

utb.

Jürgen Beushausen
Andreas Schäfer

Traumaberatung in psychosozialen Arbeitsfeldern



Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage

Böhlau Verlag · Wien · Köln · Weimar

Verlag Barbara Budrich · Opladen · Toronto

facultas · Wien

Wilhelm Fink · Paderborn

Narr Francke Attempto Verlag / expert verlag · Tübingen

Haupt Verlag · Bern

Verlag Julius Klinkhardt · Bad Heilbrunn

Mohr Siebeck · Tübingen

Ernst Reinhardt Verlag · München

Ferdinand Schöningh · Paderborn

transcript Verlag · Bielefeld

Eugen Ulmer Verlag · Stuttgart

UVK Verlag · München

Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen

Waxmann · Münster · New York

wbv Publikation · Bielefeld

Wochenschau Verlag · Frankfurt am Main

Jürgen Beushausen
Andreas Schäfer

Traumabberatung in psychosozialen Arbeitsfeldern

Eine Einführung für Studium und Praxis

Verlag Barbara Budrich
Opladen & Toronto 2021

Die Autoren:

Dr. Jürgen Beushausen,

aktuell tätig als Lehrbeauftragter an verschiedenen Hochschulen, Supervisor, Berater/Therapeut und in der Fortbildung (psychosoziale Beratung und Traumaberatung), Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit an der Hochschule Emden

Homepage: <https://juergenbeushausen.de/t/>

Andreas Schäfer,

studierte an der Hochschule Emden im Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, aktuell tätig im ARCHE Zentrum Bremerhaven

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar.

Gedruckt auf säurefreiem und alterungsbeständigem Papier.

Alle Rechte vorbehalten.

© 2021 Verlag Barbara Budrich GmbH, Opladen & Toronto
www.budrich.de

utb-Bandnr. 5606
utb-ISBN 978-3-8252-5606-7

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Online-Angebote oder elektronische Ausgaben sind erhältlich unter www.utb-shop.de.

Lektorat: Dr. Andrea Lassalle, Berlin – andrealassalle.de

Satz: Anja Borkam, Jena – kontakt@lektorat-borkam.de

Umschlaggestaltung: Atelier Reichert, Stuttgart

Titelbildnachweis: pixabay, TanteTati

Druck und Bindung: Pustet GmbH & Co KG, Regensburg

Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis	8
1 Einleitung	9
2 Trauma	19
2.1 Ein erster Überblick	19
2.2 Neurophysiologische Grundlagen	29
2.3 Traumafolgestörungen	32
3 Einführung in die Beratung	37
3.1 Beratungsbegriff und Merkmale	37
3.2 Beratungskompetenzen	39
3.3 Die Bedeutung der Passung	43
3.4 Beratung und Therapie – Gemeinsamkeiten und Unterschiede	47
4 Vom Trauma zur Traumaberatung	56
4.1 Überblick Traumaberatung	56
4.2 Beratungsplanung	58
4.3 Traumadiagnostik	61
4.4 Traumaberatung, Traumatherapie und Traumapädagogik – Gemeinsamkeiten und Unterschiede	75
5 Konzeptionelle Ansätze	82
5.1 Lebensweltorientierung	82
5.2 Ressourcenorientierung	84
5.3 Resilienzförderung	86
5.4 Biopsychosoziale Modelle	89
5.5 Salutogenese	94
5.6 Risiko- und Schutzfaktoren	96
5.7 Stresskonzepte	99
5.8 Empowerment	102
5.9 Case-Management	105
5.10 Netzwerkarbeit	107

5.11	Transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen	108
6	Praxis – Haltungen und Aufgaben der Traumaberatung	117
6.1	Überblick über die Fallbearbeitung – Haltungen und Beziehungsgestaltung	117
6.2	Stabilisierung und Stabilisierungstechniken	123
6.3	Ressourcenorientierung in der Praxis	132
6.4	Psychoedukation	145
6.5	Akute Hilfen und Krisenintervention	152
6.6	Dissoziation – hilfreiche Interventionen	164
6.7	Netzwerkarbeit	169
6.8	Symptomanalyse und die Reduktion problematischer Symptome	181
7	Traumaberatung in psychosozialen Arbeitsfeldern	184
7.1	Übersicht über die Arbeitsbereiche	184
7.2	Trauma und Sucht	186
7.3	Trauma und Intelligenzminderung	194
7.4	Trauma und Schulsozialarbeit	197
8	Hilfreiche Methoden	213
8.1	Mentalisierung	213
8.2	Emotionsregulierung	219
8.3	Die Arbeit mit inneren Anteilen	233
8.4	Rechtliche Hilfen	245
9	Besondere Problematiken	249
9.1	Risiken und Nebenwirkungen	249
9.2	Bindungsproblematiken	259
9.3	Übertragung und Gegenübertragung	267
9.4	Partizipation	272
9.5	Angehörigenarbeit	279
9.6	Opfersein im gesellschaftlichen Kontext	285
10	Selbstfürsorge der Helfer	296
10.1	Psychohygiene der Berater, im Team und der Supervision ...	296
10.2	Sekundäre Traumatisierung	307
	Literaturverzeichnis	319

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die traumatische Zange	28
Abbildung 2: Koordinaten der psychosozialen Diagnostik	67
Abbildung 3: Fallbeispiel Herr Bauer, Koordinatensystem	69
Abbildung 4: Resilienzfaktoren	88
Abbildung 5: Das biopsychosoziale Modell von Engel	90
Abbildung 6: Risikoe erhöhende Merkmale	98
Abbildung 7: Schritte der Fallbearbeitung	118
Abbildung 8: Suchheuristik zur Ressourcenaktivierung	137
Abbildung 9: Krisenverlauf	154
Abbildung 10: Kulturelles Atom von Frau Heinze	172
Abbildung 11: VIP-Karte von Lea, traditionell	175
Abbildung 12: Symbole für die Map nach Minuchin	176
Abbildung 13: Elterliches Antworten und Repräsentanzenbildung	215
Abbildung 14: Unmarkiertes elterliches Antworten	215
Abbildung 15: Externalisierung als Entlastung des Selbsterleben	216
Abbildung 16: TEK-Modell des konstruktiven Umgangs mit negativen Emotionen	223
Abbildung 17: Überblick über Kategorien möglicher Fehler, Risiken und Nebenwirkungen	252
Abbildung 18: Integratives Model des Burn-out – auslösende Faktoren und Verlauf	300

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse	23
Tabelle 2:	Lebenszeitprävalenz traumatischer Ereignisse im Geschlechts- und Altersgruppenvergleich	25
Tabelle 3:	Bedingte Prävalenzen nach Traumagruppen bezogen auf PTBS-Vollbild und partielle PTBS	26
Tabelle 4:	Handlungsansätze aus pathogenetischer und salutogenetischer Sicht	96
Tabelle 5:	Risiko- und Schutzfaktoren	141
Tabelle 6:	Zweidimensionales Netzwerk	173
Tabelle 7:	Nebenwirkungen, Fehler und Risiken aufgrund der Missachtung ethischer Grundlagen	253
Tabelle 8:	Nebenwirkungen, Fehler und Risiken aufgrund von unprofessioneller Berufsausübung	253
Tabelle 9:	Institutionsbedingte Fehler und Risiken	255
Tabelle 10:	Partizipationsstufen aus der Perspektive der Klienten und der Berater	276

1 Einleitung

In vielen Arbeitsbereichen der Sozialen Arbeit sind psychosoziale Fachkräfte in ihrer Tätigkeit mit Klienten konfrontiert, die durch traumatische Ereignisse belastet und geprägt sind. Menschen mit Traumata begegnen wir in den verschiedensten Arbeitsfeldern, beispielhaft zu nennen sind die Flüchtlingshilfe, Suchtkrankenhilfe, Behindertenhilfe, Obdachlosenarbeit, Straffälligenhilfe und nicht zuletzt die Arbeit mit psychisch kranken Menschen und der Kontext der Auswirkungen sexueller Gewalt. Psychosoziale Helfer sind neben diesen Bereichen auch in der Betreuung, Begleitung und Pflege sowie Vermittlung in Kontakt mit traumatisierten Menschen. Sie arbeiten in Ämtern (Justiz, Jugendamt, Sozialamt), psychiatrischen Diensten, stationären Einrichtungen (Kinder- und Jugendhilfe, Heime, Wohngruppen, Psychiatrie, Suchtkliniken), tagesklinischen Angeboten (zum Beispiel Tagesstätte für psychisch kranke Menschen) und in ambulanten Angeboten wie Beratungsstellen, Suchtberatung, Schulen oder in der ambulanten Betreuung psychisch kranker Menschen. Dieser Kontakt umfasst alle Altersgruppen von den Säuglingen bis zu den Senioren und verschiedenste kulturelle Kontexte und Lebenserfahrungen. Psychosoziale Fachkräfte begegnen Menschen mit Einschränkungen (mehrfache Behinderung, kognitive Einschränkungen, Demenz) und verschiedensten Symptomen (Depression, Suchterkrankungen, sexuelle Gewalterfahrungen, Tätern etc.). Betroffen sind zudem Angehörige oder andere Netzwerkpartner und das oftmals ein Leben lang. Traumatisierte Personen nehmen Kontakt mit Institutionen der klassischen Beratung und Behandlung auf, nutzen aber auch „Randbereiche“ wie die Internetberatung, Erlebnispädagogik, Telefonseelsorge oder tiergestützte Therapie. Organisiert wird die Hilfe von Selbsthilfegruppen, freien Trägern, Kirchen, ehrenamtlichen Helfern im In- und Ausland, Wohlfahrtsorganisationen und in staatlichen Einrichtungen wie beispielsweise den Gesundheits- oder Jugendämtern. Auch die Finanzierung der Hilfen ist unterschiedlich geregelt, sie reicht von einer Finanzierung durch die Krankenkassen über staatliche Hilfen bis hin zu Spenden. Nicht zuletzt sind psychosoziale Fachkräfte in der Begegnung mit traumatisierten “Hard-to-Reach”-Klienten besonders gefordert (Gahleitner 2021). Hard-to-Reach-Klienten zeichnen sich besonders durch einen komplexen Hilfebedarf, multiple existenzielle Problemlagen, herausfordernde Verhaltensweisen, abweichende Lebensläufe, Diskriminations- und Stigmatisierungserfahrungen, ambivalente Motivation, kommunikative Barrieren, eingeschränkte Mobilität und fehlendes Wissen zu bestehenden Hilfen aus (Giertz u.a. 2021).

Die Arbeit mit traumatisierten Menschen erfordert Spezialkenntnisse, dies sollte für die Helfer jedoch keine Thematik sein, die nur Spezialisten überlassen bleibt, denn sie sind oftmals erster Ansprechpartner und langjährige

Bezugsperson. Psychosoziale Fachkräfte benötigen daher besondere Kompetenzen im Umgang mit dieser Klientel. Nicht zuletzt werden auch Kompetenzen im Bereich der Selbstreflexion und der damit einhergehenden Selbstfürsorge benötigt, denn das Thema Trauma bringt Fachkräfte in Berührung mit eigenen biografischen Verletzungen. Dies löst wiederum in speziellen Situationen bestimmte Wirkungen und Reaktionsmuster aus. Daher sollten Fachkräfte sich selbst und ihre Situation stets reflektieren und hinterfragen. Das grundlegende Wissen und die fundierten Kompetenzen, die hierfür nötig sind, sollten möglichst bereits während des Studiums erworben werden.

Gahleitner u.a. (2015: 5) fassen zusammen:

„Trauma ist ein biopsychosoziales Geschehen. Nirgendwo sonst wird so eindrücklich deutlich, dass ein äußeres Ereignis bis ins Innerste des Menschen eindringt, ihn als Ganzes erfasst und in der weiteren – lebenslangen – Entwicklung prägt. Noch schlechter als bei anderen Belastungen und Krankheiten lassen sich Körper, Seele, Geist und Gesellschaft in ihre Einzelteile zerlegen, benötigt Unterstützung ein Zusammenwirken von mehreren Professionen – auch der Gesellschaft.“

Traumata werden oft über lange Zeiträume als überwältigend und emotional überflutend erlebt, sodass diese häufig zu problematischen Schutz- und Bewältigungsstrategien führen. Dies zeigt sich beispielsweise in einer Reizbarkeit, Erstarrung, psychischen Störungen, Suchtverhalten oder starken Vermeidungsverhalten. Psychosoziale Fachkräfte müssen diese Symptome als Überlebens- und Bewältigungsstrategien infolge biografischer Erfahrungen verstehen können (Keller, Baldus, Noyon 2017). Traumatisierte Menschen erleben unreflektierte Reaktionen, Verbote, Zurückweisung und Unverständnis sonst als wiederholte Ohnmachtserfahrung. Die Betroffenen fühlen sich in einem solchen Fall berechtigterweise missverstanden, abgelehnt und ausgegrenzt, was letztlich die Gefahr einer Retraumatisierung erhöht.

Da die Bedeutung der Traumata für die Menschen so erheblich ist, hat sich hierauf auch die Soziale Arbeit einzustellen, denn traumatisierte Menschen benötigen ein unterstützendes und korrigierendes Umfeld. Nicht zuletzt sind soziale und emotionale Unterstützung ein wichtiger Schutzfaktor gegen die Entwicklung und Chronifizierung von Traumafolgestörungen (Maercker 2013) und in einem umfassenden integrativen Konzept hilfreich bei der Bewältigung von Traumata. Fachkräfte benötigen daher umfangreiche Kenntnisse über die Bedeutung von Traumata und ihre Auswirkungen, Kompetenzen in der Einschätzung von Traumata, Kenntnisse der Krisenintervention, beispielsweise bei akuten Selbst- oder Fremdgefährdungen und in der Vermittlung von Stress reduzierenden Bewältigungsformen. Insgesamt wird also ein Verständnis für die Menschen benötigt, das ermöglicht, geduldig Prozesse auch langfristig zu begleiten und immer wieder stressregulierend zu unterstützen, dahinterstehende Bedürfnisse zu erkennen und bei der Regulierung tätig zu werden. Nicht zuletzt ist immer wieder der Blick auf die Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten zu richten.

Im Kontext Sozialer Arbeit ist ein systemischer Blickwinkel bedeutsam. Ansatzpunkt für die Hilfe ist nicht ein individueller Klient, sondern der Klient im Kontext seines Netzwerkes. Dies bedeutet, dass immer die zirkulären Auswirkungen mit zu bedenken sind, insbesondere Auswirkungen auf die Partnerschaft und auf die Kinder. Daher ist bereits bei der Diagnostik immer der Blick auch auf diese Netzwerke zu richten.

Zu beachten ist dabei, dass traumatische Erlebnisse immer in bestimmten sozialen, kulturellen, ökonomischen und politischen Kontexten stattfinden, welche den Verlauf der traumareaktiven Folgen und das jeweilige Ausmaß an Unterstützung und Beratung prägen (Brandmaier 2015). Daher ist es auch gerade Aufgabe der Sozialen Arbeit auf die Bedeutung dieser Aspekte hinzuweisen. Beispielhaft sei hier auf die Bedeutung einer sicheren Wohnung hingewiesen, um obdachlose Menschen oder Menschen, die von ihrem Partner misshandelt wurden, das Erfüllen grundlegender Bedürfnisse, insbesondere nach Sicherheit, zu ermöglichen. Dieser Aspekt wird allgemein in der Fachliteratur und insbesondere im Kontext der Traumatherapie jedoch wenig thematisiert.

Solch eine soziale Perspektive hat zu konstatieren, dass die Anerkennung von Trauma als Ursache psychischer Störungen immer auch vom politischen und ökonomischen (Macht-)Interesse geprägt ist. Dies trifft beispielsweise für die Opfer sexueller Gewalt in kirchlichen Institutionen, Kinderheimen oder Sportvereinen zu. Nach Brandmaier (2015) lagen nicht nur früher, zum Beispiel nach den Weltkriegen, sondern auch heute noch dem Umgang mit Überlebenden von Gewalt gesellschaftliche Normen und Vorstellungen sowie politischen und ökonomischen Interessen zugrunde, wie dies zum Beispiel an geflüchteten Menschen und Asylsuchenden veranschaulicht werden kann. Becker (2006) geht noch einen Schritt weiter, wenn er konstatiert, dass wir zu wenig vom Leid der Subjekte in verschiedenen Kulturen und Kontexten erfahren. Es gebe heute eine im Wesentlichen eng psychiatrisch, ausschließlich symptomorientiert argumentierende Traumaforschung und eine damit verknüpfte Behandlungspraxis, die ihren reaktionären Charakter hinter einer angeblich apolitischen Haltung verbirgt. Sozial und politisch verursachte Traumatisierungen müssten jedoch immer Teil des politischen Prozesses bleiben.

Täglich erleben Professionelle der Sozialen Arbeit eine Klientel, welche traumatisiert ist und individuelle Hilfsmöglichkeiten in Anspruch nehmen möchte. Bereits 1998 sprach Maercker davon, dass „[z]wischen einem Viertel und einem Drittel aller in Deutschland lebenden Menschen [...] mindestens ein Trauma im Laufe ihres Lebens [entwickeln]“ (Pausch, Matten 2018: 10). Nach Geschlecht differenziert, sind ca. 2,2 % aller Frauen und rund 1 % aller Männer in Deutschland von einer PTBS betroffen. In Bezug auf die Altersgruppe zeigt sich, dass durchschnittlich Jüngere eine höhere Prävalenz zeigen als Ältere. Jedoch geht aus einer Studie aus dem Jahr 2008 hervor, dass die „Kriegsgeneration“ in Deutschland bei einer Ein-Jahres-Prävalenz einen 3-

fach höheren Wert hatte, als Menschen zwischen dem 14. und 29. Lebensjahr (vgl. Maercker, Augsburger 2019).

Traumatisierungen sind mitunter versteckt und nicht immer direkt offensichtlich, da seitens der Hilfesuchenden stattdessen diverse andere Probleme beschrieben werden. Daher kann es passieren, dass das eigentliche Problem zu wenig Beachtung bekommt oder gar verkannt wird. Fachkräfte benötigen hierbei ein hohes Maß an Flexibilität und Kompetenzen, um der anspruchsvollen Thematik gerecht zu werden. Für traumatisierte Menschen ist ein funktionierendes Hilfesystem notwendig, um angemessen mit dem traumatischen Ereignis und seinen Folgeerscheinungen umgehen zu können. Hierfür eignet sich die Traumaberatung, die sich vor allem um die psychische Stabilisierung traumatisierter Menschen kümmert.

Gahleitner beschreibt die Traumaberatung als eine Beratungsform, die behutsam versucht, beziehungs- und ressourcenorientiert zu arbeiten, um dabei stabilisierende sowie selbstexplorative Selbstheilungsprozesse anzuregen (vgl. Gahleitner 2013: 176). Dadurch erlernen betroffene Personen, wie sie die Symptome kontrollieren können, um den Alltag zu bewältigen. Die Traumaberatung verzichtet zudem auf eine direkte Traumakonfrontation. Daher benötigen professionell beratende Helfer fachspezifische Kenntnisse sowie ein Verständnis von neurophysiologischen Prozessen, da hierdurch Betroffene ihr Trauma besser nachvollziehen können, wodurch die Traumabewältigung beschleunigt werden kann (ebd.: 182).

Obwohl sich die Traumaberatung als feste Größe im Hilfesystem etabliert hat, finden sich keine eigenständigen Grundlagenwerke, die sich dieser Thematik vollends angenommen haben. Stattdessen richtet sich der hauptsächliche Fokus auf die Traumatherapie und die Traumapädagogik. Ursache hierfür ist möglicherweise, dass sich die Forschung und Theoriebildung bisher auf die Expertise der Medizin und Psychotraumatologie bezieht. Im Kontext traumatisierter Menschen gerät dadurch die Soziale Arbeit in den Hintergrund, wodurch gerade konzeptionelle Ansätze wie die Lebensweltorientierung und die Netzwerkarbeit wenig Beachtung erhalten. Durch die fehlende bzw. mangelnde Anerkennung dieser Ansätze wird die eigene berufliche Haltung in der Sozialen Arbeit nicht ausreichend gewürdigt. Dabei sollte die Soziale Arbeit genau als das agieren, was sie nach Gahleitner und Schulze ausmacht: „als eigenständiger und dennoch dialogfähiger professioneller Partner im interprofessionellen psychosozialen Behandlungsraum“ (Gahleitner, Schulze 2009: 7).

In den psychosozialen Hilfesystemen haben sich differenzierte Hilfsformen zur Traumabewältigung etabliert. Die Traumaberatung ist eine mögliche Variante und beschäftigt sich im Kern mit dem Aufbau einer professionellen Beziehung sowie der Schaffung ressourcenorientierter Selbstheilungsprozesse. Dabei arbeitet die Traumaberatung im Kontext vorhandener sozialer Netzwerke, die sich in der Lebenswelt des Adressaten befinden. Hierzu versucht die Traumaberatung unter Einbindung methodischer Vorgehensweisen, le-

bens- und alltagsorientiert vorzugehen und dabei die Person in ihrem Umfeld zu betrachten. Dadurch sollen Betroffene lernen, einen Zugang und Kontrolle über die eigenen Gefühle und Erfahrungen (wieder) zu erlangen. Innerhalb der Traumaberatung werden auch Problemlagen thematisiert, die durch das Trauma entstanden sind, wodurch die Ressourcenorientierung einen wichtigen Bezugspunkt erhält. Traumaberatung ist eine Hilfsform, die sowohl nach einem Monotrauma als auch bei komplexen Traumafolgestörungen eingesetzt werden kann. Dabei kann die Traumaberatung als Unterstützung vor, begleitend oder während einer Traumatherapie in Anspruch genommen werden.

Ziel der Traumaberatung ist es, stabilisierende Selbstheilungsprozesse anzuregen. Hierfür eignen sich verschiedene konzeptionelle Ansätze, die in den letzten 20 Jahren in den Kanon der Theorien und Konzepte psychosozialer Arbeit aufgenommen wurden. Die Traumaberatung bezieht sich auf einen personenzentrierten Ansatz und betrachtet die betroffene Person dabei in ihrer Lebenswelt, wodurch sie so weit wie möglich in die Gestaltung der Prozesse integriert wird. Die Traumaberatung kann zudem auf die Ressourcenorientierung zurückgreifen. Hierbei werden Ressourcen als Schutzfaktoren angesehen, die für die Traumabewältigung aktiviert und in den Arbeitsprozess lösungs- und zielorientiert integriert werden. Im Kontext der Resilienz zielt die Traumaberatung ebenfalls auf Ressourcen ab, die als helfende und schützende Faktoren dienen. Hierbei werden soziale und personale Schutzfaktoren in den Fokus gerückt, die zur Stärkung der Willenskraft eingesetzt werden. Ebenfalls hilfreich für die Traumaberatung ist ein salutogenetischer Ansatz. Im Vordergrund stehen hierbei nicht die krankheitsfördernden Faktoren, sondern individuelle Bewältigungsformen, die positiv auf die Gesundheit einwirken. Hierbei werden Widerstandsressourcen aktiviert, die eine positive Auswirkung auf das Kohärenzgefühl haben. Das Empowerment-Konzept ist ebenfalls ein förderlicher Ansatz. Durch die Förderung von Autonomie und Selbstbestimmung sollen Betroffene wieder ein selbstbestimmtes Leben führen können. Hierzu stehen kennzeichnende Ansätze und Methoden zur Verfügung wie bspw. lebensweltliche und transitive Zugänge. Das Case-Management ist ein weiterer konzeptioneller Ansatz und kann in verschiedenen Tätigkeitsbereichen eingesetzt werden. Das Ziel ist hierbei, den individuellen Hilfebedarf in Form eines Hilfeplans aufzustellen. Dabei werden die aufgestellten Ziele in Verbindung zu formellen Leistungen des Sozial- und Gesundheitssystems gebracht. Der Case-Manager mobilisiert, vernetzt und koordiniert dabei den Hilfeprozess und sorgt dafür, dass der betroffenen Person ein selbstbestimmtes Leben ermöglicht wird. Gerade traumatisierte Menschen bringen multifaktorielle Problemlagen mit, weshalb eine Vernetzung mit anderen Fachkräften hilfreich für die Traumabewältigung wäre. Eine sozialraumbezogene Orientierung ist Gegenstand der Netzwerkarbeit und ebenfalls ein konzeptioneller Ansatz. Unter Betrachtung vorhandener Ressourcen werden dabei soziale Netzwerke aufgebaut und

bereits vorhandene gestärkt, wodurch korrelative Hilfen in Anspruch genommen werden können.

Die hier genannten konzeptionellen Ansätze eignen sich, um traumatisierte Menschen im Kontext der Traumaberatung zu unterstützen. Im Kern repräsentieren die genannten Ansätze die wesentlichen Aspekte der Traumaberatung, die für die Traumabewältigung wichtig sind. Dabei orientieren sich die Konzepte an den Fähigkeiten und Ressourcen des Individuums und begünstigen somit eine vertrauensvolle Beziehung.

Die Soziale Arbeit deckt ein breites Spektrum an Arbeitsfeldern ab. Dabei kümmert sich die Soziale Arbeit bspw. um die Bekämpfung von Armut, die Gestaltung von Heimerziehung oder um sozialpädagogische Bildungsangebote. Auch die Betreuung und Beratung traumatisierter Menschen gehört in den Aufgabenbereich professionell tätiger Sozialarbeiter. Generell zielt die Soziale Arbeit auf die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung ab. Dabei soll das Individuum dazu befähigt werden, die Herausforderungen des Lebens zu bewältigen, um das eigene Wohlergehen zu verbessern. Genau darauf zielt die psychosoziale Traumaberatung ab. Unter Hinzunahme verschiedener konzeptioneller Ansätze der Sozialen Arbeit unterstützt sie Betroffene darin, auch nach schweren Schicksalsschlägen ein Leben mit Lebensqualität zu führen. Außerdem fördert die Soziale Arbeit soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt. Bezüglich der psychosozialen Traumaberatung zeigt sich, dass ein stabiles Beziehungsnetzwerk, welches sowohl aus Bindungsverhältnissen als auch aus Vernetzungen zwischen Institutionen besteht, wichtig und hilfreich für die Traumabewältigung ist. Dadurch wird die Traumaberatung in der Sozialen Arbeit auch als Vermittlungsarbeit angesehen.

Traumatisierte Menschen stellen einen bedeutenden Anteil der Klientinnen und Klienten im Alltag in den psychosozialen Arbeitsfeldern dar. Dabei ist sich die Soziale Arbeit über die Bedeutung des gesellschaftlichen Kontextes bewusst und versucht unter Einbindung geeigneter Interventionen und Einrichtungen die Traumabewältigung zu unterstützen und weiteren traumatischen Erlebnissen vorzubeugen. Es ist wichtig, dass die traumatisierten Personen im Zusammenhang ihrer gesamten Lebenswelt betrachtet werden. Dabei wirken gesellschaftliche Strukturen auf die Lebenswelt des Individuums ein, die jedoch zu jeder Zeit aufgrund des stetigen gesellschaftlichen Wandels angepasst oder verändert werden können. Außerdem sollten traumatisierte Menschen nicht ausschließlich auf das Trauma reduziert werden. Vielmehr bedarf es im Sinne des salutogenetischen Ansatzes einer Gesamtbetrachtung zur Erhaltung der Gesundheit. Dabei geht es darum, die individuellen Bewältigungsformen anstelle der krankheitsfördernden Faktoren zu betrachten. Im Vergleich zur Traumatherapie steht in der Traumaberatung nicht die dyadische Beziehung im Mittelpunkt. In einer mehrperspektivischen Betrachtung richtet sich der Blick insbesondere auf die Lebenswelt und die vorhandenen sozialen Netzwerke. Für einige traumatisierte Menschen stellt die vollständige Bearbeitung

ihrer Traumata innerhalb einer Traumatherapie ein zu großes Hindernis dar. Hier sind Unterstützungsmöglichkeiten notwendig, die zu einem gelingenden Alltag führen. Insbesondere kann die Vermittlung von Stabilisierungstechniken vor, während, nach oder statt einer Traumatherapie zu einer Entlastung der Klienten beitragen. Das vorliegende Buch beschäftigt sich mit der Unterstützung und Beratung traumatisierter Menschen. Wir wenden uns besonders an die Kolleginnen und Kollegen, deren Arbeitsschwerpunkte nicht ausschließlich in der Traumaberatung liegen, also an diejenigen in den vielen Arbeitsfeldern, zu deren Klientel auch traumatisierte Menschen gehören. Dies sind Menschen, denen die Bedeutung ihres erlittenen Traumas oft noch nicht bewusst ist und die mit anderen Problemlagen diese Institutionen aufsuchen, Menschen, die zunächst einen sicheren Ort benötigen und wichtige Unterstützungen für spätere therapeutischen Hilfen erhalten oder auch Personen, die unter komplexen körperlichen, psychischen und ökosozialen Problemen leiden und keine entsprechenden Hilfen durch andere Stellen erhalten. Oftmals erhalten gerade die zuletzt genannten Klienten in stationären Einrichtungen und bei Therapeuten nicht die notwendige langfristige komplexe integrative Unterstützung.

Auf traumatisierte Kinder- und Jugendliche, die insbesondere in der stationären Kinder- und Jugendhilfe betreut werden und Hilfen durch die Traumapädagogik erhalten, wird in diesem Buch nur am Rande eingegangen, da hier bereits eine Reihe von Büchern vorliegen. Einzelnen Lesern werden trotz des Umfangs dieses Buches einzelne Themenbereiche fehlen, hierzu gehören weitere konzeptionelle Ansätze Sozialer Arbeit, besondere spezifische Methoden, über interkulturelle Kontexte und Ausführungen über weitere Arbeitsgebiete. (Bei einer Neuauflage haben wir Interesse an einer Erweiterung dieses Buches und würden gerne ergänzende Beiträge von Kolleginnen und Kollegen aufnehmen.) Viele der in diesem Buch thematisierten Konzepte, Haltungen und Interventionen sind miteinander verknüpft. Sie ergänzen sich vielfach, daher entstehen oft Querbezüge. Zentral werden in diesem Buch folgende Themen behandelt:

In Kapitel 2 geben wir einen Überblick über Traumata. Einführend erfolgt zunächst ein kurzer geschichtlicher Überblick über die Psychotraumatologie. Dieser ist im Hinblick auf die weitere Arbeit interessant, da sich bereits früh eine Beschäftigung mit Themen wie Dissoziation oder den Vorläufern einer PTBS feststellen lässt. Anschließend werden Definitionen sowie Klassifikationen von Traumata gegeben (2.). Neben einer kurzen Gegenüberstellung der Klassifikationssysteme ICD-10 und ICD-11 sowie DSM-V dient die Definition von Fischer und Riedesser (2016) als Grundlage für die weiterführende Arbeit. Traumata werden nach ihren Ursachen und der Häufigkeit einer traumatisierenden Situation unterschieden. Hierbei ergeben sich sogenannte Traumatypes. Sobald eine traumatisierende Situation entsteht, verfällt unser Organismus in Alarmbereitschaft. Dieser Schutzmechanismus ist wichtig, um

das Überleben in einer potenziellen Gefahrensituation zu ermöglichen. Aus diesem Grund wird näher beschrieben, welchen Einfluss eine traumatische Situation auf den Organismus hat. Im Anschluss werden mögliche Folgestörungen erläutert.

Neben grundlegende Kenntnisse über die Traumathematik benötigen professionelle Helfer zudem einen Überblick über Grundlagen der Beratung (Kapitel 3). Deshalb werden zunächst der Beratungsbegriff sowie die charakteristischen Merkmale definiert (1.). Die Beratung in den psychosozialen Arbeitsfeldern unterscheidet sich strukturell von anderen Beratungsarten. Oftmals liegt kein genauer Auftrag seitens der ratsuchenden Person vor, weshalb Berater ein hohes Maß an Flexibilität mitbringen müssen (2.). Die Beratungskompetenzen stützen sich u.a. auf die gebräuchliche Unterscheidung zwischen Wissen, Können und beruflicher Haltung, die durch Hiltrud von Spiegel (2008) vorgeschlagen wird. Abschließend wird die Bedeutung der Passung in diesem Kontext beschrieben (3.). Diese hat zum Ziel, die ratsuchende Person in ihrer Lebenswelt zu unterstützen und Hilfestellungen in Bezug auf Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs- und Bewältigungsaufgaben zu geben (vgl. Busch 2011). Ein weiterer Aspekt ist die eigene Bewusstwerdung der Betroffenen über ihre psychosoziale Gesundheitskompetenz, um angemessen Handeln zu können. Darüber hinaus beschäftigen wir uns mit Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen Beratung und Therapie.

Im Kapitel 4 wird zunächst die Traumaberatung grundlegend beschrieben (1). Die Beratungsplanung (2) wird anschließend näher betrachtet. Im Kapitel 3 beschäftigen wir uns mit der Traumadiagnostik. Neben der Traumaberatung gibt es im Hilfesystem auch die Traumatherapie und die Traumapädagogik. Deshalb werden die Unterschiede zwischen Traumatherapie und Traumapädagogik gegenüber der Traumaberatung aufgezeigt (4.).

Konzeptionelle Ansätze der Sozialen Arbeit sind vor allem wichtig, um auf der Handlungsebene zielführende Interventionen einzuleiten, die im Hinblick auf die Traumabewältigung unterstützend wirken können (Kapitel 5). Zunächst wird die Lebensweltorientierung betrachtet (1.). Im Kontext der personenzentrierten psychosozialen Beratung können Selbstheilungsprozesse durch die Fokussierung der Ressourcen (2.) und der Resilienz (3.) angeregt werden. Gerade in Bezug auf die Psychosoziale Beratung bedarf es einer genaueren Betrachtung der sozio-psycho-biologischen Anforderungen, die in Form des bi-psycho-sozialen Modells beschrieben werden (4.). Auf der Grundlage dieses Modells liegt der Fokus der Gesundheitsforschung bei der Konstruktion von Gesundheit und Krankheit. Das Modell der Salutogenese (5.) beschreibt die Entstehung von Gesundheit, wodurch der Schwerpunkt nicht auf krankheitsfördernden Faktoren liegt, sondern auf individuelle Bewältigungsformen, die im Hinblick auf die Gesundheit unterstützend wirken. Viele Konzepte beziehen sich auf ein defizitorientiertes Klientenbild; daher wird diese Problematik in einer Darstellung der Risiko- und Schutzkonzepte (6.) nochmals auf-

genommen. Die Vorstellung der Stresskonzepte, die ebenfalls zum Verständnis der Traumata hilfreich sind, vertiefen dann das biopsychosoziale Modell (7.) Daneben setzt das Empowerment-Konzept (8.) auf Autonomie und Selbstbestimmung, wodurch Betroffene durch Aktivierung eigener Ressourcen die Kontrolle über ihr Leben (wieder-)erlangen sollen. Das Case-Management (9.) hat dagegen zum Ziel, informelle Ressourcen der betroffenen Personen und formelle Leistungen des Sozial- und Gesundheitssystems zu mobilisieren, zu vernetzen und zu koordinieren. Hierbei handelt es sich um einen Handlungsansatz, welcher ein selbstbestimmendes Leben ermöglichen möchte. Menschen leben grundsätzlich eingebunden in soziale Netzwerke. Unter Betrachtung vorhandener Netzwerke versucht die Netzwerkarbeit (10.) durch Aktivierung gegebener Ressourcen ein funktionierendes Netzwerk aufzubauen, durch das korrelative Hilfen möglich werden. Hierbei werden auch Prozesse des Empowerments gefördert. Abgeschlossen wird dieses Kapitel mit einem Überblick über die transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen (11.).

In Kapitel 6 thematisieren wir die Praxis der Traumaberatung. Zunächst beschäftigen wir uns mit den Haltungen und der Beziehungsgestaltung. Weiter wird (2.) die Bedeutung der Stabilisierung, d.h. eines sicheren Ortes für die Klienten betont und Übungen zur Stabilisierung vorgestellt. Aufgrund der besonderen Bedeutung thematisieren wir nochmals die Ressourcenorientierung und beschreiben die praktische Anwendung. Im Anschluss (4.) beschreiben wir ausführlich die Bedeutung der Psychoedukation und Möglichkeiten ihrer Anwendung. Die akuten Hilfen bei Traumata im Kontext der Krisenintervention stehen im Mittelpunkt des folgenden Kapitels (5.). Hierzu gehören eine Darstellung und Abklärung einer möglichen Suizidalität. Der folgende Abschnitt (6.) widmet sich der Netzwerkarbeit und stellt Möglichkeiten einer Netzwerkanalyse vor. Im abschließenden Unterkapitel (8.) werden mit der Thematisierung einer Symptomanalyse Möglichkeiten vorgestellt, einzelne Symptome zu fokussieren und Veränderungsprozesse anzuregen.

In Kapitel 7 geben wir einen Überblick über traumasensible psychosoziale Arbeitsfelder. Um die Bedeutung der Komorbidität von Traumata und anderen psychischen Störungen zu betonen, gehen wir beispielhaft auf Zusammenhänge zwischen Sucht und Trauma ein. Im Anschluss fokussieren wir beispielhaft für die verschiedenen Arbeitsfelder die Situation traumatisierter Menschen mit einer Intelligenzminderung in der Behindertenhilfe und die Schulsozialarbeit.

Hilfreiche Methoden werden in Kapitel 8 erörtert. Hierzu gehören die Mentalisierung (1.), die Emotionsregulierung (2.) und die Stressreduzierung (3.). Sodann (4.) beschreiben wir die Arbeit mit den sogenannten inneren Anteilen, um im letzten Unterkapitel rechtliche Unterstützungsmöglichkeiten zu beschreiben.

In Kapitel 9 erörtern wir verschiedene besondere Problematiken. Hierzu gehört die Reflexion möglicher Fehler, Risiken und Nebenwirkungen (1.).

Danach (2.) gehen wir dezidierter auf die Bedeutung von Bindungsproblematiken ein, sodann (3.) auf mögliche Übertragungen und Gegenübertragungen. Die Bedeutung der Partizipation im Kontakt mit den traumatisierten Menschen wird in Unterkapitel 4. betont. Schließlich (5.) betrachten wir die Arbeit mit Angehörigen.

Im abschließenden Kapitel 10 steht die Selbstfürsorge der Helfer im Mittelpunkt, betont wird die Bedeutung der Psychohygiene der Berater, im Team und der Supervision. Im letzten Unterkapiteln beschäftigen wir uns mit der Mitgefühlsmüdigkeit, dem Burn-out der sekundären Traumatisierung.

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im weiteren Verlauf der Arbeit ausschließlich die Sprachform des generischen Maskulinums bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern verwendet. Dies impliziert jedoch keine Benachteiligung sämtlicher Geschlechter, sondern soll im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral zu verstehen sein.

Gina Beushausen korrigierte einige Buchkapitel, Anna Gerdes verfasste im Wesentlichen das Kapitel über die Schulsozialarbeit.

2 Trauma

Um einen ersten Eindruck zu gewinnen, beginnen wir einleitend mit einem kurzen geschichtlichen Überblick über die Psychotraumatologie, einer Definition und einer Klassifikation von Traumata. Sogenannte Traumatypes werden anhand von Ereignisfaktoren klassifiziert, die zudem unterschieden werden nach der Häufigkeit, in der ein traumatisches Ereignis erlebt wird. Im Anschluss erfolgt eine Darstellung neurophysiologischer Prozesse, die im Körper während und nach einer traumatischen Situation stattfinden. Anschließend werden Traumafolgestörungen vorgestellt, die als Folge der traumatischen Erlebnisse entstehen können. Hierbei werden die kurzzeitigen Symptome unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis ebenso beschrieben wie die langfristigen Folgen.

2.1 Ein erster Überblick

Geschichte

Den Menschen war bereits früh bewusst, dass schreckliche Ereignisse eine Auswirkung auf ihr Empfinden und ihr Bewusstsein haben. Erstmals im Jahr 1867 wurden „Symptome wie Angst, Schlafstörungen, Alpträume, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie eine Vielzahl somatischer Erscheinungen“ (Dittmar 2013a: 27.) dem sogenannten Railway Spine Syndrom zugeordnet, welches später unter der Bezeichnung Posttraumatische Belastungsstörung subsumiert wurde. In den darauffolgenden Jahrzehnten entwickelten sich weitere Konzepte. Der französische Philosoph, Psychiater und Psychotherapeut Pierre Janet führte mit der Dissoziation einen wichtigen Begriff der Traumaforschung ein, die durch die Arbeiten vom Hypnosearzt Jean-Martin Charcot inspiriert wurden (vgl. Eichenberg, Zimmermann 2017). Janet verstand die Dissoziation „als Folge einer Überforderung des Bewusstseins bei der Verarbeitung traumatischer, überwältigender Erlebnissituationen“ (ebd.: 15). Er thematisierte, dass traumatische Ereignisse oftmals nicht bewältigt werden, da die Erinnerungen zunächst im Bewusstsein abgespalten und schließlich über einen längeren Zeitraum verdrängt werden, bis die Ereignisse zu einem späteren Zeitpunkt wiedererlebt werden, wodurch Folgeerkrankungen entstehen können (vgl. Dittmar 2013a).

Entscheidend für die historischen Entwicklungen der Psychotraumatologie sind die Kriegsjahre (1. Weltkrieg), in denen das Leid der Menschen erfasst

wurde (vgl. Ungerer, Zimmermann 2015: 336). Vor allem das Leid der Soldaten in den Schützengräben wurde betrachtet, da diese kaum die Möglichkeit besaßen, die natürlichen Reaktionen der körperlichen und seelischen Anpassung auf die risikoreichen Situationen zu durchleben (Dittmar 2013a: 28f.). Infolgedessen wurde auch der Begriff Kriegszitterer benannt. Hierbei handelt es sich um Soldaten aller Dienstgrade, die während und zum Teil auch nach dem Gefecht über anhaltendes Zittern klagten (Ungerer, Zimmermann 2015). Im Kontext des Ersten Weltkriegs entstanden zudem neue Bezeichnungen wie der Granatenschock oder die Schützengrabenneurose. Kriegsveteranen, die nach dem Ersten Weltkrieg aufgrund der belastenden Ereignisse traumatisiert wurden, galten als Rentenneurotiker, wodurch die Folgen des Krieges aus gesellschaftlicher und medizinischer Sicht abgeschwächt wurden. Diese Sichtweise änderte sich im Jahr 1941, als der Amerikaner Abram Kardiner ein Buch mit Kriegsveteranen veröffentlichte, die die Folgen einer Kriegsneurose neu interpretierten (Dittmar 2013a: 28f.). Kardiner beschrieb, dass die Kriegsveteranen eine Reihe von körperlichen Reaktionen auf Erlebnisse und Situationen der Kriegsgeschichte zeigten, wodurch der Begriff Phisoneurose definiert wurde (vgl. Eichenberg, Zimmermann 2017: 16). Im Gegensatz zum Ersten Weltkrieg wurden Kriegszitterer im Zweiten Weltkrieg nur noch vereinzelt beobachtet. Hingegen verstärkten sich die somatoformen Störungen, die besonders in Form des Gastrointestinaltraktes auftraten (Ungerer, Zimmermann 2015).

In den folgenden Jahrzehnten erlangte die Psychotraumatologie weitere neue Sichtweisen, die seinerzeit vor allem durch den Vietnamkrieg und die Frauenbewegung geprägt wurden. Das erste Klassifikationssystem, welches Traumata aufnahm, war das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, welches die dissoziativen Identitätsstörungen beschrieb. Im Jahr 1980 wurde schließlich in das neu herausgebrachte DSM-III die Diagnose Posttraumatic Stress Disorder eingeführt, ehe zwölf Jahre später die International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems mit der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung nachzog. Dadurch gewann das Konzept der dissoziativen Störung von Pierre Janet wieder an Bedeutung (vgl. Dittmar 2013a). Einfluss darauf hatte in jener Zeit die „Anerkennung der epidemiologischen und klinischen Bedeutung kindlicher Traumatisierungen [so]wie der klinischen Relevanz von traumatischem Stress bei Kriegsveteranen des Vietnamkriegs“ (ebd.: S. 31). Anhand beider Opfergruppen ließ sich zeigen, dass traumatische Erlebnisse sowohl körperliche als auch psychische Beeinträchtigungen hervorrufen können (vgl. ebd.).

Definition und Klassifikation

Das Wort Trauma hat seinen Ursprung im Altgriechischen und wird übersetzt mit den Worten Verletzung oder Wunde. Die Medizin versteht unter einem Trauma die schädigenden Einflüsse auf den Körper, wohingegen die Psychologie die verletzenden Auswirkungen auf die Psyche betrachtet (vgl. Scherwath, Friedrich 2012: 17). Im klinischen Kontext erlebt die Begriffsbestimmung eine stetige Anpassung durch die Klassifikationssysteme DSM und ICD. Das aktuelle DSM-5 versteht unter einem Trauma die „Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexuelle Gewalt“ (A-Kriterium, APA 2013: 369 zit. nach Maercker, Augsburg 2019: 15). Der neuste ICD-11 betrachtet ein Trauma als „Ereignis oder Serie von Ereignissen von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentem Ausmaß“ (Maercker, Augsburg 2019: 15). Im Vergleich zum ICD-10 ergänzt der ICD-11 durch die Hinzunahme der Traumadefinition der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung, bei der der Einfluss der Zeit und die Intensität eine wesentliche Rolle spielen. Eine weitere Änderung zeigt sich in der Definition selbst. Während im ICD-10 das traumatische Ereignis mit einer tiefen Verzweiflung einherging, verzichtet der ICD-11 auf diesen Aspekt, da das Empfinden einer tiefen Verzweiflung sehr subjektiv betrachtet und empfunden werden kann (vgl. ebd.).

Obwohl die Klassifikationssysteme eine wesentliche Rolle für die Traumaliteratur darstellen, ist keine einheitliche Traumadefinition vorhanden (vgl. Scherwath, Friedrich 2012: S. 18). Gegenstand dieser Arbeit ist im weiteren Verlauf die Definition von Gottfried Fischer und Peter Riedesser. Beide Autoren führen aus, dass ein Trauma durch ein „vitalen Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten [entsteht], das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Riedesser, Fischer 2009: 84 zit. nach Scherwath, Friedrich 2012: 18).

Die Definition verdeutlicht, wie groß die Differenz zwischen der erlebten Situation und dem persönlichen Empfinden sein kann. Das traumatisierende Ereignis hat eine enorme Auswirkung auf das Verständnis der Selbst- und Weltwahrnehmung, wodurch alltägliche Bewältigungsmechanismen nicht mehr ausreichen, um mit dieser Situation angemessen umzugehen. Der menschliche Organismus setzt dabei neurophysiologische Prozesse in Bewegung, die für das Überleben von Bedeutung sind. Die Aktivierung dieses Prozesses bleibt jedoch zumeist nicht ohne Folgen (Scherwath, Friedrich 2012).

Traumatypes und Epidemiologie

Traumata lassen sich in verschiedene Traumatypes einteilen. Als Grundlage dieser Arbeit dient die schematische Einteilung traumatischer Ereignisse nach Maercker. Dieser unterteilt Traumata in zwei verschiedene Größen:

Die erste Größe behandelt die traumatischen Ereignisse, die in bestimmten Häufigkeiten stattfinden. Dabei werden Ereignisse, die einmalig und überraschend eintreten, dem Trauma *Typ-I* zugeordnet, wohingegen länger andauernde und wiederholende Ereignisse dem Trauma *Typ-II* entsprechen. Neben der Einteilung in Typ-I und Typ-II gibt es eine weitere Kategorie, die durch Forschungsergebnisse entstanden ist und durch Maercker vorgeschlagen wurde. Hierbei handelt es sich um die medizinisch bedingten Traumata, die sich mit Erkrankungen beschäftigen, die akut oder chronisch verlaufen sowie mit Folgeerscheinungen, die aufgrund eines medizinischen Eingriffes eintreten sind. Allerdings stellt diese Kategorie noch keine endgültige Form dar, da sie noch Gegenstand von weiteren wissenschaftlichen Untersuchungen ist (vgl. Gräbener 2013: 15). Zudem begrenzt der DSM-5 „die Einbeziehung medizinischer Erkrankungen als traumatisches Ereignis, indem betont wird, dass eine medizinische Situation mit einem plötzlichen katastrophartigen Ausmaß einhergehen müsse, um als traumatisches Ereignis bewertet werden zu können“ (Maercker, Augsburger 2019: 17).

Die zweite Größe unterscheidet die traumatischen Ereignisse nach Ursachenzuschreibungen. Hierbei gibt es die Akzidentellen Traumata, also Vorkommnisse, die nicht durch den Menschen hervorgerufen, sowie die Interpersonellen Traumata, die direkt durch den Menschen bewusst und absichtlich verursacht werden. Traumatisierende Erlebnisse, wie Naturkatastrophen oder zufällig stattfindende Ereignisse, können vom Menschen meist besser verarbeitet werden als interpersonelle Traumata, die durch andere Menschen erzeugt werden. Als Grund kann hier die Selbst- und Weltwahrnehmung genannt werden, die soweit ausgereift sind, um zu verstehen, dass Naturkatastrophen oder ähnliche Schicksalsschläge im Laufe des Lebens passieren können (vgl. Pausch, Matten 2018: 5).

Die nachfolgende Tabelle bietet eine schematische Darstellung der Typologie von traumatischen Ereignissen, die durch Maercker folgendermaßen definiert wurde:

Tabelle 1: Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse (Maercker, Augsburg 2019: 16)

	Typ-I Traumata	Typ-II Traumata	Medizinisch bedingte Traumata
Akzidentielle Traumata	<ul style="list-style-type: none"> • Schwere Verkehrsunfälle • Berufsbedingte Traumata (Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte) • Kurzandauernde Katastrophen (z.B. Wirbelsturm, Brand) 	<ul style="list-style-type: none"> • Technische Katastrophen (z.B. Giftgas-katastrophen) • Langdauernde Naturkatastrophe (wie Erdbeben, Überschwemmung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Akute lebensgefährliche Erkrankungen (z.B. kardiale, pulmonale Notfälle) • Chronische lebensbedrohliche/schwerste Krankheiten (wie Malignome, HIV/Aids, Schizophrenie) • Als notwendig erlebte medizinische Eingriffe (z.B. Defibrillationsbehandlung)
Interpersonelle Traumata	<ul style="list-style-type: none"> • Sexuelle Übergriffe (zum Beispiel Vergewaltigung) • Kriminelle bzw. körperliche Gewalt • Ziviles Gewalt-erleben (z.B. Banküberfall) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexuelle und körperliche Gewalt/ Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter • Kriegserleben • Geiselnhaft • Folter, politische Inhaftierung (wie KZ-Haft) 	<ul style="list-style-type: none"> • Komplizierter Behandlungsverlauf nach angenommenen Behandlungsfehler

Gräbener regt an, dass in Bezug auf die Ursachenzuschreibung keine rein objektiven Merkmale sichtbar sind. So beschreibt der Autor, dass der Einsturz eines schneebedeckten Daches einerseits als Unfall angesehen werden kann (akzidentuell) und andererseits als Fehlplanung, die durch den Menschen verursacht wurde (interpersonell). Darüber hinaus fehlt Gräbener bei den interpersonellen Traumata die Differenzierung zwischen einem nahestehenden oder unbekanntem Menschen, wobei dies für Betroffene einen großen Unterschied darstellen kann. Weiter hinterfragt der Autor die Kategorie *medizinisch bedingte Traumata*, die durch einen Menschen bewusst hervorgerufen werden. In der Zuschreibung für diese Kategorie argumentiert Maercker, dass ein komplizierter Behandlungsverlauf nach einem angenommenen Behandlungsfehler für ein Trauma spricht. Jedoch werden hierdurch die tatsächlichen Behandlungsfehler nicht beachtet, die zum Beispiel in Form von sexuellen Übergriffen oder ähnlichen Schädigungen durch das medizinische Personal verursacht werden (vgl. Gräbener 2013: 16). Dabei geht aus Befragungen hervor, dass „10 Prozent aller Mitarbeiter im professionellen Gesundheitssystem mindestens einmal einen sexuellen Übergriff (Penetration, sexuelle Handlungen, sexuell geäußerte Äußerungen, Dating) an ihren Patienten begehen“ (ebd.: 16f.).

Hinsichtlich der Lebenszeit-Monatsprävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), lässt sich aus einer Vielzahl analysierter Studien folgende Ergebnisse hervorheben. Die Monatszeitprävalenz der PTBS liegt dabei im länderspezifischen Durchschnitt der Weltbevölkerung zwischen 1 und 7%.

In Deutschland liegt die Lebenszeitprävalenz zwischen 1,5 und 2% (vgl. Bering et al. 2016: 41; Flatten u.a. 2011).

Dabei ist die Prävalenz der PTBS abhängig von der Art des traumatischen Ereignisses:

- Zirka 50% Prävalenz nach Vergewaltigung,
- Zirka 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen,
- Zirka 50% bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern,
- Zirka 10% bei Verkehrsunfallopfern,
- Zirka 10% bei schweren Organerkrankungen (Herzinfarkt, Malignome),
- Unter 10% bei Naturkatastrophen (Bering et al. 2016: 41).

Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder ist wesentlich höher. Komorbide Störungen sind bei der Posttraumatischen Belastungsstörung eher die Regel als die Ausnahme. Es besteht eine hohe Chronifizierungsneigung. Beschrieben wird auch ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der komplexen PTBS bzw. der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) und sexualisierter Gewalt in der Kindheit.

Die Wahrscheinlichkeit in Folge eines traumatischen Ereignisses an einer PTBS zu erkranken, ist dabei keineswegs ausschließlich an das Ereigniskriterium gebunden.

Sogenannte Risikofaktoren geben Auskunft darüber, bei welchen Menschen ein höheres Potenzial besteht, in Folge eines traumatischen Ereignisses an PTBS zu erkranken oder der Gruppe der Selbsterholer zugeschrieben zu werden. Als Selbsterholer werden die Menschen bezeichnet, die im Laufe der Zeit mit den eigenen Potenzialen und Ressourcen das Trauma verarbeiten.

In diesem Kontext zeigt die nachfolgende Tabelle, nach welchen traumatischen Ereignissen im Geschlechts- und Altersgruppenvergleich, mit welcher prozentualen Wahrscheinlichkeit eine PTBS-Lebenszeitprävalenz auftreten kann. Besonders hervorzuheben sind die Werte der Lebenszeitprävalenz beider Geschlechter, welche Zeuge eines Unfalls im zivilen Bereich wurden. Diese Zielgruppe birgt mit einem prozentualen Anteil von ca. 8,00% die höchste Gefahr an einer PTBS zu erkranken. Die Zielgruppe der Männer, welche mit einem schweren Unfall konfrontiert worden sind, sticht ebenso mit einem Wert von 6,38% gegenüber den Frauen mit 3,07% hervor. Zudem lässt sich betonen, dass 15,86% der 60 – 93-Jährigen, welche Zeugen eines Traumas wurden, der PTBS-Lebenszeitprävalenz zuzuordnen sind (vgl. Maercker et al. 2008: 584).

Tabelle 2: Lebenszeitprävalenz traumatischer Ereignisse im Geschlechts- und Altersgruppenvergleich (Maercker et al. 2008: 582)

Trauma	Gesamt (n=2426)		Frauen (n=1308)		Männer (n=1118)		Test für Ge- schlecht [χ ²]	14- bis 29-Jährige (n=382)		30- bis 59-Jährige (n=1230)		60- bis 93-Jährige (n=814)		Test für Alters- gruppen [χ ²]
	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]		[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]	
Kriegsbezogene Traumata														
Kriegshandlungen (direkt)	197	8,16	111	8,52	86	7,73	0,493	0	0	5	0,41	192	23,67	392,5***
Ausgebombt im Krieg	170	7,04	93	7,14	77	6,92	0,046	0	0	3	0,24	167	20,62	343,4***
Heimatvertrieben	161	6,66	90	6,90	71	6,37	0,27	3	0,79	12	0,98	146	17,98	252,2***
Gefangenschaft/Geiselnahme	38	1,57	6	0,46	32	2,88	22,66***	0	0	2	0,16	36	4,44	64,96***
Zivile Traumata														
Vergewaltigung	18	0,75	16	1,23	2	0,18	8,91**	4	1,05	6	0,49	8	0,99	2,21
Kindesmissbrauch (<14. Lebensjahr)	29	1,20	24	1,84	5	0,45	9,84**	5	1,32	17	1,39	7	0,87	1,16
Schwerer Unfall	111	4,59	40	3,07	71	6,38	15,10***	10	2,63	55	4,49	46	5,67	5,52
Körperliche Gewalt	91	3,77	32	2,46	59	5,30	13,35***	6	1,58	16	1,31	69	8,53	76,04***
Lebensbedrohliche Krankheit	72	2,98	36	2,76	36	3,23	0,47	2	0,53	25	2,04	45	5,56	30,28***
Naturkatastrophe	19	0,79	9	0,69	10	0,90	0,34	1	0,26	5	0,41	13	1,61	10,56**
Zeuge eines Traumas	204	8,45	112	8,61	92	8,27	0,087	14	3,68	62	5,06	128	15,86	86,66***
Andere	87	3,61	54	4,16	33	2,98	2,38	6	1,58	34	2,78	47	5,85	18,45***

Betreffend der PTBS-Prävalenzen nach Traumagruppen, lassen sich aus Tabelle drei folgende Traumagruppen hervorheben. Mit einem prozentualen Anteil von bis zu 71,05% gelten Traumata, welche durch eine Vergewaltigung hervorgerufen wurden, als höchstes Risiko einer PTBS-Lebenszeitprävalenz eingestuft zu werden. Der Kindesmissbrauch (< 14 Jahren) gilt als zweitgrößte Traumagruppe mit bis zu 58,01%. Eine weitere Traumagruppe, welche einen prozentualen Anteil von 11,30 – 35,50% aufweist, ist die Konfrontation mit lebensbedrohlichen Krankheiten.

Tabelle 3: Bedingte Prävalenzen nach Traumagruppen bezogen auf PTBS-Vollbild und partielle PTBS (Maercker et al. 2008: 584)

Trauma	Subjektiv schlimmstes Trauma		Bedingtes Auftreten der PTBS-Vollbild			Bedingtes Auftreten der partiellen PTBS I+II		
	[n]	[%] ^b	[n]	[%] ^c	95%CI	[n]	[%] ^c	95%CI
Kriegsbezogene Traumata								
Kriegseinsatz	89	15,14	7	7,87	2,28–13,46	7	7,87	2,28–13,46
Ausgebombt im Krieg	73	12,41	2	2,74	0–6,48	1	1,37	0–4,04
Heimatvertrieben	76	12,93	4	5,26	0,24–10,28	1	1,32	0–3,89
Gefangenschaft/ Geiselnahme	7	1,19	0	–	–	2	28,57	0–62,04
Zivile Traumata								
Vergewaltigung	8	1,36	3	37,50	3,95–71,05	0	–	–
Kindesmissbrauch (<14. Lebensjahr)	17	2,89	6	35,29	12,57–58,01	1	5,88	17,06
Schwerer Unfall	78	13,27	10	12,82	5,40–20,24	19	24,36	14,83–33,89
Körperliche Gewalt	19	3,23	2	10,53	0–24,33	3	15,79	0–32,19
Lebensbedrohliche Krankheit	47	7,99	11	23,40	11,30–35,50	9	19,15	7,9–30,4
Naturkatastrophe	6	1,02	0	–	–	1	16,67	0–46,49
Zeuge eines Traumas	87	14,80	6	6,90	1,57–12,23	10	11,49	4,79–18,19
Andere Traumata	33	5,61	4	12,12	0,98–23,26	9	27,27	12,08–42,46
Mehrere Traumata ^a	48	8,16	1	2,08	0–6,12	3	6,25	0–13,1

Eine Metaanalyse erstellt von Ozer et al. (2008), mit insgesamt 25.122 analysierten Fällen, hat zudem weitere Risikofaktoren mit unterschiedlichen Effektstärken bezüglich der Entwicklung einer PTBS ermitteln können (vgl. Bering 2016: 44 zit. n. Ozer 2008).

„Hierzu gehören Vortraumatisierungen, vorherige psychologische Anpassungsprobleme, eine familiäre psychiatrische Vorgeschichte, wahrgenommene Lebens-

bedrohung, peritraumatisches¹ emotionales Erleben sowie peritraumatische Dissoziation und Mangel an sozialer Unterstützung.“ (Bering 2016: 44)

Insgesamt werden rund 50% der deutschen Bevölkerung während ihrer Lebenszeitinzidenz mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert. Die im Vorfeld aufgeführten Risikofaktoren beeinflussen dabei den Verlauf einer potenziellen Entwicklung einer PTBS eminent. Die Entwicklung einer PTBS nach der Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis liegt in der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland bei 10% (vgl. Griesbeck 2016: 461). Aufgrund traumatischer Ereignisse, welche durch eine Vergewaltigung hervorgerufen wurden, besteht zu 19% das Risiko an einer PTBS zu erkranken. Mit 11,7% folgt die häusliche Gewalt, danach Kidnapping (11%) sowie lebensbedrohliche Unfälle (7,5%) und der unerwartete Tod eines Angehörigen (5,4%). Frauen sind dabei doppelt so häufig von potenziellen Ereignissen betroffen, welche zu einer Entwicklung der PTBS führen können. Als Ursache für eine PTBS sind hierbei zu 50% die Folgen eines sexuellen Übergriffs (Kessler 2016).

Auf drei Aspekte soll noch hingewiesen werden:

- Die Beachtung und Bewertung von bestimmten Traumata sind stark beeinflusst durch die sehr unterschiedliche öffentliche Wahrnehmung. So wurde über Jahrzehnte (und wird zum Teil immer noch) sexuelle Gewalt bagatellisiert. Heute erhalten hingegen andere traumatische Situationen zu wenig Aufmerksamkeit. Hierzu gehören die Gewalt an Strafgefangenen in JVs, Gewalt zwischen Geschwistern, Gewalt von Kindern gegenüber den Eltern und traumatische Erfahrungen in Krankenhäusern, nach Unfällen oder Operationen sowie bei Krankenhausaufenthalten dementer Personen.
- Traumata tragen neben den bereits erwähnten Traumafolgestörungen zum Auftreten vielfältiger Sekundärreaktionen bzw. Komorbiditäten bei. Hierzu gehören Depressionen, Ängste, Essstörungen, stoffliche Abhängigkeiten u.a. Erkrankungen, die in vielfältiger Weise parallel auftreten können und oftmals zu einer Verminderung der Lebensqualität und einer Chronifizierung beitragen. Auf dieses Thema gehen wir in diesem Buch nur im Kontext ausgewählter Problembereiche ein (siehe hierzu insbesondere das Kapitel Sucht und Trauma 7.2).
- Bedeutsam für die Entwicklung der Menschen ist auch das, was nicht passiert ist. Während das Trauma durchlebt wird, können sich betroffene Personen nicht auf die Entwicklung konzentrieren. Dies bedeutet, dass in der Zeit, in der die betroffene Person leidet, erstarrt und sich dauernd schützen muss. Zudem kann die Person sich zum Beispiel schlecht konzentrieren

1 „Die meisten Menschen reagieren auf überwältigende, verletzende Erlebnisse mit Angst und Schrecken, Erstarrung oder Erregung, bis weilen auch mit Verwirrung und in dem sie dissoziieren, d.h. „abschalten“ oder das Geschehen wie von außen betrachten.“ (Ermann, 2005, S. 210)

oder keine positiven Konfliktbewältigungsstrategien erlernen (Schmelzer 2020).

Die traumatische Zange

Typisch für Traumatisierungen ist die sogenannte Erstarrung, die Huber (2007) mit dem Bild der traumatischen Zange beschreibt. Sobald der Mensch in seinem Trauma gefangen ist, erstarrt er vor Schreck und schaltet in den Notfallzustand (vgl. Korittko 2019: 33; Huber 2007: o.S.). Es liegt in den Genen aller Säugetiere und damit auch in denen der Menschen, auf Gefahren zu reagieren, um diese zu bezwingen (vgl. Gräbener 2013: 28).

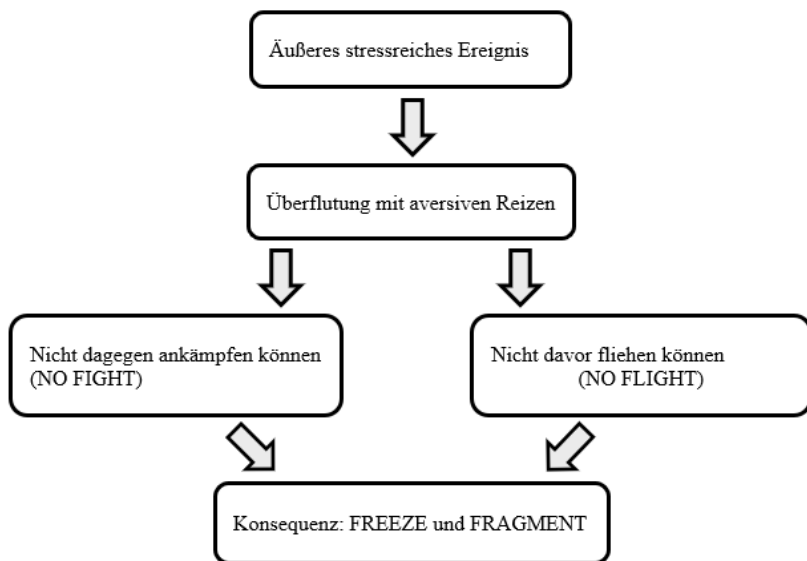


Abbildung 1: Die traumatische Zange (nach Huber 2007 zit. nach Gräbener 2013: 29)

In dem Augenblick, wo der Mensch eine traumatische Situation erlebt, ist das Gehirn bemüht, die aversiven Reize bestmöglich zu beenden. Dabei entsteht die für „ein Trauma kennzeichnende Situation – No flight, no fight – die jetzt diejenigen Maßnahmen des Gehirns aufruft, die notwendig sind, um in der aktuellen Situation psychisch überleben zu können [...]“ (Scherwath, Friedrich 2012: 20). Hierfür verwendet das Gehirn den Totstellreflex. Dadurch distanziiert sich der Mensch von der bedrohlichen Situation und gleichzeitig dissoziiert er sich von den eigenen Wahrnehmungen. Durch das Erstarren wird die Verarbeitung des traumatischen Ereignisses erschwert, wodurch im Nachgang

zumeist nur noch Bruchstücke der Situation im Gedächtnis sind. Betroffene können deshalb nur unmittelbar nach dem Ereignis schildern, dass etwas vorgefallen ist, jedoch können sie nicht sagen, was genau passiert ist (vgl. Gräberner 2013). Durch die Komposition aus Derealisation und Depersonalisation entsteht eine Art Fragmentierung, die die einzelnen Wahrnehmungsdetails verschwinden lässt (Scherwath, Friedrich 2012).

Hierfür sind spezielle neurophysiologische Prozesse verantwortlich, die im Folgenden genauer thematisiert werden.

2.2 Neurophysiologische Grundlagen

Sobald ein traumatisches Ereignis vorliegt, reichen die alltäglichen Bewältigungsmechanismen nicht mehr aus, um mit dieser Situation umzugehen. Deshalb benötigt unser Gehirn eine Strategie, um für das Überleben zu sorgen (vgl. Scherwath, Friedrich 2012: 19). Daher werden „Herzfrequenz, Atemfrequenz und Muskeltonus [...] erhöht oder verändert und es kommt zu einer verstärkten Ausschüttung von Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin und Cortisol“ (ebd.). Durch die Ausschüttung der Transmitter wird der Körper in einen Zustand versetzt, indem er für Flucht- und Kampfhandlungen bereit gemacht wird. Außerdem verstärkt sich die Wachsamkeit des Betroffenen, wodurch die Umgebung genauestens wahrgenommen wird. Gleichzeitig werden anderweitige Gehirnregionen ausgeschaltet, damit die Energie des Organismus voll und ganz für das Notfallprogramm genutzt werden kann. Gelingt jedoch weder die Flucht noch der Kampf, um aus der traumatischen Situation zu entkommen, gelangt der Mensch in die bereits beschriebene traumatische Zange.

Traumata führen zu Fragmentierungen im Gehirn mit einer einhergehenden Revision der Gehirnstruktur. Erkenntnisse aus der Gehirnforschung zeigen, dass das Gehirn kein starres Gerüst darstellt, welches unveränderbar ist, sondern im Zusammenspiel mit Erfahrungen und Ereignissen neuroplastisch agiert, weshalb vor allem traumatische Momente neuronale Schädigungen verursachen können (Scherwath, Friedrich 2012: 21f.). Vereinfacht dargestellt kann das Gehirn in drei Bereiche eingeteilt werden. Der erste Bereich ist die obere Kortexale. Hierbei handelt es sich um die Großhirnrinde, die dafür verantwortlich ist, die bewussten und zufälligen Prozesse zu steuern. Der zweite Bereich ist das limbische System, das vor allem für unsere Emotionen zuständig ist, wohingegen der dritte Bereich den Hirnstamm symbolisiert, der die Verantwortung für die vitalen Funktionen des Körpers trägt (vgl. Beckrath-Wilking 2013: 62). Kommt es nun zu einer traumatischen Situation, werden zwei Stressverarbeitungssysteme im Gehirn in Gang gesetzt. Das erste System ist der Hippocampus. Der Hippocampus, auch Seepferdchen genannt, ist für