



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung
Studiengang „Soziale Arbeit“

„Traumapädagogik in der Sozialen Arbeit – im besonderen Hinblick auf traumatherapeutische Ansätze“

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Arts (B.A.)

vorgelegt von: Vivien Abraham

Erstprüfer: Herr Prof. Dr. Andreas Speck

Zweitprüferin: Frau Prof. Dr. phil. habil. Barbara Bräutigam

Abgabedatum: 07.12.2020

URN-Nummer urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0566-5

Hinweise

Im Hinblick auf den Umgang mit personenbezogenen Begriffen habe Ich versucht, sowohl männliche als auch weibliche Formen zu verwenden. Außerdem wurden geschlechtsneutrale Bezeichnungen gewählt. Sollten dennoch Ausdrücke vorhanden sein, die sich nur auf ein Geschlecht beziehen, bitte ich dies zu entschuldigen. Die Ausdrücke sind in keinem Fall diskriminierend zu verstehen. Die personenbezogenen Begrifflichkeiten sollen immer alle Geschlechter miteinschließen.

In der folgenden Arbeit wird an einigen Stellen das Wort Opfer genannt. Diese Reduzierung auf ein einziges Merkmal eines Menschen ist jedoch nicht despektierlich oder diskriminierend gemeint.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
1 Trauma	3
1.1 Definition	4
1.2 Prozesse.....	7
1.3 Risikofaktoren und Schutzfaktoren	8
1.4 Symptome	10
1.5 transgenerationale Weitergabe.....	14
1.6 Folgen.....	15
1.6.1 akute Belastungsreaktion	16
1.6.2 posttraumatische Belastungsstörung.....	17
1.6.3 weitere posttraumatische Störungsbilder	18
2 Soziale Arbeit in Deutschland	19
2.1 Definition	19
2.2 Prinzipien und Aufgaben	20
3 Traumapädagogik.....	21
3.1 Begriffsklärung.....	21
3.2 Ziele der Traumapädagogik.....	23
3.3 Konzepte, Methoden, Aufgaben	24
3.4 traumapädagogische Arbeit mit Familien	27
3.5 traumapädagogische Arbeit im stationären Kontext	29
4 Traumatherapie.....	31
4.1 Begriffsklärung.....	31
4.2 Ziele der Traumatherapie.....	32
4.3 Therapieaufbau	34
4.4 die therapeutische Beziehung	36
5 traumatherapeutische Ansätze	37
5.1 Gruppentherapie und kombinierte Therapie	38
5.2 Psychoedukation.....	38

5.3	Die Dialektisch-Behaviorale Therapie.....	39
5.4	systemische Traumatherapie.....	40
5.5	EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing	41
5.6	Landkarten.....	43
5.7	Ego – States Therapie.....	44
6	Psychohygiene und Selbstfürsorge	46
7	Herausforderungen und Möglichkeiten anhand einiger Beispiele.....	48
8	Kriterienraster	52
9	Fazit und abschließende Diskussion	53
10	Eigenständigkeitserklärung	57
11	Literaturverzeichnis	58
12	Tabellen und Abbildungsverzeichnis.....	62

Einleitung

„Melanie war fünf Jahre alt. Zu dieser Zeit nahm sie der Vater immer häufiger in die Arme. Er sagte ihr auch, sie solle sich auf seinen Schoß setzen. Bei diesen Gelegenheiten streichelte er sie oft so, dass sie es komisch fand. Später brachte der Vater sie auch gerne in Bett. Er blieb dann meistens länger an ihrem Bett sitzen, dabei streichelte er ihre „Muschi“. Sie bekam immer ein hübsches Spielzeug von ihm, wenn sie dann auch noch sein „Teil da unten“ in der Hose anfasste. Über das Spielzeug freute sie sich sehr, und ihr Vater sagte ja auch immer, dass er sie sehr lieb habe. Also musste ja alles in Ordnung sein? Er war ja der Erwachsene, also tat er bestimmt nichts Unrechtes. Ein komisches Gefühl hatte Melanie schon. Er sprach von „ihrem Geheimnis“ und davon, dass nie jemand etwas darüber erfahren dürfe. Andernfalls müsse sie von zu Hause fort, ihre Mutter wäre sehr böse auf sie und überhaupt wäre dann die ganze Familie zerstört. Als sie neun oder zehn war, kam er immer öfter zu ihr ins Bett, wenn alle schliefen oder sonst keiner im Hause war. Jetzt drang er mit seinem Glied in sie ein. Sie ließ es geschehen, wusste auch nicht, was sie sonst hätte tun können. Wem sollte sie es auch erzählen? Es würde ihr ja doch keiner glauben. Melanie sprach eigentlich kaum noch mit jemandem, schon gar nicht über ihr Zuhause, und isolierte sich mehr und mehr. Mit zwölf wollte sie dann nicht mehr leben. Sie hatte jetzt immer mehr Ängste, in immer neuen Situationen. Oft aß sie auch viel zu viel. Ihr Vater beschimpfte sie häufig; er pflegte ihr dann zu sagen, sie sei nichts wert. Mit der Mutter kam sie auch überhaupt nicht zurecht. Sie fing an, sich selbst zu verletzen. Einen Ausweg aus ihrer Situation wusste sie nicht. Als es nachts wieder einmal besonders schlimm war, lief sie weg und ging auf Trebe. Als die Polizei sie aufgriff, sagte sie, dass sie nicht mehr nach Hause wolle und traf glücklicherweise auf eine Person, die sie ernst nahm. Sie wurde gefragt, ob sie sexuell missbraucht wurde. Direkt antworten konnte sie darauf noch nicht, aber Melanie wurde im Jugendnotdienst aufgenommen. [...]“¹

„Fast neun Monate ist T., als er von seiner jungen Mutter in der Kinderarztpraxis zur U5 vorgestellt wird, die eigentlich schon im siebten Lebensmonat hätte stattfinden sollen. Bei der U4 war ausweislich des gelben Untersuchungsheftes so weit noch alles in Ordnung, doch jetzt gibt schon der körperliche Zustand des Kindes Anlass zu großer Sorge. Sowohl die Körpergröße als auch das Gewicht weichen erkennbar vom alterstypischen Entwicklungsstand ab. T. hält kaum Blickkontakt zur Mutter, die ihn eher distanziert auf dem Arm hält. Viel habe sich getan in den letzten Monaten, berichtet diese auf Nachfrage des Arztes. Ein neuer Partner sei in ihr Leben getreten, und überhaupt habe sie sich nicht ganz so um den Kleinen kümmern können, wie sie sich das einmal vorgestellt hatte. In letzter Zeit schreie er auch immer häufiger und könne kaum noch beruhigt werden. Als der Arzt schließlich anhand des Hautbildes feststellt, dass ein gravierender Flüssigkeitsmangel vorliegt, entschließt er sich zu einer Einweisung in die Klinik zur medizinischen Notversorgung. [...]“²

¹ Eckhoff 2020 (Internetquelle)

² von Hofacker 2020 (Internetquelle)

Die beiden oben genannten Fälle sind Beispiele für das Erleben traumatisch wirkender Situationen. Im ersten Fall ist es der sexuelle Missbrauch und der fehlende soziale Rückhalt, was dazu führen kann, dass Melanie Symptome entwickelt, die bei einer Traumatisierung auftreten. Auch im zweiten Fall ist eine Traumatisierung sehr wahrscheinlich. Hier wurde das Kind stark vernachlässigt und kann keine sozialen Bindungen aufbauen, sodass bereits die Gesundheit Schaden genommen hat.

Vor allem Kinder sind sehr anfällig für die Entwicklung von Traumata. Ihre Weltsicht und das zwischenmenschliche Verhalten, bildet sich erst im Laufe der Jahre aus. Wenn sie in dieser Zeit bereits missbraucht, vernachlässigt, o.ä. werden, kann die gesunde Entwicklung nicht weiter voranschreiten, und es kommt zu Beeinträchtigungen, die sich durch das gesamte spätere Leben ziehen können.

Es wird immer häufiger darüber berichtet, dass Kinder Negativität in ihrer Herkunftsfamilie erfahren. Dazu zählen Gewalt, Missbrauch, Vernachlässigung und vieles weiters. Die Verarbeitungsmechanismen von Kindern sind noch nicht vollständig ausgeprägt und so kann es dazu kommen, dass Kinder eine Traumasymptomatik entwickeln, die mit diversen Anzeichen einhergehen kann. Doch nicht nur Kinder, sondern auch Jugendliche, Heranwachsende und Erwachsene bilden immer häufiger Traumata aus. Man geht davon aus, dass etwa 24 von 100 Menschen im Laufe ihres Lebens eine oder mehrere Situationen erleben, die auf die Betroffenen traumatisierend wirken können.³

Die Frage nach der grundlegenden Aufklärung über Traumata ist von großem Interesse, weil die Zahl der Betroffenen im Laufe der Zeit stetig ansteigt. Es wird jedoch häufig zu wenig berichtet, wenn es um Hintergründe, Symptome oder die Behandlung von Traumata geht. Im Internet gibt es eine Vielzahl von Quellen, die das Thema aufgreifen. Es ist jedoch schwierig, als Angehöriger oder Betroffener selbst, in dieser schwierigen, belastenden Situation grundlegende Informationen zu erhalten. Betroffene, Angehörige, sowie alle Interessierten, sollten eine zusammenhängende Übersicht über das Thema Trauma erhalten können, welche wissenschaftlich fundiert ist.

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Traumapädagogik in der Sozialen Arbeit und ausgewählten traumatherapeutischen Ansätzen, die zur Behandlung von Traumata herangezogen werden können. Das Ziel der Arbeit besteht darin, Betroffene, Angehörige und Interessierte grundlegend über Traumata aufzuklären. Außerdem kann sie ein Auswahlinstrument sein, welches ermöglicht, den richtigen Ansatz zur Behandlung von Traumata, entsprechend der Bedürfnisse und Ressourcen von KlientInnen, anwenden zu können. Zugrunde gelegt werden diverse Literaturen, die die theoretischen Aspekte untermauern. Der erste Teil widmet sich der terminologischen Klärung des Begriffes Trauma. Hierbei gehe ich auf unterschiedliche Definitionsansätze genauer ein. Weiterhin werden die inneren Prozesse beschrieben, die während des traumatischen Erlebnisses und in der Folgezeit ablaufen. Im Anschluss daran betrachte ich die Risiko- und Schutzfaktoren, die dazu beitragen, dass die Ausbildung einer Traumatisierung beschleunigt wird, oder diese erschwert. Im Folgenden gehe ich auf die Symptomatik ein, die nach dem Erleben von

³ vgl. Maggaard 2020 (Internetquelle)

traumatischen Situationen auftreten kann. Der nächste Abschnitt befasst sich mit der transgenerationalen Weitergabe. Schließlich lege ich den Fokus auf die Folgen eines Traumas, im besonderen Hinblick auf die akute Belastungsreaktion, die posttraumatische Belastungsstörung, sowie weitere posttraumatische Störungsbilder. Im folgenden zweiten Teil gebe ich einen kurzen Einblick in die Soziale Arbeit in Deutschland. Hierbei habe ich mich auf die Definition und Prinzipien und Aufgaben von Sozialer Arbeit beschränkt, da weitere Ausführungen den Rahmen der Arbeit übersteigen würden. Im Fokus des dritten Kapitels steht die Traumapädagogik, die sich mit der Verarbeitung von traumatischen Situationen bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden beschäftigt. Zuerst erfolgt eine Begriffsklärung. Danach werden die Ziele, sowie Konzepte, Methoden und Aufgaben näher beleuchtet. Daran schließt sich die traumapädagogische Arbeit mit Familien, sowie die traumapädagogische Arbeit im stationären Kontext an. Im vierten Abschnitt wird die Traumatherapie im Mittelpunkt stehen. Auch hier erfolgt zunächst die Begriffsklärung, sowie die Formulierung von Zielen, die mit der traumatherapeutischen Arbeit erreicht werden sollen. Im Anschluss gehe ich näher auf den Therapieaufbau und die therapeutische Beziehung zwischen HelferInnen und KlientInnen ein. Der gesamte fünfte Teil beinhaltet die von mir ausgewählten traumatherapeutischen Ansätze, die einzeln erläutert werden. Begonnen wird mit der Gruppentherapie, sowie der kombinierten Therapie. Danach folgt die Methode der Psychoedukation. Im Anschluss gehe ich näher auf die dialektisch-behaviorale Therapie ein. Außerdem wird die systemische Therapie und die EMDR – Eye Movement an Reprocessing Therapie betrachtet. Abschließend wird die Ego-State Therapie betrachtet. Das folgende sechste Kapitel befasst sich mit der Psychohygiene oder auch Selbstfürsorge der HelferInnen. Hier werden diverse Komplikationen, aber auch deren mögliche Lösungen, in Bezug auf den beruflichen Alltag dargestellt. Im siebten Abschnitt werden anhand von einigen Beispielen Herausforderungen und Möglichkeiten aufgezeigt, die durch Traumapädagogik und Traumatherapie entstehen können. Die angeführten Beispiele sollen die einzelnen Situationen verständlicher gestalten. Zum Schluss entwerfe ich ein Kriterienraster. Dieses beinhaltet die ausgewählten traumatherapeutischen Ansätze und soll eine Unterstützung sein, wenn es um die Auswahl einer oder mehrerer geeigneter Methoden geht. Schließlich erfolgen eine abschließende Diskussion und Reflexion in Bezug auf das Thema.

1 Trauma

Nicht nur in der pädagogischen Arbeit gewinnt das Wort Trauma immer mehr an Bedeutung. Auch im alltäglichen Sprachgebrauch werden die Worte Trauma und traumatisch inflationär genutzt. Sie werden verwendet, um dem Gesprächspartner zweifellos zu verdeutlichen, wie dramatisch oder einschüchternd eine erlebte Situation war. Bei diesen alltäglichen Situationen handelt es sich meistens nicht um ein Trauma im fachlichen Sinn.⁴ Traumatische Erlebnisse im eigentlichen fachlichen Verständnis können dennoch jedem von uns im Laufe seines Lebens widerfahren. Dabei ist es irrelevant in welcher Phase seines Lebens

⁴ vgl. Scherwath/Friedrich 2014, S.17

man sich befindet. Bereits als Säugling können Traumata entstehen, wenn Bezugspersonen ihre Kinder vernachlässigen oder keine gesunde Beziehung zu ihnen aufbauen können.⁵

In diesem Teil der Arbeit wird erläutert, wie man den Begriff des Traumas definieren kann und welche Auslöser es für sie gibt. Außerdem gehe ich grob auf die Prozesse ein, die bei einer Traumatisierung ablaufen und benenne Schutz- und Risikofaktoren. Weiterhin erläutere ich Symptome, die traumatisierte Personen aufweisen können und erkläre welche Folgen Traumata auslösen können.

1.1 Definition

Das Wort Trauma ist altgriechisch und bedeutet übersetzt: „Wunde“, „Verletzung“ oder „Schaden“. Diese Bezeichnung meint vorrangig lediglich eine Verletzung, ohne anzugeben, wo sich diese befindet. Auch in der Medizin wird der Begriff des Traumas noch immer für Verletzungen verwendet, so zum Beispiel in Bezug auf das Schädel-Hirn Trauma. Das Trauma im psychologischen Sinn, welches in dieser Arbeit von Bedeutung ist, wird daher Psychotrauma genannt, da es sich auf die Verletzung der Seele bezieht. Da der Begriff „Trauma“ im psychologischen Sinn weit etabliert ist, werde ich diesen Begriff statt den des Psychotraumas in meiner Arbeit fortführend verwenden.⁶

Seidler definiert den Begriff des Traumas im Hinblick auf die Übersetzung der Wunde, als „[...] eine seelische Verletzung, die auf ein traumatisierendes Ereignis (oder deren mehrere) zurückgeht, bei dem im Zustand von extremer Angst und Hilflosigkeit die Verarbeitungsmöglichkeiten des Individuums überfordert waren.“⁷ Seidlers Definition beschreibt, dass die Verarbeitungs- und Bewältigungsmechanismen des Individuums überfordert waren. Diese Mechanismen werden als Resilienz bezeichnet. Das Wort leitet sich vom lateinischen Wort *resilire* ab und bedeutet so viel wie zurückspringen. In der anfänglichen Definition beschreibt Resilienz eine Eigenschaft von Materialien, die dazu führt, dass diese nach starker Belastung wieder in ihren Ausgangszustand zurückkehren.⁸ Resilienz beschreibt dahingehend die Fähigkeit, Belastungen selbst ausgleichen zu können und alle bisherigen Funktionen unter Einhaltung der bisherigen Verhaltensweisen aufrechtzuerhalten. Resilienz fördernd sind hierbei zwischenmenschliche Bindungen, die Betroffenen Rückhalt geben und ihnen bei der Verarbeitung des traumatischen Erlebnisses helfen können.⁹ Eine andere Definition findet man bei Fischer und Riedesser. Ihre Erklärung grenzt das traumatische Erleben noch klarer vom Alltag ab. Diese Definition ist die vorrangige Erläuterung des Begriffes, die in nahezu jedem Fachbuch über Traumata zu finden ist. Sie beschrieben die traumatische Erfahrung als ein „vitales Diskrepanzverhältnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnis bewirkt“.¹⁰

⁵ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 37

⁶ vgl. Hantke/Görges 2012, S. 53

⁷ Seidler 2013, S. 32f.

⁸ vgl. Hanswille/Kissenbeck 2008, S.136

⁹ vgl. Seidler 2013, S. 42

¹⁰ vgl. Seidler 2013, S.33

Der ICD 10 beschreibt ein Trauma in Abschnitt F43.1 wie folgt: „[...] Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“¹¹ Im Gegensatz dazu beschreibt das Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (APA) in ihrem Handbuch psychischer Störungen dem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM), dass bei einem traumatischen Ereignis zwei Kriterien erfüllt sein müssen. Die erste Bedingung, um ein Trauma auszulösen, ist das Erleben oder Beobachten eines traumatischen Ereignisses, eine Situation, die auch bei anderen Menschen eine enorme Belastung hervorbringen würde. Hierunter zählen die reale oder potenzielle Todesbedrohung, eine ernsthafte Verletzung und die Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder anderen.¹² Als zweite Bedingung werden die inneren Vorgänge in Betroffenen benannt, die eine traumatische Situation erleben, so etwa die Reaktion mit Angst, Furcht oder Hilflosigkeit.¹³ Die Definition des Traumas im DSM ist weitaus detailgetreuer und schließt die sekundäre Traumatisierung durch Beobachten mit ein, die im ICD 10 nicht in Betracht gezogen wird. Die Auswirkungen, die ein potenziell traumatisierendes Ereignis nach sich ziehen kann, hängt also von der Dauer der erlebten Situation, der Schwere des Ereignisses, sowie von den Ressourcen und Verarbeitungsmöglichkeiten des Individuums ab.¹⁴

Traumatisierung ist ein Prozess. Ein Trauma entsteht nicht in Sekunden und auch nicht jedes scheinbar traumatische Erlebnis ist für unterschiedliche Individuen in gleichem Maße traumatisierend. Ein Trauma entwickelt sich nach dem Erleben, eines für jede Person individuell gewerteten, Ereignis, bei dem die Abwehrreaktionen der Betroffenen nicht ausreichen, um das Erlebte zu bewältigen. Das Traumaereignis wird auch als Entmächtigungsgeschehen beschrieben, weil das entsprechende Ereignis, im weiten Sinne die TäterIn, stärker war als die betroffene Person. Betroffene haben häufig keine Möglichkeit in die Situation einzugreifen um sie zu beenden.¹⁵ Somit kommt es zu Bewältigungsversuchen, die unkontrollierbare Folgen, wie zum Beispiel emotionale Taubheit, „inneres Abschalten“¹⁶ oder dissoziative Zustände beinhalten können.¹⁷ Opfer von traumatisierenden Situationen werden zu Objekten der mächtigen, ausführenden Kraft und erleben sich selbst in einer Art Ohnmacht. Sie entwickeln dissoziative Zustände und spalten sich ab. Opfer von Vergewaltigungen berichten beispielsweise darüber, dass sie den Körper von ihrer Seele abgespalten haben, damit diese keinen Schaden nimmt und die Tat wie von „oben“ herab betrachten konnten.¹⁸ Traumatische Erlebnisse wirken sich immer auf die psychische Verfassung des Individuums aus. Derartige Ereignisse von außen versetzen den Körper der Betroffenen in eine Art Ausnahmezustand, in dem die Betroffenen an die Grenzen ihrer Bewältigungsmöglichkeiten stoßen.¹⁹

¹¹ Krollner 2020 (Internetquelle)

¹² vgl. Scherwath/Friedrich 2014, S. 18

¹³ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 33f.

¹⁴ vgl. Hipp 2014, S. 15

¹⁵ vgl. Seidler 2013, S.38

¹⁶ Hirsch 2011, S. 43

¹⁷ vgl. Hirsch 2011, S. 10

¹⁸ vgl. Seidler 2013, S. 38

¹⁹ vgl. Hirsch 2011, S. 9

Hirsch beschreibt außerdem eine spezielle Art der Traumatisierung: die sequenzielle Traumatisierung. Hierbei erlebte das Individuum bereits in seiner Vergangenheit ein traumatisches Erlebnis, welches jedoch keine, für Außenstehende offensichtlichen, Folgen hatte und allein bewältigt oder soweit unterdrückt werden konnte, dass ein scheinbar normales alltägliches Leben möglich war. Durch ein aktuell erlebtes traumatisches Ereignis, wird das damalige Erlebnis aktualisiert und es kann zu einer erneuten Traumatisierung kommen, die nicht weiterhin verborgen werden kann, sondern einen Handlungsbedarf aufzeigt. Ein Beispiel für die sequenzielle Traumatisierung könnte eine aktuell erlebte Vergewaltigung sein. Wenn die betroffene Person bereits in ihrer Kindheit sexuellen Missbrauch erfahren hat, können diese beiden traumatischen Ereignisse aufeinandertreffen und eine Traumatisierung auslösen, die nicht mehr allein bewältigt werden kann, sondern professionelle Hilfe benötigt.²⁰

Hirsch unterscheidet außerdem zwischen zwei Arten der Traumatisierung. Auf der einen Seite steht das Beziehungstrauma, welches meist die Bindung zwischen Eltern und Kind meint. Hierbei kann es sich um Aspekte der Vernachlässigung, physische und psychische Gewalt, sexuellen Missbrauch u.a. handeln. Kinder verlieren das Vertrauen in ihre Bezugspersonen und beginnen oftmals die Schuld in sich selbst zu suchen, da ihnen Phrasen wie: „Du bist selbst schuld“ oder „Du bist nichts wert“ entgegengebracht werden. Auch Beckrath-Wilking beschäftigt sich mit diesem Begriff der Traumatisierung. Unter Beziehungs- und Bindungstraumata werden nach ihrer Auffassung: „[...] alle Verhaltensweisen Erwachsener verstanden, die geeignet sind, Kinder und Jugendliche mit psychologischen Mitteln zu schädigen“.²¹ Dazu zählen unter anderem: die emotionale Vernachlässigung, die Behinderung der Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen, die Missachtung aller Bedürfnisse des Kindes oder Jugendlichen, das Anwenden von Gewalt und Gewaltandrohungen und der Substanzmittelmissbrauch im Beisein des Kindes oder Jugendlichen.²² Die andere Art der Traumatisierung ist nach Hirsch die Akuttraumatisierung, die ein Gefälle von Mächtigem und Ohnmächtigem beschreibt. Hierzu können Vergewaltigungen zählen, bei denen das Opfer die TäterIn nicht kannte. In diese Gruppe fallen jedoch auch Naturkatastrophen, deren Miterleben zu Traumatisierungen führen kann.²³

Eine andere, jedoch ähnliche Unterscheidung nimmt Terr vor. Sie unterscheidet zwischen kurzfristigen Traumata, den Typ-I-Traumata und langfristigen Traumata, den Typ-II-Traumata.²⁴ Maercker und Karl unterscheiden später weiterhin in personale (auch personell oder interpersonell) und apersonale, akzidentelle Traumata. Personal verursachte Traumata sind nach ihrer Auffassung Ereignisse, die von Menschen bewusst verursacht werden. Die Auslöser für apersonal verursachte Traumata sind hingegen nicht von Menschen verursachte traumatische Situationen. In diese Gruppe zählen auch Unfälle, die von Menschen unbeabsichtigt verursacht wurden.²⁵ Die untenstehende Tabelle zeigt Beispiele auf, die nach der Unterteilung

²⁰ vgl. Hirsch 2011, S. 42

²¹ Beckrath-Wilking 2013, S. 37

²² vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 37

²³ vgl. Hirsch 2011, S. 44

²⁴ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 36

²⁵ vgl. Maercker/Karl 2011, S. 972

von Maercker und Karl, sowie Terr möglich sind, um eine bessere Veranschaulichung des Erklärten darzustellen.

	Typ-I-Traumata → einmalig, kurzfristig	Typ-II-Traumata → mehrfach, langfristig
apersonale, akzidentelle Traumata	- schwere Verkehrsunfälle - kurz andauernde Naturkatastrophen	- lang andauernde Naturkatastrophen
interpersonelle Traumata „man made“	- sexuelle Übergriffe - kriminelle, körperliche Gewalt - ziviles Gewalterleben	- sexuelle und körperliche Gewalt - Missbrauch in der Kindheit - Kriegserleben - Geiselnhaft - Folter

Tabelle 1: vgl. Beckrath-Wilking 2013, S.36f.

Ein weiterer Begriff, der in Bezug auf das Thema „Trauma“ von hoher Bedeutung ist, ist der Begriff der Retraumatisierung. Retraumatisierung beschreibt einen Zustand oder Zustände von Betroffenen, die eine erneute Symptombelastung aufzeigen, aufgrund von wieder aufkommenden Erinnerungen an das traumatische Erlebnis.²⁶

1.2 Prozesse

In diesem Kapitel erläutere ich die Prozesse, welche im Gehirn und im Körper allgemein nach einer Traumatisierung ablaufen genauer. Da die ausführliche Beschäftigung mit diesem Thema zu komplex ist, werde ich nur einzelne Aspekte anschnitten, um das Hauptaugenmerk auf pädagogisch relevantere Themen zu legen.

Das Gehirn besteht aus drei Ebenen. Die vegetative Ebene, die Ebene der Emotionen und die Ebene des Denkens, Planens und Handelns. Die vegetative Ebene befasst sich mit den lebenswichtigen Funktionen, wie der Atmung, der Nahrungsaufnahme und des Schlafrythmus. Kommt es zu einem traumatischen Erlebnis wird die Balance dieser Prozesse gestört und es kommt zu Schutzmechanismen, die die lebenswichtigen Funktionen erhalten sollen. Hierzu zählt die Flucht oder der Totstellreflex. In der zweiten Ebene, die Ebene der Emotionen, wird das Raum und Zeit Verständnis, sowie die Erinnerungen abgespeichert. Bei hoher Belastung ist dieser Bereich weniger leistungsfähig, da er nur noch gering durchblutet wird. Bei anhaltender Belastung kann es vorkommen, dass sich dieser Teil des Gehirns sogar verkleinert. So kommt es dazu, dass Erinnerungen vergessen werden und Betroffene keine Orientierung in Raum und Zeit haben. Die dritte Ebene, die das Denken, Planen und Handeln umfasst, beinhaltet außerdem das Sprach- und Aufmerksamkeitszentrum. Diese Ebene ist auf die vorher genannten angewiesen, um eine tatsächliche

²⁶ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 38

Handlung auszuführen. Nach einem traumatischen Ereignis wird auch diese Ebene nicht vollständig mit der benötigten Blutzufuhr versorgt und so kommt es zu Blockaden im Sprech- und Aufmerksamkeitszentrum. Diese Schutzmechanismen werden durch das Alarmzentrum des Gehirns, den Mandelkern, ausgelöst. Dieser sendet ein Alarmsignal an die vegetative Ebene, welche die Signale weitergibt, um alle nötigen Schutzmechanismen auszulösen.²⁷

Außerdem gibt es bestimmte körperliche Systeme, die in Gefahrensituationen unser Überleben sichern sollen. Die folgenden Systeme sind eng verknüpft mit den oben genannten Ebenen im Gehirn. Bei akuter Gefahr wird als erstes das Bindungssystem aktiviert, das in uns Menschen tief verankert ist und dazu führt, dass wir nach wichtigen und nahestehenden Menschen rufen, oder allgemein nach Hilfe. Wie in der oben genannten zweiten Ebene wird folgend die Aufmerksamkeit auf Raum und Zeit gelegt. Es erfolgt eine verstärkte Orientierungsreaktion, um sich zurechtzufinden und den Ursprung der Gefahr auszumachen. Als letztes System werden die Verteidigungsstrategien aktiviert. Der Körper bereitet sich auf Kampf oder Flucht vor und wird mit einem enormen Maß an Adrenalin versorgt. Sind Kampf und Flucht keine Möglichkeiten, fällt der Körper in eine Art Ohnmacht oder Totstellreflex, um dem Ereignis so zu entkommen.²⁸

1.3 Risikofaktoren und Schutzfaktoren

Jeder Mensch kann ein Trauma entwickeln. Dennoch gibt es einige Merkmale, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass ein traumatisches Erlebnis nicht verarbeitet werden kann und eine kurz- oder langfristige Störung der Persönlichkeit nach sich ziehen. Risikofaktoren bezeichnen die Faktoren, die „[...] traumatische Situationen negativ beeinflussen. Durch ihre destabilisierenden Effekte wird die Wahrscheinlichkeit von Folgestörungen erhöht“.²⁹

Ein erster Faktor ist das weibliche Geschlecht. Studien sollen herausgefunden haben, dass etwa 80-90% aller sexualisierten Gewaltverbrechen auf Frauen oder Mädchen verübt werden. Dieses stark traumatisierende Erlebnis führt dazu, dass Frauen fast doppelt so häufig eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln, im Gegensatz zu Männern.³⁰

Weitere Risikofaktoren, welche schon vor dem traumatischen Ereignis bestanden haben sind: ein niedriger Bildungsstatus, geringe Intelligenz, Introversion und extrem gehemmtes Verhalten, eine schlechte körperliche Verfassung, frühere Schicksalsschläge, sowie das Vorhandensein früherer psychischer Störungen. Auch Stressfaktoren, die in erster Hinsicht keine Verbindung zu der traumatischen Situation aufweisen, können eine Verarbeitung des Erlebten erschweren. Probleme am Arbeitsplatz, ein Umzug oder eine noch vorherrschende Angst vor dem Täter erschweren den Heilungsprozess.³¹

²⁷ vgl. Onnasch/Gast 2012, S. 28ff.

²⁸ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 69f

²⁹ Scherwath/Friedrich 2014, S. 51

³⁰ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 39

³¹ vgl. Beckrath-Wilking 2003, S.39ff.

Michaela Huber hat weiterhin Faktoren zusammengestellt, die die dazu führen, dass Menschen eine traumatische Situation besonders schwer verarbeiten können. Das sind unter anderem Situationen, die sehr lange andauern und sich häufig wiederholen. Die betroffene Person hat keine Möglichkeit der Situation zu entkommen und muss die Handlungen immer wieder und/oder für eine sehr lange Zeit über sich ergehen lassen. Eine Verarbeitung ist kaum möglich, da die Traumatisierung bei jeder Wiederholung von vorn beginnt. Des Weiteren ist es schwer eine solche Situation zu verarbeiten, wenn die Persönlichkeit noch nicht gefestigt oder gestört ist. Kinder, deren geistige Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist und die dann Gewalt erleben, können sich nicht erklären, weshalb sie diese ertragen müssen. Sie können keinen erklärbaren Grund finden und beginnen, die Schuld bei sich selbst zu suchen. Hieraus entstehen Persönlichkeitsstrukturen, die wenig Selbstvertrauen und niedriges Vertrauen in andere Menschen aufweisen. Weiterhin sind diese Erlebnisse geprägt von zwischenmenschlicher Gewalt, sexueller Gewalt oder sadistischer Folter und lassen das Opfer mit schweren körperlichen Verletzungen zurück. Außerdem ist die Täter-Opfer Beziehung ein wichtiger Faktor. Besonders schwer ist eine Tat zu verarbeiten, wenn die TäterIn eine nahestehende Person ist und die betroffene Person die TäterIn mochte, oder auch immer noch mag. Das Unverständnis, wie ein Mensch aus dem näheren Umfeld eine solche Tat begehen kann, ist nicht nachvollziehbar und kann dahingehend auch nicht selbstständig begriffen werden.³² Auch die Erlebnisse nach der traumatischen Situation sind ausschlaggebend, ob eine Traumafolgestörung entwickelt wird. Dysfunktionale Familienstrukturen, die zur Folge haben, dass niemand dem Opfer beisteht, das Vorliegen einer mangelnden sozialen Unterstützung oder die Tatsache, dass das Trauma von Bezugspersonen nicht anerkannt wird, machen derartige Störungen der Persönlichkeit wahrscheinlicher, als mit einer intensiven Betreuung.^{33 34}

Es gibt entgegen der Risikofaktoren jedoch auch Schutzfaktoren, die die Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen erleichtern können. Vorrangig sind eine gute soziale Unterstützung und familiärer Rückhalt ein wichtiger Faktor, um das Erlebte verarbeiten zu können. Eine Untersuchung des „american national center for posttraumatic stress disorder“ hat gezeigt, dass 71,4% der Menschen, die eine traumatische Situation erlebt haben, den Kontakt zu Angehörigen oder Bekannten gesucht haben, während nur 9,2% die Hilfe bei Institutionen oder anderen außenstehenden HelferInnen suchten.³⁵ Nahestehende Menschen, die bei Problemen unterstützen können und das Erlebte nicht ignorieren sind ein enormer Vorteil, wenn es um die Verarbeitung geht.^{36 37}

Ein weiteres Persönlichkeitsmerkmal, das sich als hilfreich erweisen kann, ist die Fähigkeit, die geschehenen Ereignisse geistig in das eigene Weltbild einordnen zu können, diese zu verstehen und sie bewerten zu können. Der Begriff der posttraumatischen Reifung beschreibt diesen Prozess sehr genau. Die Betroffenen nutzen das Erlebte zum Wachstum ihrer Persönlichkeit. Hierbei werden sie sich ihrer eigenen Stärke

³² vgl. Huber 2003, S. 75

³³ vgl. Seidler 2013, S. 59

³⁴ vgl. Scherwath/Friedrich 2014, S. 51

³⁵ vgl. Korittko 2014, S. 160

³⁶ vgl. Beckrath-Wilking 2003, S. 41

³⁷ vgl. Seidler 2013, S. 60

bewusst, entdecken neue Möglichkeiten und können sich selbst, ihre Beziehungen und das Leben als Ganzes intensiver wertschätzen als zuvor.³⁸

1.4 Symptome

Symptome, die nach traumatischen Erlebnissen auftreten sind vielfältig und nicht vorsehbar. Sie betreffen die sozialen, emotionalen, kognitiven und sensorischen Kompetenzen von Betroffenen in unterschiedlichem Maße.³⁹ Jeder reagiert individuell auf das Erlebte. Symptome, die nach Traumatisierungen auftreten, können häufig bereits einer Störung nach dem ICD 10 zugeordnet werden, auf die ich später genauer eingehe. Dennoch werde ich im Folgenden einige Symptome, die auftreten können, genauer beschreiben.

Der Körper reagiert bei einem traumatischen Ereignis mit der Ausschüttung von Stresshormonen, die signalisieren sollen, dass eine Gefahrensituation vorliegt. Sie setzen die Energiereserven des Körpers frei und bereiten ihn so auf eine mögliche Gegenwehr und die Flucht vor.⁴⁰

Symptome können als Versuche angesehen werden, den Körper in seine ursprüngliche Form zurückzubringen. Die Gegenregulation soll Verhaltensweisen und Persönlichkeitsmerkmale aufrechterhalten, die die Betroffenen vor der Traumatisierung ausgemacht haben.⁴¹

Nach Hirsch gibt es weitere Symptome, die nach einer Traumatisierung vermehrt auftreten. Betroffene sind häufig von Angststörungen und Schlafstörungen, Depressionen und Selbstwertproblemen betroffen, mit denen ein erhöhtes Risiko der Suizidalität und Selbstverletzung einhergeht. Betroffene erleben, häufig nach (sexuellen) Gewaltverbrechen, eine Störung ihrer Beziehungsfähigkeit. Ihr Vertrauen in Außenstehende oder auch in ihnen nahestehende Menschen ist geschädigt und kann nur schwer wiederhergestellt werden. Auch Wutausbrüche und erhöhte Aggressivität sind hinderlich im Umgang mit Angehörigen und Außenstehenden. Hierbei kommt es, wie bereits erwähnt darauf an, dass Betroffene sozialen Rückhalt erleben, um sich nicht von der Außenwelt zu isolieren.⁴²

Die genannten Symptome können in zwei Kategorien eingeordnet werden. Auf der einen Seite gibt es die Symptome der Hoch- oder Überspannung. Symptome dieser Art sind direkte körperliche Reaktionen auf die Traumatisierung, an die sich Betroffene hierbei oft nur noch teilweise erinnern. Die auftretenden Körperreaktionen haben Vorrang vor der Erinnerung und Verarbeitung des Erlebten. Zu dieser Kategorie zählen u.a.: Schlafstörungen, Aggressivität, Schreckhaftigkeit, Bluthochdruck, sowie Verspannungen, mit diversen Schmerzen in unterschiedlichen Bereichen. Die gegenteilige Kategorie beinhaltet Symptome der sogenannten Unterspannung. Diese beziehen sich auf das Vermeiden bestimmter Situationen, die die

³⁸ vgl. Beckrath-Wilking 2003, S. 41f

³⁹ vgl. Scherwath/Friedrich 2014, S. 42

⁴⁰ vgl. Hirsch 2011, S.41

⁴¹ vgl. Hantke/Görges 2012, S. 87

⁴² vgl. Hirsch 2011, S. 10

Betroffenen nicht erleben wollen. Symptome dieser Kategorie sind: der soziale Rückzug, Antriebslosigkeit und kann bis hin zu schweren Depressionen führen.⁴³

Auch Schuldgefühle nehmen eine große Rolle ein, wenn man sich mit der Symptomatik von Traumatisierungen befasst. Betroffene suchen die Schuld der Tat bei sich selbst, besonders wenn ihnen dieses von TäterInnen und in einigen Fällen auch von der Gesellschaft impliziert wird. Dies geschieht beispielsweise, wenn die TäterIn einer Vergewaltigung seinem Opfer die Schuld an der Tat gibt, weil sie ihn mit ihrem Aussehen oder der Auswahl ihrer Kleidung verführt hätte. Die Gesellschaft reagiert in diesen Fällen oft mit Sätzen wie: „Kein Wunder, dass das passiert ist, bei dem kurzen Rock, den sie immer trägt.“ Aufgrund des traumatischen Erlebnisses, welches bereits eine hohe Belastung darstellt, und der Schuldzuweisungen, glauben Betroffene nach einiger Zeit auch, dass sie die Tat zu verschulden haben, wenn es keinen offensichtlichen anderen Grund gibt, warum der Täter ausgerechnet sie ausgewählt hat. Dies ist nur ein Beispiel von vielen, welches zeigt wie manipulativ TäterInnen sein können und welchen Einfluss die Gesellschaft auf die Traumaentwicklung des Opfers haben kann.⁴⁴

Ein weiteres Anzeichen, welches vermehrt in der Symptomatik auftritt, sind die dissoziativen Zustände, von denen Traumatisierte betroffen sind. Dissoziation bedeutet wortwörtlich, „das: auseinandernehmen, nichtverbinden, distanzieren von etwas.“⁴⁵ Laut der „American Psychiatric Association“ definiert sich Dissoziation wie folgt: „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.“⁴⁶ Dissoziation beschreibt also das Abspalten von bestimmten Erinnerungen oder Wahrnehmungen, die dazu führen könnten, dass das Individuum erneut an die traumatischen Erlebnisse erinnert werden könnte. Dissoziieren dient als „psychischer Überlastungsschutz“⁴⁷ des Selbst. Man beschreibt dissoziieren als eine Art herausgleiten.⁴⁸ *„Eine ab dem Alter von elf Jahren von ihrem Großvater in dessen Hobbykeller regelmäßig sexuell missbrauchte Patientin berichtete, dass sie bereits bei der ersten Situation, als sie sich vor dem Großvater auf die Werkbank legen musste, aus ihrem Körper herausglitt und von der Decke aus betrachten konnte, was der kleinen A. dort passierte. Diese Fluchtmöglichkeit in der Dissoziation hatte sie dann in den zahlreichen folgenden Missbrauchssituationen immer wieder erlebt, bis sich dieser Mechanismus auch in anderen Situationen verselbstständigte und schließlich im Alltagsleben zu Komplikationen wie Gedächtnisverlust, Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit und Desorientiertheit führte.“*⁴⁹ Dissoziieren ist uns auch im Alltag oft von Vorteil, wenn es zum Beispiel darum geht, sich auf eine Sache zu konzentrieren. Die Umgebung

⁴³ vgl. Hantke/Görges 2012, S. 87f

⁴⁴ vgl. Scherwath/Friedrich 2014, S. 39

⁴⁵ Hantke/Görges 2012, S. 73

⁴⁶ Beckrath-Wilking 2013, S. 79

⁴⁷ Scherwath/Friedrich 2014, S. 41

⁴⁸ vgl. Scherwath/Friedrich 2014, S. 41

⁴⁹ Beckrath-Wilking 2013, S. 59

und andere Reize werden ausgeblendet und bewusst abgespalten. Die pathologische Dissoziation ist im Gegensatz jedoch häufig gekennzeichnet von Amnesie, Depersonalisation oder Derealisation. In der Symptomatik der Traumadiagnostik wird das Augenmerk nur auf die pathologische Dissoziation gelegt.⁵⁰

Symptome der Dissoziation können in zwei Arten unterschieden werden. Hierzu soll eine Tabelle eine Auswahl von Symptomen in die Kategorien unterteilen.

psychoforme Symptome	somatoforme Symptome
<ul style="list-style-type: none"> • Amnesien (autobiografisch) • Amnesien (in der Gegenwart) • emotionale Betäubung • unerklärlich auftretende Emotionen • innere Stimmen im Kopf • Hören innerer Dialoge • Zeitverlust • Depersonalisation • Altersregression • Derealisation • Fugue-Zustände • affektives und kognitives Wiedererleben des Traumas • Identitätskonfusion und -diffusion 	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzunempfindlichkeit • körperliche Betäubung • lokalisierte Schmerzen • Bewegungsstörungen und -einschränkungen • unerklärlich und plötzlich auftretende Körperempfindungen, -schmerzen • Wiedererleben der körperlichen Komponenten des Traumas • wechselnde Störungen von Sinneswahrnehmungen • u. a. m.

Tabelle 2: Hanswille/Kissenbeck 2008, S. 42

Beckrath-Wilking beschreibt eine Einteilung der dissoziativen Zustände nach Nijenhuis von 2004, die verdeutlicht, wie individuell Dissoziationen auftreten können. Die Einteilung beginnt mit der primär strukturellen Dissoziation, die häufig durch Unfälle oder Verbrechen ausgelöst wird. Ein Teil des Erlebten kann nicht in den Erinnerungsprozess integriert werden und kommt immer hervor, wenn an das Erlebte erinnert wird, durch sogenannte Trigger. Hierbei werden Betroffene durch Alpträume oder plötzlich auftauchende Bilder zurück in die traumatische Situation versetzt. Dennoch können sie im Alltag agieren und haben einen sogenannten: ANP, einen anscheinend normalen Persönlichkeitsanteil. Die Verhaltensweisen, die nach dem Auftreten eines Triggers zum Vorschein kommen, sind Charakterzüge des EP: des emotionalen

⁵⁰ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 79f

Persönlichkeitsanteils. Durch die Selbstheilungskräfte des Körpers können die Bilder nach einiger Zeit in die Erinnerungen integriert werden und benötigen keine Behandlung, im Sinne einer Traumatherapie.^{51 52}

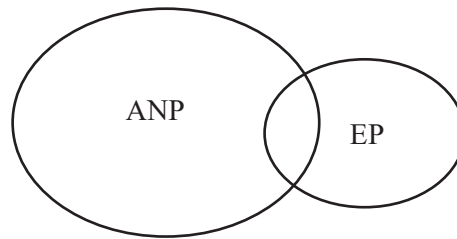


Abbildung 1: primär strukturelle Dissoziation – Quelle: Hanswille/Kissenbeck 2008, S. 92

Bei der sekundär strukturellen Dissoziation werden die Symptome stärker und es kommt zu „teildissoziierten Selbstanteilen“.⁵³ Betroffene agieren in unterschiedlichen Situationen, als hätten sie mehrere Persönlichkeiten, können aber im Nachhinein klar feststellen, dass sie in bestimmten Situationen divergent zu ihrem ursprünglichen Verhalten reagierten.⁵⁴

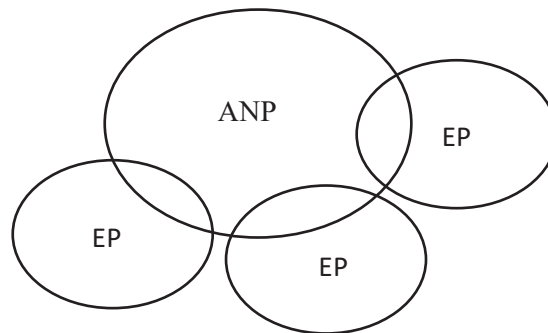


Abbildung 2: sekundär strukturelle Dissoziation – Quelle: Hanswille/Kissenbeck 2008, S. 92

⁵¹ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 88

⁵² vgl. Hantke/Görges 2012, S. 78

⁵³ Beckrath-Wilking 2013, S. 88

⁵⁴ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S.88

Die tertiär strukturelle Dissoziation ist die einschneidendste Form, bei der Betroffene eine Identitätsstörung aufweisen, die mit dem Abspalten verschiedener Persönlichkeiten einhergeht, mit denen die Betroffenen agieren und reagieren, von denen die einzelnen Persönlichkeiten (auch Ego States genannt), untereinander jedoch nichts wissen. Diese EP's sind in ihrem Alter und den Verhaltensweisen „stecken geblieben“, zu dem Zeitpunkt als das traumatisierende Ereignis stattfand, weil die traumatischen Erlebnisse nie integriert werden konnten.⁵⁵ Aufgrund bestimmter Trigger tritt eine der Persönlichkeiten in den Vordergrund. So kommt es zu einem stetigen Wechsel der Selbstanteile, welcher dazu führt, dass die Betroffenen sich nicht an ihr Verhalten oder den Tagesablauf erinnern können. Da die unterschiedlichen Anteile, untereinander nicht wissen, dass sie existieren kommt es zum Beispiel zum Auffinden von Sachen, von dessen Erwerb man nichts weiß, weil ein anderer Selbstanteil den Kauf getätigt hat. Diese Form der Dissoziation ist dringend behandlungsbedürftig um gemeinsam mit den Betroffenen eine stabile Persönlichkeit, die handlungsfähig im Alltag ist, wiederherzustellen.⁵⁶

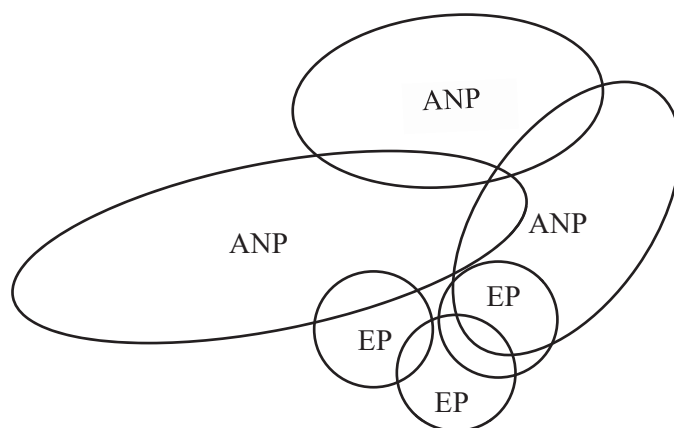


Abbildung 3: tertiär strukturelle Dissoziation – Quelle: Hanswille/Kissenbeck 2008, S. 93

1.5 transgenerationale Weitergabe

Die transgenerationale Weitergabe eines Traumas beschreibt ein Phänomen, bei dem schwere Traumata auf nahe Angehörige des Betroffenen projiziert werden können. Transgenerational, also über die Generationen hinweg, bedeutet, dass sich eine Traumatisierung von Generation zu Generation übertragen kann, mit allen Symptomen und Verhaltensweisen, welche ebenfalls weitergegeben werden können. Diese Weitergabe geht oft mit Gefühlen von Leere, immenssem Schmerz, Isolation, Einsamkeit oder dem Gefühl ungewollt sein einher.⁵⁷

Betroffene können dabei in einen inneren Konflikt geraten. Einerseits wollen sie, stellvertretend für ihre traumatisierten Eltern oder Elternteile, ein erfolgreiches Leben führen und alles erreichen, was ihren Angehörigen verwehrt worden ist. Andererseits kommen hierbei Gefühle wie Neid auf, mit denen die Eltern

⁵⁵ vgl. Hantke/Görges 2012, S. 79

⁵⁶ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S.88

⁵⁷ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S.264

schwer umgehen können. Zu sehen zu müssen, wie das Kind alles erreichen kann, was den Betroffenen nicht möglich war, löst häufig einen unkontrollierbaren Schmerz aus.⁵⁸

Es gibt viele Beispiele, die die Vorgänge und Folgen der transgenerationalen Weitergabe anschaulicher darstellen können. Ein oft genanntes Beispiel in Bezug auf die transgenerationale Weitergabe, ist die Zeit der NS-Herrschaft. Überlebende dieser Zeit kehrten häufig traumatisiert zurück und konnten das Erlebte und die Bilder, die sie beobachten mussten, nicht verarbeiten. Sie begannen diese Erinnerungen zu verschweigen und haben mit niemandem darüber gesprochen. Kinder dieser Überlebenden, sahen es als ihre Pflicht an, sich in ihre Eltern einzufühlen und wollten die ganze Geschichte erfahren, um herauszufinden, wer sie wirklich sind.⁵⁹

Ein weiteres Beispiel befasst sich mit den Aspekten des sexuellen Missbrauchs, der innerfamiliären Gewalt, sowie der Vernachlässigung gegenüber eines oder mehreren Kindern der Familie. Die betroffenen Kinder verlieren das Vertrauen und es fehlt ihnen an Rollenvorbildern, die in ihren dysfunktionalen Familien, nicht vorhanden sind. Gründen diese Kinder später Familien, können sie häufig ihren Kindern keine besseren Eltern sein, da sie nie ein funktionales Familiensystem erlebt haben.⁶⁰ Speziell der sexuelle Missbrauch macht Betroffene oft blind für Anzeichen ähnlicher Taten an ihren eigenen Kindern. Aufgrund der Dissoziation, die dazu führt, dass alle Anhaltspunkte, die auf einen Missbrauch des eigenen Kindes hindeuten, nicht gesehen werden können, können die Kinder nicht geschützt werden und die Traumaspirale setzt sich weiter fort.⁶¹

1.6 Folgen

Die Folgen eines traumatischen Erlebnisses sind, wie bereits erwähnt, vielseitig und nicht vorhersehbar. Inwieweit ein Erlebnis traumatisch wird, hängt von vielen Faktoren ab. Neben der Unterstützung von außen, kommt es vor allem auf die Verarbeitungsmöglichkeiten des Individuums an. Neben der Ausbildung diverser Störungsbilder des ICD 10, kommt es auch zu Symptomen, die im ersten Moment keiner Persönlichkeitsstörung zugeordnet werden können. Nach einiger Zeit können diese wieder schwächer werden, ganz verschwinden oder stärker werden und sich zu einer Störung im Bereich des ICD 10 ausweiten.⁶²

Zu den Folgen eines traumatischen Erlebnisses gehört als Erstes das innere Abschalten. Betroffene nehmen ihre Umwelt und sich selbst nicht mehr wahr, um das Erlebte zu bewältigen. Man kann außerdem eine emotionale Erstarrung erkennen, welcher zugrunde liegt, dass in den meisten Fällen das Vertrauen der Traumatisierten geschädigt wurde. Eine weitere Reaktion ist die Automatisierung. Betroffene durchleben

⁵⁸ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S 264

⁵⁹ vgl. Hirsch 2011, S. 49

⁶⁰ vgl. Seidler 2013, S. 165f.

⁶¹ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 265

⁶² vgl. Hantke/Görges 2012, S. 54f

ihren Alltag gefühlslos, ohne Emotionen und funktionieren nur noch in den lebenswichtigen Bereichen. Sie erleben eine Art Robotisierung.⁶³

Einige Folgen und Reaktionen können von außen wahrgenommen werden, andere sind nur durch behutsames Erfragen festzustellen. Körperliche Veränderungen nach einem traumatischen Erlebnis können auch von Außenstehenden erkannt werden. Es gibt Veränderung im Bereich der Atmung, der Muskelanspannung oder -erschaffung, der Gesichtszüge oder dem Aufmerksamkeitsfokus. All dies sind Anzeichen, dass der Betroffene die Situation nicht ausreichend verarbeiten kann und eine Überforderung vorliegt.⁶⁴

Im Folgenden werden ausgewählte Traumafolgestörungen kurz vorgestellt und erläutert, um eine Grundlage für spätere Themen der Arbeit zu schaffen.

1.6.1 akute Belastungsreaktion

Die akute Belastungsreaktion (ICD 10 - F 43.0) tritt unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis ein und dauert meist nur kurzfristig, von wenigen Tagen bis hin zu vier Wochen an. Nach Ablauf dieser Zeit sind die Symptome entweder abgeklungen oder es hat eine Verschlechterung stattgefunden und die vorliegende Symptomatik muss neu diagnostiziert werden.^{65 66}

Um das Vorliegen einer akuten Belastungsreaktion diagnostizieren zu können, müssen zwei Kriterien erfüllt sein. Als erstes muss eine außergewöhnliche psychische oder physische Belastung erlebt worden sein. Als zweites müssen die Symptome der akuten Belastungsstörung, die denen einer Angststörung ähnlich sind, innerhalb einer Stunde nach der erlebten Belastung beginnen.⁶⁷

Dieses Störungsbild ist gekennzeichnet durch eine eingeschränkte Aufmerksamkeitsfähigkeit, die Überforderung oder Unfähigkeit Reize zu verarbeiten, Desorientiertheit, dem Rückzug aus der Umwelt und Unruhe oder gegenteilig Überaktivität. Außerdem kann es zu Amnesien kommen, die das gesamte Erlebte, oder Teile dessen betreffen, also dissoziiert werden.⁶⁸ Weitere Symptome, die auftreten können, sind das Gefühl von emotionaler Taubheit, eine Beeinträchtigung seine Umwelt umfassend wahrzunehmen, sowie ein Derealisations- und Depersonalisationserleben.⁶⁹

Bleiben die Symptome einer akuten Belastungsreaktion länger als ein paar Wochen bestehen oder liegt eine Verschlimmerung der Symptome vor, besteht die Möglichkeit, dass sich eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt hat, welche neu diagnostiziert und behandelt werden muss. Auf dieses Störungsbild werde ich im nächsten Abschnitt genauer eingehen.⁷⁰

⁶³ vgl. Hirsch 2011, S. 43

⁶⁴ vgl. Hantke/Görges 2012, S. 72

⁶⁵ vgl. Onnasch/ Gast 2012, S. 158

⁶⁶ vgl. Seidler 2013, S. 104

⁶⁷ vgl. Seidler 2013, S. 103

⁶⁸ Krollner 2020 (Internetquelle)

⁶⁹ vgl. Seidler 2013, S. 104

⁷⁰ vgl. Seidler 2013, S. 103 ff.

1.6.2 posttraumatische Belastungsstörung

Die posttraumatische Belastungsstörung (ICD 10 – F43.1) ist in der Klassifikation anhand bestimmter Kriterien definiert. Das erste Kriterium beinhaltet das Erleben eines traumatischen Erlebnisses, anhand der oben genannten ICD 10 Definition. Im zweiten Kriterium werden die Nachhallerinnerungen und Flashbacks genannt, die die Erinnerung immer wieder aufleben lassen und keine Verarbeitung zulassen. Sie werden durch sogenannte Trigger ausgelöst, die Assoziationen zum traumatischen Ereignis besitzen und dadurch lebhaftere Erinnerungen hervorrufen können. Stand das traumatische Ereignis zum Beispiel in Zusammenhang mit einem sexuellen Missbrauch kann allein der Geruch des Parfums der TäterIn alle Erinnerungen erneut hervorrufen. Flashbacks werden unfreiwillig erlebt und sind für die Betroffenen nicht steuerbar. Sie können Bilder, Gedanken, Geräusche, Gerüche, Geschmacksempfindungen aber auch Körperwahrnehmungen umfassen. Je nach Intensität eines Flashbacks können Betroffene bei einem sehr intensiven Wiedererleben den Gegenwartbezug vollständig verlieren.⁷¹

Das Vermeidungsverhalten ist Bestandteil des dritten Kriteriums. Vermieden werden hierbei alle Umstände, die an das traumatische Erlebnis erinnern könnten. Dazu zählen: die Vermeidung von Gedanken, Gefühlen, Aktivitäten, Orten oder auch Personen, die Erinnerungen an das Trauma aufleben lassen könnten.⁷² Anders als bei der Dissoziation werden die Bereiche bewusst von Betroffenen verdrängt und gemieden.⁷³

Das vierte Kriterium befasst sich mit der Symptomatik, ist jedoch in zwei Bereiche gegliedert, von denen nur einer Anwendung findet. Entweder: es besteht eine teilweise oder vollständige Amnesie in Bezug auf das traumatische Ereignis, oder es gibt mindestens zwei der folgenden Symptome langanhaltend: Schlafstörungen, Aggressivität, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz und eine erhöhte Schreckhaftigkeit. Die erhöhte Übererregbarkeit des autonomen Nervensystems, Hyperarousal ist ein weiteres Symptom. Dabei ist der Körper in ständiger Alarmbereitschaft. Im ersten Moment ist dies eine sinnergebende Reaktion, da der Körper bedrohliche Situationen besser wahrnimmt und alle Sinne geschärft sind, um im Notfall das Überleben zu sichern. Bei einer Traumatisierung können die Betroffenen jedoch häufig nicht mehr zwischen bedrohlichen und natürlichen Reizen unterscheiden und auch ungefährliche Situationen werden als gefährlich eingeschätzt. Dies hat zur Folge, dass Betroffene nur selten oder nie zur Ruhe kommen könne.^{74 75}

Im letzten Merkmal wird noch die Zeitspanne definiert, in der die Symptomatik auftreten muss, um als posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werden zu können. Dieser zeitliche Rahmen umfasst sechs Monate nach dem Belastungsereignis, in dem die Symptome auftreten.⁷⁶

⁷¹ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 43f.

⁷² vgl. Gahleitner 2012, S. 25

⁷³ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 45

⁷⁴ vgl. Seidler 2013, S. 106f.

⁷⁵ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 46

⁷⁶ vgl. Seidler 2013, S. 107

1.6.3 weitere posttraumatische Störungsbilder

Neben den beiden oben genannten Störungsbildern gibt es weitere psychische Erkrankungen, die in Folge einer Traumatisierung entstehen können. Hierzu zählen die komplexe posttraumatische Belastungsstörung, die andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung und die posttraumatische Verbitterungsstörung. Bei Kindern und Jugendlichen, bei denen die geistige Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist, kommt außerdem eine Entwicklungstraumastörung hinzu.⁷⁷

Eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung tritt häufig bei Mehrfachtraumatisierungen oder einer langanhaltenden traumatischen Situation auf.⁷⁸ Sie ist eine chronische Form der posttraumatischen Belastungsstörung, bei der Betroffene nicht nur Symptome dieser aufweisen, wie zum Beispiel intrusive Gedanken oder die ständige Aktivität des Nervensystems. Betroffene leiden an zahlreichen weiteren Symptomen. Hierzu zählen, Störungen der Emotionsregulierung, dissoziative Zustände, Persönlichkeitsstörungen und -veränderungen, sowie Somatisierungsstörungen, bei denen Betroffene von anhaltenden körperlichen Beschwerden berichten, bei denen jedoch keine körperliche Ursache gefunden werden kann. Die Symptome der Betroffenen können als Bewältigungs- und Anpassungsversuche gewertet werden. Beckrath-Wilking zeigt außerdem eine Definition der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung von Judith Herman auf. Sie beschreibt folgenden acht Kategorien der Symptome, die bei diesem Störungsbild häufig auftreten. Als erstes weisen Betroffene häufig eine Störung der Affektregulation auf. Es ist ihnen nicht möglich, ihre Gefühle differenziert auszudrücken. Man kann eine lang andauernde depressive Stimmung erkennen, die mit selbstzerstörerischem und selbstverletzendem Verhalten, sowie Suizidversuchen einhergehen kann.⁷⁹ Als zweites zeigen Betroffene dissoziative Neigungen, die Aufmerksamkeitsstörungen, Amnesien, sowie Derealisations- und Depersonalisationserleben mit sich bringen können. Im dritten Punkt geht Herman auf die Störungen der Selbstwahrnehmung ein. Diese beinhalten Schuldgefühle und Selbstvorwürfe, die sich zu chronischen Symptomen entwickeln und nicht nach einiger Zeit abklingen. Die vierte Kategorie befasst sich mit Störungen der Sexualität und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Das Spektrum reicht hierbei von eingeschränkter Sexualität, bis hin zu zwanghaft erhöhter Sexualität. Darauf folgend werden Somatisierungserscheinungen beschrieben, welche auch oben schon genannt wurden. Im sechsten Punkt tritt die Symptomatik der interpersonellen Störungen in den Vordergrund. Es kommt zu gestörten Wahrnehmungen der TäterIn und der Unfähigkeit gleichberechtigte, partnerschaftliche Beziehungen einzugehen. Ein weiterer Punkt befasst sich mit dem Reviktimisierungsverhalten von Betroffenen. Einige weisen ein hohes Risikoverhalten auf, in dem sie sich Gefährdungssituationen aussetzen, die eine erneute Traumatisierung nach sich ziehen können. Im letzten Punkt wird die Veränderung des Bedeutungssystem benannt. Hierbei verlieren Betroffene ihre bisherigen Werte und Lebensüberzeugungen.⁸⁰

⁷⁷ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 47ff

⁷⁸ vgl. Onnasch/Gast 2012, S. 158

⁷⁹ vgl. Scherwath/Friedrich 2014, S. 29

⁸⁰ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 47ff.

Die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD 10 – F62.0) kann nur diagnostiziert werden, wenn eine extreme Belastung für die Betroffenen bestand. Hierzu zählen: Folter, Katastrophen, lang andauernde lebensbedrohliche Situationen oder das Miterleben von Konzentrationslagern in der damaligen Zeit. Bedingungen für eine Persönlichkeitsänderung sind nach dem ICD 10, dass die Persönlichkeitsänderung bereits seit zwei Jahren besteht und dass eine Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung vorliegt.⁸¹ Betroffene weisen eine kritische bis feindliche Haltung der Umwelt gegenüber auf, sie ziehen sich aus ihrem sozialen Umfeld zurück, meiden den Kontakt mit anderen Menschen und berichten über Gefühle von Nervosität und Hoffnungslosigkeit. Sie entwickeln instabile Persönlichkeitsstrukturen, die mit Symptomen der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung einhergehen kann.⁸²

Die posttraumatische Verbitterungsstörung ist eine spezielle Form der Anpassungsstörung. Grundlage für die Diagnose dieses Störungsbildes ist ein vom Patienten, als ungerecht anerkanntes Lebensereignis, auf das dieser mit Verbitterung reagiert. Hierbei werden vorwiegend Symptome wie Kränkung, Hilflosigkeit, Aggressivität, auch gegen sich selbst, Selbstvorwürfe und Vorwürfe gegen andere, Antriebslosigkeit, sowie der Rückzug aus sozialen Gefügen genannt.⁸³

Der Entwicklungstraumastörung liegen Ereignisse zugrunde, die die Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen nachhaltig stören können. Beispiele sind die Vernachlässigung in der Kindheit, der sexuelle Missbrauch, Gewalt in allen Formen oder das Miterleben von Gewalt, Substanzmittelmissbrauch oder Tod. Kinder und Jugendliche mit Entwicklungstraumastörungen haben häufig Defizite in ihrer Aufmerksamkeit. Sie zeigen Verhaltens- sowie Bewusstseinsänderungen und verlieren das Vertrauen in ihre Bezugspersonen, da diese sie nicht vor dem traumatischen Erleben bewahrt haben.⁸⁴

2 Soziale Arbeit in Deutschland

Die Soziale Arbeit ist ein breites Berufsfeld in Deutschland, welches sich im Laufe der Zeit stetig mehr etabliert und weiterentwickelt hat. Es gibt ein breites Spektrum an Begriffen, die mit der Sozialen Arbeit in Verbindung gebracht werden können, so zum Beispiel Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Kinder- und Jugendhilfe, Familienhilfe, psychosoziale Hilfen, Sozialwesen und viele mehr. All diese Begriffe gehören in den Bereich der Sozialen Arbeit, der im Folgenden kurz definiert und anhand seiner Prinzipien und Aufgaben vorgestellt wird.⁸⁵

2.1 Definition

Der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) definiert den Begriff der Sozialen Arbeit wie folgt: „Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der

⁸¹ vgl. Seidler 2013, S. 132

⁸² vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 51f.

⁸³ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 52

⁸⁴ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 50f.

⁸⁵ vgl. Hering/Münchmeier 2014, S. 13

Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. Die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit. Dabei stützt sie sich auf Theorien der Sozialen Arbeit, der Human- und Sozialwissenschaften und auf indigenes Wissen. Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohlergehen verbessern, dabei bindet sie Strukturen ein.“⁸⁶

Im Mittelpunkt der Sozialen Arbeit, welche sich als eine praxisorientierte Menschenrechtsprofession versteht, steht das Individuum, welches hilfsbedürftig ist.^{87 88} Die Soziale Arbeit ist ein Hilfsinstrument für Individuen, sowie Gruppen, in den meisten Fällen sind hiermit Familien gemeint, oder das Gemeinwesen. Damit Soziale Arbeit eingreifen kann, müssen Situationen vorliegen, in denen Unterstützung und Begleitung notwendig ist, um einen strukturierten, lebenswürdigen Alltag gestalten zu können.⁸⁹

2.2 Prinzipien und Aufgaben

Es gibt viele Prinzipien und Aufgaben, die den Berufsfeldern der Sozialen Arbeit zugeordnet werden können. Daher werde ich nur eine Auswahl von Aufgaben und Prinzipien vorstellen, da eine nähere Ausführung dieses Punktes den inhaltlichen Rahmen der Arbeit überschreiten würde.

Staub-Bernasconi sieht als oberste Handlungsleitlinien die Wiederherstellung der Würde, der Selbstachtung und der Selbstständigkeit.⁹⁰ Der DBSH formuliert als Grundprinzipien die Achtung der Autonomie der KlientInnen, Gerechtigkeit und Solidarität.⁹¹ Aus diesen obersten Prinzipien lassen sich Aufgaben und Handlungsprinzipien ableiten. Soziale Arbeit muss menschengerechte Strukturen schützen, erhalten oder erschaffen, wenn diese zum Zeitpunkt der Hilfe nicht vorhanden sind, da jeder Mensch das Recht auf ein würdiges Leben hat. Hierbei muss eine genaue Ressourcenanamnese erfolgen, um den KlientInnen bestmöglich zu helfen. Außerdem muss sich die Soziale Arbeit an die KlientInnen und ihre spezifischen Probleme anpassen, da sie im Mittelpunkt der Arbeit stehen. Spezifische Probleme können Armut, Erwerbslosigkeit oder wie im Thema meiner Arbeit psychische Erkrankungen sein.⁹² Weiterhin soll die Autonomie der KlientInnen geachtet und gefördert werden. Dies bedeutet, dass die Selbstbestimmungsrechte jeder KlientIn beachtet werden müssen. Soziale Arbeit darf die Selbstbestimmung nicht missachten und den Betroffenen Lösungen aufzwingen, die diese nicht annehmen können oder wollen. Alle Handlungen müssen wohlwollend und effektiv zugunsten der KlientInnen ausgeführt werden, ohne für sie einen Nachteil mit sich zu bringen. Das bedeutet auch, dass klare Ziele festgehalten werden, auf die hinarbeitet werden kann und, dass unnötige Belastungen vermieden werden müssen. Menschen, die in der Sozialen Arbeit tätig sind, sollen außerdem solidarisch gegenüber ihren KlientInnen sein. Die Parteinahme, auch in Abwesenheit der

⁸⁶ Stark-Angermeier 2014 (Internetquelle)

⁸⁷ vgl. Staub-Bernasconi 2006 (Internetquelle)

⁸⁸ vgl. Banks 2012, S. 134

⁸⁹ vgl. Stark-Angermeier 2014 (Internetquelle)

⁹⁰ vgl. Staub-Bernasconi 2006 (Internetquelle)

⁹¹ vgl. Stark-Angermeier 2014 (Internetquelle)

⁹² vgl. Staub-Bernasconi 2006 (Internetquelle)

KlientInnen, kann ein großer Vertrauensbeweis sein, und die weitere Zusammenarbeit positiv beeinflussen.⁹³

Eine der Hauptaufgaben der Sozialen Arbeit ist die Hilfe zur Selbsthilfe. KlientInnen sollen lernen eigene Lösungen und Ansätze zu finden, um ihre Probleme selbstständig lösen zu können. Weitere spezifische Aufgaben der Sozialen Arbeit sind die Vermittlung von Hilfe, um eine funktionierende Lösung passend für jeden Menschen zu erreichen. Dazu muss die Soziale Arbeit zwischen der Lebenswelt der KlientInnen und dem gesellschaftlichen System vermitteln und die wechselseitige Beziehung erkennen, damit eine gesunde, funktionierende Kommunikation stattfinden kann.⁹⁴

3 Traumapädagogik

Traumapädagogik bildet einen wichtigen Bestandteil der Sozialen Arbeit. Die pädagogische Arbeit ist einer der wichtigsten Aufgaben dieser Profession. „Pädagogik [...] ist die Wissenschaft, die Prozesse der Erziehung, Bildung, des Lernens und der Sozialisation wissenschaftlich beobachtet, interpretiert, erklärt, die Auswirkungen dieser Prozesse vorhersagt und somit allen hieran beteiligten Personen der pädagogischen Praxis Handlungswissen zur Verfügung stellt.“⁹⁵ Dieses pädagogische Handeln, richtet sich an traumatisierte Kinder und Jugendliche, während Traumaberatung und -therapie auf erwachsene KlientInnen abzielt. Die pädagogische Arbeit hat einen Erziehungscharakter, der bei Erwachsenen nicht mehr angewendet werden muss. Außerdem zielt die Traumapädagogik nicht auf Traumakonfrontation ab.⁹⁶

Das folgende Kapitel wird sich mit dem traumapädagogischen Handeln befassen und Punkte wie Ziele und Methoden aufgreifen. Außerdem werde ich auf die traumapädagogische Arbeit mit Familien und den stationären Kontext genauer eingehen.

3.1 Begriffsklärung

Traumatisierte Kinder und Jugendliche, aber auch junge Volljährige, welche juristisch zwar schon als Erwachsene gelten, aber dennoch eine pädagogische Begleitung benötigen, werden nach dem Erleben eines traumatisierenden Ereignisses traumapädagogisch behandelt. Doch was bedeutet dieser Begriff genau?⁹⁷

Der Fokus der Traumapädagogik liegt auf der zwischenmenschlichen, vertrauenswürdigen Begegnung zwischen dem traumatisierten Kind oder Jugendlichen und der PädagogIn. Diese Beziehung muss einen sicheren Ort darstellen, damit Kinder und Jugendliche Vertrauen fassen können. Das Hauptaugenmerk liegt auf den spezifischen Entwicklungsphasen und den jeweiligen Bedürfnissen, die Kinder und Jugendliche aufzeigen. Die äußere Sicherheit, zu der auch der sichere Rahmen der Behandlung zählt, ist eine Bedingung, um psychische Stabilität in Bezug auf die KlientInnen zu erreichen. Die erfolgende Behandlung kann je

⁹³ vgl. Stark-Angermeier 2014 (Internetquelle)

⁹⁴ vgl. Stark-Angermeier 2014 (Internetquelle)

⁹⁵ Stein 2017, S.13

⁹⁶ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 286

⁹⁷ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 286

nach Intensität des Traumas und äußeren Faktoren, stationär, teilstationär oder ambulant durchgeführt werden.⁹⁸

Traumapädagogik kann weiterhin begleitend, in Zusammenarbeit mit den Eltern, stattfinden, familienunterstützend oder familienersetzend. Begleitende pädagogische Arbeit unterstützt Eltern in der Erziehung und im Umgang mit den traumatisierten Kindern oder Jugendlichen. Familienunterstützende Maßnahmen, können Einrichtungen sein, in denen ganze Familien untergebracht werden können. Ursache für diese Unterbringung kann zum Beispiel ein hohes Konfliktpotential in der Familie sein mit dem auch Gewalt einhergeht. In der Einrichtung kann bei diesen Konflikten interveniert werden und Ursachen und Auslöser können bearbeitet werden, um das Konfliktpotential zu verringern und ein strukturiertes Familienleben aufzubauen. Den größten Eingriff in das Leben von traumatisierten Kindern und Jugendlichen bilden die familienersetzenden Maßnahmen. Der Lebensmittelpunkt liegt nun in Heimen oder betreuten Wohngruppen, o.ä., in denen PädagogInnen, sowie ausgebildete TraumapädagogInnen, die familiären Aufgaben übernehmen. Traumatisierte Kinder und Jugendliche können in diesem Setting neue Bindungen etablieren, aus denen sie Stärke und Vertrauen ziehen können, welche für ihren Weg sehr wichtig ist.⁹⁹

Im pädagogischen Kontext ist eine positive Grundhaltung von Pädagoginnen und Pädagogen von höchster Bedeutung. Die Verhaltensweisen, die traumatisierte Kinder und Jugendliche aufweisen müssen als Strategien gewertet werden, die das Überleben sichern sollen. HelferInnen müssen den betroffenen Kindern und Jugendlichen mit dieser Pädagogik des guten Grundes gegenüberreten und ihnen kommunizieren, dass sie ihr Verhalten nachvollziehen und verstehen können.¹⁰⁰ Dieses Verhalten beeinträchtigt den Beziehungsaufbau zu Gleichaltrigen, sowie zu Erwachsenen, da diese den Grund einiger Reaktionen von traumatisierten Kindern und Jugendlichen nicht kennen oder mit diesem nicht umgehen können.¹⁰¹ Den Kindern und Jugendlichen sollte immer eine positive und wertschätzende Grundhaltung entgegengebracht werden, um eine vertrauensvolle Basis zu schaffen. PädagogInnen sollen eine Vorbildfunktion einnehmen, die ihre Fehler eingestehen und sich für diese entschuldigen, wenn es nötig ist. Durch dieses Verhalten können Kinder und Jugendliche Verhaltensweisen erlernen und auf ihr eigenes übertragen.¹⁰²

In der Traumapädagogik werden gemeinsam mit Kindern und Jugendlichen Ziele erarbeitet, die das weitere Leben der Betroffenen langfristig stabilisieren soll. Hierbei befasst sich die pädagogische Arbeit mit Schulabschlüssen, Berufsausbildungen oder -tätigkeiten, sowie Studien. Dabei müssen alle Ressourcen genutzt werden, die den KlientInnen zur Verfügung stehen. Alle erreichten Ziele, auch wenn es nur kleinschrittige Etappen waren, müssen hierbei ausreichend gewürdigt werden, um das Vertrauensverhältnis weiter aufzubauen.¹⁰³

⁹⁸ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 285ff.

⁹⁹ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 290f.

¹⁰⁰ vgl. Dabbert 2017, S. 139

¹⁰¹ vgl. Weiß 2016, S. 20

¹⁰² vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 285ff.

¹⁰³ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 286f.

TraumapädagogInnen müssen immer ihr eigenes berufliches Handeln reflektieren und gegebenenfalls Supervisionen in Anspruch nehmen, um mögliche Lasten nicht auf die KlientInnen zu übertragen. In diesen Reflexionen müssen mögliche eigene Traumata und die dazugehörigen Trigger erkannt werden, um den Umgang mit ihnen professionell handzuhaben.¹⁰⁴

3.2 Ziele der Traumapädagogik

Eines der vorrangigen Ziele, ist die Erschaffung eines sicheren Ortes, den Kühn beschreibt. Der sichere Ort besteht aus einem räumlichen Rahmen, aber auch zwischenmenschlichen Beziehungen, die die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder und Jugendlichen unterstützen und begleiten. Hier sollen Kinder und Jugendliche die Möglichkeit haben ihr eigenes Handeln zu reflektieren, zu hinterfragen und neu zu strukturieren. Außerdem sollen sie neue Erfahrungen machen, neue Fähigkeiten und Fertigkeiten erlernen und an sozialen und gesellschaftlichen Interaktionen (wieder) teilhaben.^{105 106}

Die Sicherstellung von Schutz und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche, die für ihre weitere Entwicklung unabdinglich ist, ist ebenfalls ein Ziel, nach dem das pädagogische Handeln ausgerichtet werden muss. Im Gegensatz zu Erwachsenen ist die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern und Jugendlichen noch nicht abgeschlossen. Somit muss versucht werden, diese Entwicklung mit Hilfe von positiven Werten und Zielen voranzutreiben.¹⁰⁷ Angst und Verunsicherungen sollen mit einem Sicherheitsgefühl ersetzt werden. Stress soll reduziert und wenn möglich gänzlich vermieden werden, um für Kinder und Jugendliche keine zusätzlichen Belastungen darzustellen. Um die Selbstheilung zu aktivieren muss das pädagogische Handeln immer darauf abzielen, eigene Ressourcen zu finden, die Unterstützung bieten können.¹⁰⁸

Es ist notwendig den Kindern und Jugendlichen einen Raum zu geben, in dem sie sich frei entfalten können. Traumatisierte Heranwachsende müssen die Subjekte ihres Handelns werden, vor allem wenn ihnen Ereignisse widerfahren sind, in denen sie zum Objekt der Tat wurden. Dies ist bei sexuellen oder gewalttätigen Übergriffen der Fall. Es muss einen zwischenmenschlichen, aber auch räumlichen Rahmen geben, in dem sie lernen, dass Veränderungen möglich sind, in dessen Folge sie sich weiterentwickeln können. Kinder und Jugendliche sollen Bezugspersonen haben, mit denen sie neue Bindungen eingehen können, die ihnen einerseits wichtige Lebensinhalte vermitteln zum Beispiel ihnen zeigen wie ein funktionierender Alltag abläuft, andererseits sollen anhand dieser Beziehungen die alten zwischenmenschlichen Werte korrigiert und neu vermittelt werden.^{109 110} Diese Bindungen spielen in der traumapädagogischen Arbeit eine der wichtigsten Rollen. Kinder und Jugendliche müssen wieder lernen Erwachsenen zu vertrauen und ihre Hilfe und den Schutz in stressbedingten Situationen einzufordern.¹¹¹

¹⁰⁴ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 287

¹⁰⁵ vgl. Kühn 2013, S. 28

¹⁰⁶ vgl. Tiefenthaler/Gahleitner 2016, S. 178

¹⁰⁷ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 287

¹⁰⁸ vgl. Scherwath/Friedrich 2014, S. 70

¹⁰⁹ vgl. Tiefenthaler/Gahleitner 2016, S. 181

¹¹⁰ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 285

¹¹¹ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 292

Betroffene müssen in der traumapädagogischen Arbeit lernen, dem Leben, auch wenn sie negative Erfahrungen gemacht haben, positiv gegenüberzustehen und eine lebensbejahende Einstellung anzunehmen. Außerdem muss in der Traumapädagogik gewaltfreier Raum zum Leben der Betroffenen geschaffen werden, um ihnen Sicherheit zu geben und ihre gesunde Entwicklung weiter zu fördern.¹¹²

Die Psychoedukation spielt auch bei traumatisierten Heranwachsenden eine wichtige Rolle, damit sie ihr Verhalten, ihre Gedanken und ihre Gefühle einordnen können und einen Ursprung dieser ausmachen können. Pädagoginnen und Pädagogen müssen Kindern und Jugendlichen schonend näher bringen, dass sie mit der traumatischen Situation gedanklich in Kontakt kommen können und sie dadurch negative Gefühle entwickeln können. Kinder und Jugendliche sollten wissen welche Bedeutung Trigger haben, wie sie mit negativen Gefühlen wie Angst, Trauer, aber auch Aggression umgehen können und wie sie das Verhalten anderer Menschen einordnen und angemessen darauf reagieren können.¹¹³

In einigen Fällen können, meist Kinder, nicht abschätzen, dass ihr familiäres System keine Sicherheit für sie bietet. Kinder geraten so in einen Loyalitätskonflikt, bei dem sie sich schützend vor ihre Eltern oder andere Familienmitglieder stellen.¹¹⁴ Ein Beispiel beschreibt Beckrath-Wilking: *„Beim Turnunterricht bemerkt der Lehrer Spuren massiver Gewalt bei einem Mädchen. Er informiert die Mitarbeiterin des Jugendamts. Das Kind bestreitet vehement geschlagen worden zu sein.“*¹¹⁵

Belastete Kinder und Jugendliche müssen alltägliche Gegebenheiten, wie Entspannung, Humor und Kreativität neu erlernen, da das traumatische Ereignis und die Folgen oft keinen Raum für diese wichtigen Eigenschaften lassen.¹¹⁶

3.3 Konzepte, Methoden, Aufgaben

In der traumapädagogischen Arbeit gibt es einige Konzepte, die sich als Handlungsleitlinien etabliert haben. Diese Konzepte müssen immer auf die Individualität von Kindern und Jugendlichen abgestimmt werden. Es kann nie die eine Methode geben, die bei jedem Kind funktioniert.¹¹⁷ Zu den häufig angewandten Methoden zählen, die Pädagogik des sicheren Ortes nach Kühn, die Pädagogik der Selbstbemächtigung nach Weiß, die traumapädagogische Gruppenarbeit nach Bausum, die Traumapädagogik in der Schule nach Ding, die milieuthérapeutischen Konzepte nach Gahleitner, sowie die Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für PädagogInnen als institutioneller Auftrag nach Lang.¹¹⁸

An erster Stelle steht jedoch immer die Stabilisierung der Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen. Um dies zu gewährleisten erfolgen psychoedukative Gespräche, in einer angemessenen Sprache oder emotionsregulierende Übungen. Die Methoden sollen Sicherheit vermitteln und die Symptome verringern. Vor allem

¹¹² vgl. Jegodtka/Luitjens 2017 S. 95ff.

¹¹³ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 300ff.

¹¹⁴ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 301ff.

¹¹⁵ Beckrath-Wilking 2013, S. 301

¹¹⁶ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S.302

¹¹⁷ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 291

¹¹⁸ vgl. Weiß 2016, S. 23

bei Kindern eignen sich bildhafte Methoden. So kann man Kindern Bilder für Schutz, wie zum Beispiel einen Schutzpanzer o.ä. zeigen, oder ihnen Traumfänger geben, wenn sie Symptome von Schlafstörungen aufweisen, um eine Distanz zu den traumatischen Situationen zu erschaffen und böse Erinnerungen und Träume fernzuhalten.¹¹⁹

Der sichere Ort nach Kühn bezieht sich auf einen geschützten Rahmen für traumatisierte Kinder und Jugendliche. Dieser ist nötig, um die pädagogische Arbeit möglich zu machen. Um diesen sicheren Ort zu erschaffen müssen neben PädagogInnen, auch die Einrichtung etabliert werden. Alle Beteiligten stehen hierbei in einem wechselseitigen Verhältnis zueinander. Die Gespräche zwischen dem Kind oder dem Jugendlichen und den PädagogInnen, bilden den „emotional-orientierten Dialog“.¹²⁰ Die Verknüpfung von Pädagogen und PädagogInnen und der Einrichtung, in der sie beschäftigt sind, bilden den „geschützten Handlungsraum“. Der „sichere Ort“ entsteht dann zwischen dem Kind und der Einrichtung, wenn traumatisierte Kinder und Jugendliche in diesem geschützten Rahmen offen und klar über ihre Entwicklungsgeschichte sprechen und die benötigte Hilfe annehmen können. Traumapädagogen und Traumapädagoginnen müssen den betroffenen Kindern und Jugendlichen alle drei genannten Aspekte bieten können, um eine gelingende Behandlung zu erreichen.¹²¹

Methodisch müssen sich TraumapädagogInnen immer wieder vor Augen halten, dass alle auftretenden Verhaltensweisen einen entwicklungsgeschichtlichen, häufig traumatischen Hintergrund haben und so erklärt werden kann. Auch selbstschädigendes und selbstverletzendes Verhalten darf nicht bestraft werden, stattdessen muss gemeinsam eine alternative Möglichkeit gefunden werden, um mit den Belastungen umzugehen. Theoretisch wird dies unter dem Aspekt des guten Grundes zusammengefasst. Den Kindern und Jugendlichen muss trotz dessen Verständnis, Wertschätzung, Vertrauen, Transparenz, sowie Freude am Leben entgegengebracht und gezeigt werden.¹²²

Beziehungs- und Bindungsarbeit ist die wohl wichtigste Aufgabe im traumapädagogischen Kontext. Traumatisierte Kinder und Jugendliche haben häufig keine Bezugspersonen mehr, von denen sie Unterstützung oder Hilfe erwarten können. Der pädagogische Rahmen bringt für sie erstmals wieder, nach einer langen Zeit, Menschen mit sich, die zuhören und ihre ungeteilte Aufmerksamkeit den Kindern und Jugendlichen widmen. Um diesen Rahmen zu schaffen muss das gesamte Helfersystem im engen Austausch miteinander stehen, um die bestmögliche Begleitung zu etablieren.¹²³ Hierbei ist auch die alltägliche Begleitung der Mädchen und Jungen wichtig. Diese Beziehungen sind vorteilhaft, da stabile Beziehungen, den Heilungsprozess enorm unterstützen und den Betroffenen einen sicheren Rahmen geben.¹²⁴

¹¹⁹ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 325

¹²⁰ Weiß 2016, S. 26

¹²¹ vgl. Weiß 2016, S. 26

¹²² vgl. Weiß 2016, S. 23

¹²³ vgl. Gahleitner 2016, S. 62

¹²⁴ vgl. Weiß 2016, S. 27

Schmid benennt klar einige Aufgaben von Traumapädagogen und Traumapädagoginnen, die konträr zu den Erfahrungen im traumatisierten Umfeld stehen. Traumatisierte Kinder und Jugendliche haben häufig Unberechenbarkeit erlebt, der mit Transparenz des pädagogischen Handelns entgegengewirkt werden muss. Der erlebten Einsamkeit steht der Beziehungsaufbau, sowie ein Beziehungsangebot gegenüber, bei denen es die freie Entscheidung der Mädchen und Jungen ist, dieses anzunehmen oder abzulehnen. Nicht beachtet werden, keine Wertschätzung und ständige Kritik sind weitere Punkte, denen mit Beachtung, Wertschätzung und Lob entgegengetreten werden muss, um das Selbstvertrauen der Betroffenen wiederherzustellen. Hierbei ist auch die Ermutigung ein wichtiger Faktor, der zu einer selbstbewussten Persönlichkeit beitragen kann. Das Erleben von Zugehörigkeit, führt zu Gedanken wie: „Ich gehöre dazu.“, „Ich werde wertgeschätzt.“¹²⁵ Die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen, im traumatisierten Kontext, wurden häufig nicht beachtet und andere Personen haben ihnen ihr Selbstbestimmungsrecht genommen. Im traumapädagogischen Setting muss dieses Recht, sowie die Bedürfnisorientierung wiederhergestellt werden. Außerdem muss die Individualität jedes und jeder Einzelnen erkannt werden.¹²⁶ Auch der Umgang mit Konflikten muss neu erlernt werden. Auseinandersetzungen enden nicht in Gewalt und Demütigung, sondern können mit klärenden Gesprächen geschlichtet. In diesen Gesprächen müssen Pädagogen und Pädagoginnen, genauso wie Kinder und Jugendliche ihre Meinung klar äußern, Fehler eingestehen und sich entschuldigen. So kann eine kommunikative Bewältigung der Probleme auf Augenhöhe stattfinden.¹²⁷

Kühn beschreibt 2013 verschiedene Stufen der Partizipation, um Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden wieder mehr Selbstbestimmung beizubringen. Diese sollten beachtet werden, um eine Überforderung der Kinder und Jugendlichen auszuschließen und ihnen kontinuierlich mehr Rechte zuzusprechen. Die Aufstellung beginnt mit Stufe null. In dieser Stufe gibt es für Kinder und Jugendliche ein hohes Retraumatisierungsrisiko, da sie in dem neuen Umfeld alte Erfahrungen wie mangelnde Transparenz oder den Ausschluss von anderen erneut erleben können. In der darauf folgenden Stufe eins, die schnellstmöglich eintreten sollte, werden alle Handlungsplanungen und die nächsten Schritte für das Kind oder den Jugendlichen transparent gemacht, um die Gefahr für eine erneute Traumatisierung zu verringern, und den Jungen und Mädchen die Möglichkeit zu geben, ihre Ängste, dass wieder etwas gegen ihren Willen geschieht zu minimieren. In Stufe zwei erlangen Kinder und Jugendliche ein Mitspracherecht, über das es frei entschieden kann. Kinder und Jugendliche können somit ihre Ansichten und Meinungen zum weiteren Vorgehen frei äußern. Betroffenen dürfen nicht gezwungen werden Aussagen in diesem Kontext zu machen. Wenn das Kind dazu bereit ist, folgt in der dritten Stufe die Mitbestimmung an Entscheidungen. In der letzten, vierten Stufe soll das Kind oder der Jugendliche eigenverantwortlich und selbstständig Entscheidungen treffen. Das führt zu einer weiteren Ausbildung des Selbstbewusstseins und der Selbstbestimmung.¹²⁸

¹²⁵ vgl. Macsenaere 2016, S. 109

¹²⁶ vgl. Schmid 2016, S. 82

¹²⁷ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 298

¹²⁸ vgl. Macsenaere 2016, S. 110

3.4 traumapädagogische Arbeit mit Familien

Auch Familien können in den Fokus von traumapädagogischer Arbeit rücken. Bei der Traumatisierung von einzelnen Familienmitgliedern kann aufgrund der Symptomatik und der Auswirkungen auf das familiäre System die Notwendigkeit einer pädagogischen Hilfe und Begleitung entstehen. Familiäre Systeme können aufgrund von Einschränkungen in der Erziehungsfähigkeit der Eltern, Trennung und Scheidung, sozialer Isolation, physischer, psychischer und sexueller Gewalt, sowie Missbrauch und Misshandlung, Suchterkrankungen eines oder beider Elternteile und Vernachlässigung der Kinder in ein Ungleichgewicht geraten und belastende Folgen für Familienmitglieder darstellen.¹²⁹

Es hängt von den innerfamiliären Ressourcen ab, ob eine Familie ein Trauma eigenständig ausbalancieren kann oder ob sie professionelle Hilfe bei der Traumabewältigung benötigen. Alexander Korittko zählt einige der Ressourcen auf, die eine selbstständige Verarbeitung begünstigen können. Dazu zählen: die Krise wird anerkannt und akzeptiert, alle Familienmitglieder sehen sich als Teil des großen Ganzen, dies bedeutet, dass kein einzelnes Familienmitglied für die Veränderungen verantwortlich gemacht wird. Außerdem ist die Denkweise lösungsorientiert und alle Beteiligten können ihre Gefühle, ob positiv oder negativ mit den anderen austauschen. Es gibt einen Zugang zu hilfreichen Ressourcen, die von der Familie erkannt und in Anspruch genommen wird und es gibt keine Gewalt in jeglicher Form, oder Sucht in der Familie. Familien, die mit einem Trauma nicht zurechtkommen und in denen die familiären Strukturen so stark belastet sind, dass Hilfe von außen nötig wird, zeigen häufig gegenteilige Merkmale. Hier wird das Trauma nicht erkannt oder verleugnet, es gibt keinen Zusammenhalt und man sucht einen Schuldigen in der Familie, der für die unangenehme Lage verantwortlich gemacht wird. Die Familie spricht nicht oder nur eingeschränkt miteinander und hat keinen ausreichenden Zugang zu Ressourcen, die die Lösung des Problems anstreben könnten. In diesen Systemen kommt es wiederholt zu Konflikten, die auch Gewalt einschließen. Grund hierfür können neben den traumatischen Belastungen auch Alkohol und Drogen sein. Die angeführte Unterteilung ist nicht festgeschrieben. Auch anscheinend „starke“ Familien können in die Lage kommen, in der sie professionelle Hilfe benötigen und auch problembehaftete familiäre Systeme können ihre traumatischen Erfahrungen und daraus folgenden Belastungen selbstständig bewältigen. Die Unterteilung ist in keinem Falle stigmatisierend gemeint.¹³⁰

In traumatisierten Familien ist das Kohärenzgefühl beschädigt oder nicht mehr vorhanden. Dieses Zusammengehörigkeitsgefühl setzt sich aus drei Aspekten zusammen, die entweder einzeln oder gleichzeitig betroffen sind. Der erste Punkt befasst sich mit der Verständlichkeit oder der Voraussicht von Handlungen. Es gibt eine nachvollziehbare Struktur, die zukünftige Handlungen zum Teil vorhersehbar macht. Betroffene Kinder und Jugendliche, die von ihren Eltern beispielsweise missbraucht werden, verlieren dieses Verständnis. Es gibt keine klare Struktur, die nächsten Handlungen, in Bezug auf Taten können nicht vorgesehen werden. Der zweite Aspekt beinhaltet die Handhabbarkeit. Es geht um das tatsächliche Verhalten

¹²⁹ vgl. Schmidt 2017, S. 122

¹³⁰ vgl. Korittko 2014, S. 163f.

von Familienmitgliedern. Können sie sich zu anderen oder ihrer Umwelt in Beziehung setzen oder können sie Ressourcen richtig nutzen? Mit diesen Fragen befasst sich die Handhabbarkeit des Verhaltens. Traumatisierte Kinder und Jugendliche, sowie deren Familien haben häufig keine Möglichkeit Ressourcen zu nutzen. Sie leben sozial isoliert, was für Kinder und Jugendliche eine weitere Traumatisierung auslösen kann. Der dritte Punkt bezieht sich auf die Bedeutsamkeit. Hier stehen Aspekte im Mittelpunkt, die die Ziele des Lebens beinhalten. Haben Betroffene Ziele im Leben, die erreicht werden sollen? Bei Menschen die traumatische Erfahrungen gemacht haben ist die Bedeutsamkeit des Lebens nur noch schwach vorhanden. Traumapädagogische Arbeit muss dieses verlorene Kohärenzgefühl wiederherstellen, um ein gelingendes, familiäres System herzustellen.¹³¹

Die traumapädagogische Arbeit mit Familien kann eine große Unterstützung in Bezug auf die Traumaursache sein. Häufig liegen traumatische Erfahrungen schon weit zurück und werden von Generation zu Generation übertragen (siehe Kapitel 2.5), ohne dass die Beteiligten eine Kontinuität erkennen.¹³² Traumatisierte Eltern zeigen häufig Verhaltensweisen, die für ihre Kinder zu Risikofaktoren werden können. Eine traumatisierte Mutter oder ein traumatisierter Vater, welche mit Aufmerksamkeitsblockaden oder einer mangelnden Impulskontrolle auf Trigger reagieren, können zu Vernachlässigung oder körperlicher Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen tendieren. Die traumatisierten Elternteile müssen lernen ihre Impulse zu kontrollieren und zu regulieren, um keine Gefahr für ihre Kinder darzustellen.¹³³

Bei der traumapädagogischen Arbeit mit Familien muss jedes einzelne Familienmitglied wahrgenommen werden. Jeder hat ein anderes Sicherheitsverständnis, für jeden gibt es andere Trigger. Hierbei muss die Familie zusammenarbeiten, um für jedes Mitglied ein hohes Gefühl an Sicherheit herzustellen und alle möglichen Trigger verschwinden zu lassen. Es folgt eine Entlastung des alltäglichen Lebens, auch eine Konfliktverringering ist möglich.¹³⁴

Partizipation, also die Beteiligung in Bezug auf den traumapädagogischen Kontext ist von hoher Wichtigkeit und stärkt die Beteiligten, darin ihre Meinung zu äußern und diese zu vertreten. Macsenaere zitiert Auschnitte aus einem Positionspapier des Bundesverbandes katholischer Einrichtungen und Dienste der Erziehungshilfen e.V. (BVkE). Diese Auszüge beschreiben den hohen Stellenwert sehr treffend. „Beteiligung (Partizipation) von jungen Menschen und ihren Angehörigen zählt zu den Eckpfeilern von Erziehung, Bildung und Hilfeprozessen [...]. [...] Beteiligung ist mehr: Partizipation wird im BVkE als ein Lernfeld zum Erwerb von Schlüsselqualifikationen verstanden, die eine moderne Gesellschaft braucht. Dazu zählen soziale Kompetenzen, angemessene Interessenvertretung und konstruktive Konfliktlösungen. Partizipation stärkt die Persönlichkeit und entfaltet das Entwicklungspotential junger Menschen. Sie führt somit zur

¹³¹ vgl. Jegodtka/Luitjens 2016, S. 45

¹³² vgl. Korittko 2016, S. 184

¹³³ vgl. Reinshagen 2016, S. 198

¹³⁴ vgl. Reinshagen 2016, S. 197

Ausbildung von Ressourcen und Schutzfaktoren. Zudem ist gelungene Beteiligung ein Instrument der Prävention, das unter anderem Gewalt verhindern kann. [...]“¹³⁵

Korittko beschreibt, nach Weiß, fünf Phasen, in denen eine traumasensible Intervention in Familien ablaufen kann. In der ersten Phase wird der Familie traumatologisches Grundwissen erklärt. So lernen sie beispielsweise die Prozesse im Gehirn kennen, die während einer Traumatisierung ablaufen oder die Symptome, die plötzlich auftreten können und vorerst nicht erklärbar scheinen. Anhand dieser Psychoedukation können diese Reaktionen erkannt werden. In der zweiten Phase erfolgt eine traumabezogene Diagnostik bei der gleichzeitig die Ziele geklärt werden, die mit Hilfe der Intervention erreicht werden sollen. In der darauffolgenden dritten Phase werden Familien angeregt sich selbst zu helfen und ihr familiäres System somit zu stärken. Die vierte Phase stellt für Betroffene den wichtigsten Bestandteil dar. Hierbei geht es um die Traumabegegnung, die in einem traumatherapeutischen Setting stattfindet. Diese Traumatherapie ist jedoch nur für Erwachsene. Kinder, Jugendliche und Heranwachsende werden nur schonend oder gar nicht mit ihren traumatischen Erfahrungen konfrontiert. Als letzter Schritt wird in Phase fünf eine Perspektive für die Familie entwickelt, damit sie auch in Zukunft gemeinsam einen gelingenden Alltag gestalten können.¹³⁶

3.5 traumapädagogische Arbeit im stationären Kontext

Untersuchungen haben ergeben, dass etwa 75 Prozent der Kinder und Jugendlichen die stationären Einrichtungen leben, traumatische Erfahrungen in ihrer Vergangenheit gemacht haben. Aufgrund des steigenden Bedarfes an stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen ist eine ausreichende Begleitung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen im stationären Kontext häufig nicht realisierbar.¹³⁷

Auch im stationären Kontext ist die Erschaffung eines sicheren Ortes von hoher Bedeutung für die Betroffenen. Sie finden sich nach einer stationären Unterbringung in einer neuen Situation wieder, die ihnen mit Hilfe von zwischenmenschlichen Beziehungen und räumlichen Grenzen, die Möglichkeit bieten kann, Sicherheit, Transparenz, Teilhabe und Wertschätzung zu erfahren.¹³⁸

Pädagogen und Pädagoginnen nehmen im stationären Kontext die Aufgaben von Eltern ein, um den Kindern und Jugendlichen ein uneingeschränktes Leben zu bieten. Sie übernehmen alle elterlichen Funktionen. Sie bemühen sich die Kinder und Jugendlichen in passenden peer groups zu etablieren, um so den sozialen Rückhalt weiter auszubauen. Außerdem müssen sie den Kindern Raum geben ihre Träume zu äußern und wahr werden zu lassen, wenn die Realität dies ermöglicht. Kinder und Jugendliche sollten passenden Freizeitangeboten und Hobbys nachgehen, für deren Erfolg sich Pädagogen und Pädagoginnen interessiert

¹³⁵ Macsenaere 2016, S. 107f.

¹³⁶ vgl. Korittko 2016, S. 187

¹³⁷ vgl. Tiefenthaler/Gahleitner 2016, S. 176

¹³⁸ vgl. Tiefenthaler/Gahleitner 2016, S. 176ff.

zeigen. Auch die Begleitung zu wichtigen Ereignissen wie Zeugnisausgaben, Aufführungen oder Wettbewerbe sollten von den pädagogischen Bezugspersonen begleitet werden.¹³⁹

Um eine geeignete Versorgung der Betroffenen zu gewährleisten, müssen alle Beteiligten in der Lage sein, ihr eigenes Handeln zu reflektieren und dieses auch gegenüber Kollegen und Kolleginnen darzustellen. Der engmaschige Austausch aller, die am Hilfeprozess beteiligt sind, ist eine der wichtigsten Voraussetzungen um diesen gelingend zu gestalten. Die traumapädagogische Grundhaltung ist ebenso wichtig, wie die Kommunikation zwischen den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen. Ist die kommunikative Ebene gestört oder gelingt sie nicht gleichberechtigt, auf Augenhöhe, ist das eine Belastung für den Hilfeprozess und kann die Betroffenen zusätzlich beeinflussen. Aus der Kommunikation und dem Umgang miteinander können Betroffene Verhaltensweisen hinterfragen, überdenken und daraus eigene Schlüsse ziehen.¹⁴⁰

Im stationären Kontext beschreiben Tiefenthaler und Gahleitner nach Schmid Interventionsmöglichkeiten im traumapädagogischen Setting. Betroffene sollen ein Bindungsangebot haben, um vertrauensvolle und heilsame Beziehungen aufzubauen, die ihnen dabei helfen, ihren Heilungsprozess zu unterstützen. Außerdem soll ihnen ein sicherer Ort vermittelt werden, der Retraumatisierung verhindern soll und die Kinder und Jugendlichen in ihrer Entwicklung stabilisiert. Um zukünftige Traumata zu vermeiden soll eine Resilienzförderung fokussiert werden, die dazu beiträgt, dass Kinder und Jugendliche eigenständig die traumatischen Erlebnisse integrieren können und keine charakteristischen, posttraumatischen Verhaltensweisen ausbilden. Weiterhin soll die Wahrscheinlichkeit einer Dissoziation so gering wie möglich gehalten werden. Hierfür wird die Körper-, Selbst- und Fremdwahrnehmung gefördert. Hierbei sollen Betroffene Unterstützung zur Selbstbemächtigung erhalten. Hierzu zählen, die Förderung des Selbstverstehens, der Selbstakzeptanz, der Selbstregulation, der Körperwahrnehmung, sowie die Sensibilisierung für die eigenen Körperempfindungen und Gefühle.¹⁴¹ Ein letzter großer Bestandteil ist die Bearbeitung der Selbstunwirksamkeit. Traumatisierte Kinder und Jugendliche haben häufig das Gefühl nichts erreichen zu können und nichts wert zu sein. Diesem Gefühl muss entgegengewirkt werden, mit Mitteln der Partizipation und dem Aufbau von sozialen Fertigkeiten, wie Selbstbewusstsein oder der offenen Meinungsäußerung gegenüber anderen.¹⁴²

Um Kindern und Jugendlichen Abschiede, Wechsel und Abbrüche zu vermeiden, ist es wichtig, eine möglichst geringe Fluktuation im stationären Kontext zu etablieren. Wenn Bezugspersonen häufig wechseln, können die betroffenen Jungen und Mädchen keine wirkungsvollen Beziehungen aufbauen, die eine heilsame Wirkung haben können. Im schlimmsten Fall kann das genaue Gegenteil eintreten. Kinder und Jugendliche, die traumatisiert sind, weil sie von ihren Bezugspersonen verlassen oder vernachlässigt wurden, können retraumatisiert werden, wenn ein häufiger Betreuerwechsel stattfindet. Andererseits können einige gut vorbereitete Abschiede zu einem weiteren Persönlichkeitswachstum der Kinder und Jugendlichen

¹³⁹ vgl. Tiefenthaler/Gahleitner 2016, S. 176ff.

¹⁴⁰ vgl. Tiefenthaler/Gahleitner 2016, S. 178

¹⁴¹ vgl. Weiß 2013, S. 169

¹⁴² vgl. Tiefenthaler/Gahleitner 2016, S. 179

führen, da sie aus diesen begleiteten Trennungen Kompetenzen für weitere Abschiede in ihrem Leben ziehen können, in denen sie nicht mehr engmaschig begleitet werden.¹⁴³

4 Traumatherapie

Jedes traumatische Erlebnis, zieht andere Folgen nach sich. Daher muss jedes entstandene Trauma individuell behandelt werden, eine Einheitstherapie, die für jedes vorliegende Trauma angewendet werden kann, gibt es nicht. Traumatherapie wird vorwiegend bei Erwachsenen angewendet. Bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden wird die vorangegangene Traumapädagogik angewendet. Sie wird immer dann nötig, wenn Betroffene die Belastungen nicht eigenständig ausgleichen können und professionelle Hilfe benötigen, um ihren Alltag wieder selbstständig gestalten zu können.¹⁴⁴

Die Traumatherapie ist nicht nur für die Psychologie von Bedeutung. Auch die helfenden Berufsfelder der Sozialen Arbeit müssen sich mit dem Thema auseinandersetzen. Im Folgenden soll geklärt werden, was der Begriff der Traumatherapie bedeutet, welche Ziele sie hat, wie Traumatherapie aufgebaut ist und was die therapeutische Beziehung beinhaltet.

4.1 Begriffsklärung

In der Traumatherapie haben alle Gefühle, die von Betroffenen und TherapeutInnen empfunden werden, die Berechtigung beachtet und besprochen zu werden, auch wenn diese negativer Herkunft sind.¹⁴⁵

Nach Seidler ist die Traumatherapie ätiologiespezifisch, da die Betroffenen Krankheitsbilder aufzeigen, denen „[...] ätiologisch Gewaltereignisse im weitesten Sinne zugrunde liegen, insgesamt Ereignisse, die geeignet waren, den jetzt aktuellen Patienten oder die Patientin existenziell zu vernichten.“¹⁴⁶ Traumatherapie kann, bei allen Formen der Traumafolgestörungen angewendet werden, aber auch wenn Symptome vorliegen, die keine klassische Diagnose im Rahmen einer Traumafolgestörung zulassen, jedoch so intensiv auftreten, dass dringender Handlungsbedarf besteht.¹⁴⁷

Die Traumatherapie ist eine Art Training, in der die Betroffenen lernen müssen einen imaginativen, hohen Berg zu überwinden. Als Hilfe stehen ihnen hierbei Traumatherapeuten und Traumatherapeutinnen zur Seite. Sie sollen die PatientInnen motivieren, damit die gelernten Methoden angewendet werden und sie selbstständig den Berg überwinden können. Diese Motivation soll den Betroffenen zeigen, dass die TherapeutInnen der Überzeugung sind, dass sie alle nötigen Ressourcen in sich tragen, um das Problem selbstständig zu lösen.¹⁴⁸

¹⁴³ vgl. Rosenbrock 2017, S. 63

¹⁴⁴ vgl. Hirsch 2011, S. 65

¹⁴⁵ vgl. Onnasch/Gast 2012, S. 161

¹⁴⁶ Seidler 2013, S. 199

¹⁴⁷ Seidler 2013, S. 199ff.

¹⁴⁸ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 316ff.

Traumatherapie kann von Betroffenen häufig erst angenommen werden, wenn alle äußeren Unsicherheiten beseitigt wurden und sie ihre gesamte Aufmerksamkeit auf die therapeutische Behandlung legen können. Hierzu zählen die Trennung von TäterInnen, auch der Familie, sowie die Beendigung aller Gerichtsverfahren, die mit dem traumatisierenden Erlebnis in Zusammenhang stehen.¹⁴⁹

Allein der äußere Rahmen einer Traumatherapie vermittelt den Betroffenen Sicherheit und fördert einen strukturierten Tagesablauf, da sie sich an die vereinbarten Abläufe halten müssen. Es gibt feste Regelungen wie die Zeit, den Ort, die Finanzierung, oder die Art der Therapie.¹⁵⁰ Traumatherapeutische Behandlung kann im stationären, teilstationären oder ambulanten Rahmen erfolgen. Die stationäre Therapie wird durchgeführt, wenn nicht sichergestellt werden kann, dass die Betroffenen für den Erfolg einer ambulante Therapie ausreichende eigene Ressourcen zur Verfügung haben. Liegt die Gefahr einer Selbst- oder Fremdgefährdung vor, oder liegen sehr komplexe Störungsbilder vor, ist die stationäre Behandlung erfolgversprechender.¹⁵¹

In der Traumatherapie geht es um Übertragungen, die die KlientInnen den TherapeutInnen entgegenbringen und Gegenübertragungen, die umgekehrt, von TherapeutInnen zu KlientInnen, vermittelt werden. Es kann vorkommen, dass schwer traumatisierte Betroffene versuchen, ihre negativen Gefühle an die TherapeutInnen weiterzugeben. Dann müssen gute Abwehrgründe denen entgegenwirken, um eine erfolgreiche Therapie weiterhin gewährleisten zu können.¹⁵²

Als Herausforderung wird die Begleitung von akut Traumatisierten angesehen, bei denen das traumatische Erleben noch nicht lange zurückliegt. Die Begleitung erfolgt in Form von emotionaler Unterstützung und der Aufrechterhaltung oder Etablierung einer äußeren und inneren Sicherheit. Dieser Aspekt schließt auch die bloße Anwesenheit mit ein, damit die Betroffenen nicht allein gelassen werden. Außerdem müssen in diesen Momenten die Grundbedürfnisse der Menschen befriedigt werden, auch wenn sie selbst kein Gefühl dafür haben. In der akuten Situation sollten Betroffene die Möglichkeit nach Essen und Trinken bekommen. Die Kontaktaufnahme, bei der schonend Informationen über die Situation und das mögliche weitere Vorgehen weitergegeben werden, erfolgt non-direktiv, was bedeutet, dass Betroffene die volle Entscheidungsgewalt über jegliche Handlungsschritte behalten.¹⁵³

4.2 Ziele der Traumatherapie

Traumatherapie hat das Ziel „[...] die erstarrte Trauer langsam wieder in Fluss bringen, Ausdrucksfähigkeit zu fördern und dazu beizutragen, dass betroffene Menschen wieder sprachfähig werden.“¹⁵⁴

¹⁴⁹ vgl. Seidler 2013, S. 232

¹⁵⁰ vgl. Hirsch 2011, S. 111f.

¹⁵¹ vgl. Seidler 2013, S. 201f.

¹⁵² vgl. Hirsch 2011, S. 79

¹⁵³ vgl. Seidler 2013, S. 194

¹⁵⁴ Onnasch/Gast 2012, S.159

Eines der wichtigsten Ziele ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen den Betroffenen und der TherapeutIn. Alle Ziele müssen detailliert besprochen werden. Teilweise können unrealistische Heilungserfolge das Wunschbild der KlientInnen prägen. In diesen Fällen muss sorgfältige, aber behutsame Aufklärungsarbeit geleistet werden, um die illusorischen Ziele durch erreichbare zu ersetzen, aber dennoch nicht die Motivation zu minimieren. Außerdem muss ein sicherer Rahmen geschaffen werden, damit Betroffene ihren Fokus auf die Therapie legen können. Daher müssen vor der Exposition mit dem traumatischen Erlebnis alle aktuellen Belastungen bearbeitet und minimiert werden.¹⁵⁵ Das Stresslevel muss dadurch minimiert werden, sodass die Betroffenen offen sein können das Erlebte neu zu strukturieren.¹⁵⁶

Die Belastungen durch Trigger und die Folgen dieses Vorganges, wie das Vermeidungsverhalten sollen minimiert werden. Betroffene werden dazu befähigt, ihre Aufmerksamkeit in getriggerten Situationen auf die Unterschiede zum eigentlichen traumatischen Erlebnis zu lenken und so eine Distanz zu schaffen, die die Belastung niedrig hält. Außerdem erlernen sie Techniken, die zur Selbstberuhigung in kritischen Situationen führen soll. Hier kann die Dissoziation, die viele Betroffene aufweisen, als positive Ressource eingesetzt werden, um das negative Empfinden, aktiv abzugrenzen.¹⁵⁷

KlientInnen, welche die Traumatherapie in Anspruch nehmen, haben häufig nur den einen Wunsch: Sie wollen, „Dass es endlich aufhört!“. Um dies umzusetzen müssen die Symptome dahingehend reduziert werden, dass Betroffene selbstständig mit den verbleibenden Problemen umgehen können und einen strukturierten Alltag eigenhändig gestalten können.¹⁵⁸

Das traumatisierende, überwältigende Erlebnis soll in die Biografie der Betroffenen eingearbeitet werden, um eine Erinnerung möglich zu machen, die ohne belastende Gedanken und Affekte einhergeht. Da der Verlauf der Heilung maßgeblich von den eigenen Ressourcen und deren Verfügbarkeit abhängt, ist es wichtig, den Ressourcenaufbau zu fördern, auch um die Hilfe zur Selbsthilfe und eine angebrachte Emotionsregulation zu etablieren. Die benannten Ressourcen müssen im Hinblick auf Selbstbemächtigung, Selbststärkung, aber auch Selbstberuhigung und Distanzierungsfähigkeit aktiviert werden.^{159 160}

Die Traumatherapie soll die Symbolisierungsfähigkeit, die in traumatischen Situationen beschädigt wird, wiederherstellen und fördern. Dazu muss das Trauma in abgeschwächter Form in der Therapie, anhand bestimmter Methoden noch einmal erlebt werden.¹⁶¹ Die Symbolisierungsfähigkeit erlernen Menschen im Säuglingsalter und sie bezeichnet die Fähigkeit, sich zu anderen Objekten in Relation setzen zu können und eine Grenze zwischen dem Subjekt und den Objekten herzustellen.¹⁶²

¹⁵⁵ vgl. Seidler 2013, S. 202ff.

¹⁵⁶ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 337

¹⁵⁷ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 319ff.

¹⁵⁸ vgl. Seidler 2013, S. 204

¹⁵⁹ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 311f.

¹⁶⁰ vgl. Sack 2014, S. 57ff.

¹⁶¹ vgl. Hirsch 2011, S. 75

¹⁶² vgl. Hirsch 2011, S. 65f.

Die Therapie soll Betroffene dazu anregen sich neue Ziele zu setzen und realistische Zukunftsaussichten anzustreben. Sie sollen neue Bewältigungsstrategien erlernen, um ihren Alltag neu zu strukturieren ein gelingendes alltägliches Leben selbst gestalten zu können.¹⁶³

4.3 Therapieaufbau

Der traumatherapeutische Aufbau ist in jeder Therapieform verschieden. Wie schon erwähnt kann es keine einheitliche Therapie geben, da jede Geschichte und jedes Erleben individuell ist. Dennoch gibt es einige Überschneidungen in den verschiedenen Vorgehensweisen, die einen groben Aufbau erkennen lässt.

Am Anfang einer Traumatherapie geht es um die Etablierung eines stabilen Arbeitsbündnisses zwischen den Betroffenen und den TherapeutInnen, in der weiterhin der feste Rahmen für die Therapie festgelegt wird. Gemeinsam mit den Betroffenen werden einzelnen Schritte und die Ziele vereinbart, die an die individuellen Probleme angepasst sind. KlientInnen müssen ihre Zustimmung zu jeder Änderung geben. Ist dies erfolgt, wird ein Behandlungsvertrag aufgesetzt, der TherapeutInnen und Betroffene an Regeln bindet, die zum Beispiel die Non – Suizidalität miteinschließen.¹⁶⁴

Die erste Phase dient der umfassenden Stabilisierung von traumatisierten KlientInnen. Der oder die Betroffene muss in all seinen Problemen verstanden werden, ohne, dass etwas in Frage gestellt wird oder mit der Traumakonfrontation begonnen wird. Eine zu frühe Konfrontation mit dem Erlebten kann zu einer Retraumatisierung führen.¹⁶⁵ In der ersten Phase geht es vorerst nur um positive Übertragungen, die den Betroffenen zeigen, dass sie so angenommen werden wie sie sind. Die Therapie muss als „gutes Objekt“¹⁶⁶ angesehen werden. Um das zu erreichen müssen die Betroffenen umfassend begleitet und in ihren Erinnerungen bestätigt werden. Negative Aspekte, zum Beispiel selbstverletzendes Verhalten, die auffallen, werden im Kopf aufbewahrt, auch unter dem Begriff des containing bekannt, und in einer späteren Sitzung angesprochen. Sind sie jedoch gefährdend für die Betroffenen oder die Therapie besteht sofortiger Handlungsbedarf, der nicht unbeachtet bleiben darf.^{167 168}

In der zweiten Phase geht es um die Bearbeitung des, als dysfunktional, empfunden traumatischen Erlebnisses.¹⁶⁹ Das erarbeitete Vertrauen, welches stetig weiter wächst macht die therapeutische Beziehung belastbar. Bei der Konfrontation mit dem Trauma, der Exposition, müssen alle Übertragungen, positiv und negativ, die die Betroffenen den TherapeutInnen entgegenbringen wahrgenommen werden, um alle relevanten Aspekte durcharbeiten zu können. Die Exposition wird häufig als Hauptbestandteil der Traumatherapie bezeichnet.¹⁷⁰

¹⁶³ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 356

¹⁶⁴ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 316ff.

¹⁶⁵ vgl. Onnasch/Gast 2012, S. 159

¹⁶⁶ Hirsch 2011, S. 72

¹⁶⁷ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 316

¹⁶⁸ vgl. Hirsch 2011, S. 71ff.

¹⁶⁹ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 316

¹⁷⁰ vgl. Hirsch 2011, S. 73ff.

Die Traumakonfrontation kann erst stattfinden, wenn Betroffene einen stabilen Alltag haben, wenn keine selbstverletzenden Tendenzen vorliegen, wenn der äußere Rahmen ausreichend Sicherheit bietet, wenn soziale Unterstützung vorhanden ist und wenn die Betroffenen bereit sind, das Erlebte imaginativ zu reinszenieren. Hierbei wird das traumatische Erlebnis imaginativ noch einmal in den Gedanken erlebt. Betroffene sollen das Erlebte vor ihrem inneren Auge abspielen, als würde es genau in diesem Moment noch einmal passieren und alle Gedanken, Gefühle und Veränderungen des Körpers und des Bewusstseins laut gegenüber den TherapeutInnen äußern. Betroffene haben vor der Exposition häufig (Tag-)Träume, in denen sich das Erlebte vor ihrem inneren Auge abspielt, ohne, dass sie die Kontrolle darüber übernehmen können. Um die Exposition durchzuführen gibt es die Beobachertechnik, bei der die traumatische Situation wie ein Film vor dem inneren Auge abläuft. Hierbei haben die Betroffenen die Möglichkeit mit Hilfe einer imaginativen Fernbedienung den Film zu pausieren, zu stoppen, die Lautstärke zu regulieren oder einige Szenen unscharf zu stellen. Ist diese Form der Exposition zu belastend kann das Erlebte in der Vergangenheit erzählt und erlebt werden oder als wäre es einer außenstehenden Person widerfahren. Dies schafft eine Distanz zum Erlebten, die für Betroffene weniger bedrohlich erscheint. Ist das bloße Berichten eine Herausforderung können Betroffene über die Situation Notizen oder Briefe schreiben. Die imaginative Exposition verhilft Betroffenen zu mehr Kontrolle über die innerlich ablaufenden Bilder.¹⁷¹ Mit Hilfe der Konfrontation können Betroffene die Erfahrung machen, dass einige ihrer Ängste, die sind in der traumatisierenden Situation hatten, unbegründet sind, da sie nicht eingetreten sind.¹⁷² Zu den Aspekten zählen unter anderem auch die Täter – Opfer Beziehung oder das Täter – Opfer System, welches die Familie darstellen kann, sowie die Bearbeitung der Schuld- und Schamgefühle. Schamgefühle müssen zugelassen werden, denn sie sind ein wichtiger Faktor, um sich von dem Erlebten zu lösen. Sie bilden die Grenze zwischen TäterIn und Opfer, denn TäterInnen schämen sich häufig nicht für das was sie getan haben. Nach der erfolgreichen imaginativen Exposition soll der Handlungsspielraum der Betroffenen erweitert werden. Um das zu erreichen werden Betroffene immer wieder in Begleitung der TherapeutInnen mit Situationen, Objekten und auch Orten konfrontiert, die mit der traumatisierenden Situation in Zusammenhang stehen und bisher vermieden wurde. Dadurch sollen spezifische Ängste bewältigt werden. Die negativen Übertragungen werden oft auf TherapeutInnen projiziert, da sie eine enge Beziehung zueinander aufgebaut haben. Zu diesen negativen Aspekten zählen zum Beispiel Trennungsängste, die bei einem bevorstehenden Urlaub der TherapeutIn dazu führen können, dass KlientInnen das Gefühl haben wieder verlassen worden zu sein. Um diese Übertragungen zu minimieren, muss den KlientInnen Transparenz und Verständnis entgegengebracht werden. Damit die KlientInnen nicht von ihren negativen Gefühlen überschwemmt werden, müssen sie immer wieder an die eigene Verantwortung für ihr Leben erinnert werden.¹⁷³

In der dritten Phase muss eine sorgfältige Trennungsarbeit vorgenommen werden, wobei sich die Betroffenen selbst klar von negativen Gewaltsystemen und negativen Bindungen lösen müssen. Außerdem muss

¹⁷¹ vgl. Seidler 2013, S. 220

¹⁷² vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 311ff.

¹⁷³ vgl. Hirsch 2011, S. 71ff.

die klare Grenze zwischen KlientIn und TherapeutIn erkannt und akzeptiert werden. Ziel in dieser Phase ist es, das aktuelle Erleben, die Übertragungsbeziehung und die Beziehung zum Täter damals in die Erinnerungen zu integrieren und als ein Stück der Vergangenheit anzusehen.¹⁷⁴ Die Neubewertung der Gedanken und der Überzeugungen in Bezug auf das traumatische Erleben stehen im Fokus, um die Therapie erfolgreich abzuschließen, und die eigene Sicht der Betroffenen im Hinblick auf das Ereignis umzudeuten.

175

Die traumatherapeutische Behandlung wurde erfolgreich beendet, wenn Betroffene über die erlebte traumatisierende Situation sprechen können, ohne von Emotionen und Affekthandlungen dominiert zu werden. In gleichem Maße ist es ein Erfolg, wenn sie sich eigenständig dazu entschließen können, nicht über das Erlebte zu sprechen.¹⁷⁶

4.4 die therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung muss geprägt sein von gegenseitigem Respekt, Empathie und der Würdigung aller verfügbaren Ressourcen, die Betroffene mitbringen. Sie muss auf Augenhöhe stattfinden und jegliche Art von Machtgefälle ausschließen.¹⁷⁷ Betroffene dürfen nicht wie Hilfsbedürftige behandelt werden. Sie wissen selbst am besten was gut für sie ist und sind die Experten ihrer eigenen Geschichte. Diese Denkweise sollte genutzt werden, um Betroffenen zu zeigen, dass ihre eigenen Ressourcen und Möglichkeiten ihnen in der Heilung einen großen Vorteil bieten.¹⁷⁸ Außerdem müssen TherapeutInnen viel Geduld zeigen, um den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, die neuen Gedanken einzuordnen und zu strukturieren. Durch diese Merkmale kann eine vertrauensvolle Basis entstehen, die für die weitere gemeinsame Arbeit nötig ist.¹⁷⁹

Die therapeutische Beziehung ist intersubjektiv. Das bedeutet, dass alle Beteiligten miteinander interagieren und ihr individuelles Erleben der jeweiligen Situation mit in die Therapie einfließen lassen. Daher lässt sich der Begriff der Übertragungsbeziehung etablieren. Die Übertragung im psychotherapeutischen Kontext meint: „[...] die Bündelung von alten biografischen Mustern von Erwartungen, Wünschen, Hoffnungen, Konfliktbereitschaften, Befürchtungen und dergleichen gegenüber der Person des Therapeuten [...]“¹⁸⁰ Hierbei muss von therapeutischer Seite professionell gefiltert werden, um den Fokus immer auf die Betroffenen zu legen und ihre Probleme in den Mittelpunkt zu stellen. Durch den Austausch des subjektiven Empfindens können TherapeutInnen und KlientInnen eine Beziehung zueinander aufbauen.¹⁸¹

Am Anfang einer Traumatherapie müssen TherapeutInnen den Betroffenen einen sicheren Rahmen geben. Sie sollen ihnen Zuversicht und Hoffnung entgegenbringen, die darauf bezogen ist, dass das Erlebte sie

¹⁷⁴ vgl. Hirsch 2011, S. 71ff.

¹⁷⁵ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 311

¹⁷⁶ vgl. Seidler 2013, S. 205

¹⁷⁷ vgl. Seidler 2013, S. 200

¹⁷⁸ vgl. Hanswille/Kissenbeck 2008, S. 124

¹⁷⁹ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 322ff.

¹⁸⁰ Seidler 2013, S. 209

¹⁸¹ vgl. Hirsch 2011, S. 69

nicht ihr ganzes Leben lang verfolgen wird, sondern, dass die Ereignisse bearbeitet und integriert werden. Auch Ruhe ist ein wichtiger Faktor. KlientInnen sollen ohne Druck ihre Geschichte erzählen können, zu der Zeit, in der sie sich persönlich dazu bereit fühlen und nur soweit wie es sich für sie richtig anfühlt. Es darf kein Druck auf Betroffene ausgeübt werden, denn sie bestimmen immer selbstständig über ihre Handlungen. Es muss darüber aufgeklärt werden, dass TherapeutInnen mit den unangenehmen und zum Teil verstörenden Aspekten der Geschichte umgehen können und dieses keinen Therapieabbruch, welcher außerdem einen Beziehungsabbruch nach sich zieht zur Folge hat. Im weiteren Therapieverlauf ist es wichtig den PatientInnen ein neues Selbstwertgefühl aufzuzeigen. Mit kleinen Aufgaben, wie der Aufforderung sich aufrecht hinzusetzen, wird das Selbstbewusstsein von Traumatisierten bereits gefördert.¹⁸²

In der therapeutischen Beziehung gibt es Herausforderungen, die den Therapieverlauf stark beeinträchtigen können. So können Retraumatisierungen auftreten, wenn der Therapeut oder die Therapeutin nicht explizit auf die individuellen traumatischen Aspekte der KlientInnen achten und sich daraufhin falsch verhalten. Ein Beispiel verdeutlicht diese Komplikation: *Der Therapeut oder die Therapeutin verhält sich dem Patienten oder der Patientin gegenüber neutral. Einige Male kommt es vor, dass sich beide im Wartezimmer begegnen, woraufhin der Therapeut oder die Therapeutin nicht grüßt und wortlos zurück in das Behandlungszimmer geht. Der oder die Patientin hat jedoch einen Migrationshintergrund und kämpft mit einem traumatischen Erlebnis in Bezug auf die Fluchtgeschichte und das Leben in einem neuen Land, welches zu Ausgrenzung und dem Gefühl von Nichtdazugehören führt. Der Therapeut oder die Therapeutin verstärken dieses Fremdheitsgefühl noch, wenn sie den oder die Betroffene nicht beachten.*¹⁸³

5 traumatherapeutische Ansätze

Es gibt eine Vielzahl an traumatherapeutischen Ansätzen. Im Folgenden wird eine Auswahl der am häufigsten, angewendeten Methoden vorgestellt, da die Nennung aller Ansätze den Umfang der Arbeit übersteigen würde.

Die Auswahl eines traumatherapeutischen Ansatzes für die Behandlung eines oder einer Betroffenen hängt von mehreren Faktoren ab. Mit dem methodischen Vorgehen soll Retraumatisierung weitestgehend vermieden werden.¹⁸⁴ Sie muss einerseits an die jeweiligen Bedürfnisse und Erfordernisse der Betroffenen, sowie an die gemeinsame Zielsetzung angepasst sein, andererseits hängt die Auswahl auch von der Kompetenz und Erfahrung der TherapeutIn ab. Es wäre nicht sinnvoll, eine Methode auszuwählen, mit der sich TherapeutInnen nicht ausreichend befasst haben. Die Ungewissheit, ob das Therapieziel dadurch erreicht werden kann, sollte nicht in Kauf genommen werden.¹⁸⁵

¹⁸² vgl. Butollo/Karl 2012, S. 57f.

¹⁸³ vgl. Hirsch 2011, S. 67f.

¹⁸⁴ vgl. Eidmann 2009, S. 43

¹⁸⁵ vgl. Seidler 2013, S. 211

5.1 Gruppentherapie und kombinierte Therapie

Die Gruppentherapie soll das Zusammengehörigkeitsgefühl stärken. Alle Gruppenmitglieder sollen dazu beitragen, sich gegenseitig zu unterstützen und voneinander zu lernen, vorrangig in Bezug auf Resilienz-faktoren. Die entstehende Stabilisierung und Ressourcenaktivierung bilden den Kern der Gruppentherapie. In Gruppensitzungen erfolgt außerdem der Austausch über die individuellen Expositionsverläufe im einzeltherapeutischen Setting.¹⁸⁶ Außerdem bietet die Gruppentherapie einen sicheren Rahmen für die TeilnehmerInnen. Ihnen wird deutlich, dass sie nicht allein mit der Belastung durch ein Trauma sind. In Gruppentherapien können wertvolle, zukünftige Bindungen geschaffen werden, die den Heilungsprozess unterstützen können.¹⁸⁷

Formen der Gruppentherapie können psychoedukative Gruppen, tiefenpsychologisch fundierte ressourcenorientierte Gruppen oder Mischformen aus beiden sein. Die Gruppentherapie kann die Funktionen von psychoedukativer Aufklärung, Stabilisierung, Ressourcenaktivierung und Emotionsregulation übernehmen. Die Arbeit an einzelnen speziellen Erinnerungen wird jedoch in der Einzeltherapie, anhand der verschiedenen Methoden bearbeitet.¹⁸⁸

In der Gruppentherapie können die Impulse Einzelner auf die gesamte Gruppe übertragen werden. Durch den Bericht anderer TeilnehmerInnen über ihre individuelle Traumatisierung werden alle anderen TeilnehmerInnen getriggert. Wenn Betroffene alle angesprochenen Aspekte einer Gruppensitzung auf ihr eigenes Erleben beziehen und versuchen ihr individuelles Erleben auf andere zu projizieren, sind diese Betroffenen (noch) nicht für eine Gruppentherapie geeignet.¹⁸⁹

Die kombinierte Therapie, aus Einzel- und Gruppensettings, kann dazu beitragen, dass negative Gefühle oder auch Ängste, die in der Gruppentherapie auftauchen in der Einzelsitzung besprochen und bearbeitet werden können. Im engen Austausch mit allen beteiligten TherapeuteInnen kann so eine engmaschige und hilfreiche Begleitung der Betroffenen erfolgen.¹⁹⁰

5.2 Psychoedukation

Die Psychoedukation bildet den Beginn jeder traumatherapeutischen Intervention. Hier erhalten die Betroffenen alle nötigen Informationen, die in der Situation von Bedeutung sind, ohne überschwemmt zu werden. Durch die Psychoedukation kann ein erstes Gefühl von Sicherheit entstehen, da die Aufklärung über die möglichen Folgen des Erlebten, aber auch das Aufzeigen von Hilfsmöglichkeiten, die Unwissenheit minimiert. Ziel ist es den Erwartungshorizont der Betroffenen zu erweitern und ihnen aufzuzeigen, dass einige Symptome, die auftreten können, normale Reaktionen auf das traumatische Erlebnis sind. Solche Symptome können Verwirrtheit oder Gedächtnisprobleme sein, aber auch Gefühle wie Wut, Angst,

¹⁸⁶ vgl. Seidler 2013, S. 236f.

¹⁸⁷ vgl. Eidmann 2009, S. 89

¹⁸⁸ vgl. Seidler 2013, S. 236

¹⁸⁹ vgl. Hirsch 2011, S. 117ff.

¹⁹⁰ vgl. Hirsch 2011, S. 125f.

Hass, sowie Schuld- und Schamgefühle, die als normale Reaktion des Körpers auf das Erlebte verstanden werden müssen. Zur auftretenden Symptomatik kann auch der Missbrauch von Alkohol oder anderen Substanzen zählen, sowie ein gestörtes Verhältnis zur Sexualität, welches besonders nach sexuellen Traumatisierungen auftritt. Der Fokus der KlientInnen soll vorerst immer auf ihre eigenen Ressourcen gelenkt werden, die sie in der Situation unterstützen und entlasten können.¹⁹¹

In der Psychoedukation werden auch Angehörige der Betroffenen über das Ereignis in Kenntnis gesetzt. Ihnen wird die Situation erläutert und sie werden auf mögliche Symptomatiken der traumatisierten Menschen aufgeklärt. Bei schwerwiegenden Symptomen, wie Selbstverletzung oder Suizidversuchen, erhalten sie Informationen darüber, welche Handlungsschritte in derartigen Situationen ausgeführt werden müssen, um beispielsweise den Suizid zu verhindern.¹⁹²

Die Aufklärung über die möglichen Folgen und die zur Verfügung stehenden Hilfsangebot wird in der Regel in Gesprächen kommuniziert. Da Betroffene jedoch häufig in einem Schockzustand gefangen sind, ist es hilfreich zusätzlich ein Informationsblatt mitzugeben, auf denen alle Hinweise schriftlich festgehalten sind.¹⁹³

5.3 Die Dialektisch-Behaviorale Therapie

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) ist eine zwölfwöchige stationäre Therapieform, die auf den theoretischen Grundlagen von Linehan und Ehlers beruht. Sie hat das Ziel eine Akzeptanz gegenüber dem Erlebten und allen Folgen herzustellen. Fokussiert wird dabei die Exposition des traumatischen Ereignisses, welche alle erlebten Gefühle und Gedanken beinhalten sollte. Die Betroffenen sollen dadurch erkennen, dass ihre Befürchtungen in der traumatischen Situation selbst (zum Beispiel der eigene Tod) nicht eintreten, auch nicht, wenn sie die Situation wiederholt imaginativ wieder erleben. Durch diese Erkenntnis sollen das Vermeidungsverhalten und belastende Verhaltensweisen aufgelöst werden.¹⁹⁴

Um die Dialektisch-Behaviorale Therapie in Anspruch nehmen zu können, müssen einige Voraussetzungen erfüllt sein. Die Betroffenen dürfen in den zurückliegenden vier Monaten keinen, aus medizinischer Sicht, gefährlichen Suizidversuch unternommen haben, sie dürfen keine schwerwiegenden Selbstverletzungen aufweisen und es darf kein lebensbedrohliches Risikoverhalten vorgelegen haben.¹⁹⁵

Die DBT arbeitet mit Methoden wie der Psychoedukation, dem Skills-Training, dem Notfallkoffer oder den Belastungstoleranz-Skills. Das Skills Training ist umfangreich und hat zum Ziel, den Betroffenen Fertigkeiten beizubringen, die das Erleben negativer Situationen und Flashbacks minimiert. Beckrath-Wilking zeigt fünf Module, nach Bohus und Wolf auf, die das Skill Training ausmachen: Im ersten Modul soll die Achtsamkeit der Betroffenen in Bezug auf sich selbst verbessert werden. Die Kontrolle über sich selbst

¹⁹¹ vgl. Seidler 2013, S. 212

¹⁹² vgl. Seidler 2013, S. 213

¹⁹³ vgl. Seidler 2013, S. 212

¹⁹⁴ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 318

¹⁹⁵ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 318

wird anhand von Methoden wie der Meditation angeregt. Innere Prozesse, sowie die Umgebung sollen ohne Bewertung wahrgenommen werden können, um die Regulation und Kontrolle über Gedanken und Gefühle zurückzuerlangen. Das zweite Modul behandelt die Stresstoleranz der Betroffenen. Hierbei soll erlernt werden Herausforderungen und Konflikte selbstständig zu bewältigen, ohne in eine posttraumatische Symptomatik zu fallen. Der Umgang mit den eigenen Gefühlen wird im dritten Modul thematisiert. Eigene Gedanken und Empfindungen sollen verstanden und neu eingeordnet werden. Gefühle können so wieder identifiziert und selbstständig reguliert werden, ohne unkontrollierte Gefühlsausbrüche. Der erlernte Umgang mit den eigenen Gefühlen ist wichtig für das vierte Modul, in dem es um zwischenmenschliche Beziehungen geht. Die sozialen Kompetenzen sollen verbessert werden, um Bindungen wiederherzustellen und eine mögliche soziale Isolation zu beenden. Die Unterstützung von außen kann zu einer erfolgreichen traumatherapeutischen Behandlung beitragen. Im letzten Modul werden die Selbstwahrnehmungen der Betroffenen in den Fokus gestellt. Hierbei sollen sie eigenständig negative Gedanken und Einstellungen erkennen, und sich bemühen diese durch positive zu ersetzen.¹⁹⁶

5.4 systemische Traumatherapie

Der Systembegriff meint im traumatherapeutischen Sinn eine Erweiterung des Therapierahmens. So wird hierbei neben den KlientInnen auch das sie umgebende System, wie beispielsweise die Familie miteinbezogen. Die systemische Traumatherapie kann auch angewendet werden, wenn ein gesamtes System durch, eine oder mehrere, gemeinsam erlebte traumatisierende Situationen zu Betroffenen wird. Zu diesen Situationen können Unfälle oder Entführungen zählen. Traumatisierungen eines gesamten Systems treten auch auf, wenn alle Mitglieder durch unterschiedliche Erlebnisse traumatisiert wurden. Die Systemtherapie kann auch indiziert werden, wenn Einzelne betroffen sind, unabhängig davon, ob die Traumatisierung aufgrund von Ereignissen innerhalb oder außerhalb des Systems entstanden. Der Fokus auf einzelne Mitglieder oder Gruppen des Systems, sowie das gesamte System kann innerhalb des therapeutischen Rahmens immer wieder gewechselt werden.¹⁹⁷

In der systemischen Traumatherapie werden vier Ebenen beachtet, die Auswirkungen auf die Traumaverarbeitung haben können. Die erste Ebene beschäftigt sich mit dem inneren System des Individuums. Hier spielen alle Gedanken, Gefühle, sowie bereits Erlebtes eine Rolle. Weiterhin gibt es das primäre Bezugssystem. Dazu gehören die vorrangigen Bezugspersonen, wie der Partner oder die Partnerin, oder die Familie. Im sekundären Bezugssystem werden FreundInnen und andere Bekannte, die einen höheren Stellenwert haben einbezogen. Das tertiäre Bezugssystem befasst sich mit dem gesellschaftlichen Umfeld, so zum Beispiel der Schule oder dem Arbeitsplatz.¹⁹⁸

Die systemische Traumatherapie beinhaltet den theoretischen Ansatz, dass Betroffene alle Ressourcen in sich tragen, die nötig sind, um die Belastung zu minimieren. Aufgrund der Traumatisierung ist es ihnen

¹⁹⁶ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 317ff.

¹⁹⁷ vgl. Hanswille/Kissenbeck 2008, S. 105

¹⁹⁸ vgl. Hanswille/Kissenbeck 2008, S.118

jedoch nicht möglich in der derzeitigen Situation auf die benötigten Ressourcen zuzugreifen. Das System hat einen großen Einfluss auf die Entwicklung eines Traumas. Alle Strukturen, die vor einer Traumatisierung bestanden, verändern sich. Die inneren Strukturen können Betroffene unterstützen oder dazu führen, dass die erlebten traumatisierenden Erfahrungen nicht ausreichend verarbeitet werden können.¹⁹⁹

Wichtige Aspekte, die in Systemtherapie behandelt werden müssen, sind nach Hanswille und Kissenbeck sehr umfangreich. Zu diesen Punkten zählen die Anamnese, sowie die Diagnostik der einzelnen Symptome und deren Zuordnung zu den Klassifikationssystemen ICD 10 oder DSM IV, die Psychoedukation, die behutsame Traumakonfrontation, welche erst bei ausreichender Sicherheit des Systems stattfinden sollte, sowie die Bedarfsprüfung, die zeigen soll, ob ein die ambulante oder stationäre Therapieform angebracht ist.²⁰⁰

Methoden der systemischen Traumatherapie sind vielseitig und unterschiedlich. So kann die Darstellungsarbeit mit diversen Figuren genutzt werden, die Genogrammarbeit, Beziehungslandkarten oder Körperarbeit. Wichtig ist nur, dass das gesamte System in das Vorgehen mit einbezogen wird.²⁰¹

5.5 EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Die Eye Movement Desensitization und Reprocessing Therapie (EMDR) wurde Ende der 80er-Jahre von Francine Shapiro entwickelt. Der Fokus der dieser Technik liegt auf der Aktivierung eines Informationsverarbeitungsprozesses. Die EMDR Therapie kann „[...] nach akuter und komplexer Traumatisierung – bei traumabedingten Depressionen, Anpassungsstörungen wie traumatischer Trauer, bei Angst- und Panikstörungen, Phobien, Phantomschmerzen, negativen Überzeugungssystemen sowie stoffgebundenen Suchterkrankungen“ eingesetzt werden.^{202 203}

Die EMDR Therapie befasst sich mit bewusst ausgelösten Augenbewegungen, die zur Folge haben sollen, dass gedankliche Belastungen minimiert werden oder verschwinden.²⁰⁴ Im Fokus der Therapie stehen bruchstückhafte Erinnerungen, die keiner klaren Erinnerung im Gedächtnis zugeordnet werden können. Ziel dieses Ansatzes ist es, die einzelnen Erinnerungssequenzen in das große Ganze zu integrieren, sodass sie als Erinnerung abgespielt werden kann, bei der keine Symptomatik in Bezug auf posttraumatische Aspekte auftritt. Weiterhin soll das Vermeidungsverhalten minimiert werden. Damit geht einher, dass die Anzahl der erlebbaren Gefühle wieder zunimmt und der Handlungsspielraum der Betroffenen erweitert wird.²⁰⁵

¹⁹⁹ vgl. Hanswille/Kissenbeck 2008, S. 108ff.

²⁰⁰ vgl. Hanswille/Kissenbeck 2008, S.290f.

²⁰¹ vgl. Hanswille/Kissenbeck 2008, S.157ff.

²⁰² Beckrath-Wilking 2013, S. 352

²⁰³ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 349

²⁰⁴ vgl. Onnasch/Gast 2012, S. 39

²⁰⁵ vgl. Seidler 2013, S. 221

Diese Methode kann bei der posttraumatischen Belastungsstörung, sowie bei einzelnen Teilsymptomen dieser, anhand des unten folgenden Standardprotokolls angewendet werden. Liegen komorbid weitere Störungen vor, muss die EMDR Therapie in ein großflächigeres Behandlungsverfahren vernetzt sein.²⁰⁶

Die Vorgehensweise der EMDR Therapie sieht wie folgt aus. Gemeinsam mit den Betroffenen wird ein alltägliches Problem, wie Alpträume, Zukunftsängste, negative Erwartungen, eine Erinnerung in Bezug auf das Trauma oder bestehende Trigger fokussiert. Die TherapeutIn löst dann durch akustische oder taktile Reize eine Stimulation aus, die die Augenbewegungen anregt. Dadurch wird das Traumanetzwerk bewusst getriggert und soll die Verarbeitung von blockierten Informationen anregen, um diese abschließend zu bearbeiten. Durch die Konzentration auf die Augenbewegungen können negative Reaktionen vermieden werden.²⁰⁷ „Mit erfolgreicher Verarbeitung wird die Erinnerung quasi in das explizite Gedächtnis „umsortiert“ und so zu einer erzählbaren und der Vergangenheit angehörigen Erinnerung, die nicht mehr weiter belastende Symptome in der Gegenwart auslöst.“²⁰⁸

Die EMDR Therapie bezieht sich meist auf ein Standardprotokoll, welches die Therapie in acht Phasen gliedert. In der ersten Phase erfolgen die Anamnese und Behandlungsplanung. In der zweiten Phase wird der oder die PatientIn in die theoretischen Aspekte des Vorhabens eingeführt. Außerdem erfolgt hier der Beziehungsaufbau zwischen den Beteiligten. Im dritten Schritt erfolgt dann die Auswahl der zu bearbeitenden Situation. Dabei wird ein umfassendes Bild der Szene erstellt. Außerdem die dazugehörigen negativen Gefühle, sowie die Zielsetzung, welche Gefühle erreicht werden sollen. Dann wird die heutige Stimmung und Belastung, sowie das Körperempfinden in Bezug dessen besprochen. Aufgrund dieser Einschätzung wird die Erinnerung bereits getriggert. Der vierte Schritt befasst sich mit der tatsächlichen Durchführung der EMDR Therapie. Die ausgewählte Situation wird mit Hilfe der bilateralen Stimulation bearbeitet. Die TherapeutInnen lösen hierbei durch Fingerbewegungen, denen die KlientInnen mit den Augen folgen sollen, okulare Bewegungen aus.²⁰⁹ Im darauffolgenden Schritt folgt die Umstrukturierung. Die positiven Gefühle, die als Ziel festgehalten wurden, werden mit dem Traumanetzwerk verknüpft und werden in Zukunft aktiviert, wenn Betroffene an die gewählte traumatische Situation denken. Im folgenden Körpertest sollen mögliche restliche sensorische Belastungen verarbeitet werden. Im vorletzten Schritt erfolgt der Abschluss der Therapie mit einer ausführlichen Nachbesprechung. Hier müssen die Betroffenen auf mögliche neue Erinnerungen aufmerksam gemacht werden, die mit der Nachverarbeitung des Erlebten einhergehen können. Im letzten Schritt wird geprüft, ob der gewählte Fokus ausreichend bearbeitet wurde, ob also die Sitzung komplett ist, oder ob die Belastung dahingehend weiter angestiegen ist, die Sitzung also inkomplett ist. Ist dies der Fall muss derselbe Fokus noch einmal durchgearbeitet werden. Anderenfalls kann eine neue Situation in den Mittelpunkt rücken.²¹⁰

²⁰⁶ vgl. Seidler 2013, S. 222

²⁰⁷ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 349ff.

²⁰⁸ Beckrath-Wilking 2013, S. 349f.

²⁰⁹ vgl. Seidler 2013, S. 221f.

²¹⁰ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 351f.

5.6 Landkarten

Zu den weiteren Methoden der Traumatherapie gehört neben den allgemeinen therapeutischen Beziehungsaufgaben wie Beziehungsaufbau, gemeinsame Erarbeitung der Ziele und die Psychoedukation auch die Erstellung einer Traumalandkarte und einer Ressourcenlandkarte. Die Traumalandkarte zeigt alle bisherigen traumatischen Ereignisse. Auf der einen Achse werden sie hierbei den jeweiligen Lebensjahren zugeordnet, auf der anderen Achse kann die individuelle Belastung abgelesen werden. Mit Hilfe der Traumalandkarte können traumatisierende Ereignisse veranschaulicht werden. Sie bilden eine Grundlage der Therapie, mit deren Hilfe alle Beteiligten, Zugang zu den persönlichen Informationen der KlientInnen bekommen. Das Beispiel zeigt die Traumalandkarte eines beispielhaften Klienten.²¹¹

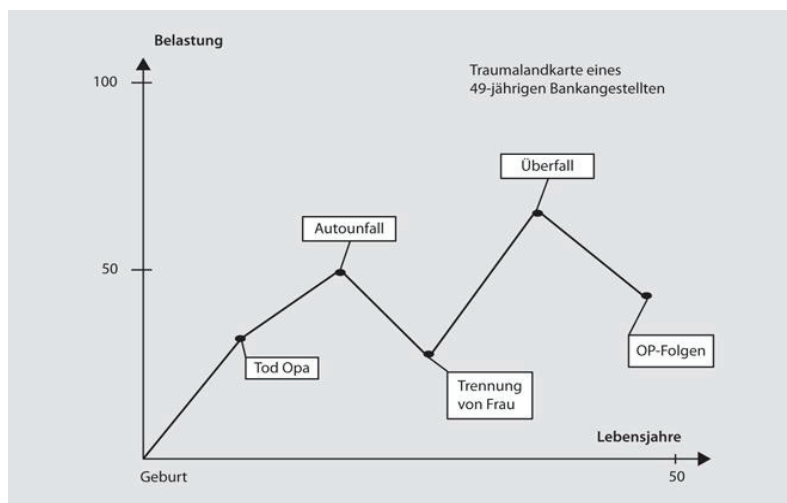


Abbildung 4: „Traumalandkarte“ – Quelle: Böhm 2016 (Internetquelle)

Auch die Erstellung einer Ressourcenlandkarte ist vorteilhaft für die Traumatherapie. Hierbei wird veranschaulicht auf welche Ressourcen die Betroffenen in welchen Bereichen zugreifen können. Es gibt vier Bereiche, in die Ressourcen unterteilt werden. Als erstes gibt es materielle Ressourcen, zum Beispiel Geld oder Eigentum, dass hilfreich sein kann, um zum Beispiel keine Geldsorgen zu befürchten. Das zweite sind soziale Ressourcen, also zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Kontakte, die eine Unterstützung darstellen. Im dritten Bereich geht es um persönliche Ressourcen. Hierzu zählen Dinge die individuell zu einer Verbesserung beitragen können, beispielhaft könnte hier entspannende Spaziergänge genannt werden. Der letzte Abschnitt beinhaltet infrastrukturelle Ressourcen, wie Hilfseinrichtungen oder Vereine. Hierzu zählt jedoch auch der Arbeitsplatz.²¹² Ein entsprechendes Beispiel einer leeren Ressourcenkarte befindet sich unter dem Abschnitt.

²¹¹ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 349

²¹² vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 349

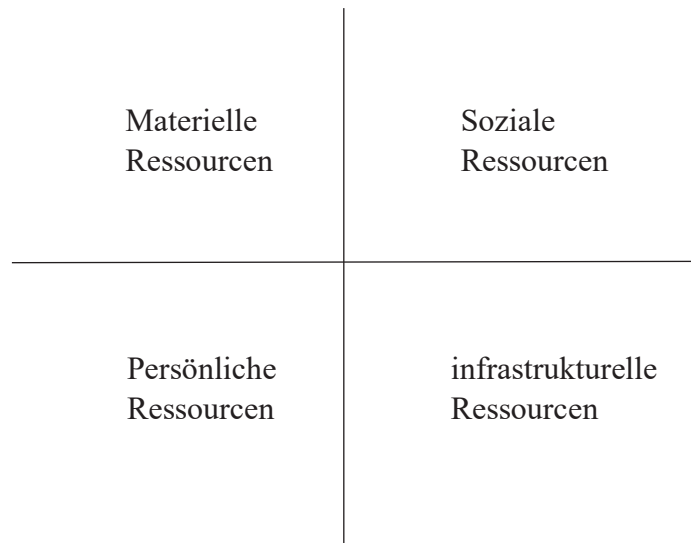


Abbildung 5: Ressourcenlandkarte – Quelle: Müller u.a. 2003 (Internetquelle)

5.7 Ego – States Therapie

Die Ego-States Therapie wurde von Watkins und Watkins entwickelt und arbeitet mit den verschiedenen Persönlichkeitsanteilen eines Individuums. Die verschiedenen Persönlichkeitsanteile oder Ich – Anteile werden im fachlichen Sprachgebrauch Ego-States genannt.²¹³ Watkins und Watkins definieren den Begriff des Ego-States wie folgt: „Ein Ich-Zustand kann definiert werden als organisiertes Verhaltens- und Erfahrungssystem, dessen Elemente durch ein gemeinsames Prinzip zusammengehalten werden und das von anderen Ich-Zuständen durch eine mehr oder weniger durchlässige Grenze getrennt ist.“²¹⁴ Die Ego-State Therapie ist für traumatisierte Menschen eine Möglichkeit ihre innersten Gedanken und Gefühle nach außen zu tragen und mitzuteilen.²¹⁵

Das Erleben der unterschiedlichen Ego-States ist jedem Menschen bekannt. Es kann verglichen werden mit dem Annehmen einer anderen Rolle. So sind Menschen im familiären Umfeld in einem anderen State als auf der Arbeit. Es herrscht eine andere Stimmung, auch die Körperhaltung und das Verhalten unterscheiden sich. Dieser Wechsel zwischen den einzelnen States ist immer möglich. Menschen, die nicht traumatisiert sind, können den Wechsel selbst steuern. Betroffene von traumatisierten Ereignissen können diese Wechsel oft nicht mehr selbst steuern. Die einzelnen Anteile werden mit Hilfe von Dissoziation abgespalten und häufig vermieden.²¹⁶ Die Ego-States wechseln hier anhand bestimmter Trigger, die zum Beispiel verletzte Ich-Anteile, die in ihrer Entwicklung in der Zeit der traumatisierenden Situation hängen geblieben sind, ans Licht bringen können. Die Ego-State Therapie ist deshalb auch häufig unter dem Begriff der Inneren-Kind-Arbeit zu finden. Die verletzten „inneren Kinder“ entwickelten sich im Moment der traumatischen Situation

²¹³ vgl. Seidler 2013, S. 229

²¹⁴ Seidler 2013, S. 230

²¹⁵ vgl. Hanswille/Kissenbeck 2008, S. 54

²¹⁶ vgl. Hanswille/Kissenbeck 2008, S. 57

und tragen alle damaligen Gefühle und Gedanken in sich, die vom erwachsenen Betroffenen vermieden werden. Eine Weiterentwicklung der Kinder ist häufig nicht möglich, da Betroffene versuchen ihr Auftreten zu vermeiden, um so nicht an das Erlebte erinnert zu werden.²¹⁷ Ein Beispiel verdeutlicht, wie einnehmend diese verletzen Ego-States sein können. *„Eine 25-jährige Patientin wurde stationär psychotherapeutisch behandelt. In der Montagssitzung berichtete sie von ihrem Wochenende, das sie zu Hause verbracht hatte: „Ich habe die ganze Zeit nur auf dem Sofa gelegen. Ich merkte gar nicht, wie die Zeit verging. Ich starrte nur an die Decke. Ich hatte keinen Hunger und keinen Durst. Ob ich geschlafen habe, weiß ich nicht. Wie eine Maschine habe ich mich dann irgendwann angezogen und bin wieder hierher gefahren.“ – Der Therapeut fragte: „Wie alt war denn die Frau, die da auf dem Sofa lag?“ – Die Patientin, ohne zu zögern: „12 Jahre.““*²¹⁸

Im ganzen Verlauf des Lebens bilden sich auch sogenannte Introjekte, die keine Ich-Anteile im klassischen Sinn sind, sondern Werte innehaben, die Betroffene von wichtige Bezugspersonen entgegengebracht wurden und so in die eigene Persönlichkeit aufgenommen wurden.²¹⁹ „Entstanden sind Introjekte aus der Verinnerlichung von wichtigen Elternfiguren in den ersten Phasen der Lebensentwicklung. Die positiven Introjekte sind in ihrer Art liebevolle, freundliche und nährenden Selbst-Zustände (Ego-States), die gute innere Mutter, der schützende innere Vater, der gütige Opa usw. Neben diesen positiven Introjekten gibt es aber auch negative Introjekte. Darunter fassen wir destruktive und übelwollende Ich-Zustände und nach der Erfahrung eines Gewalttraumas, wo ein Opfer einem oder mehreren Tätern gegenüber steht, die Täterintrojekte.“²²⁰

Anhand der komplexen Entwicklungen der verschiedenen Selbst-Anteile und der Introjekte, ist die Ego-State Arbeit sehr umfangreich. Oft treten im Umgang mit KlientInnen dabei die inneren Kinder, Täterintrojekte, aber auch schützende Ich-Anteile in den Vordergrund.²²¹

Die Ego-State Therapie soll die Erinnerungssequenzen, die die einzelnen States in sich tragen zeitlich und räumlich einordnen und so Erinnerungen erschaffen, die so von Betroffenen eindeutig als Erinnerungen der Vergangenheit angesehen werden können und ihre Gegenwart nicht mehr beeinflusst.²²² Um eine erfolgreiche Therapie nach dem Ego-States Ansatz durchzuführen müssen sich TherapeutInnen einen Überblick über alle inneren States ihrer KlientInnen machen. Hierbei kann es notwendig werden, bewusst einige Trigger auszulösen, um die einzelnen Anteile zu erkennen.²²³

Die Voraussetzung, um die Exposition des Traumas durchzuführen liegt darin, die jüngeren, verletzten States einfühlsam zu beruhigen, um sie imaginativ in die Gegenwart holen zu können und die Möglichkeit zu haben sie in die Persönlichkeit zu integrieren. Die Betroffenen müssen dabei sicher in der

²¹⁷ vgl. Seidler 2013, S. 230f

²¹⁸ Seidler 2013, S. 231

²¹⁹ vgl. Scherwath/Friedrich 2014, S. 132

²²⁰ Peichl 2010, S. 118

²²¹ vgl. Scherwath/Friedrich 2014, S. 134ff.

²²² vgl. Seidler 2013, S. 232

²²³ vgl. Watkins/Watkins 2012, S. 146ff.

Erwachsenenperspektive sein. Hilfreich ist hierbei die Unterstützung durch innere HelferInnen, also Anteile, die sich entwickelt haben, als die PatientIn stark genug war, um Belastungen selbstständig zu überstehen, oder Hilfe von außen anzunehmen. Die verletzten inneren Anteile sollten erst dann auf die innere Bühne treten dürfen, wenn innere Helfer bereits anwesend sind.^{224 225}

Im Gegensatz zu anderen traumatherapeutischen Ansätzen ist das Ego-State Konzept vielseitiger in Bezug auf den Beziehungsaufbau. Während bei anderen Methoden „nur“ eine Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn entstehen soll, wird bei der Ego-States Therapie die Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn, zwischen KlientIn und seinen oder ihren Ego-States, zwischen den einzelnen Ego-States untereinander und die Beziehung zwischen der TherapeutIn und den einzelnen Ego-States etabliert. Es erfolgt eine umfassendere Beziehungsgestaltung.²²⁶

6 Psychohygiene und Selbstfürsorge

Die Psychohygiene bezeichnet das eigene psychische Wohlbefinden der TherapeutInnen und PädagogInnen sowie aller HelferInnen, die mit traumatisierten Menschen arbeiten. Häufig geraten sie an ihre eigenen Belastungsgrenzen, und zeigen selbst Symptome, beispielsweise anhaltende Erschöpfungszustände, Gefühle von Leere, oder psychosomatische Faktoren, die sich in Richtung einer Burnout Diagnostik entwickeln können. Als Ursache hierfür wird vorrangig die vorliegende Dauerbelastung der Betroffenen genannt.²²⁷

Wie bei jeder psychischen Symptomatik gibt es Risikofaktoren, die das Erleben einer solchen Erkrankung begünstigen. Eine Begünstigung kann die berufliche Unsicherheit oder das berufliche Unwohlsein darstellen. Fühlen sich HelferInnen in ihrem beruflichen Umfeld unwohl und besteht kein Rückhalt im Team, können psychische Krankheitssymptome sich leichter entwickeln. Ständiger Konkurrenzkampf, Neid der KollegInnen untereinander, aber auch die mangelnde Anerkennung des beruflichen Daseins im persönlichen Umfeld gelten als weitere Risikofaktoren. Auch Faktoren, die das Klientel betreffen spielen eine Rolle. So ist der Umgang mit sehr aggressiven, süchtigen oder auch fordernden und übergriffigen PatientInnen besonders belastend für das psychische Wohlbefinden. Persönlich kann der Hang zu Perfektionismus und zu viel Ehrgeiz, der in der Arbeit mit traumatisierten Menschen häufig nicht befriedigt werden kann, zu Enttäuschungen führen. Ein wichtiger Faktor sind aber auch eigene Traumata, die nicht ausreichend verarbeitet wurden und durch die Arbeit mit den KlientInnen angetriggert werden. Auch HelferInnen können zu Hilfsbedürftigen werden! Weiterhin spielen Belastungen im sozialen Umfeld eine große Rolle, ohne zwischenmenschliche Beziehungen, die eine Unterstützung bieten sollen, ist die Verarbeitung des alltäglichen Erlebens kaum möglich.²²⁸

²²⁴ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 324

²²⁵ vgl. Seidler 2013, S. 231f.

²²⁶ vgl. Zanotta 2018, S. 94

²²⁷ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 367

²²⁸ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 368f.

Speziell bei Traumaarbeit gibt es weitere Faktoren, die das „Ausbrennen“ der Seele begünstigen können. MitarbeiterInnen in diesen Berufsfeldern werden täglich mit Angst und grausamen Situationen und Taten konfrontiert, die sie, ohne den KlientInnen gegenüber Schwäche zu zeigen, selbstständig verarbeiten müssen. Sie müssen ihre Stärke nutzen, um den Betroffenen Stabilität und Verständnis entgegenzubringen.²²⁹ Huber führt hierzu einen passenden Ausdruck an: „Traumaberaterinnen/ -therapeuten müssen also die fast unmögliche Aufgabe erfüllen, „zugleich nah genug dran und weit genug weg“ zu bleiben, um stets noch beobachtend reflektieren zu können.“²³⁰

Bei Menschen, die in traumabetreffenden Berufen tätig sind, liegt außerdem ein hohes Risiko vor, selbst sekundär traumatisiert zu werden. Dies kann aufgrund extremen Mitfühlens oder intensiven Übertragungen der KlientInnen ausgelöst werden, ohne selbst jemals ein traumatisches Ereignis erlebt zu haben. Das Hineinversetzen in die Betroffenen und die Nachempfindungen können die traumatischen Aspekte auf BeraterInnen übertragen. Dabei werden die Traumasymptome die auch die Betroffenen aufweisen selbst erlebt. So zum Beispiel Gefühle von Hilflosigkeit, mangelnder Unterstützung der KlientInnen, Verwirrtheitszuständen und emotionale Erschöpfung.²³¹

Traumatisierte KlientInnen sind häufig nicht in der Lage ihre Emotionen zu kontrollieren. So kann es zu Konflikten kommen, die mit Wutausbrüchen und körperlichen Angriffen auf HelferInnen einhergehen. Oft sind diese Übergriffe nicht vorhersehbar, sodass es schwer ist, sich in einer solchen Situation ausreichend zu schützen.²³²

Um diesen negativen Aspekten entgegenzuwirken sind häufige Supervisionen oberste Priorität. Der stetige Austausch mit anderen, die ähnliche Erfahrungen machen, führt dazu, dass Belastungen nicht im Inneren selbst bewältigt werden müssen, sondern, dass sie offen angesprochen und bearbeitet werden können. Außerdem ist ein gutes Verhältnis zwischen allen MitarbeiterInnen förderlich. Wenn vertrauensvolle Beziehungen die Basis sind, können Probleme offen angesprochen und gelöst, sowie eigene Belastungsgrenzen rechtzeitig mitgeteilt werden. Wenn bereits sekundäre Traumatisierungen vorliegen oder zurückliegende Traumata wieder getriggert wurden, sollten auch HelferInnen ihre eigenen Traumata bearbeiten und therapeutische Hilfe annehmen. Weiterhin ist ein fundiertes theoretisches Wissen und eine regelmäßige Weiterbildung hilfreich, um dem gesamten Team Kompetenzen und Fähigkeiten mitzugeben, die den Umgang mit traumatisierten Menschen, aber auch den persönlichen Umgang mit oben genannten Herausforderungen betreffen. HelferInnen müssen überhöhten Ehrgeiz und Perfektionismus minimieren, um Enttäuschungen zu verhindern. Die klare Abgrenzung zwischen KlientInnen und BeraterInnen führt zu einer professionellen Distanz, vorrangig positive Aspekte hat, in einigen Fällen jedoch dazu führt, dass die erlebten Emotionen der Betroffenen nicht nachempfunden werden können.²³³

²²⁹ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 369f.

²³⁰ Beckrath-Wilking 2013, S. 370

²³¹ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 371

²³² vgl. Jegodtka/ Luitjens 2016, S. 196

²³³ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 372f.

7 Herausforderungen und Möglichkeiten anhand einiger Beispiele

In der Traumapädagogik, sowie in der Traumatherapie kann es zu Herausforderungen und Konflikten kommen, die von den professionellen HelferInnen und den KlientInnen gelöst werden müssen. Es gibt jedoch auch viele positive Möglichkeiten, die die Arbeit mit sich bringt. Im Folgenden sollen einige Aspekte mit Hilfe von ausgewählten Beispielen näher betrachtet werden.

Allein der Umgang mit Menschen, die traumatisiert sind, stellt eine enorme Herausforderung dar. Der mögliche tägliche Kontakt mit grausamen und erschreckenden Taten kann zu Verhaltensänderungen, in Bezug auf Negativität, ausgelaugt sein oder ständiger Müdigkeit führen. Im schlimmsten Fall können sich aufgrund der Arbeit Krankheiten wie Burnout oder Depressionen oder eine sekundäre Traumatisierung entwickeln.²³⁴ TherapeutInnen müssen deshalb immer die Grenze dessen wahren, wie viel sie sich zumuten können, ohne dabei den KlientInnen zu vermitteln, dass sie ihre Erlebnisse nicht nachvollziehen wollen. Außerdem müssen immer die eigenen Ressourcen gefördert werden, um eine hohe individuelle Resilienz zu erschaffen.²³⁵ *„Neben meiner therapeutischen Tätigkeit an der Beratungsstelle für Folteropfer war ich zusätzlich mit der Schulung und der Supervision von Fachpersonal betraut worden. Ich habe diese Arbeit gerne angenommen und sie vorerst als eine Bereicherung und Entlastung von der Patientenbetreuung angesehen. Um mich vorzubereiten und einzustimmen, habe ich dazu auch etliche erschütternde Romane zu Folter und Menschenrechtsverletzungen gelesen. Diese verdichteten die Thematik tiefgreifend, anders als es in den „trockenen“ Fachzeitschriften nachzulesen war. Sie haben mich aber auch zunehmend und zusätzlich emotional und gedanklich belastet. Nach einer bedrohlichen, unheimlichen Therapiestunde mit einem Folteropfer wurde ich in der folgenden Nacht durch einen Alptraum geweckt. Minutenlang fand ich mich nicht zurecht, fühlte mich diffus bedroht und hörte Schritte in der Wohnung. Der Zustand klang nur allmählich ab, wie wenn er sich in meiner Erinnerung eingenistet hätte.“²³⁶*

Wie bereits im Verlauf der Arbeit erwähnt, ist es für Betroffene wichtig, ihr Umfeld von allen Belastungen zu befreien, bevor sie ihr Augenmerk auf die durchgeführten Interventionen lenken können. Gibt es äußere Umstände die Probleme verursachen, können KlientInnen ihren Fokus nicht auf die unterstützenden Maßnahmen setzen. *„Eine 32-jährige Klientin, Frau M., erhält aufgrund einiger Verhaltensauffälligkeiten ihrer 4-jährigen Tochter sozialpädagogische Familienhilfe. Die Hilfe gestaltet sich aus Sicht der Familienhelferin Frau S. oft mühsam. Die Familienhelferin hat den Eindruck, dass Frau M. die Probleme ihrer Tochter gar nicht richtig wahrnimmt. Auch einer Auseinandersetzung über ihre eigenen Schwierigkeiten mit der Erziehung und Versorgung ihrer Tochter weicht Frau M. meist aus oder wiegelt ab. Nachdem die Familienhelferin bereits einige Zeit in der Familie arbeitet, taucht plötzlich ein Gerichtsvollzieher auf. Es stellt sich heraus, dass Frau M. neben den besagten Erziehungsproblemen offensichtlich eine Menge Schulden aufgrund nicht beglichener Rechnungen hat. Hiervon wusste Frau S. bislang nichts.“*

²³⁴ vgl. Rosenbrock 2017, S. 62

²³⁵ vgl. Butollo/Karl 2012, S. 59

²³⁶ Scherwath/Friedrich 2014, S. 183f.

*Frau S. meldet ihr Unverständnis an, bemüht sich um Schadensregulierung und bittet Frau M. inständig, ihr gegenüber mit offenen Karten zu spielen. Frau M. teilt mit, dass sie immer wieder vergessen habe, die Rechnungen zu bezahlen und versichert, dass dieses so nicht wieder vorkommen werde und auch, dass ansonsten nix wäre, was sie Frau S. nicht gesagt hätte. Nach ca. einem halben Jahr erhält Frau M. plötzlich einen Haftbefehl, da sie eine ihr gerichtlich auferlegte Geldbuße nicht bezahlt hatte. Frau M. gibt gegenüber der Sozialpädagogin an, sie, Frau S., habe das offensichtlich verschludert.*²³⁷

Eine weitere konfliktbehaftete Situation kann im therapeutischen Setting mit Kindern oder Jugendlichen der Umgang mit Eltern werden, die in der Vergangenheit zu TäterInnen gegenüber ihren Kindern wurden. Einerseits ist es belastend für die jungen KlientInnen mit ihren Eltern adäquat umzugehen andererseits kann es als TherapeutIn schwer sein respektvollen mit den Eltern umzugehen, besonders bei schwerwiegenden Taten wie dem sexuellen Missbrauch oder Gewalttaten. Um den Kindern ein gutes Vorbild zu sein muss dieser respektvolle Umgang aber immer gewahrt werden! Um den Heilungsprozess der Kinder zu unterstützen, ist es jedoch sinnvoll, dass sie ein helfendes und liebevolles Verhältnis zu ihren Eltern eingehen. Hierfür ist es notwendig, dass sich Eltern ihren Kindern zuwenden, sich aufrichtig entschuldigen und beginnen eine starke und schützende Beziehung zu ihren Kindern aufzubauen, in der keine Gewalt angewendet wird.²³⁸

Auch die einzelnen Handlungen innerhalb der Traumatherapie können zu Herausforderungen im Umgang zwischen TherapeutIn und KlientIn werden. Wenn TraumatherapeutInnen nicht ausreichend Erfahrung haben oder nicht umfangreich ausgebildet wurden, kann es zu Fehlern in der Behandlung kommen, die schwere Folgen für die Betroffenen haben können. So kann es bei einer nicht fachgerechten Anwendung zu Retraumatisierungen oder weiteren Traumata kommen. Es kann zu einer Emotions- und Affektüberflutung kommen. Außerdem ist es möglich, dass KlientInnen in alte Muster wie den Gebrauch von Suchtmitteln zurückfallen.²³⁹

Die therapeutische Beziehung kann aufgrund ihrer Qualität ebenfalls zur Herausforderung werden. TherapeutInnen müssen darauf achten, dass in der Beziehung kein Machtgefälle entsteht, da KlientInnen sonst an die traumatisierenden Situationen, in denen die TäterIn alle Macht hatte, erinnert werden. Betroffene könnten getriggert werden und in alte Muster verfallen.²⁴⁰

Ein weiteres Hindernis in der Verarbeitung von traumatisierenden Situationen ist der Kontakt zur TäterIn. So kann es auf der einen Seite sein, dass sich Täterintrojekte gebildet haben, die diesem loyal gegenüberstehen, und das Erlebnis nachvollziehen kann. Auf der anderen Seite kommt es häufig vor, dass Betroffene in der Gegenwart noch Kontakt zur TäterIn haben. Vor allem bei Beziehungstaten kommt dies häufig vor. *Frauen oder auch Männer, die von ihren gewalttätigen PartnerInnen, zum Teil über Jahre*

²³⁷ Scherwath/Friedrich 2014, S. 62

²³⁸ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 326

²³⁹ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 352

²⁴⁰ vgl. Schulze/Kühn 2012, S. 167

hinweg geschlagen und misshandelt wurden, verlassen diese nicht, sondern leben weiter mit ihnen zusammen. Häufig schämen sich Betroffene von partnerschaftlicher Gewalt, die Erfahrungen mit jemandem zu teilen, da sie das Gefühl haben, als schwach zu gelten. Besonders Männer, die von ihrer PartnerIn geschlagen werden, zeigen diese Denkweise häufig. Aufgrund des bestehenden Kontaktes nehmen die TäterInnen noch immer Einfluss auf die Betroffenen und können mit ausgewählten Worten dazu beitragen, dass Betroffene immense Schuldgefühle entwickeln, da TäterInnen ihnen Sätze wie: „Du bist selbst schuld“, „Du hast nichts anderes verdient“ oder „Hättest du dich besser verhalten, hätte das nicht geschehen müssen.“ entgegenbringen.²⁴¹ „Frau A. kann sich aus dem gewaltgeprägten familiären Umfeld lösen, beginnt eine Ausbildung und strebt an, erstmals in eine eigene Wohnung zu ziehen. Die Beraterin plant und unternimmt alle dafür notwendigen Schritte zusammen mit der Klientin. Diese bringt die letzten erforderlichen Unterlagen jedoch nicht zum Wohnungsamt. Plötzlich kommt sie nicht mehr zur Beratung und zur Ausbildung. Sie ist wieder zur Familie zurückgezogen, bewegt sich erneut in einer sehr destruktiven Szene und verweigert den Kontakt zum Helferteam.“²⁴²

Auch das innere System von Betroffenen kann dazu beitragen, dass eine Heilung nur sehr stockend oder gar nicht abläuft. Sie blockieren sich innerlich selbst, weil sie ein Gefühl von Verrat haben, wenn sie das Erlebte verarbeiten und ihr Alltag nicht mehr davon dominiert wird. Einige KlientInnen sind der Meinung, dass die Ereignis somit in Vergessenheit geraten und nicht ausreichend Beachtung erhalten. Sie haben Angst, dass die TäterInnen ein „normales“ Leben führen können, ohne dass es jegliche Einschränkungen oder Konsequenzen für sie gibt. Um immer an das Geschehene zu erinnern, sind es am Ende die Betroffenen, die mit Einschränkungen leben.²⁴³

Die Traumabearbeitung stellt immer eine große Hürde dar, die mit viel Hilfe und Unterstützung bewältigt werden muss. Werden Betroffene erstmals mit dem Trauma konfrontiert, führt das zu hohen Belastungen und kann auch mit dem Auftreten neuer Symptome einhergehen. Dazu zählen zum Beispiel die Auflösung einer Amnesie. Es kommt also zu einer Erinnerung an möglicherweise detaillierte Erlebnisse, die zusätzlich traumatisch wirken können. Es können vermehrt Symptome wie Flashbacks oder Schlafstörungen auftreten.²⁴⁴ „Bei einer 45-jährigen Patientin wurde erst im Laufe der ambulanten Weiterbehandlung [...] deutlich, dass sie in der Kindheit und Jugend, wie auch in der Ehe, massiver Gewalt ausgesetzt war. Der Patientin selbst schien das Ausmaß ihrer Traumatisierungen anfangs nur vage bewusst. Sie berichtete, dass es erhebliche Lücken in ihrer biographischen Erinnerung gebe. Im Verlauf der mehrjährigen ambulanten Psychotherapie berichtete die Patientin, nach und nach über die Misshandlungen, denen sie ausgesetzt gewesen war. Damit einhergehend fiel ihr auf, dass sie das Wissen um diese Ereignisse nicht mehr so gut aus ihrer Wahrnehmung ausblenden konnte wie zuvor. Im Zuge des Durcharbeitens der Traumatisierungen traten häufiger Alpträume und intrusive Erinnerungen auf. Der durch die Therapie induzierte Verlust der

²⁴¹ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 360

²⁴² Beckrath-Wilking 2013, S. 231n

²⁴³ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 360

²⁴⁴ vgl. Lamprecht 2001, S. 102f.

*dissoziativen Amnesie führte zum Auftreten der Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung. [...].*²⁴⁵

Herausfordernd kann es auch sein, den Betroffenen neue Denk- und Sichtweisen nah zu bringen. Einige Betroffene weisen über einen langen Zeitraum hinweg Symptome auf und haben sich an das alltägliche Leben mit den Beeinträchtigungen gewöhnt, sodass es kompliziert sein kann, neue Strukturen umzusetzen. Sie sind in ihrem „Teufelskreis“ gefangen und es dauert seine Zeit die alten Muster durch neue zu ersetzen.²⁴⁶

Eine der größten Möglichkeiten die Traumapädagogik und Traumatherapie bieten können ist, dass Erleben in die eigene Biografie einzugliedern, ohne, dass bei der Erinnerung daran Schmerzen und Symptomrückfälle ausgelöst werden. Betroffene können an den Erfahrungen wachsen oder auch reifen, was unter dem Begriff posttraumatische Reifung bekannt ist. Hierbei werden zwischenmenschliche Beziehungen verbessert, es kommt zu einem besseren Umgang mit Alltagsproblemen und Betroffene konzentrieren sich vorrangig auf das Wesentliche im Leben, ohne sich von den Traumaerfahrungen beeinflussen zu lassen.²⁴⁷

Eine große Möglichkeit bildet im traumatherapeutischen Kontext die Gruppentherapie. Hier können Betroffene neue Beziehungen aufbauen, voneinander lernen und sich gegenseitig beistehen und unterstützen auf ihrem Heilungsweg. *„Einer 20-jährigen Patientin gelingt nach jahrelangem sexuellem Missbrauch durch den Stiefvater die Flucht aus der in einem kleinen Dorf lebenden Familie. Sie begibt sich innerhalb der nächsten 14 Tage in traumatherapeutische Behandlung. Sie berichtet über ihre Symptomatik mit Flashbacks, Angst- und Panikattacken, Verfolgungsängsten, Alpträumen, sowie starken aggressiven Tendenzen. Sie äußert große Angst davor, verrückt zu sein und in stationäre psychiatrische Behandlung eingewiesen zu werden. Auch drängt es sie, ausführlich über ihre traumatischen Erfahrungen zu erzählen. In der Psychoedukationsgruppe kann sie ihre Symptomatik mit immer wieder auftretenden Erinnerungen und Gefühlen, als fände der Missbrauch gerade wieder statt, verstehen und einordnen. Durch tröstendes Mitgefühl der anderen Gruppenmitglieder hört sie, dass alle diese Symptomatik selbst erlebt haben, und sie bekommt erste Ideen, wie sie sich bei wiederkehrenden Flashbacks besser zu schützen lernen kann. Ebenso kann sie verstehen, weshalb es für sie und die anderen Gruppenmitglieder ungünstig ist, wenn sie ausführlich über ihre Missbrauchserfahrungen berichtet. Sie lernt in der Psychoedukation die Bedeutung von Selbstberuhigungs- und Distanzierungstechniken kennen und kann neuen Gruppenmitgliedern sehr anschaulich erläutern, wie Wissen über die Erkrankung zu einem besseren Verständnis für sich selbst und so zu einer Steigerung des Selbstvertrauens führen kann.*²⁴⁸

²⁴⁵ Lamprecht 2001, S. 103f.

²⁴⁶ vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 360

²⁴⁷ vgl. Lamprecht 2001, S. 104f.

²⁴⁸ Beckrath-Wilking 2013, S. 161

8 Kriterienraster

Um ein Kriterienraster für die Auswahl einer oder mehrerer Therapieformen zu erstellen, müssen viele Faktoren beachtet werden. Das Hauptaugenmerk muss immer auf der gesamten Geschichte und allen Hintergründen der Betroffenen liegen.

Als ein erstes Kriterium kann eine Unterteilung in Kinder, Jugendliche und Heranwachsende oder Erwachsene erfolgen. Bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden greift man vorrangig auf traumapädagogische Maßnahmen zurück, während bei Erwachsenen die Traumatherapie Anwendung findet. Traumatherapeutische Maßnahmen, können aber auch in einem traumapädagogischen Kontext angewendet werden. Im darauffolgenden Schritt muss das gesamte Umfeld der Betroffenen beachtet werden. Sind mehrere Personen betroffen, sollten diese in die Therapie mit einbezogen werden, bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden ist dann eine systemische Therapie, unter Einbezug der Eltern oder anderer relevanter Angehöriger erforderlich. Wenn es nötig oder von Vorteil ist, den Betroffenen bei der Etablierung sozialer Bindungen zu unterstützen, ist die Aufnahme in eine Therapiegruppe ratsam. Hier können sich Betroffene austauschen und neue Verbindungen und Beziehungen zueinander aufbauen. Die Methode der Psychoedukation, welche bereits genauer betrachtet wurde, sollte immer angewendet werden, um den Betroffenen alle Fakten darzustellen, die nötig sind für das weitere Vorgehen. Häufig kann nicht eine einzige Methode ausgewählt werden, die sicher zum Ziel führt. Es ist ein Zusammenspiel aus mehreren Faktoren, wie der Methode selbst, oder aber der therapeutischen Beziehung. Dennoch habe ich versucht ein Raster zu erstellen, dass die Auswahl vereinfachen kann.

	Kinder, Jugendliche, Heranwachsende	Erwachsene
Art der Behandlung	Traumapädagogik, eventuell ergänzend mit traumatherapeutischen Methoden	Traumatherapie
Systemische Therapie	Bei familiärer Traumatisierung, oder wenn Bezugspersonen zur Traumatisierung beigetragen haben	PartnerIn, Kinder und/oder andere Angehörige können mit einbezogen werden, wenn sie in der traumageschichtlichen Entwicklung Relevanz haben
Gruppentherapie	Entstehung sozialer Beziehungen zu Gleichaltrigen, bei älteren Betroffenen Austausch, Verständnis und gegenseitige Unterstützung	Entstehung sozialer Beziehungen, Austausch, Verständnis, gegenseitige Unterstützung
Psychoedukation	Immer, bei jüngeren Betroffenen sehr schonend und vorsichtig,	Immer, um Aufklärung zu betreiben

	um keine Überforderung auszulösen	
EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing	Anwendung bei tiefsitzenden Traumata, Blockaden, Kinder berichten dann häufig über schreckliche Bilder, die sie immer wieder sehen	Anwendung bei Dissoziationen und Blockaden in jeglichem Umfang
Ego – State Therapie	Eingeschränkte Anwendungsmöglichkeit, einerseits eventuell keine Ausbildung von „inneren Kindern“, o.ä., andererseits noch kein Verständnis für die einzelnen Anteile	Vor allem bei Traumatisierungen, die weit zurück liegen und nicht verarbeitet wurden, bei Dissoziationen, bei denen verschiedene Selbst – Anteile festgestellt werden können
Dialektisch-behaviorale Therapie	Mittel zur Traumabegegnung	Mittel zur Traumabegegnung

9 Fazit und abschließende Diskussion

In der Arbeit wurde ausführlich über das Thema Trauma, alle relevanten, dazugehörigen Aspekte, sowie ausgewählte traumatherapeutische Ansätze informiert. Das Thema der Traumatisierung ist sehr umfassend, somit konnten nicht alle Faktoren in vollem Maße betrachtet werden, da der Rahmen der Arbeit sonst überschritten worden wäre.

Traumata können vielseitig sein, in allen Lebenslagen auftreten und jeden Einzelnen treffen. Jeder Mensch kann traumatische Erfahrungen machen, die das weitere Leben grundlegend verändern. Auch die inneren Prozesse, die transgenerationale Weitergabe, sowie Schutz- und Risikofaktoren spielen im Hinblick auf das Thema eine Rolle. Im weiteren Verlauf wurden diverse Symptome und Folgen, sowie die akute Belastungsreaktion oder die posttraumatische Belastungsstörung näher beleuchtet. Um diese Veränderungen positiv zu beeinflussen, tritt die Soziale Arbeit, sowie alle weiteren helfenden Bereiche in den Fokus, um Betroffene zu unterstützen, ihnen Mut zu machen und mit den Betroffenen gemeinsam neue Wege und Ziele zu erarbeiten. Denn auch in der Traumaarbeit ist Hilfe zur Selbsthilfe von hoher Bedeutung. Weiterhin wurde die Traumapädagogik näher erläutert, die Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden bei der Verarbeitung ihrer traumatischen Erlebnisse helfen soll. Soziale Arbeit kann hier vor allem in der pädagogischen Arbeit mit den Familien oder im stationären Kontext unterstützen. Darauffolgend wurde die Traumatherapie betrachtet, die sich an Erwachsene wendet. Hierbei ist vor allem die therapeutische Beziehung von hoher Bedeutung, in Bezug auf die Erfolgsaussichten der Therapie. Dann wurden die einzelnen, ausgewählten traumatherapeutischen Ansätze fokussiert. Diese werden nicht nur bei Erwachsenen angewendet, sondern können auch in der traumapädagogischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und

Heranwachsenden herangezogen werden. Mein Hauptaugenmerk lag auf der Gruppen- und kombinierten Therapie, auf der Psychoedukation, der dialektisch-behavioralen Therapie, der systemischen Traumatherapie, der Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapie, sowie der Ego State Therapie. Im Anschluss habe ich mich mit der Psychohygiene und der Selbstfürsorge befasst und daraus Herausforderungen und Möglichkeiten im beruflichen Alltag mit Traumatisierten abgeleitet. Als letzten Punkt habe ich ein Kriterienraster erstellt, welches HelferInnen bei der Auswahl einer traumatherapeutischen Methode unterstützen kann.

Die Arbeit mit Betroffenen von traumatischen Erfahrungen ist eine Herausforderung. HelferInnen werden häufig mit den eigenen lebensgeschichtlichen Erfahrungen konfrontiert und müssen diese möglichen negativen Aspekte selbst bearbeiten, sich zum Teil selbst in Therapie begeben, um für ihre KlientInnen unterstützend tätig sein zu können. Weiterhin kann die Arbeit mit traumatisierten Betroffenen eine Herausforderung darstellen. Die Negativität die Umgang auftritt und auf die HelferInnen übertragen wird ist eine große Belastung, welcher mit Supervisionen und dem Rückhalt im Team entgegengewirkt werden muss. Auch die Rückschläge können sich negativ auswirken. KlientInnen, die rückfällig werden, wieder Kontakt mit TäterInnen eingehen oder die Unterstützung ablehnen, stellen eine enorme Belastung dar, da immer wieder neue Motivation aufgebracht werden muss, um die Behandlung voranzutreiben.

Die Arbeit bringt jedoch auch positive Aspekte mit sich. Wenn KlientInnen wieder einen gelingenden Alltag selbstständig gestalten können, bringt das Gefühle wie Stolz und Glück mit sich, die sich auf die HelferInnen übertragen. Helfende Berufe haben immer das Ziel Betroffene zu unterstützen, bis sie selbstständig und ohne Hilfe ihren Alltag gestalten können. Ist dies gelungen werden HelferInnen motiviert weiterzumachen, um in möglichst vielen KlientInnen diese Glücksgefühle auszulösen.

Die traumatherapeutische Arbeit bringt eine Vielzahl von Ansätzen mit sich, mit denen eine Traumatisierung bearbeitet und verarbeitet werden kann. In der Arbeit habe ich mich auf die häufigsten Methoden beschränkt. Ich betrachtete die Gruppentherapie, sowie die kombinierte Therapie, aus Einzel- und Gruppensettings, die Psychoedukation, die systemische Therapie, die dialektisch-behaviorale Therapie, die EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapie, sowie die Ego-State Therapie. Alle Ansätze beinhalten unterschiedliche Aspekte und können somit für diverse Formen der Traumabearbeitung und -verarbeitung genutzt werden.

Bei der Recherche meiner Arbeit fiel mir auf, dass vor allem Frauen von Traumatisierungen, mit sexuellen und /oder gewaltbehafteten Verbrechen betroffen sein sollen. Mir stellte sich die Frage, ob diese Annahme der Realität entspricht. Ich denke, dass die heutige Gesellschaft, auch wenn sie sich schon sehr gewandelt hat, noch immer ein Tabu daraus macht, dass Männer ebenfalls von sexueller, körperlicher, psychischer oder jeglicher Art von Gewalt betroffen sein können. Männern gegenüber, die äußern, dass sie Opfer von Gewalt wurden, wird immer noch Unverständnis entgegengebracht, wie sie sich so etwas gefallen lassen könnten, warum sie sich nicht wehren würden, und ähnliches. Dabei ist es irrelevant, welches Geschlecht die Betroffenen haben. Männer als auch Frauen können von Gewalt in allen Hinsichten betroffen sein und

sollten auch dementsprechend gleich behandelt werden. Ich denke, dass die Dunkelziffer in Bezug auf die erlebte Gewalt vom männlichen Geschlecht viel höher ist als die Zahl, die angenommen wird. Das entgegengebrachte Unverständnis führt nur dazu, dass Männer sich nicht trauen ihre Geschichte zu erzählen, um nicht mit den genannten Äußerungen in Kontakt zu kommen.

Da es eine Vielzahl von Ansätzen gibt, sind diese meiner Meinung nach ausreichend um Traumata umfassend zu behandeln. Für jeden Menschen gibt es die passende Methode oder auch mehrere. Es kommt darauf an, ob HelferInnen bereit sind, sich auf die Betroffenen einzulassen und die Geschichte mit allen Details und Facetten wahrzunehmen. Das ist notwendig um eventuelle Aspekte wie Dissoziationen festzustellen und dann angemessen damit umzugehen.

Häufig fehlt in helfenden Beruf jedoch die Zeit um sich so umfassend mit allen Betroffenen zu beschäftigen. Somit werden nur vordergründige Probleme bearbeitet, während die tiefsitzenden Belastungen nicht angesprochen werden können. Dies kann aufgrund mangelnder Zeit, aber auch durch Ungeduld entstehen. Wenn HelferInnen den KlientInnen Ungeduld oder Unsicherheit vermitteln, werden sie kein Vertrauen herstellen können, welches benötigt wird, um alle Facetten betrachten zu können. Es kann auch herausfordernd sein, die richtige Methode zu finden, wenn alle gängigen Aspekte bereits versagt haben. Manchmal sind es unbekannte Ansätze, die nicht häufig zur Anwendung kommen, die komplizierte Behandlungsverläufe vereinfachen können und im Endeffekt zum Ziel führen. Hier kommt es auf das Engagement an, auch die Freizeit zu nutzen, um Fortbildungen, sowie Weiterbildungen zu besuchen, um den KlientInnen möglichst immer einen passenden Weg vorzuschlagen und diesen mit ihnen gemeinsam zu bestreiten.

Das von mir erstellte Kriterienraster kann eine Unterstützung sein, wenn es darum geht, die richtige Methode auszuwählen. In diesem werden aber nur einige gängige Methoden dargestellt. Dennoch kann es HelferInnen, die noch keine Erfahrung im Umgang mit dem Thema Trauma haben, eine Unterstützung bieten. Ein Raster zu erstellen, welches immer angewendet werden kann, ist jedoch nicht möglich, da Traumatisierungen zu komplex sind, um anhand einer Tabelle ablesen zu können, welche Methode im vorliegenden Fall angewendet werden muss.

Für mich persönlich ist das Thema Trauma sehr interessant. Die diversen Aspekte und Facetten bieten einen immer neuen Blick auf das Erzählte. Keine Geschichte ist gleich, dahingehend ist auch der Umgang mit Betroffenen immer anders. Diese Abwechslung macht den helfenden Beruf im Hinblick auf Traumaaarbeit sehr interessant. Es muss jedoch auch beachtet werden, dass es Herausforderungen und Komplikationen gibt, die den beruflichen Alltag erschweren können.

Im Umgang mit dem Thema Trauma bin ich einige Male an meine Grenzen gestoßen. Ich habe viel Literatur gelesen, in denen eine Vielzahl von Fallbeispielen, unter anderen mit Bildern auftauchte. Diese, oft grausamen Erlebnisse zu lesen, fiel mir häufig schwer. Nachzuvollziehen was die Betroffenen durchgemacht haben, konnte ich häufig nicht in ganzem Maße. Ich konnte das Gelesene nicht zu nah an mich heranlassen, da ich wusste, dass diese Berichte auch in mir, Negativität oder ähnliche Gefühle auslösen können. In diesen

Situationen konnte ich mir annähernd vorstellen, was für eine Belastung es sein kann, täglich mit traumatisierten Menschen zusammenzuarbeiten und ihnen immer Positivität und Hoffnung entgegenzubringen. In manchen Momenten wäre ich dazu nicht mehr in der Lage gewesen. Es fiel mir schwer die Negativität nicht auf mein Umfeld zu übertragen und ich hatte das Gefühl ich könnte das Thema nicht weiter bearbeiten. Nach einiger Zeit der Ruhe und Ablenkung verbesserten sich meine Gefühle wieder. Ich habe jedoch verstanden und nachvollziehen können, was es heißt, sekundär traumatisiert zu werden und wie wichtig es ist, Rückhalt in Form von sozialen Beziehungen zu haben. Diese haben mich in Bezug auf den Umgang mit dem Thema sehr unterstützt. Ich konnte mich austauschen und habe objektive Meinungen zu einigen Themen erhalten. Ohne diese Unterstützung wären die negativen Gefühle vermutlich nicht so rasch verschwunden.

Dennoch ist es sehr wichtig, über das Thema Trauma aufzuklären, sodass sowohl Betroffene, Angehörige als auch Menschen, die in Berufen tätig sind, in denen sie mit diesem Thema konfrontiert werden, wissen, was auf sie zukommen kann, und welche hilfreichen und unterstützenden Wege es gibt, um sich mit dem Thema auseinanderzusetzen, ohne von negativen Gefühlen überflutet zu werden.

10 Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle Passagen und Sätze dieser Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht. Dies gilt gleichermaßen für gedruckte Quellen wie für Quellen aus dem Internet.

Ich versichere weiterhin, dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch in keinem anderen Studiengang als Prüfungsleistung vorgelegt worden ist.

Mir ist bekannt, dass Zuwiderhandlungen gegen diese Erklärung eine Benotung mit der Note „nicht ausreichend“ sowie das Nichterteilen des angestrebten Leistungsnachweises zur Folge haben.

Datum, Ort

Unterschrift

11 Literaturverzeichnis

Banks, Sarah: Ethics and Values in Social Work. London 2012.

Beckrath-Wilking, Ulrike u.a.: Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn 2013.

Butollo, Willi/Karl, Regina: Dialogische Traumatherapie. Manual zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. Stuttgart 2012.

Dabbert, Lars: Methodenbereiche und Haltungen in traumapädagogischen Handlungsfeldern. In: Zimmermann, David/Rosenbrock, Hans/Dabbert, Lars (Hrsg.): Praxis Traumapädagogik. Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern. Weinheim und Basel 2017. S. 136-152

Eckhoff, Andreas: Fallbeispiel Melanie. URL: <https://www.ejf.de/einrichtungen/beratungsstellen/kind-im-zentrum-kiz/fallbeispiel-melanie.html> [Stand: 03.12.2020]

Eidmann, Freda: Trauma im Kontext. Integrative Aufstellungsarbeit in der Traumatherapie. Göttingen 2009.

Gahleitner, Silke Brigitta/Loch, Ulrike/Schulze, Heidrun: Psychosoziale Traumatologie – eine Annäherung. In: Schulze, Heidrun/Loch, Ulrike/Gahleitner, Silke Brigitta (Hrsg.): Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. Baltmannsweiler 2012. S. 6-53

Gahleitner, Silke Brigitta: Milieutherapeutische und -pädagogische Konzepte. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Brigitta (Hrsg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel 2016. S. 56-66

Hanswille, Reinert/Kissenbeck, Annette: Systemische Traumatherapie. Konzepte und Methoden für die Praxis. Heidelberg 2008.

Hantke, Lydia/Görges, Hans-J.: Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Paderborn 2012.

Hering, Sabine/Münchmeier, Richard: Geschichte der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 5. Auflage. Weinheim und Basel 2014.

Hipp, Michael: Trauma, Traumafolgestörungen und ihr Einfluss auf die Erziehungskompetenz. Traumatisierte Familiensysteme im multiinstitutionellen Versorgungskontext. In: Krist, Marita u.a. (Hrsg.): Herausforderung Trauma. Diagnosen, Interventionen und Kooperationen der Erziehungsberatung. Weinheim und Basel 2014, S. 14-39.

Hirsch, Mathias: Trauma. Gießen 2011.

Huber, Michaela: Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. Paderborn 2003.

- Jegodtka, Renate/Luitjens, Peter: Systemische Traumapädagogik. Traumasensible Begleitung und Beratung in psychosozialen Arbeitsfeldern. Göttingen 2016.
- Korittko, Alexander: Das erstarrte Mobile. Traumatisierte Familien in der Erziehungsberatung. In: Krist, Marita u.a. (Hrsg.): Herausforderung Trauma. Diagnosen, Interventionen und Kooperation der Erziehungsberatung. Weinheim und Basel 2014, S. 160-180.
- Korittko, Alexander: Der gute Grund im Dort und Damals. Trauma-sensible pädagogische Arbeit mit Familien. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke B. (Hrsg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel 2016. S. 184-192
- Krollner, B./Krollner, D.: ICD-Code. URL: <https://www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html> [Stand: 11.11.2020]
- Kühn, Martin: „Macht eure Welt endlich wieder mit zu meiner!“. Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob u.a. (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Auflage. Weinheim und Basel 2013. S. 24-37
- Lamprecht, Friedhelm: Praxis der Traumatherapie. Was kann EMDR leisten? 2. Auflage. Stuttgart 2001.
- Macsenaere, Michael: Partizipation. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke B. (Hrsg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel 2016. S. 106-114
- Maercker, Andreas/Karl, Anke: Posttraumatische Belastungsstörung. In: Perrez, Meinrad/Baumann, Urs: Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie. Bern 2011, S. 970-1009
- Magaard, Julia u.a.: Trauma. URL: <https://www.psychenet.de/de/psychische-gesundheit/themen/trauma.html> [Stand: 02.11.2020]
- Onnasch, Klaus/Gast, Ursula: Trauern mit Leib und Seele. Orientierung bei schmerzlichen Verlusten. 2. Auflage. Stuttgart 2012.
- Peichl, Jochen: Jedes Ich ist viele Teile. Kösel, München 2010.
- Reinshagen, Jürgen: Traumapädagogische Familienhilfe. Alltagsentlastendes Arbeiten in traumatisierten Systemen. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke B. (Hrsg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel 2016. S. 193-199
- Rosenbrock, Hans: Traumapädagogik in Einrichtungen der Jugendhilfe. Konzeptionelle Überlegungen aus der Leitungsebene. In: Zimmermann, David/Rosenbrock, Hans/Dabbert, Lars (Hrsg.): Praxis Traumapädagogik. Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern. Weinheim und Basel 2017. S. 57-69

Sack, Martin: Ressourcenorientierte Traumatherapie. In: Krist, Marita u.a. (Hrsg.): Herausforderung Trauma. Diagnosen, Interventionen und Kooperationen der Erziehungsberatung. Weinheim und Basel 2014. S. 57-66

Scherwath, Corinna/Friedrich, Sibylle: Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. 2. Auflage. München 2014.

Schmid, Marc: Nutzen der traumapädagogischen Haltungen. Konzepte für ethische Fragestellungen im pädagogischen Alltag. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke B. (Hrsg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel 2016. S. 80-92

Schmidt, Silvana: Zum Verstehen von Grenzerfahrungen. Traumapädagogische Diagnostik in den ambulanten Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII. In: Zimmermann, David/Rosenbrock, Hans/Dabbert, Lars (Hrsg.): Praxis Traumapädagogik. Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern. Weinheim und Basel 2017. S. 122-135

Schulze, Heidrun/Kühn, Martin: Traumaarbeit als institutionelles Konzept: Potenziale und Spannungsfelder. In: Schulze, Heidrun/Loch, Ulrike/Gahleitner, Silke Brigitta (Hrsg.): Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. Baltmannsweiler 2012. S.166-186

Seidler, Günter, Harry: Psychotraumatologie. Das Lehrbuch. Stuttgart 2013.

Stark-Angermeier, Gabriele: Professionspolitik ist auch Gesellschaftspolitik. URL: <https://www.dbsh.de/profession/definition-der-sozialen-arbeit/deutsche-fassung.html> [Stand 17.11.2020]

Staub-Bernasconi, Silvia: Soziale Arbeit: Dienstleistung oder Menschenrechtsprofession? Zum Selbstverständnis Sozialer Arbeit in Deutschland mit einem Seitenblick auf die internationale Diskussionslandschaft. URL: <file:///C:/Users/vivia/AppData/Local/Temp/StaubBETHiklexikonUTB.pdf> [Stand 17.11.2020]

Stein, Margit: Allgemeine Pädagogik. 3. Auflage. München 2017.

Tiefenthaler, Sabine/Gahleitner, Silke Brigitta.: Traumapädagogik in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Brigitta (Hrsg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel 2016. S. 176- 183

Von Hofacker, Nikolaus: Ärztliche Diagnose und Befunde – Formen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. URL: <https://www.aerzteleitfaden.bayern.de/diagnose/vernachlaessigung.php> [Stand: 03.12.2020]

Watkins, John G./Watkins, Helen H.: Ego-States – Theorie und Therapie. Ein Handbuch. 3. Auflage. Heidelberg 2012.

Weiß, Wilma: Selbstbemächtigung – ein Kernstück der Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob. u.a. (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Auflage. Weinheim und Basel 2013. S.167-182

Weiß, Wilma: Traumapädagogik: Entstehung, Inspiration, Konzepte. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke B. (Hrsg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel 2016. S. 20-32

Zanotta, Silvia: Wieder ganz werden. Traumaheilung mit Ego-State-Therapie und Körperwissen. Heidelberg 2018.

12 Tabellen und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Beckrath-Wilking, U./Biberacher, M./ Dittmar, V./ Wolf-Schmid, R.: Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn 2013. S.36f.

Tabelle 2: Hanswille, R./Kissenbeck, A.: Systemische Traumatherapie. Konzepte und Methoden für die Praxis. Heidelberg 2008, S. 42

Abbildung 1: Hanswille, R./Kissenbeck, A.: Systemische Traumatherapie. Konzepte und Methoden für die Praxis. Heidelberg 2008, S. 92

Abbildung 2: Hanswille, R./Kissenbeck, A.: Systemische Traumatherapie. Konzepte und Methoden für die Praxis. Heidelberg 2008, S. 92

Abbildung 3: Hanswille, R./Kissenbeck, A.: Systemische Traumatherapie. Konzepte und Methoden für die Praxis. Heidelberg 2008, S. 93

Abbildung 4: Böhm, K.: EMDR in der Psychotherapie der PTBS. Traumatherapie praktisch umsetzen. URL: https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Flink.springer.com%2Fchapter%2F10.1007%2F978-3-662-47893-6_4&psig=AOvVaw2WHA VDSk4UGr-JeHfo5PCY9&ust=1606225037546000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoT-CODA2NnkmO0CFQAAAAAdAAAAABAD [Stand 23.11.2020]

Abbildung 5: Müller, M. u.a.: Systemisches Case Management. URL: <https://methodenundmehr.de/wp-content/uploads/2019/09/Ressourcenkarte-768x1348.png> [Stand 23.11.2020]