefe und werden insgesamt wieder ausgelöst. Dies läuft automatisch ab, ohne bewusste Kontrolle und einer rationalen kognitiven Bewertung nicht zugänglich (Hüther et al., 2010).
- „Der alte Film läuft wie automatisch ab“, in Fragmenten (z.B. Brandgeruch) oder inklusive der überwältigenden traumatischen Affekte und Körperempfindungen.
- So ist keine weitere Verarbeitung durch höhere kortikale Strukturen möglich, das Geschehen kann nicht zu einer nutzbaren Lernerfahrung werden, sondern spürt sich nur immer tiefer ein.

- In diesem alle Hirnschichten von der Rinde bis hin zum Hirnstamm durchdringenden „Schacht“ sind folgende Ebenen miteinander gekoppelt (Hüther et al., 2010):
  - **Kognitive Bewertungen** wie Lebensgefahr, Ohnmacht, Hilflosigkeit, Schuld, Versagen
  - Traumatische **Affekte** wie Angst, Panik, Ekel, Ohnmacht
  - **Sinnliche** – optische, akustische, olfaktorische, kinästhetische – **Wahrnehmungen**
  - Vegetative und andere **körperliche Reaktionen** wie Herzrasen, Atemnot, Angstschweiß, Erstarrung, Verkrampfung, um-sich-schlagen etc.

WZPP®



© WZPP® Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie

- **Vortraumatisierte Menschen sind verletzlicher und oft durch winzige Hinweisreize triggerbar.** Durch weitere Traumata in der Kindheit werden neue „neuronale Schächte ausgebaut“, die partiell voneinander getrennt bleiben. So können getrennte Ich-Zustände mit unterschiedlichen Funktionsniveaus und in sich geschlossene Muster des Denkens, Fühlens, Körperempfindens und Verhaltens entstehen. Das entspricht klinisch dann der sogenannten Ego-State-Disorder oder Sekundären Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit.
- **Frühkindliche Traumata haben wegen der nicht unausgereiften neuronalen und Persönlichkeitsstruktur besonders tiefgreifende Folgen.** Frühe Gewalt und Bindungstraumata aktivieren rascher als bei Erwachsenen die archaischen Notfallprogramme des Hirnstamms. Die kindlichen Hirnstrukturen sind noch nicht stabil vernetzt, so werden die traumabedingten Strukturen gewissermaßen zur Basis der weiteren Entwicklung des Gehirns, der Persönlichkeit und der Identität. Voneinander abgespaltene neuronale „Schächte“ können sich klinisch als autonome Teilidentitäten zeigen, bis hin zur Tertiären Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit bei der Dissoziativen Identitätsstörung DIS (Hüther et al., 2010). Nach Theorie der Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit (van der Hart et al., 2008) entsprechen diese Anteile den verschiedenen Verteidigungsfunktionen wie Kampf, Flucht oder Unterwerfung, sie werden Emotionale Persönlichkeitsanteile (EP) genannt.

## Polyvagal-Theorie

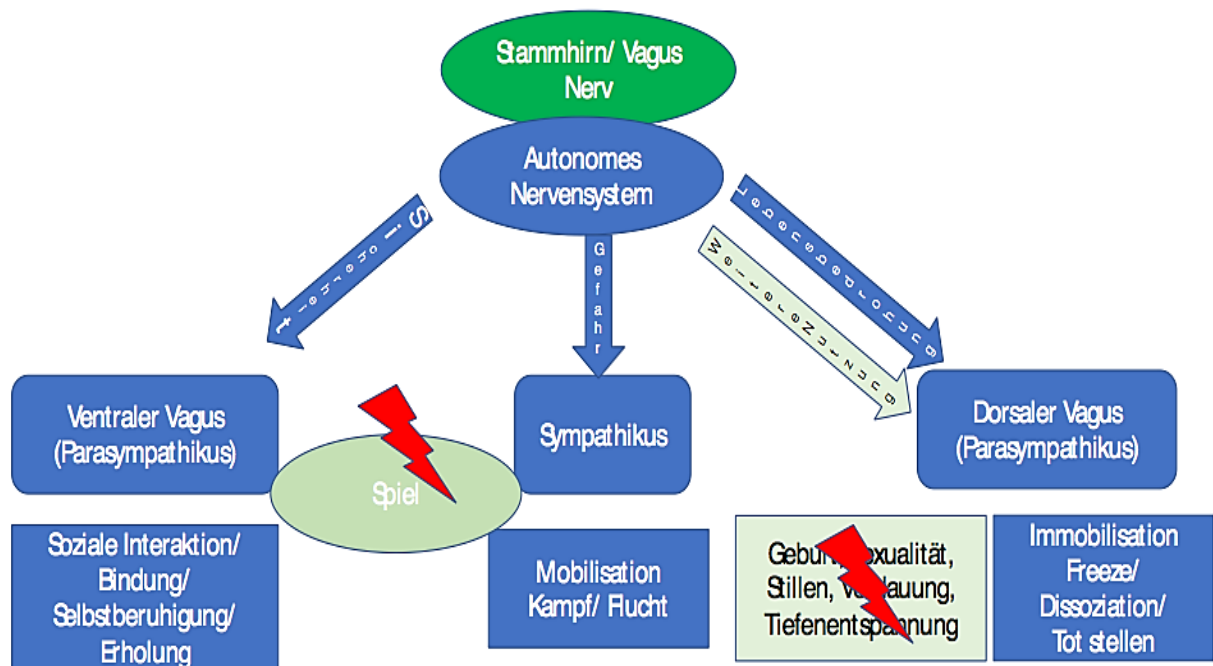
Trauma-PatientInnen entwickeln oftmals Alexithymie, den Verlust der Fähigkeit, die Bedeutung von Körperreaktionen und Muskelaktivierung zu erkennen und adäquat einzuordnen. Wenn der Kontakt zu eigenen Körpersignalen und Bedürfnissen verloren geht, bedeutet das, dass es auch unmöglich ist, auf emotionale Zustände und Bedürfnisse von anderen adäquat zu reagieren. Dies hat nachhaltige Auswirkungen auf das Beziehungsleben, Partner- und Elternschaft. Trauma-Überlebende fühlen sich leicht irritiert und reagieren mit Flucht oder Kampfverhalten auf soziale Interaktionen. Bei Beziehungstraumata fungieren soziale Interaktionen sehr oft als »Trigger«, d.h. als Reiz, der implizite Erinnerungen an das Trauma und in der Folge die Traumareaktionen auslöst. Bei Trauma-Folgestörungen ist die Vernetzung von dorsolateralem präfrontalem Cortex, dem Teil unseres Gehirns, der für das logische, zeitlich – räumliche Einordnen und vorrangig für die Bedeutungsgebung verantwortlich ist, und dem »emotionalen Gehirn«, dem limbischen System, unterbrochen. Daher reagieren Trauma-Überlebende mit Hass auf kleinste Provokationen, erstarren, wenn sie frustriert sind, und reagieren hilflos auf relativ minimale Probleme. Diese Reaktionen werden nur im Zusammenhang der jeweiligen Trauma-Geschichte verständlich und sind nur dann veränderbar, wenn alle Ebenen der dysfunktionalen Reaktionsmuster neu verarbeitet und integriert werden können.

Durch die Polyvagal-Theorie (Porges 2010) wurde das Modell des autonomen Nervensystems, mit sympathischen und parasympathischen Anteilen, die in einer antagonistischen Konkurrenzbeziehung zueinanderstehen und die Aktivitäten bestimmter Zielorgane verstärken oder abschwächen, stark erweitert. Der myelinisierte »soziale« Vagus spielt hier die wichtigste Rolle. Jenes der Feinabstimmung dienende Regulationssystem eröffnet Menschen die Möglichkeit, durch Interpretation der Gefühlslage des Gegenübers stressbezogene physiologische Zustände zu verstärken oder abzuschwächen. Das bedeutet, je nachdem wie gefährlich oder harmlos ein Gegenüber subjektiv eingestuft wird, wird eine entsprechende, neurologisch verwurzelte Handlungsantwort mobilisiert. Dies nennt Porges Neurozeption, die Fähigkeit, Verhalten auf der neurologischen Ebene zu rezipieren. Er beschreibt damit den autonomen Zustand als Interventionsprozess, der zur Transformation des äußeren physischen Stimulus hin zu den komplexen inneren kognitiv – affektiven Prozessen beiträgt.

Zu der Theorie gehören drei Verhaltensstrategien – der soziale Kontakt (Gesichtsausdrücke, Zuhören oder Vokalisierung), die Mobilisierung (Kampf/Flucht-Verhalten) und die Immobilisation (Sich-Totstellen, In-Ohnmacht-Fallen und Abschalten allen Verhaltens). Das soziale Kontakt-System, verstanden als ein System von sozialer Teilnahme und Kommunikation, ist ausschliesslich Säugetieren vorbehalten und hängt von den nur in ihnen vorhandenen, von einem Myelinmantel umgebenen vagalen motorischen Fasern ab. Dieser Säugetier-Vagus kann ruhige Verhaltensweisen fördern, kann aktiv den Einfluss des Sympathikus zum Herzen unterbinden und die HPA-Achse dämpfen. Im Gegensatz dazu hängt das Mobilisierungs-System, welches das Kampf/Flucht-Verhalten unterstützt, vom sympathischen Nervensystem ab. Der phylogenetisch primitivste neurale Kreislauf, das Immobilisierungs-System, hängt vom »vegetativen« Vagus ohne Myelinmantel ab, den wir mit fast allen Wirbeltieren gemein haben. Zusätzlich zum Säugetierkreislauf, der den sozialen Dialog unterstützt, schlägt die Theorie auch vor, dass die Säugetiere neurale Kreisläufe behalten, die zu phylogenetisch älteren Wirbeltieren gehören und dass die Zuschaltung dieser alten Kreisläufe zur Regulierung autonomer Zustände einer Hierarchie folgt, in welcher die neuesten Kreisläufe zuerst eingesetzt werden. Säugetiere besitzen nach Porges ein

inneres System, das auf Kontakt und Kommunikation ausgerichtet ist. Es stellt die neuronalen Strukturen bereit, die mit sozialen und emotionalen Verhaltensweisen zu tun haben und besteht aus zwei Komponenten: einem autonomen und einem somatomotorischen Teil. Der autonome Teil wird vom myelinisierten Vagus vermittelt, der – wie oben beschrieben – ruhige Verhaltensweisen begünstigt. Die somatomotorische Komponente wird von verschiedenen Hirnnerven vermittelt, die zusammen »spezielle efferente viszerale (zu den Eingeweiden führende) Leitungen« genannt werden. (Porges 2001)

WZPP®



© WZPP® Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie

Bestimmte Körperzustände fördern daher unterschiedliche Arten des Verhaltens und färben unsere Wahrnehmung. Porges unterscheidet folgende 5 Kategorien:

1. **Soziales Engagement:** Fördert positive soziale Interaktion, verringert die psychische Distanz, verstärkt im zwischenmenschlichen Kontakt das Gefühl der Sicherheit.
2. **Mobilisation** – Kampf/Flucht : Erhöht bei Bedrohung den metabolischen Umsatz um bei realer oder subjektiv erlebter Gefahr rasch, adäquat, im Sinne des Überlebens, reagieren zu können.
3. **Spiel:** Erfordert Aspekte der Mobilisation und soziales Engagement und ist daher ein Hybridzustand. Der Ausgangsimpuls ist hier nicht Bedrohung, sondern die Lust am Leben, Freude und Neugier.

4. **Immobilisation in lebensbedrohlichen** Situationen: Es kommt zu einer Verringerung des metabolischen Umsatzes, zu Verhaltensstarre und Erstarren. Dies ist ein primitiver neuronaler Schaltkreis der bei Reptilien adaptiv, für Säugetiere und Menschen aber im Extremfall tödlich sein kann. Diese Erstarrung ist typisch für die Traumatisierung und setzt ein, wenn Kampf und/oder Flucht nicht mehr möglich sind. Dies garantiert entweder einen relativ schmerzfreien Tod oder soll dazu führen, dass der Jäger/der Täter vom Opfer ablässt.
5. **Immobilisation ohne Furcht**: Diese freudvoll und angenehm erlebte Immobilisation setzt beim Stillen, der Geburt, in der Sexualität und bei Verdauungs- und Erholungsprozessen ein. Dieser Schaltkreis nutzt aber die Bahnen des Immobilisationsschaltkreises.

Ziel der Trauma-Therapie ist es KlientInnen dabei zu unterstützen, sich in der therapeutischen Modellbeziehung sicher zu fühlen und die differenzierte Wahrnehmung zu schulen, echte Gefahren in Beziehungen zu erkennen. Bei Überlebenden von Beziehungstraumata, werden vor allem die in Punkt 2 (Mobilisation, Kampf/Flucht) und 4 (Immobilisation) beschriebenen Körperzustände und Verhaltensweisen in sozialen Interaktionen »angetrigger« . Diese neurologisch bedingten Reaktionskreisläufe sind stark ausgeprägt und werden fast »reflexhaft« in Gang gesetzt. Denn Trauma-Überlebende erleben sichere Beziehungssituationen oftmals als »gefährlich« und verkennen andererseits echte Gefahrenpotentiale. Der permanente hypervigilante und misstrauische Zustand, in dem sich Menschen mit Trauma-Folgeerkrankungen befinden, macht »taub« für tatsächliche Bedrohungen. Trauma-Überlebende haben eine eingeschränkte Fähigkeit, innerlich zwischen damals – dem Zeitpunkt der Traumatisierung – und heute zu unterscheiden. Daher kommt es dazu, dass sie Retraumatisierungen durch Reinszenierung erfahren, sofern es nicht gelingt, ihr Trauma zu verarbeiten und den Kreislauf der erlernten Neurozeption zu durchbrechen. Wenn bei einem extrem heftigen oder lang dauernden Trauma der ältere unmyelinisierte Vagus-Ast überhand nimmt (dorsal statt ventral), kommt es zu Leere, Lähmung und Dissoziation. Dies verhindert adäquate Schutzreaktionen bei Gefahr und führt im Extremfall zur Entwicklung einer Persönlichkeitsentwicklung Richtung Victimisierungspersönlichkeit wie von Ochberg (1988) beschrieben.

Der Einsatz von bewusster Bewegung kann dazu dienen, Zustände von Immobilisation aufzulösen, indem die Sicherheit im Hier und Jetzt direkt im Körper wiedergefunden wird. Bewusste Bewegung führt zu Mobilisation. Die reflexhaft erlebten körperlichen Reaktionsmuster werden durch gezielte Wahrnehmung erkannt und entziehen sich in Folge nicht mehr der bewussten Beeinflussbarkeit. Der Weg führt zunächst über bewusstes Wahrnehmen der Reiz – und Reaktionsmuster und der Anerkennung der Veränderbarkeit in der Gegenwart. Stabilisierung und Ressourcenaufbau in der Trauma-Therapie fördern Zustände, die in Punkt 1 (soziales Engagement), 3 (Spiel) und 5 (Immobilisation ohne Furcht) beschrieben werden.

## 7. Schutz- und Risikofaktoren zur Unterstützung/ Behinderung natürlicher Verarbeitungsprozesse

### Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTBS

(vgl Kultalahti & Rosner, 2008/ Trickley et al. 2012)

#### ▸ **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

#### ▸ **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
  - Die Persönlichkeit ist noch nicht gefestigt oder gestört
  - Beinhalten sexuelle Gewalt
  - Beinhalten sadistische Folter
  - Mehrere Täter haben das Opfer zugerichtet

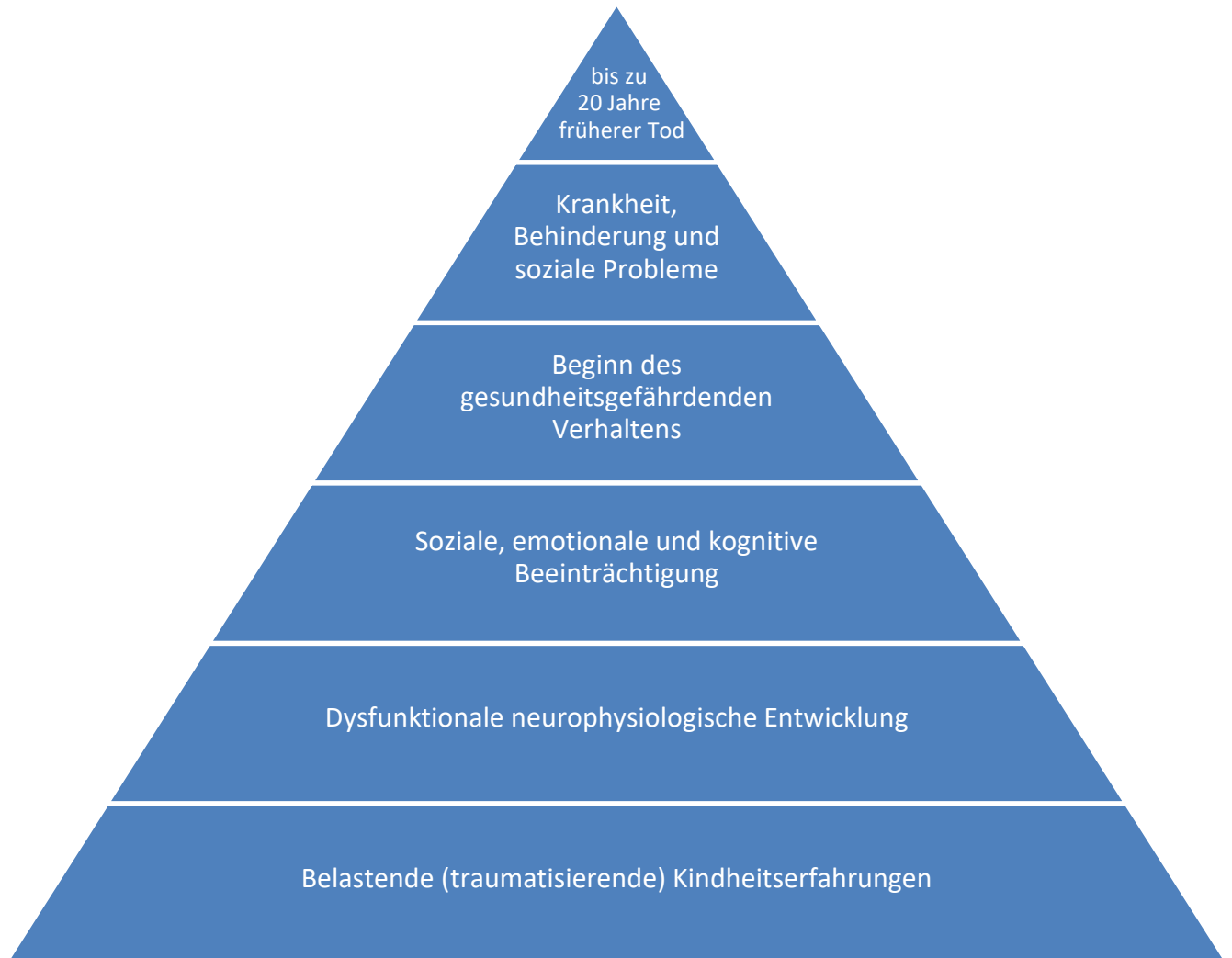
- Das Opfer hatte starke Dissoziationen
  - Niemand hat dem Opfer unmittelbar beigestanden
  - Niemand hat nach der Tat mit dem Opfer darüber gesprochen
  - **Wahrgenommene Lebensgefahr**
  - **Tod und Verletzung bekannter Personen**
  - **Ressourcenverlust (z.B. Zerstörung des Hauses)**
  - Umstände des Ereignisses
  - Eigene Verletzung
  - **Emotionale Reaktion (Intensität)**
  - Verhalten der Eltern in der peritraumatischen Situation
- **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!!!**

### Schutzfaktoren

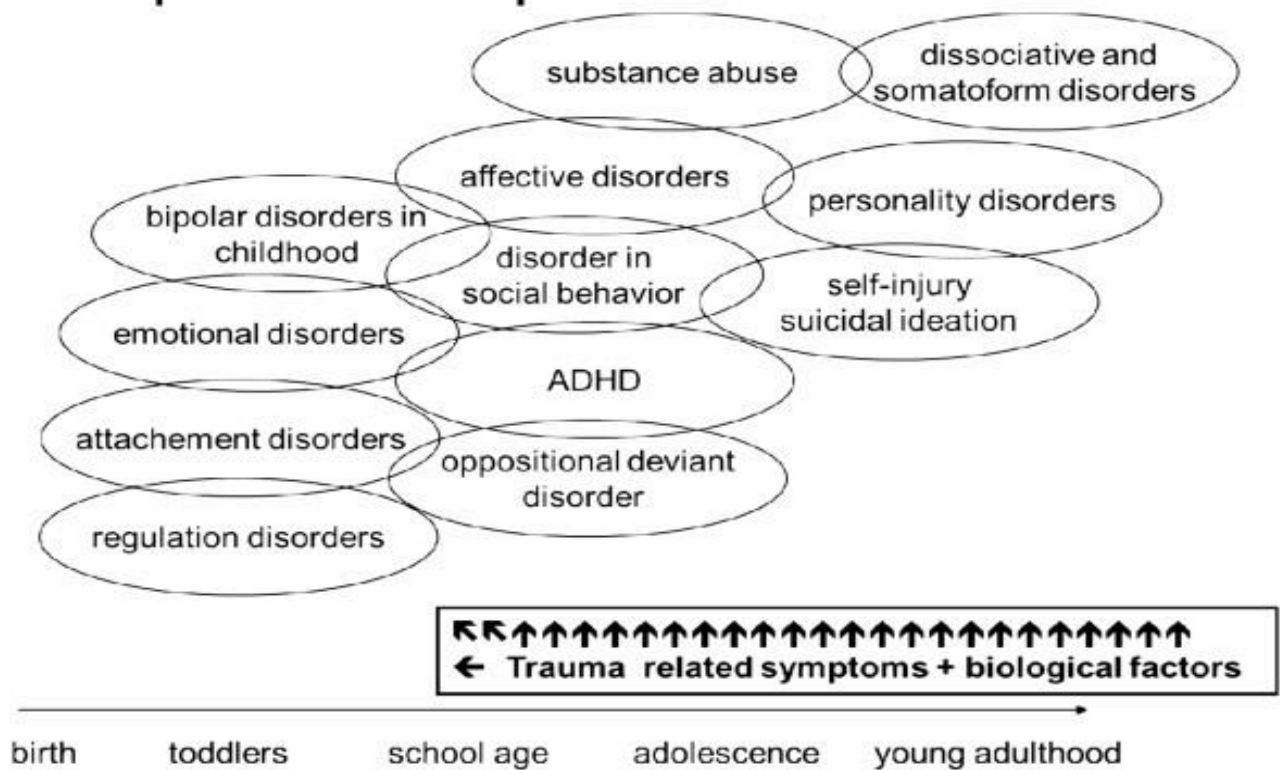
- Gute soziale Unterstützung
- Kommunikative Kompetenz
- Kohärentes Weltbild
- Resilienz: Vorhandensein von Widerstandsfähigkeit, psychischer Robustheit und Spannkraft trotz sehr ungünstiger Lebensumstände oder Erfahrungen
- Posttraumatische Reifung: traumatische Erfahrungen können zum Wachstum im Sinne 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

## 8. Folgen psychischer Traumatisierung

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



## Developmental heterotopia of trauma



## 9. Epidemiologie

### 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 (Maercker et al., 2008)

- 5-10% der Jugendlichen und Erwachsenen (ab 14 Jahre)
- Bei Kindern ist eine statistische Erfassung schwierig, da die Diagnosekriterien nicht eindeutig sind

## 10. Varianten psychotraumatischer Syndrome

### 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:** traumatisierte Patienten haben offenbar ein deutlich höheres Risiko, körperlich zu erkranken. So ist die Wahrscheinlichkeit körperliche Symptome wie 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). Auch die Vielzahl von Beschwerden deutet auf eine Traumatisierung hin. In einer Studie von Felitti (2002) fand sich eine direkte Beziehung zwischen der Häufigkeit von Herzerkrankungen, Krebserkrankungen, aber auch chronische Lungenerkrankungen, Knochenfrakturen und Lebererkrankungen mit Belastungsfaktoren in der Kindheit. Auch andere Störungsbilder wie das 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. Schwere körperliche Erkrankungen wie Herzinfarkt, Organtransplantation, aber auch eine kompliziert verlaufende Geburt, sowie nicht anerkannte Behandlungsfehler im Rahmen einer schweren bzw. lebensbedrohlichen Erkrankung müssen als potentiell traumatische Ereignisse in Betracht gezogen werden. Die Beachtung der Entwicklung einer PTBS ist hier von besonderer Bedeutung, da sich sowohl eine voll ausgebildete wie auch eine subsyndromale PTBS negativ auf die Lebensqualität der Betroffenen auswirken und zu einer höheren Mortalitätsrate führen können. Angehörige lebensbedrohlich Erkrankter weisen z.T. höhere PTBS-Prävalenzen auf als die Patienten selbst.
- **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.
- **Essstörungen:** sehr oft eine sexuelle Traumatisierung in der Kindheit. 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)

## 11. Umgang mit traumatisierten Menschen - ein Überblick

### Traumapädagogik/ traumazentrierte Fachberatung

- **Im Mittelpunkt steht die menschliche Begegnung zwischen dem einzelnen Kind/ Jugendlichen und der Pädagogin. Traumapädagogik wird auch Pädagogik des „Sicheren Ortes“ beschrieben** (Kühn 2008, 2009).
- 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.
- **Ziel sind positive und korrigierende Bindungsangebote in einem sicheren Lebensrahmen.** So kann Vertrauen entstehen, Selbstwirksamkeit gefördert, Aggressionen abgebaut und damit ihr Selbstwertgefühl und Entwicklungspotential gesteigert werden.
- Traumapädagogik fördert gezielt präventive Maßnahmen zur Verhinderung zwischenmenschlicher und institutioneller Gewalt. Das bedeutet, dass die Pädagogen eine **klare Haltung gegen Gewalt** einnehmen, sie selbst keine ausüben und Gewalt der Kinder untereinander entschieden entgegenreten. Sie erarbeiten vielmehr bei Konfliktsituationen konstruktive Lösungen und vermeiden es, z.B. den Jugendlichen bei kleinen Regelverstößen reflexhaft mit Entlassung aus der Einrichtung zu drohen (Beckrath-Wilking, Biberbacher, Dittmar, Wolf-Schmid 2013).
- Auch die Wiederherstellung der Kompetenzen der Pädagoginnen nach Konflikt- und Überforderungssituationen im pädagogischen Alltag wird unterstützt.
- In der sozialen Arbeit können Traumapädagogik und –beratung dazu genutzt werden, mit **Klienten realistische Ziele** zu erarbeiten. Es geht darum, tatsächlich umsetzbare Zukunftsperspektiven in Bezug auf Schulabschlüsse, Berufsausbildung, Studium oder Berufstätigkeit zu erarbeiten, sowie die gesamte Lebenssituation zu stabilisieren und alle vorhandenen Ressourcen zu nutzen.
- Die soziale Arbeit in der Traumaberatung kann Möglichkeiten einer Traumatherapie mit Klienten erarbeiten (Beckrath-Wilking, Biberbacher, Dittmar, Wolf-Schmid 2013).
- **Im pädagogischen Alltagssetting findet aber keine Traumakonfrontationsbehandlung statt.**
- Aber das traumapädagogische Vorgehen und die Haltung des gesamten Teams ermöglichen sehr wohl eine **partiell integrative Traumaarbeit.**
- Im Idealfall unterstützen und verstärken sich Psychotherapie und Traumapädagogik in ihrer heilenden Wirkung.
- **Gemeinsame Methoden** sind Stabilisierung, Ressourcenaktivierung und –verstärkung, verstehender Umgang mit Traumafolgen, Selbstermächtigung, Relativierung und Umstrukturierung destruktiver Glaubensgrundsätze und allgemein Förderung des kognitiven und persönlichen Wachstums.

- Wichtig ist das **positive Selbstverständnis** der Pädagoginnen und Fachberaterinnen. Ebenfalls wichtig ist die Reflexion der eigenen beruflichen Rolle und die Bereitschaft zu Selbsterfahrung. Dazu gehört die Reflexion der Bedeutung eigener Traumata, deren Auswirkungen, sowie das Erkennen und die Bearbeitung eigener Trigger (auch Burnout-Prophylaxe).

### Ziele der Traumapädagogik/ -beratung sind:

- 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

## 12. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Traumapädagogik/ -fachberatung/ Psychotraumatherapie

- In der **Traumapädagogik, -beratung** werden Theorien und Forschungserkenntnisse der Psychotraumatologie auf die Pädagogik mit ihren bewährten Theorien, Methoden und Erfahrungen übertragen, im Besonderen der Heilpädagogik.
- Die **beratenden Berufsgruppen** sind gewohnt und geübt, mit den Beeinträchtigungen der Traumatisierten Menschen im Alltag konfrontiert zu sein und deren **Verbesserung als direktes Ziel** in der Beratungsplanung zu berücksichtigen.

### 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.

➔ Ziele von Traumaberatung sind zugleich auch implizite Therapieziele:

- Stärkung von Selbstbewusstsein
  - Durchsetzungsfähigkeit
  - Fähigkeit zur Selbstfürsorge
  - Abgrenzungsfähigkeit
  - Fähigkeit, Bedürfnisse bewusst zu erleben und zu äußern
  - Distanz zu handelndem Agieren
  - Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion
  - Selbstbemächtigung
  - Affektdifferenzierung – und regulierung
  - Realistische Objektwahrnehmung
  - Zukunftsvisionen wagen
- Sowohl Berater wie Therapeuten werden **vorhandene Ressourcen der Klienten eruieren, aktivieren und zielgerichtet neue Ressourcen aufbauen**, z.B. zur Angstbewältigung oder zur Distanzierung von überflutenden Inhalten. Beide werden zum Ausprobieren neuer Schritte, sowie zum Abbau von letztlich Angst verstärkenden Vermeidungsstrategien und Rückzug ermutigen.

- Beiden arbeiten an der Korrektur verzerrter Selbst- und Fremdwahrnehmung und regen zur **Reflexion und Einnahme neuer Sichtweisen** an und fördern damit die **Mentalisierungsfähigkeit**.
- Beide **würdigen die bisherigen Bewältigungsstrategien** als bislang bestmögliche, aber heute oft dysfunktionale und neues Leid erzeugende Versuche, mit den Traumafolgen umzugehen und nicht ganz die Kontrolle zu verlieren.
- Beide vermitteln **kognitiv-psychoedukativ hilfreiches und entlastendes Wissen** zu Traumafolgen und der **Notwendigkeit zur Ressourcenaktivierung und Stabilisierung**.
- Beide können die **Screentechnik** zum Ressourcenaufbau und zur Distanzierung nutzen, Berater eher zur Flashback-Kontrolle, Therapeuten darüber hinaus (Berater ggf. in enger Kooperation und Absprachen mit Therapeut) zum Screenen von Triggersituationen und dissoziativen Übergängen und damit zum Erlernen von Kontrolle über Wechsel von dissoziativen Anteilen.
- Für alle helfenden Berufsgruppen gelten die **Prinzipien Halten, Innehalten und Reflektieren**. Sie müssen das oft schwierige, destruktive Verhalten traumatisierter Klienten – speziell von Kinder und Jugendlichen – aushalten und verstehen können. Das setzt die Kenntnis der Schutzfunktion posttraumatischer Überlebensstrategien und die **Reflexion der eigenen emotionalen Reaktionen** voraus, also **traumaspezifisches Wissen, Supervision, Selbsterfahrung und Selbstfürsorge**.
- Ebenso wichtig sind **geeignete institutionelle Rahmenbedingungen**, die ermöglichen, dass sich alle Bereiche und Hierarchieebenen innerhalb der Institutionen auf eine gemeinsame Grundhaltung verständigen, die den „Geist“ der Einrichtung trägt.

### 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.
- Zunächst sind also evtl. auch invasive Interventionen erforderlich wie vorübergehende Einweisung durch richterlichen Beschluss. Ein Abbruch der Beziehung sollte vermieden werden, stationäre und ambulante Institutionen sollten möglichst vernetzt zusammenarbeiten, etwa mit stationärer Intervalltherapie und Rückübernahme.

## Unterschiede:

- **In der Traumatherapie** werden nicht die Bearbeitung von Erinnerungen der Vergangenheit bearbeitet, sondern sie bezieht sich immer auf die Traumafolgen, die Symptome und Auswirkungen im Jetzt.
- **Therapeuten** hingegen waren oft gewohnt, an den **Ursprüngen der Probleme** zu arbeiten, viele waren damit lange zu problem- und defizitorientiert und besonders für traumatisierte Menschen zu wenig ressourcenorientiert.
- Die Traumatherapie unterscheidet sich von Beratung am stärksten da, wo es um die Verarbeitung und Integration der aktuellen Beeinträchtigungen zugrunde liegenden traumatischen Ereignissen – sprich impliziten Erinnerungsnetzwerken – geht.

|                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------|
| 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, also auch weitgehend aufdeckende Innere-Kind Arbeit und Täterintrojekte-Arbeit.
- 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 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

|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| Auch die Grenzen für ambulante Therapie und Beratung unterscheiden sich. |
|--------------------------------------------------------------------------|

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
  - 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
- 
- **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<br>EMDR                       | -              | xx             |
| Psychodynamik deuten                              | -              | x              |

**XX** = zentrale Bedeutung; **X** = bedeutsam; - = nicht anzuwenden;

**-/x** = nur bedingt anzuwenden

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

## 13. 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

- Kinder können in der Bewältigung traumatischer Erfahrungen noch nicht auf eine gefestigte innere Struktur ihrer Persönlichkeit und auf reifere kognitive Fähigkeiten zurückgreifen. Wenn sie 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. (Beckrath-Wilking, Biberbacher, Dittmar, Wolf-Schmid 2013).
- **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.**
- Traumapädagoginnen sollten die Besonderheiten traumazentrierter Gesprächsführung beachten, dabei eine altersentsprechende Sprache, Spiele und Materialien einbeziehen (evtl. Handpuppen). 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. Die Kinder sollten die Gelegenheit bekommen, dabei ihre Kreativität zu entfalten, wie z.B. bei der Wahl ihrer Kleidung, beim persönlichen Gestalten ihrer Kinderzimmer, bei Vorbereitungen von Geburtstagsfeier, beim Schmücken des Weihnachtsbaumes, Basteln von Faschings- bzw. Karnevalskostümen, Bemalen von Ostereiern.
- **Alltagsverrichtungen** wie Tisch decken, Schuhe putzen, aber auch die Vorbereitungen zu Festtagen haben viele Kinder und Jugendliche kaum erfahren. Sie kennen die knisternde Stimmung der Vorfreude nicht oder die verschiedenen Düfte beim Plätzchenbacken vor Weihnachten. 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 Jugendlichen

### Traumasppezifische 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.
- 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.
- Die Kooperation mit anderen Einrichtungen wie Ambulanzen, Tageskliniken, stationären Einrichtungen, niedergelassenen Therapeuten, Einrichtungen wie Jugendämtern, Jugendgericht, Jugendrichter, Jugendgerichtshilfe, justiziellen Hilfen, Straffälligenhilfe, Bewährungshilfe, Einrichtungen der Jugendhilfe, ambulanter und stationärer Familienhilfe, Kinderheimen, Wohngruppen, Hebammen, Mutter-Kind-Einrichtungen u.Ä. sollte geregelt und vernetzt sein.

### Umgang mit destruktiven Verhaltensweisen

- Zu den Faktoren, die Fachkräfte im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen oft überfordert, gehört besonders die Konfrontation mit ungewohnten und 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. Ebenso bedrückend ist 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 Grat, 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
- Tatsächliche und potenziell hilfreiche Akteure im Hilfesystem eruieren, kontaktieren
- 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

- Auch hier gelten die genannten Aspekte bzgl. eines klaren traumaspezifischen Konzeptes, sowie der Ausbildung und Supervision aller Teammitglieder. Der stationäre Rahmen muss klar strukturiert sein, das Konzept muss Sicherheit und Halt gebende Strukturen im Gruppenalltag, sowie ausreichende Einzeltherapie bieten. Und die Leitung muss eindeutig hinter dem Konzept stehen.
- Es gibt leider stationäre Traumatherapieangebote, deren Inhalt nicht hält, was das Etikett verspricht, weil die strukturellen und Ausbildungsvoraussetzungen nicht stimmen. Problematisch ist ebenso, wenn – aufgrund wirtschaftlichen und Belegungsdrucks – der Anspruch besteht, alle traumatisierten Klienten aufnehmen zu können, unabhängig davon, wie überfordernd der Stresspegel für komplex traumatisierte Menschen und für das Team wird. **Vielfältige Triggerreize – auch durch zu instabile oder aggressive Mitpatienten- können dazu führe, 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, zermüht 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. Auch diese müssen allerdings auf fundierten traumaspezifischen Ausbildungen der Therapeutinnen basieren. Dann bieten sie für komplex traumatisierte Klienten sowohl einen heilsamen Zugang zu ihrer oft großen Kreativität und künstlerischen Begabungen als auch zu dosierter Körperwahrnehmung, Körperressourcen und einer schonenden Reorganisation auf körperlicher Ebene. **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.

## 14. Phasen-Modelle in Traumapädagogik, traumazentrierter Beratung und Therapie

- Die zurzeit gängige Einteilung des phasenorientierten Vorgehens in der Behandlung traumatisierter Patienten geht auf Überlegungen von Pierre Janet (1889) zurück, der ein dreiphasiges Modell mit den Phasen Stabilisierung und Symptomreduktion, Behandlung traumatischer Erinnerungen und (Re-) Integration der Persönlichkeit und Rehabilitation vorschlug.
- Später beschriebene Modelle sind ähnlich aufgebaut, wobei die Phasen nicht aufeinander folgen müssen. Stattdessen wechseln sich die Phasen ab, beeinflussen einander und bedingen sich teilweise gegenseitig. Im deutschsprachigen Raum hat sich eine Aufteilung durchgesetzt, die dem Ansatz von Herman (1993) folgt:
  - Stabilisierung und Affektregulation
  - Traumasynthese/ Traumaexposition
  - Integration und Neuorientierung
- 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.

## 15. 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.**

- Spezifische traumapädagogische Interventionen sind mit einem zusätzlichen professionellen Heilauftrag verknüpft. Dieser kann entweder begleitend, durch familienunterstützende oder familienersetzende Hilfe gestaltet werden.
- **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).

Grundsätzlich benötigen alle Klienten:

- Schutz vor Bedrohung
- Verlässlichkeit in Beziehungen
- das Recht auf offenes Äußern ihrer Emotionen
- das Gefühl, akzeptiert und anerkannt zu werden
- sowie Zuwendung und konsistente Fürsorge

**Diese Haltung muss gelebt und in der Arbeit verdeutlicht werden.**

- ➔ **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.

### Charakteristika der beratenden/therapeutischen Haltung:

- Freundlich, zugewandt, teilnehmend, wertschätzend
- Konsequenz ressourcen- und lösungsorientiert von der ersten Stunde an
- Klar und eindeutig, verlässlich, glaubwürdig und Halt gebend
- Klare Grenzen setzen und wahren
- Einverständnis der Klientin für jeden nächsten Schritt einholen
- Emotional für die Sorgen und Nöte – besonders auch der traumatisierten Kinder und Jugendlichen – feinfühlig empathisch verfügbar sein
- Erwachsene Klienten als gleichrangig, „auf Augenhöhe“ begegnen; auch Kinder nicht besserwisserisch behandeln
- Klare transparente Angebote und Aufklärung, einschließlich zeitlichem Rahmen, Finanzierung, Grenzen und Beendigung der Maßnahme
- Die professionelle Rolle und ethische Grundsätze wahren, keine privaten oder gar sexuellen Beziehungen eingehen, keine Arbeiten von Klienten für Betreuer verrichten lassen, keine Geschäfte mit ihnen eingehen, keine religiösen oder politischen Einfluss nehmen
- Klare Werthaltung: Ablehnung von Gewalt und sexuellem Missbrauch

- Der Schlüssel für ein gutes Arbeitsbündnis ist die **Hoffnung auf positive Veränderungen und ein Zusammenschluss mit den Selbstheilungskräften der Klientin. Die Kombination von Empathie und Entschiedenheit mit klaren Grenzen** ist eine Spezielle unter den vielen zu bewältigenden Anforderungen an uns Helferinnen.
  - Wir geben durch Verständnis Halt, wenn anscheinend kleine Missverständnisse dazu führen, sich „mutterseelenallein“ zu fühlen.
  - Wir helfen vor Urlaubstrennungen, Verlassenheitsängste zu bewältigen. Manchmal ist ein Übergangsobjekt, wie ein Stofftier oder ein Kissen, tröstend hilfreich.
  - Wir sind real präsent, bauen eine Brücke nach Brüchen in der Beziehung, wenn wir kränken oder abweisend erlebt wurden, entschuldigen wir uns für Fehler.
  - Und wir bestehen auf klare Grenzen, sie geben Halt – auch gegen selbstdestruktives Verhalten.
- ➔ **Der beste Halt ist natürlich die sich in der Klientin selbst entwickelnde Fähigkeit zu Selbstfürsorge und Selbstregulation.**

## 16. Auswirkungen von Beziehungstraumata und Bindungsstörungen im beratenden & 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.
- **Bindungsstiel 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, feinfühligke 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 abstinenteres 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.
- Die Kontaktaufnahme kann zunächst von Angst und tiefem Misstrauen geprägt sein, Traumaberaterinnen können deshalb auch vehement aggressiv zurückgewiesen werden. Dieses Verhalten kann dann als scheinbar „mangelnde Motivation“ jede Hilfsmaßnahme von vornherein scheitern lassen. Wenn es der Beraterin gelingt, darin die **Dynamik einer Bindungsstörung** zu erkennen und zu verstehen, kann dies allmählich auch für die Klientin einsehbar, verstehbar, spürbar und im Folgenden dann auch veränderbar werden. Dann kann die Klientin verstehen, dass sie Helfer als „Retter und Täter“ gleichzeitig erlebt. Sie kann begreifen, dass sie zwar Hilfe aufsucht, aber auch wieder abweisen muss, solange sie in dieser Dynamik gefangen ist. So kann sich – vorsichtig und mit gebührenden Abstand – doch noch eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung entwickeln (Wöller, 2006), in der Helfer weder als idealisierter Retter gelten noch mit destruktiven Tätern verwechselt werden, sondern mit ihren Möglichkeiten und Grenzen wahrgenommen werden.
- 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 (Weiß, 2008b). **Eine gemeinsame Aufgabe besteht darin, zu überprüfen, ob dieses Verhalten heute noch sinnvoll und notwendig ist.**

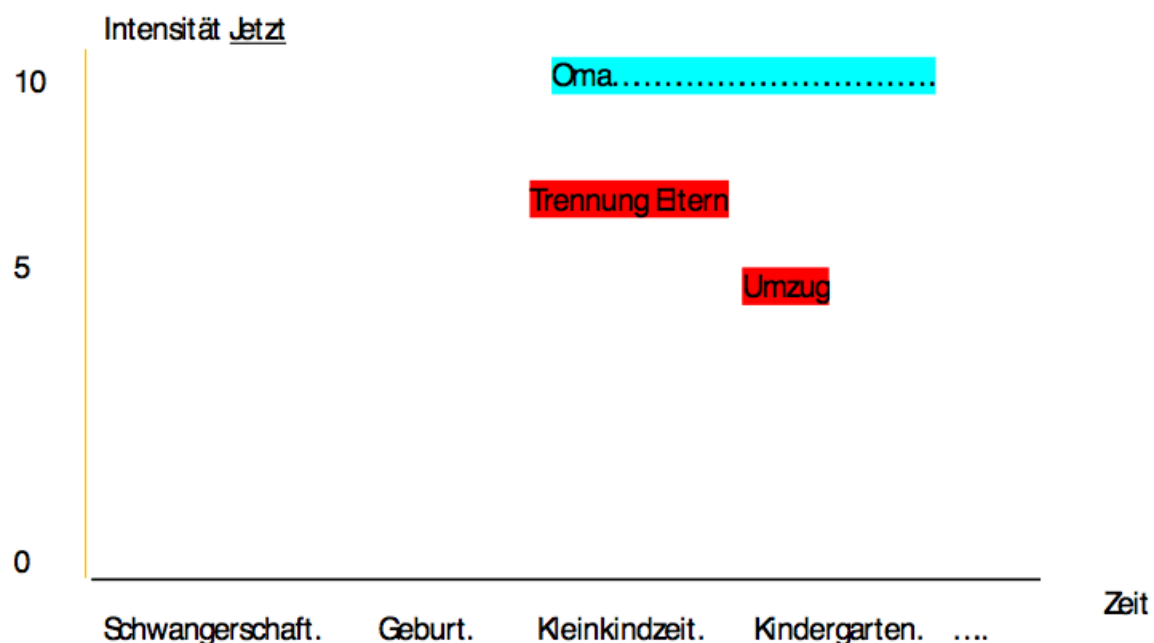
- Das traumazentrierte Wissen der Beraterin kann hier als entscheidende Weichenstellung für einen positiven Verlauf der Beratung bewirken. Sie muss erkennen, dass das Verhalten der Klientin ggf. als deren „**Traumafolge-Beziehungs-Einstiegs-Szenarium**“ zu sehen ist, dass die Klientin braucht, um es überhaupt zu wagen, Hilfe anzunehmen. Es darf nicht ausschließlich als unüberwindlicher Widerstand gegenüber dem Beratungsangebot gesehen werden. Um dieses Geschehen verstehen zu können, ist die gemeinsame Reflexion auf einer Meta-Ebene erforderlich.
- In einer solch komplexen Dynamik kann traumaspezifische Supervision helfen, sich als Helfer nicht destruktiv verwickeln zu lassen.
- 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.

### Traumasppezifische 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.
- Viele Klienten berichten, dass sie ihre Geschichte schon häufig erzählen mussten, was sie oft als sehr belastend erlebten, vor allem dann, wenn es danach nicht zu weiteren Hilfen oder Kontakten kam. Die Anamnese sollte sehr behutsam sein und Traumadetails sollten mit Distanz berichtet werden, die Beraterin kann mit Einverständnis des Klienten dazu auch auf schriftliche Vorberichte zurückgreifen.
- Helfer sollten sich von den Schreckensgeschichten der Klienten nicht faszinieren lassen. Sie hingegen ganz zu hindern, ihr Leid zu erzählen, und damit die „Zeugenschaft“ zu verweigern, ist ebenfalls zu vermeiden.
- In der Diagnostik und Traumaexploration können Probleme auftreten durch Aktivierung von traumatischen Stress mit Überflutung, durch Amnesien oder dissoziative Anteile.
- Daher sollte die Klientin schon vor der Anamneseerhebung angeleitet werden, darauf zu achten, wann sie Stresszeichen erlebt, und sich dann zunächst wieder distanzieren und zu beruhigen – sich also zurück ins Toleranzfenster zu regulieren.

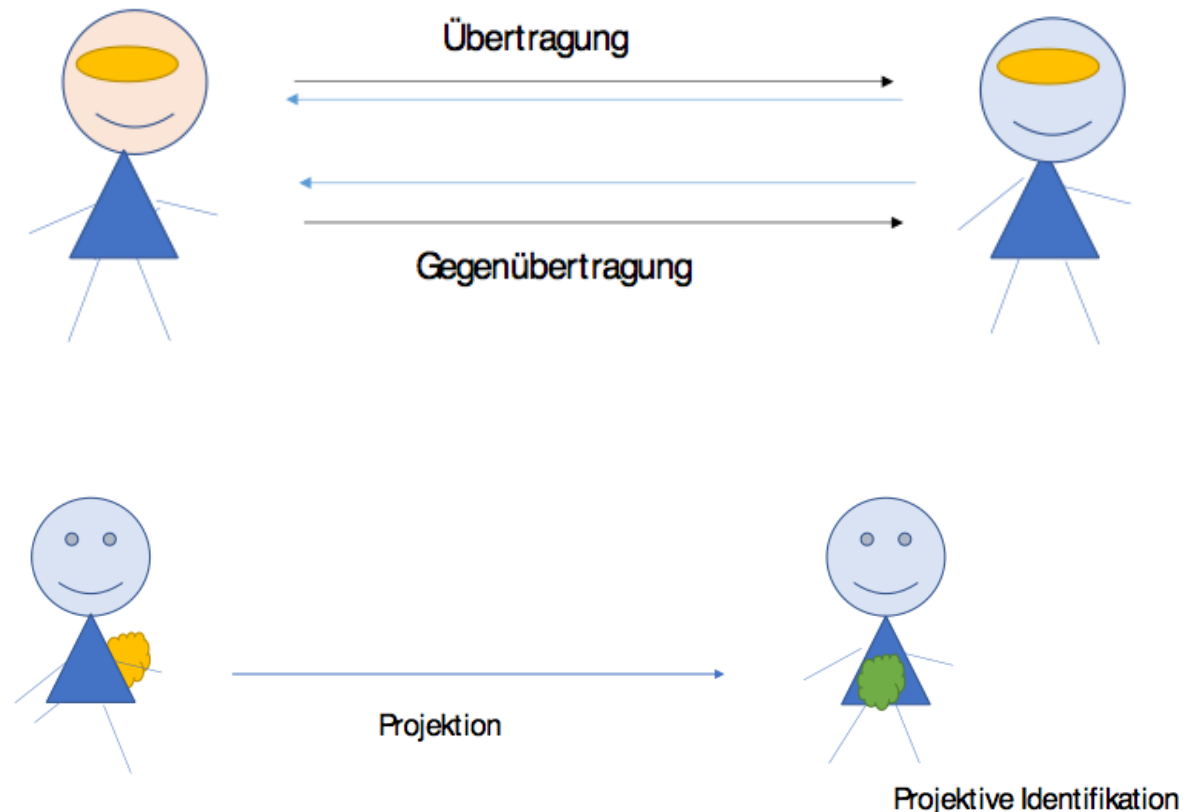
Trauma können – ohne Detail – schonend als „Überschriften“ und in der dritten Person benannt werden.

- Genauso wichtig, wenn nicht sogar noch wichtiger, ist die Diagnostik der Ressourcen, zumal häufig ein traumabedingtes negatives Selbstbild und erlernte Hilflosigkeit die Sicht auf die eigenen Stärken blockieren. Dann fixiert eine oft zu problemorientierte Sicht traditioneller Therapien die Klienten in ihrer Not. Gerade früh Traumatisierte sind oft „gefangen“ in den traumanahen neuronalen Netzwerken, die ihre weitere Persönlichkeitsentwicklung prägten. Sie kennen dann nur ihre negative Selbst- und Weltsicht als Realität, die sie ohne Hilfe nicht hinterfragen können. Bewährt hat sich die Erstellung einer „Trauma- und Ressourcenlandkarte“ (Huber, 2003b).
- Reddemann rät, alles durch die „Ressourcenbrille“ zu sehen, beharrlich auch nach Ausnahmen zu fragen.

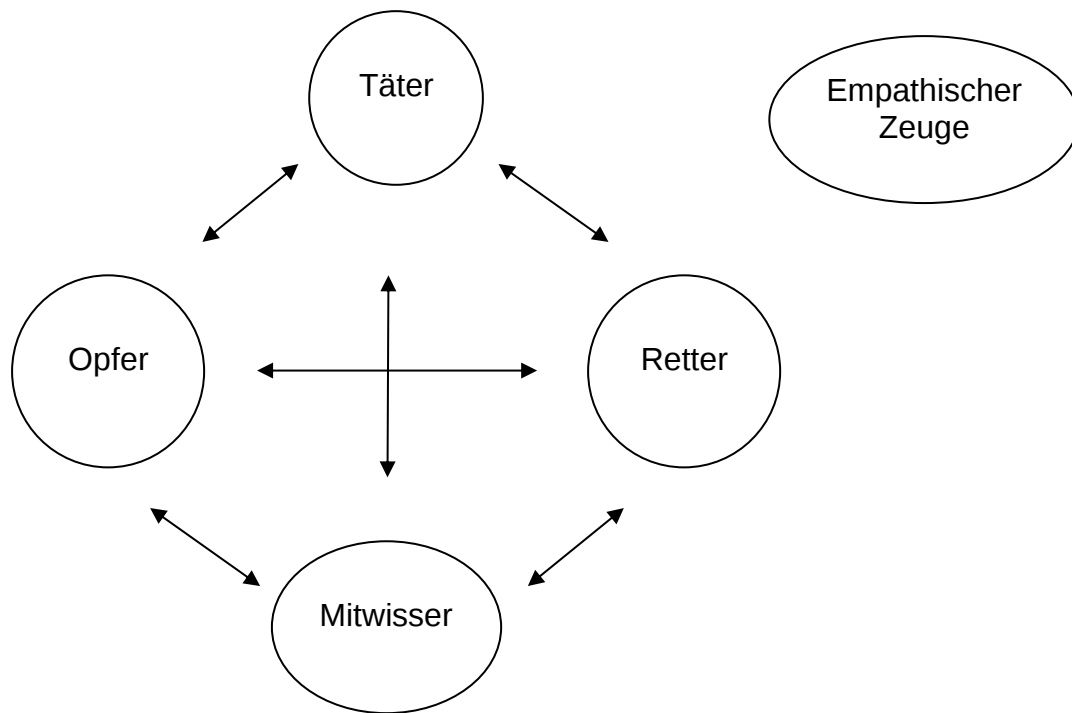


## 17. Übertragung/ Gegenübertragung

- **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.
- Soweit möglich sollte den Klienten eine **Partizipation** durch Mit- und Selbstbestimmung angeboten werden. Dazu gehören Wahlmöglichkeiten, Einbezug beim Erstellen von Regeln, sowie Transparenz bezogen auf das strukturelle Machtgefälle innerhalb der Institutionen. (Beckrath-Wilking, Biberbacher, Dittmar, Wolf-Schmid 2013).



## Das Trauma-Viereck: Täter-Opfer-Retter-Mitwisser



## Narzissmusfalle

- Traumatisierte Klienten versuchen häufig, eine exklusive, idealisierende Beziehung zu ihrer Betreuerin aufzubauen, die scheinbar all ihre Bedürfnisse erfüllen kann. Dies ist in der Regel nicht lange aufrecht zu erhalten. Ist die Betreuerin nicht achtsam und tappt so in die „Narzissmusfalle“, kommt es früher oder später zu einem Bruch. In Folge kann es zu heftigen emotionalen Anspannungszuständen, zu einem erneuten Ausbruch der Symptomatik und zu einer Verschärfung der Bindungsproblematik kommen. (Beckrath-Wilking, Biberbacher, Dittmar, Wolf-Schmid 2013).

## 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**“ (Wöller, 2006).

| <b>Traumatische Situation</b>   | <b>Therapie/ Beratung</b>              |
|---------------------------------|----------------------------------------|
| 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                    |

- Wir sollten verlässlich und vorhersagbar sein, Auftrag und Ziele gemeinsam mit dem Klienten klären, ihnen nichts überstülpen, Autonomie und Selbstwirksamkeit beachten und stärken.

- Dazu gehört: keine Willkür, alles erklären, jeweils das Einverständnis der Klientin vor jedem nächsten kleinen Schritt einholen, nichts überstürzen, nicht zu viel versprechen.
- Zuverlässigkeit und Transparenz bedeuten Kontrolle und Wahlmöglichkeit im Gegensatz zum traumatischen Kontrollverlust.
- Wir sollten klare Grenzen einhalten und eigene Fehler eingestehen, Modell sein. Ein klares und rechtzeitiges Nein signalisiert, dass Autonomie und konstruktive Aggressionen erlaubt und nicht zerstörerisch sind.

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

### Hilfreich für Sicherheit in der beratenden/ Therapeutischen Beziehung

- Klarer Rahmen und professionelle Rolle
- Arbeitsbündnis
- Therapeutische Haltung der Traumatherapie: aktiv, wertschätzend, ressourcenorientiert
- Keine Regressionsförderung
- Beziehung auf Augenhöhe
- Arbeit der Erwachsenen mit den verletzten jüngeren Ego-States, Innere-Kind-Arbeit
- Stabilisierende Arbeit mit Inneren Verfolgern/ Täterintrojekten
- Supervision

## 18. 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.
- **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.

## **19. Literatur zum Curriculum „Traumapädagogik und traumazentrierte Fachberatung“**

- Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, W. B., Jones, J. G. & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse and Neglect*, 22 (8), 759-774.
- Aichhorn, A... (2005). *Verwahrloste Jugend: Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung*. Bern: Hans Huber.
- Baierl, M. (2010). *Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ballreich R./Ciompi, I./Glasl, A./Von Schlippe, A. (2016 ): *Die Macht der Emotionen*. Stuttgart: Concadora Verlag
- Bange, D. & Körner, W. (2002). (Hrsg.). *Handwörterbuch Sexueller Missbrauch*. Göttingen: Hogrefe.
- Bauer, J. (2006). *Warum ich fühle was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. München: Heyne Verlag.
- Bausum, J., Besser, L.-U., Kühn, M. & Weiß, W. (Hrsg.) (2009). *Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis*. Weinheim: Juventa.
- Becker, D. (2008). *Die Erfindung des Traumas – verflochtene Geschichten*. Berlin: Der Freitag-Mediengesellschaft.
- Beckrath, U. et al. (2013). *Traumfachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik*. Junfermann Verlag
- Bentovim, A. (1995). *Traumaorganisierte Systeme*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- BMFSFJ (2009). 13. Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen – Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe. Berlin: Bundesanzeiger Verlag.
- Boger, K. (2022). *Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bonus, B. (2006). *Mit den Augen eines Kindes sehen lernen. Bd.1: Zur Entstehung einer Frühtraumatisierung bei Pflege- und Adoptivkindern*. Norderstedt: Books on Demand.
- Bonus, B. (2008). *Mit den Augen eines Kindes sehen lernen. Bd.2: Die Anstrengungsverweigerung*. Norderstedt: Books on Demand.
- Boos, A. (2005). *Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.

- Borg-Laufs, M. & Hungerige, H. (2005). Selbstmanagementtherapie bei Kindern. Ein Praxishandbuch. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta. (Reihe Leben lernen 183)
- Bowlby, J. (2005). Frühe Bindung und kindliche Entwicklung (5. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Bowlby, J. (2006). Bindung und Verlust. Band 1: Bindung. München: Ernst Reinhardt.
- Bowlby, J. (2006). Bindung und Verlust. Band 2: Trennung – Ärger und Angst. München: Ernst Reinhardt.
- Bowlby, J. (2006). Bindung und Verlust. Band 3: Verlust – Trauer und Depression. München: Ernst Reinhardt.
- Bowlby, J. (2008). Bindung als sichere Basis, Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. München: Ernst Reinhardt.
- Breitenbach, G. & Requardt, H. (2010). Komplexsystemische Traumatherapie und Traumapädagogik. Ein Handwerksbuch für die Praxis. Heidelberg: Asanger Roland.
- Brisch, K. H. (2009). Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie (9., vollständig überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. & Hellbrügge, T. (2003). (Hrsg.). Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. & Hellbrügge, T. (Hrsg.). (2007). Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brooks, R. & Goldstein, S. (2007). Das Resilienz-Buch. Wie Eltern ihre Kinder fürs Leben stärken – Das Geheimnis der inneren Widerstandskraft. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Canacakis, J. & Bassfeld-Schepers, A. (1994). Auf der Suche nach den Regenbogentränen: Heilsamer Umgang mit Abschied und Trennung. Gütersloh: C. Bertelsmann.
- Chopich, E. J. & Paul, M. (2001). Aussöhnung mit dem inneren Kind (13. Aufl.). München: Ullstein Taschenbuchverlag.
- Chopich, E. J. & Paul, M. (2002). Das Arbeitsbuch zur Aussöhnung mit dem inneren Kind (12. Aufl.). Freiburg i. Br.: Bauer.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Deblinger, E. (2009). Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Berlin: Springer.
- Damasio, A. R. (2004). Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. Berlin: Marion von Schröder Verlag.