



Masterthesis

„Möglichkeiten und Grenzen von Unterstützungs- und Hilfesystemen bei Traumata - am Beispiel der psychosozialen Beratung“

Eine wissenschaftliche Arbeit
zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts (M.A.)

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung
Masterstudiengang Beratung

Vorgelegt von: Rebecca Hoch

Erstgutachter: Prof. Dr. phil. Roland Haenselt

Zweitgutachterin: Prof. Dr. phil. Ulrike Hanke

Tag der Einreichung: 11.01.2019

urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2018-0652-9

Abstrakt

*Die vorliegende Masterarbeit thematisiert unterschiedliche Aspekte eines Traumas. Dabei werden die Entstehung des Traumabegriffs, neurowissenschaftliche Zusammenhänge, Untersuchungs- und Diagnoseverfahren sowie auslösende Faktoren beschrieben. Zudem gibt ein Exkurs Einblick in die Welt von Täter*innen und beschreibt deren mögliche psychische Störungen. Die Themen Traumata sowie Risiko- und Schutzfaktoren führen thematisch zum Kern dieser Masterarbeit, die Psychotherapie- und Beratungsmethoden als Unterstützungs- und Hilfesysteme beleuchtet. Der Blick wird sowohl auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten, als auch auf mögliche, sich ergänzende Systeme gelenkt. Abschließend werden die Gefahren der sekundären Traumatisierung im psychosozialen Bereich betrachtet und präventive Elemente für Fachkräfte der Psychotherapie und Beratung herausgestellt.*

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei jenen bedanken, die mich während der Bearbeitung dieser Masterarbeit unterstützt haben.

Ich bedanke mich bei Professor Dr. Roland Haenselt für seine Geduld und Kritik, vor allem in der Zeit der Themenfindung sowie für seine fachlichen Hinweise.

Zudem gilt mein Dank Professor Dr. Ulrike Hanke für ihre Bereitschaft, diese Arbeit als Zweitgutachterin zu begleiten.

Ich danke Susanne Hoch, die sich intensiv mit meiner Masterarbeit auseinandersetzte, mir wertvolle Hinweise gegeben hat und mich zwischendurch motiviert konnte.

Des Weiteren danke ich Florian Schröder, der mir in dieser Zeit den „Rücken freihielt“, mich unterstützte und Korrektur las.

Ich danke außerdem Sophie Grabow sowie Petra und Ruth Schirge für ihre Meinungen, Hinweise und motivierenden Worte.

Zu guter Letzt bedanke ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden, die mich während der Zeit des Studiums unterstützten.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1. Determination eines Traumas.....	5
1.1 Wissenschaftlicher Diskurs	5
1.1.1 Geschichtlicher Hintergrund	6
1.1.2 Versuch einer Analyse	7
1.2 Forschungsstand	9
1.2.1 Psychotraumatologie als Forschungsfeld.....	9
1.2.2 Einblick in die neurowissenschaftlichen Zusammenhänge	10
2. Untersuchungs- bzw. Diagnoseverfahren bei Traumata	17
2.1 Klassifikation	17
2.2 Möglichkeiten der Diagnostik	24
3. Entstehungsprozess eines Traumas.....	27
3.1 Auslösende Faktoren und Ursachen	27
Exkurs: Täterschaft.....	28
3.2 Prävalenz	35
3.3 Akute Traumasituation	36
3.4 Folgen nach Traumata.....	38
3.4.1 Kurzfristige Folgen.....	38
3.4.2 Langfristige Folgen und mögliche Diagnosen in einer Übersicht.....	40
4. Schutz- und Risikofaktoren bei der Entstehung eines Traumas	49
4.1 Schutzfaktoren und Resilienz	50
4.2 Risikofaktoren	52

5. Unterstützungs- und Hilfsmöglichkeiten	53
5.1 Traumasensible Arbeit	53
5.2 Psychotherapie und Beratung.....	55
5.2.1 Psychotherapiemöglichkeiten nach Traumata	57
5.2.2 Beratungsmöglichkeiten nach Traumata	65
6. Sekundäre Traumatisierung im psychosozialen Bereich	69
7. Abschließende Betrachtungen	72
8. Literaturverzeichnis.....	77
9. Erklärung über die selbständige Erarbeitung der Masterthesis	84

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das dreieinige (dreiteilige) Gehirn (van der Kolk 2016, S.74).....	10
Abbildung 2: Entstehungsbedingungen für Bindungssystemtraumata (Ruppert 2013, S.130).....	33
Abbildung 3: Traumatische Erfahrung (Fischer, Riedesser 1999, S.82)	37
Abbildung 4: Übersicht über mögliche Störungen nach einem traumatischen Erlebnis.....	41
Abbildung 5: Modell der Salutogenese nach Antonovsky (vereinfacht) (Huch, Jürgens 2011, S.45)	50
Abbildung 6: Genogramm der Traumatherapie (Eidmann 2009, S.44)	64

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Standardisierte Fragebögen für Erwachsene (eine Auswahl) (Tagay 2012, S.94).....	26
Tabelle 2: Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse (Maercker 2013, S. 16)	34
Tabelle 3: Prävalenz von traumatischen Ereignissen und PTSD-Rate in Abhängigkeit von solchen Traumata nach Geschlecht (Tagay 2012, S.90)	35
Tabelle 4: Risikofaktoren nach Personenmerkmalen und sozioökonomischen Status (vgl. Dittmar 2013a, S.39).....	52

Einleitung

Immer wieder werden wir mit Nachrichten über bedrohliche und traumatisierende Situationen sowie deren Gewaltpotential konfrontiert. Zum Beispiel kam es in den letzten Jahren immer wieder zu Terroranschlägen, wie in Berlin am 19.12.2016, bei dem ein Attentäter auf einem Weihnachtsmarkt Menschen mit einem LKW an- bzw. überfuhr oder in Paris am 13. November 2015, bei dem mehrere Attentäter an fünf verschiedenen Stellen in der Stadt auf Menschen schossen bzw. durch Detonationen, die von Selbstmordattentätern mit Sprengstoffwesten ausgelöst worden waren, Menschen töteten und verletzten. Kriege, wie beispielsweise im Irak oder in Syrien, versetzen die dort lebenden Menschen in Angst und bringen sie in große Gefahr. Wer kann, versucht zu fliehen - häufig in Richtung Europa. Aber auch schwere Verkehrsunfälle oder Sexualdelikte können für Betroffene nicht nur zu körperlichen Schäden, sondern ebenso zu schweren psychischen Traumata führen und zugleich das soziale Umfeld erschüttern.

Der Zusammenhang zwischen traumatischen Erlebnissen und psychischen Traumafolgen ist heutzutage unumstritten. Dies war, wie sich durch die nachfolgenden Ausarbeitungen zeigen wird, nicht immer so. Betroffene kämpften demzufolge nicht nur mit diesen Traumafolgen, sondern auch mit den Vorwürfen der Simulation.

Während der Auseinandersetzung mit dem Thema meiner Bachelorarbeit „Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in Deutschland und die Rolle der Sozialen Arbeit“¹ befasste ich mich erstmals bewusst und auf einer theoretischen Ebene u.a. auch mit Traumata und deren Folgen. Dieses Thema ist vielschichtig sowie umfassend und in den darauffolgenden Jahren begegnete mir diese Thematik immer wieder. Beispielsweise durch die andauernde Flüchtlingsbewegung, die in Deutschland und Europa diskutiert wurde und wird oder durch die latente Gefahr weiterer Terroranschläge.

Es spricht also einiges dafür, dass wir auch in Zukunft immer wieder mit diesen Themen zu tun haben werden.

Als angehende Beraterin im psychosozialen Bereich ist die intensive Auseinandersetzung mit den Aspekten dieser Thematik sowie den Möglichkeiten zur Unterstützung und Hilfe deshalb umso wichtiger.

Aus diesem Grund entstand die vorliegende Masterthesis unter dem Titel „Möglichkeiten und Grenzen von Hilfe- und Unterstützungssystemen bei Traumata - am Beispiel der psychosozialen Beratung“.

¹ vgl. Hoch 2015

Dieses Thema wird dabei von vielen Seiten beleuchtet. Neben dem Prozess der Entstehung eines Traumas wird zum Beispiel die Perspektive der Täter*innen beschrieben. Ein Ziel dieser Arbeit ist es, die Komplexität der Thematik aufzuzeigen und verstehbar zu beschreiben. Der Gedanke dabei war vor allem die Relevanz der traumasensiblen Arbeit zu betonen und die Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung für Betroffene zu beleuchten.

Des Weiteren wird eine Auswahl von Methoden professioneller Arbeit auf diesem Gebiet dargestellt. Es geht darum zu beschreiben, welche Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten Fachkräfte in diesem Bereich haben und wo die Grenzen dieser Hilfe und Unterstützung liegen. Gerade dieser Aspekt stellt ein weiteres Ziel dieser Arbeit dar.

Luise Reddemann, Fachärztin für Psychiatrie und Psychoanalytikerin, beschäftigt sich seit vielen Jahren mit Traumata und deren Folgen.

„Es ist erstaunlich, wie viel Menschen vermögen, wenn man es ihnen nur zutraut“².

Es ist also aus der Perspektive der Fachkräfte wichtig, betroffene Menschen durch Zutrauen zu Stabilität sowie Hilfe und Unterstützung zu führen. Das heißt gleichzeitig zu sich selbst Vertrauen zu haben, nämlich in die eigenen menschlichen und fachlichen Fähigkeiten, um die Klient*innen unterstützen und begleiten zu können.

Auch aus der Perspektive von Betroffenen führt das entgegengebrachte Zutrauen womöglich dazu, Hilfe und Unterstützung anzunehmen.

Ebenso wird die Gefahr der sekundären Traumatisierung thematisiert. Diese kann dann auftreten, wenn Fachkräfte durch die Arbeit mit traumatisierten Klient*innen selbst mit Traumafolgen konfrontiert sind und diese zur Belastung werden. In den dazugehörigen Ausführungen stellen Selbstfürsorge und Psychohygiene für Therapeut*innen und Berater*innen einen wichtigen Aspekt dar.

Anzumerken ist an dieser Stelle, dass sich die vorliegende Arbeit allgemein auf Traumata und deren Folgen bezieht und nicht speziell auf Kinder und Jugendliche eingegangen wird. Auch auf den Aspekt der transgenerationellen Weitergabe von Traumata muss in dieser Ausarbeitung verzichtet werden, obgleich dies in einem engen Zusammenhang mit der Thematik steht und von großer Bedeutung ist.

² zit. URL 0

Insgesamt ist die vorliegende Masterarbeit in sieben Kapitel gegliedert.

Sie beginnt mit einer Einführung in die Thematik, wobei es anfänglich um die Entstehungsgeschichte des Traumabegriffs und anschließend um den Versuch einer Analyse von psychischen Traumata geht. „Versuch“ deshalb, weil es ein Prozess ist, welcher nicht klar fassbar und individuell durch die betroffenen Menschen, deren Handlungen und die jeweilige Situation geprägt ist. Zudem umfasst das erste Kapitel den aktuellen Forschungsstand. Beschrieben wird dieser in zwei Abschnitten. Der Erste befasst sich mit der Psychotraumatologie als Forschungsfeld und beschreibt, womit sich diese Disziplin beschäftigt. Der zweite Abschnitt gibt einen Einblick in die neurowissenschaftlichen Zusammenhänge. Es werden sowohl die verschiedenen Bereiche des Gehirns als auch deren Entwicklung beschrieben, die bei der Entstehung eines Traumas eine Rolle spielen. Zudem werden auf die Forschung zur „erlernten Hilflosigkeit“ (Martin E. P. Seligman) eingegangen sowie die Unterschiede von „Distress“ und „Eustress“ beschrieben. Verschiedene Strategien zum Überleben werden anschließend dargestellt. Hierzu gehören das Kampf- und Fluchtverhalten sowie das Erstarrungssystem. Auch das Bindungssystem spielt in diesem Zusammenhang eine bedeutsame Rolle.

Verschiedene Untersuchungs- und Diagnoseverfahren werden im zweiten Kapitel dieser Arbeit dargestellt. Zunächst werden zwei Klassifizierungssysteme beschrieben: „International Classification of Diagnostic (ICD) und „Diagnostic and Statistical Manual of Disorders“ (DSM). Diese führen psychische Störungsbilder auf und beschreiben sie, damit eine Diagnose gestellt werden kann. Es werden „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“, welche im ICD-10 sowie „Trauma- und belastungsbezogene Störungen“, die im DSM-5 beschrieben werden, erläutert. „Möglichkeiten der Diagnostik“ werden im Abschnitt 2.2 aufgegriffen. Hierbei wird eine Auswahl von diagnostischen Interviews und Screening- bzw. Selbstbeurteilungsverfahren dargelegt und kritisch hinterfragt.

Das dritte Kapitel umfasst den Entstehungsprozess eines Traumas. Hierbei werden „Auslösende Faktoren und Ursachen“ im Abschnitt 3.1 präzisiert, sodass Traumata beeinflusst durch die Gewalt der Natur sowie durch Menschen näher beschrieben werden. Zudem wird der Aspekt der menschlichen Gewalt betrachtet, weshalb ein Exkurs zum Thema „Täterschaft“ folgt. Außerdem werden weitere Trauma-Arten, wie „Existenztraumata“, „Verlusttraumata“, „Symbiose-/Bindungstraumata“ sowie „Bindungssystemtraumata“ erläutert. Der Abschnitt 3.2 beschäftigt sich mit der Prävalenz von Traumata in der Bevölkerung. Nachfolgend werden die Vorgänge innerhalb einer akuten Traumasituation erläutert sowie die Folgen von Traumata dargestellt. Diese unterscheiden sich in kurz- und langfristige Folgen. Die kurzfristigen Folgen werden anhand eines Phasenmodells (Schock, Einwirkung, Erholung) erläutert. In den Ausführungen der langfristigen

Folgen finden die Posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Angststörung, Somatisierung sowie Persönlichkeitsstörung Berücksichtigung.

Schutz- und Risikofaktoren werden im vierten Kapitel beschrieben. In die Ausführungen in Abschnitt 4.1. der Schutzfaktoren sind das Konzept der Salutogenese sowie der Resilienzbegriff eingebunden. Außerdem wird ein Zusammenhang zur Bindungstheorie hergestellt. Im darauffolgenden Abschnitt werden Risikofaktoren in Bezug auf Personenmerkmale und den sozioökonomischen Status unterschieden.

Im fünften Kapitel werden Unterstützung- und Hilfsmöglichkeiten erläutert. Diese beziehen sich zum einen auf eine allgemeine traumasensible Arbeit, wobei in diesem Zusammenhang auch die Ausbildung von Fachkräften in den Blick genommen wird. Zum anderen werden Psychotherapie- und Beratungsmöglichkeiten nach Traumata erläutert und diesbezüglich einige Methoden beschrieben. Ebenso werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Psychotherapien und Beratungen dargestellt, um sie auch differenziert voneinander betrachten zu können. Die Therapiemöglichkeiten werden anhand eines Phasenmodells beschrieben. Der Vollständigkeit halber wird ein Überblick einzelner Therapierichtungen, welcher gleichzeitig die Ursprünge von Psychotherapie und Beratung zeigt, dargestellt. Im anschließenden Abschnitt bezüglich der „Beratungsmöglichkeiten nach Traumata“ werden die Haltung von Berater*innen sowie wichtige Elemente innerhalb einer Beratung in den Blick genommen. Außerdem spielen Überlegungen in Bezug auf eine Ergänzung von Therapie- und Beratungsangeboten eine Rolle.

Im letzten Kapitel dieser Arbeit werden mögliche Auslöser und Gefahren von sekundärer Traumatisierung und Burnout im psychosozialen Bereich aufgegriffen. Es werden also speziell die Fachkräfte in den Blick genommen und Faktoren beschrieben, die aufgrund der primären Zusammenarbeit mit traumatisierten Klient*innen auftreten können. Ergänzend dazu wird die Relevanz von Selbstfürsorge sowie Psychohygiene beleuchtet.

Die Masterarbeit schließt mit einer Schlussbetrachtung der Thematik ab, welche zu den anfänglich gestellten Themen sowie Fragen nach Unterstützungs- und Hilfsmöglichkeiten Stellung nimmt.

Gemäß der Gleichstellung von Frauen und Männern wird in der vorliegenden Arbeit entweder eine geschlechtsneutrale oder die weibliche und männliche Schreibform verwendet.

1. Determination eines Traumas

Traumata sind in der heutigen Gesellschaft vermutlich häufiger vertreten, als bekannt ist. „In der Gesamtbevölkerung sind [...] 15-20% von psychischen Traumafolgen betroffen“³.

Übersetzt bedeutet das Wort „Trauma“ Wunde oder Verletzung und findet seinen Ursprung im Griechischen⁴. Trotzdem sind diese psychischen Wunden nicht immer eindeutig von anderen psychischen Erkrankungen abzugrenzen, weshalb es im folgenden Kapitel der vorliegenden Arbeit zunächst um den wissenschaftlichen Diskurs sowie den Versuch einer Analyse von Traumata geht. Der aktuelle Forschungsstand wird anschließend ergänzt, wobei einleitend das gesamte Feld der Psychotraumatologie skizziert und auf die neurowissenschaftliche Forschung eingegangen wird. Eine kurze Zwischenbetrachtung schließt den ersten Gliederungspunkt dieser Arbeit ab.

1.1 Wissenschaftlicher Diskurs

Die nachfolgende Erörterung beschäftigt sich aus geschichtlicher Sicht mit der Entwicklung von Traumatisierungen. Ein Anspruch auf Vollständigkeit kann nicht erhoben werden. Vielmehr steht dieser Abschnitt unter dem Titel der Einführung in die Thematik und stellt somit lediglich einen Überblick dar.

Im Gliederungspunkt 1.1.2 wird der Versuch einer Analyse des Traumas unternommen. Es werden verschiedene Definitions- und Erklärungsansätze dargestellt, die aufzeigen, dass eine traumatische Situation vielschichtig ist und ihre Folgen individuell vom einzelnen Menschen abhängen. David Becker schreibt dazu: „Die Art und Weise, wie wir Traumata definieren, bestimmt in einem nicht unwesentlichen Ausmaß den Verlauf der traumatischen Prozesse“⁵. Das heißt, dass diese Prozesse theoretisch erläutert und in Bezug dazu Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten entwickelt werden. Ob und inwieweit diese den Betroffenen helfen oder ob sie ihnen schaden, kann nicht immer vorhergesehen werden⁶. Deutlich durch das Modell von Hans Keilson wird, dass insbesondere in der dritten Phase Sicherheit und Stabilität für traumatisierte Personen fokussiert werden sollte. Es spielen also Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen insgesamt eine große Rolle, wenn es um Traumata geht. Aus diesem Grund ist dies ein Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit.

³ zit. URL 1

⁴ vgl. Ruppert 2013, S.73

⁵ zit. Becker 2014, S.165

⁶ vgl. ebd. S.165

1.1.1 Geschichtlicher Hintergrund

Mitte des 19. Jahrhunderts stellten Pierre Briquet und Ambroise Tardieu, beide Psychiater in Frankreich, erstmals eine Korrelation zwischen einer Traumatisierung im Kindesalter und der Hysterie fest. Anlass war eine Studie mit ca. 500 Kindern, die sexuellen Missbrauch erfahren hatten und der daraus folgenden psychischen Störungen. Daraufhin konzipierte Pièrre Janet (Philosoph, Psychiater, Psychotherapeut) ein Traumakzept, welches auch in der heutigen Zeit als Ausgangspunkt verschiedener Psychotherapien. Dieser Punkt wird im späteren Verlauf noch einmal aufgegriffen. Auch Sigmund Freud sowie Josef Breuer erfassten mögliche Folgen von Traumata im Zuge ihrer Studien zum Themenbereich der Hysterie, welche sie jedoch aufgrund von Widerstand und Entrüstung zurücknahmen⁷.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts stellte Emil Kraepelin (deutscher Psychiater) Schreckneurosen als Folge von Unfällen dar. Anschließend kamen neue Begrifflichkeiten hinzu, wie beispielsweise „Kriegszittern“, „shell shock“ oder „Kriegsneurosen“ (Erster Weltkrieg). Den Betroffenen wurde jedoch damals kaum Hilfe zugesprochen und ihr Leiden nicht ernst genommen. Zudem wurden sie der Simulation bezichtigt⁸.

Auch nach dem Zweiten Weltkrieg hatte sich die Situation wenig bzw. nicht verändert: „Der Psychiater William Niederland bezeichnete die Symptome der Menschen nach Verfolgung und KZ-Inhaftierung als Überlebenssyndrom, bei Prozessen und Gutachten konservativer deutscher Psychiater wurde den Überlebenden jedoch kaum Krankheitswertigkeit attestiert“⁹. In den USA gab es Ende des 20. Jahrhunderts erste wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse durch Untersuchungen in Bezug auf den Vietnamkrieg. Erstmals wurden die Menschen und Wissenschaftler*innen mit den Folgen von Traumatisierungen so stark konfrontiert, dass nach Robert Scaer eine Sensibilisierung stattfand, so dass diese Problematik nicht mehr geleugnet werden konnte¹⁰: „Unser >>kultureller Käfig<< wurde durch dieses Ereignis so stark geschüttelt, daß Wissenschaft und Öffentlichkeit für die Folgen schwerer Traumatisierungen stark sensibilisiert wurden“¹¹. In Deutschland wurde erst ab ca. 1965 ein Zusammenhang zwischen den Kriegserlebnissen und den Merkmalen von Traumatisierung anerkannt¹². Christiane Sautter kritisiert die zu geringe Auseinandersetzung mit dieser Thematik auch in der heutigen Zeit. Selbst Experten, wie beispielsweise Psychotherapeut*innen würden sich auf diesem Gebiet nicht genug auskennen. Sie würden infolge dessen die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ (im Kapitel 3.4.2 beschrieben) bei

⁷ vgl. Sautter 2012, S.21f.

⁸ vgl. Sendera, Sendera 2013, S.3, Zito 2010, S.126

⁹ zit. Sendera, Sendera 2013, S.3

¹⁰ vgl. Scaer 2014, S.25

¹¹ zit. ebd. S.25

¹² vgl. Sendera, Sendera 2013, S.3

Betroffenen mit Spätfolgen eines Traumas oft nicht stellen¹³. Peter A. Levine (Biophysiker, Psychologe, Therapeut) kritisiert den Wissenschaftsjournalisten sowie Psychologen Daniel Goleman, welcher das Trauma als eine Krankheit (im Gehirn) definiert und somit die Erwartung der Heilung durch eine „Wunderpille“ suggeriert¹⁴. Dennoch scheinen neurowissenschaftliche Erkenntnisse über die Vorgänge im Gehirn und deren Wirkung eine Basis zu sein, um ein allumfassendes Verständnis für diese Thematik zu gewinnen¹⁵, weshalb dies im späteren Verlauf erläutert wird.

1.1.2 Versuch einer Analyse

Wie aus der geschichtlichen Entwicklung erkennbar, hat sich der Begriff des Traumas über Jahrhunderte weiterentwickelt und ist nach wie vor nicht klar fassbar. Vergleichbar ist ein seelisches mit einem körperlichen Trauma insofern, als dass eine Verletzung stattfindet, die es zu heilen gilt¹⁶. Außerdem kann festgehalten werden, dass ein Erlebnis dieser Art „... außerhalb des Spektrums normaler menschlicher Erfahrungen liegt“¹⁷. Die deutsche Traumastiftung definiert ein Trauma wie folgt: „Ein Trauma [...] ist ein belastendes Ereignis oder eine Situation, die von der betroffenen Person nicht bewältigt und verarbeitet werden kann“¹⁸. Ergänzend dazu beschreibt Franz Ruppert dieses Erlebnis als eine Situation, die durch Lebensgefahr und durch eine Stressreaktion des Menschen geprägt ist. Diese Reaktion wird durch das Kampf-Flucht-Prinzip beeinflusst: Der Mensch versucht der Situation durch Kampf oder Flucht zu entkommen – wie es auch bei Tieren zu beobachten ist. Gleichzeitig stellt sich durch die (scheinbare) Ausweglosigkeit ein Zustand der vollständigen Hilflosigkeit ein¹⁹. „Diese Passivität ähnelt dem Verhalten, das Anti-Terror-Spezialeinheiten immer wieder bei Geiselnbefreiungen beobachten. Es wird >> Stockholm-Syndrom<< genannt“²⁰. Hierbei findet als psychische Reaktion, durch die Hilflosigkeit angestoßen, eine Bindung der Betroffenen an die Täter*innen statt, die von Kooperation und unterstützender Handlung geprägt ist. (Der Name „Stockholm-Syndrom“ leitet sich von einer Geiselname 1973 in Stockholm ab)²¹.

Jedoch gibt es keine allgemeingültige Situation, in der Menschen ein Trauma erleiden. Barbara Bräutigam regt die Relevanz der Unterscheidung „... zwischen [einem] **traumatischen Ereignis** und [einem] **traumatischen Erlebnis** [an] ...; nicht jedes außergewöhnlich belastende Ereignis, wie z. B.

¹³ vgl. Sautter 2012, S.18

¹⁴ vgl. Levin 1998, S.46

¹⁵ vgl. Scaer 2014, S.32

¹⁶ vgl. Pausch, Matten 2018, S.4

¹⁷ zit. Levine 1998, S.35

¹⁸ zit. URL 2

¹⁹ vgl. Ruppert 2013, S.77, Reddemann/Dehner-Rau 2013, S.9

²⁰ zit. Levine 1998, S.36

²¹ vgl. URL 3

die Flucht aus einem anderen Land, ist traumatisierend“²². Eher kann das gleiche Erlebnis für Menschen unterschiedliche Auswirkungen haben. Unter anderem hängt dies damit zusammen, ob Menschen in extremen Situationen Handlungsmöglichkeiten sehen oder nicht. Aus diesem Grund spielen Alter, Erfahrungen sowie Reife und Fähigkeiten eine entscheidende Rolle. Es kann geschlussfolgert werden, dass vor allem Kinder und Jugendliche besonders gefährdet gegenüber traumatisierenden Situationen sind²³. Da bereits eine Vielzahl von Publikationen zu Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen vorhanden ist, wird an dieser Stelle auf entsprechende Literatur (u.a. Bräutigam, Dieckhoff, Keilson, Krall, Zito) verwiesen und auf spezielle Ausführungen zu diesem Thema verzichtet.

Das Konzept der „Sequentiellen Traumatisierung“ von Hans Keilson bezieht sich auf den Zustand zwischen der Bewältigung traumatischer Erlebnisse und dem damit verbundenen Umgang innerhalb der Gesellschaft²⁴: Keilson regt eine Erweiterung des Begriffs „Trauma“ zur Beschreibung einer „traumatischen Situation“ an und untersuchte in diesem Zusammenhang jüdische Kinder, die durch die Zeit des Holocausts Waisen geworden waren. Dabei entwickelte er drei Phasen bzw. Sequenzen, die die Zeit vor, während und nach extremen Belastungen einschließen²⁵:

- „1) Die Beginnphase mit den präludierenden Momenten der Verfolgung;
- 2) Aufenthalt im Konzentrationslager oder im Versteck;
- 3) Nachkriegszeit mit allen Schwierigkeiten der Wiedereingliederung etc.“²⁶.

Wichtig anzumerken ist, dass in jeder Phase traumatisierende Ereignisse stattfinden können. Resultierend aus der Studie Keilsons ist zu entnehmen, dass vor allem die dritte Phase besonders traumatisierende Auswirkungen haben kann. Sie ist geprägt durch die Rückkehr in eine schutzgebende Umgebung sowie die (immer wiederkehrenden) Erinnerungen an die traumatisierenden Erlebnisse und den sich daraus ergebenden Emotionen. Bekommen Betroffene in dieser Zeit keine ausreichende Unterstützung und Hilfe -sozial und professionell- können die Folgen der Traumata noch schwerwiegender verlaufen, da sie allein gelassen werden und das Gefühl der Hilflosigkeit bestehen bleibt²⁷. „Keilsons Theorie ist unbequem, weil sie uns zwingt, langfristige Prozesse zu analysieren und den Blick auf das gesellschaftliche Umfeld zu richten“²⁸. Das heißt, dass durch das Modell der sequentiellen Traumatisierung wichtige Erkenntnisse gezogen

²² zit. Bräutigam 2018, S.151

²³ vgl. Ruppert 2013, S. 77f.

²⁴ vgl. Brandmeier 2015, S.41

²⁵ vgl. Keilson 2005, S. 51ff.

²⁶ zit. ebd. S. 56

²⁷ vgl. ebd. S. 56ff.

²⁸ zit. Becker 2014, S.9

werden können: Die dritte Phase hat großen Einfluss auf die „psychische Entwicklung“ der Betroffenen. Traumasensible Unterstützung durch professionelle Helfer*innen sowie das Aus- und Weiterbilden dieser ist aus diesem Grund enorm wichtig²⁹. Infolgedessen wird im weiteren Verlauf, speziell im Kapitel fünf, auf Grenzen und Möglichkeiten von Unterstützungs- und Hilfsmöglichkeiten bei Traumata, insbesondere im Blick auf psychosoziale Beratung eingegangen.

1.2 Forschungsstand

Der folgende Abschnitt gibt zunächst einen Einblick in die Psychotraumatologie als Forschungsfeld sowie deren inhaltliche Themenlagerung. Des Weiteren werden neurowissenschaftliche Annahmen in Bezug auf Traumata erläutert und ein Einblick in diese Thematik gegeben. Hierbei werden Prozesse, die im Gehirn während einer bedrohlichen Situation stattfinden dargestellt und Theorien der Stressbewältigung beschrieben.

1.2.1 Psychotraumatologie als Forschungsfeld

International entwickelt sich das Gebiet der Psychotraumatologie in den letzten Jahren immer weiter, wobei es einerseits um die Erforschung, andererseits um Behandlungs- und Psychotherapiemöglichkeiten von Traumata geht. Die Forschung beruht dabei auf drei Kategorien: zivile Katastrophen, Folgen durch Kriege und sexualisierte Gewalt (Beziehungstraumata). Franz Ruppert bemerkt, dass die Psychotraumatologie sich insgesamt nur mit Mühe behaupten kann. Er begründet dies mit der verweigernden kritischen Auseinandersetzung gewalttätigen und rücksichtslosen Verhaltens einzelner Menschen sowie Institutionen³⁰. Insgesamt setzt sich das Forschungsfeld der Psychotraumatologie aus unterschiedlichen Praxisfeldern zusammen wie der Medizin, der Psychologie, den Rechtswissenschaften, der Psychoanalyse sowie der Psychotherapie. Der Name „Psychotraumatologie“ entstand aus der Lehre psychischer Verletzungen. Mit diesen und deren negativen Auswirkungen setzen sich die unterschiedlichen Disziplinen auseinander. Außerdem gilt die Vorsilbe „Psycho“ als Abgrenzung zur chirurgischen Traumatologie. Inhaltlich befasst sich die Psychotraumatologie mit Traumatisierungen sowie deren Folgen und Therapiemöglichkeiten, Auswirkungen von Kriegen und politischer Verfolgung, seelischen Folgen nach belastenden Situationen von Helfenden etc. In den USA erforschen Wissenschaftler wie Mardi Horowitz schon seit längerer Zeit die Zusammenhänge und Auswirkungen von Stress sowie Traumata. Dennoch ist die Psychotraumatologie ein relativ neues Forschungsgebiet, das sich mit oben genannten Disziplinen auseinandersetzt und somit interdisziplinär agiert³¹.

²⁹ vgl. Brandmeier 2015, S.41f.

³⁰ vgl. Ruppert 2012, S.167

³¹ vgl. Fischer, Riedesser 1999, S.15ff.

1.2.2 Einblick in die neurowissenschaftlichen Zusammenhänge

„Die wichtigste Aufgabe des Gehirns ist, selbst unter schwierigen Bedingungen unser Überleben zu sichern“³², erläutert Bessel van der Kolk, Gründer und Leiter des Traumazentrums in Brookline/USA und Professor für Psychiatrie. Er benennt zunächst verschiedenen Aufgaben des Gehirns:

- Hinweise geben, welche anzeigen, was der menschliche Körper benötigt
- Signale erzeugen, die dem menschlichen Körper die Erfüllung der Bedürfnisse anzeigen
- Energien freisetzen sowie Handlungen bewirken
- Hinweise geben (Gefahren und Möglichkeiten)
- Passende Handlungen in dazugehörigen Situationen veranlassen.

Bessel van der Kolk zufolge, kommt es zu psychischen Schwierigkeiten und Problemen, wenn diese Aufgaben durch das Gehirn nicht (mehr) erfüllt werden³³.

Bevor konkrete neurowissenschaftliche Erkenntnisse der Gehirnforschung in Bezug auf Traumata gegeben werden, folgt eine kurze Einführung in den Aufbau sowie die Gebiete des Gehirns, die bei einem Trauma eine Rolle spielen.

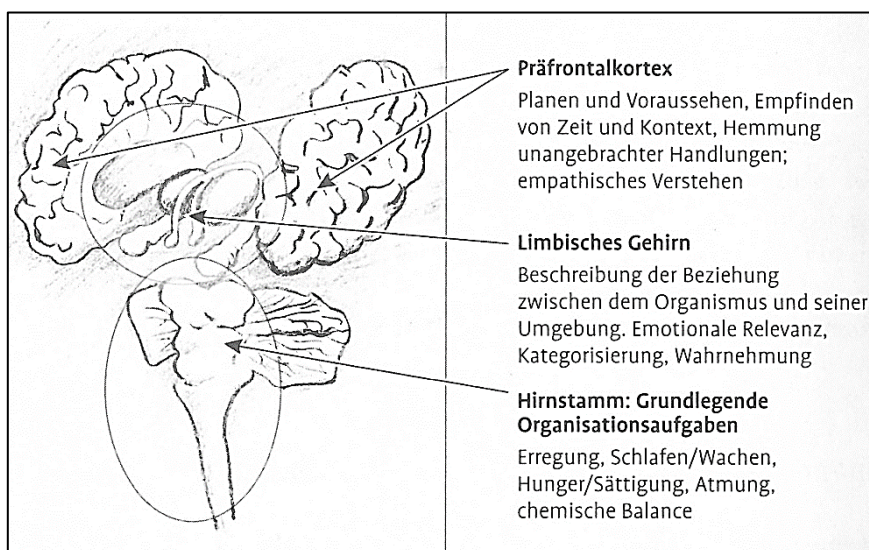


Abbildung 1: Das dreieinige (dreiteilige) Gehirn (van der Kolk 2016, S.74)

Wie in Abbildung 1 zu sehen, gibt es verschiedene Bereiche im Gehirn.

Das **Reptilienhirn**, das tierische Gehirn befindet sich im Hirnstamm und entwickelt sich bereits während der Schwangerschaft, vor der Geburt. Dieser Teil nimmt etwa 30% des Gehirns in Anspruch und ermöglicht grundlegende Dinge, wie essen, schlafen, atmen – alles, was ein Kleinkind bereits kurz nach seiner Geburt kann. Insgesamt sind der Hirnstamm sowie der Hypothalamus,

³² zit. Van der Kolk 2016, S.69

³³ vgl. ebd. S.69f.

welcher sich direkt über dem Hirnstamm befindet, für die Homöostase (Gleichgewichtszustand) im Körper zuständig³⁴.

Das **limbische System** befindet sich über dem Reptilienhirn und kommt bei allen Säugetieren vor, wird deshalb auch als „Säugetierhirn“ bezeichnet. Die Entwicklung dieses Bereichs schreitet vorwiegend nach der Geburt voran und wird als „Sitz der Emotionen“³⁵ beschrieben. Mögliche Gefahren werden hier abgeschätzt, Entscheidungen in Bezug auf das Verhalten getroffen und beurteilt, wie sich etwas anfühlt. Dabei nehmen Erlebnisse des Säuglings bzw. Kleinkindes einen großen Einfluss auf die Entwicklung in diesem Bereich des Gehirns. In der Neurowissenschaft wird dies „Neuroplastizität“ genannt. Das Reptilienhirn und das limbische System bilden zusammen das zentrale Nervensystem, welches für das Wohlergehen und somit für die Gesundheit des Menschen zuständig ist. Bei einer Bedrohung etwa, werden verschiedene Hormone freigesetzt, die unterschiedliche Emotionen bewirken und somit Hinweise auf diese Bedrohung geben. Bessel van der Kolk führt hier als Beispiel Übelkeit oder auch einen erhöhten Puls an, was neben einer körperlichen auch eine emotionale Reaktion darstellt. Emotionen haben im Laufe des Lebens Einfluss auf viele Entscheidungen. Zudem bewirken das Reptiliengehirn und das limbische System das automatische Einleiten von Stressbewältigungssystemen, wie dem Kampf-Flucht-Reflex. Dies geschieht völlig unbewusst und ohne jegliche Chance rational darüber nachzudenken bzw. zu entscheiden³⁶.

Die Frontallappen entwickeln sich ab ca. dem zweiten Lebensjahr und sind die größten Bestandteile des **Neokortex**³⁷. In der westlichen Gesellschaft ist vor allem das Alter des Schuleintritts von den Fähigkeiten, die mittels Neokortex erreicht werden, entscheidend. Hierzu gehört das Stillsitzen, Zuhören, die sprachliche Ausdrucksfähigkeit, um nur einige Eigenschaften zu nennen. Vor allem diese Fähigkeiten unterscheiden die Menschen von anderen Säugetieren und haben die Fortschritte und die Weiterentwicklungen durch Kreativität und Einfallsreichtum geprägt. Zudem sind die Frontallappen für die Beziehungsfähigkeit zuständig. Ist die Funktionsfähigkeit an dieser Stelle eingeschränkt sind die Beziehungen von Oberflächlichkeit und Lieblosigkeit gekennzeichnet. Ebenso haben die Frontallappen Einfluss auf das Gleichgewicht zwischen Impulsen und realem Verhalten³⁷. An dieser Stelle sei erwähnt, dass die Erforschung des Gehirns keinen Abschluss gefunden hat, sondern sich weiterentwickelt. Neue Erkenntnisse kommen hinzu, bereits gewonnene Erkenntnisse werden revidiert oder erweisen sich als nicht nachweisbar. Da diese Arbeit ihren Fokus auf unterschiedliche Aspekte eines Traumas, deren Folgen sowie auf Unterstützungsmöglichkeiten bei

³⁴ vgl. Van der Kolk 2016, S.70

³⁵ zit. ebd. S.71

³⁶ vgl. ebd. S.71f.

³⁷ vgl. ebd. S. 72ff.

Traumata, insbesondere auf dem Gebiet der psychosozialen Beratung legt, kann hier nur auf diese Kontroverse aufmerksam gemacht werden.

In den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts veröffentlichten Forscher in Italien neue Erkenntnisse, auf die sie bei Untersuchungen von Rhesusaffen gestoßen waren. Sie erforschten den prämotorischen Kortex, eine bestimmte Hirnregion und entdeckten dabei, dass ein Teil Neuronen nicht nur bei der Ausführung von Handlungen, sondern auch bei der Beobachtung von Handlungen anderer Affen aktiviert wurden. Die Arbeitsgruppe führte daraufhin den Begriff der „Spiegelneuronen“ ein. Aus der Euphorie dieser Entdeckung resultierten voreilige Rückschlüsse, diese Aktivitäten würden bei den Menschen ebenfalls stattfinden. Dies wird zwar angenommen, ist allerdings nicht eindeutig belegbar³⁸.

Bei einer Bedrohung oder Gefahr ist das Gehirn für eine entsprechende Reaktion zuständig. Demnach gelangen Informationen der (Sinnes-) Wahrnehmung in den menschlichen Körper, werden im limbischen System, genauer dem Thalamus gebündelt und anschließend in zwei Richtungen weitergegeben: zur Amygdala sowie den Frontallappen.

Van der Kolk bezeichnet die Amygdala als „Rauchmelder des Gehirns“, dessen Funktion darin besteht die Weitergabe der Reize als bedrohlich oder harmlos einzustufen. Dieser Vorgang geschieht sehr schnell und bezieht auch den Hippocampus mit ein, welcher frühere und neue Erlebnisse miteinander vergleicht. Wenn in der Amygdala eine Bedrohung verzeichnet wird, werden diese Informationen an den Hypothalamus sowie den Hirnstamm weitergeleitet. Als Folge werden Stresshormone produziert und das autonome Nervensystem mobilisiert. Dies führt dazu, den gesamten Körper in einen Erregungszustand zu versetzen. Da die Informationen vom Thalamus in der Amygdala zügiger verarbeitet werden als in den Frontallappen, wird über die ankommenden Informationen in der Amygdala geurteilt. Die Entscheidung, ob etwas bedrohlich ist, geschieht demzufolge primär unbewusst. Die Stresshormone, die bei einer Gefahr ausgeschüttet werden, sind u.a. Kortisol und Adrenalin, die verschiedene Reaktionen (Anstieg des Blutdrucks und der Atemsequenz, erhöhter Herzschlag) im Körper auslösen. Diese sind zum Aktivieren des Kampf- oder Fluchtsystems notwendig. Sobald die Gefahr vorüber ist gelangt der Körper in den Normalzustand zurück. Wenn allerdings diese Fähigkeit der Regulation (durch Erholung) gestört ist, bleibt der Körper in einem Erregungs- bzw. Stresszustand³⁹. „Obwohl der körpereigene >>Rauchmelder<< Gefahren in der Regel ziemlich zuverlässig erkennt, erhöhen Traumata die Wahrscheinlichkeit einer Fehleinschätzung bestimmter Situationen als gefährlich oder ungefährlich“⁴⁰. Gottfried Fischer und Peter Riedesser erklären dies durch eine Hemmung von Hippocampus und cingulärem Kortex, die

³⁸ vgl. Sapolsky 2017, S.692f.

³⁹ vgl. Van der Kolk 2016, S.75ff.

⁴⁰ zit. ebd. S.77

dazu führt, dass die ankommenden Informationen nicht mehr gefiltert werden können. Das heißt, dass wahrgenommene Reize nicht mehr in die vorgefertigten Kategorien eingeordnet werden können und es somit zu einer Störung kommt. Es entstehen Sinneswahrnehmungen, die scheinbar in keinem Verhältnis zueinanderstehen. Diese Eindrücke bleiben über einen langen Zeitraum bestehen und sind wie „eingefroren“, kehren - werden sie stimuliert - in das Bewusstsein zurück und werden dann erneut erlebt⁴¹. Diese Arbeit befasst sich im späteren Verlauf noch detaillierter mit den Folgen von Traumata.

Martin E. P. Seligman, US-amerikanischer Psychologe, führte verschiedene Versuche mit Hunden und anderen Tieren durch und entwickelte das Konzept der „erlernten Hilflosigkeit“. Diese Versuche liefen unter dem Namen des „triadischen Versuchsplans“, da drei verschiedene Kontrollgruppen zur Anwendung kamen: In der ersten Gruppe (der „yoked-Kontrollgruppe“) wurden die Hunde elektrischen Schlägen ausgesetzt, welche sie jedoch mittels einer Reaktion (z.B. dem Betätigen einer Taste mit der Schnauze) beenden konnten. Die zweite Gruppe von Hunden wurde zu selben Bedingungen den elektrischen Schlägen ausgesetzt, mit dem Unterschied, dass keine Möglichkeit bestand diesen zu entkommen. Die dritte Gruppe bestand zu Kontrollzwecken und wurde keinen elektrischen Schlägen ausgesetzt.

Anschließend wurden alle Hunde einem „Flucht-Vermeidungstraining“ ausgesetzt, in dem sie in eine Box gesetzt wurden, der sie durch einen Sprung über eine Barriere entkommen konnten. Die Tiere, die den vorher erlebten elektrischen Schlägen durch eine bestimmte Handlung entkommen konnten sowie die Kontrollgruppe, die keinen elektrischen Schlägen ausgesetzt war, konnte die Barriere überwinden und entkommen. Die Gruppe, die den elektrischen Schlägen in der vorherigen Situation nicht entkommen konnte handelte wesentlich langsamer. Sechs der acht Tiere blieben passiv in der Box liegen und unternahmen keinen Versuch der Flucht⁴². Martin E. P. Seligman resümierte daraufhin folgendes: „Es war also nicht der Schock selbst, sondern die Unmöglichkeit, den Schock zu kontrollieren, die zu diesem Versagen führte“⁴³. Er führte dieses und weitere Experimente im Hinblick auf depressive Erkrankungen durch, u.a. Bessel van der Kolk nimmt jedoch Bezug auf Traumata und vergleicht die Situation der Hunde mit denen seiner Patient*innen. Er stellt fest, dass diese sich ebenfalls in einer Situation der Hilf- und Aussichtslosigkeit befinden, in die sie durch das Scheitern von Kampf bzw. Flucht gelangt sind. Zudem werden die Erkenntnisse von der Kolks sowie Seligmans in Bezug auf die beschriebenen biologischen Feststellungen durch den hohen

⁴¹ vgl. Fischer, Riedesser 1999, S.98

⁴² vgl. Seligman 1999, S.23

⁴³ zit. ebd. S.23

Pegel von Stresshormonen bei Hunden des Experiments wie auch bei traumatisierten Patient*innen bestätigt⁴⁴.

Gottfried Fischer und Peter Riedesser verweisen auf Hans Selye, welcher den Unterschied zwischen (negativen) „Distress“ und (positiven) „Eu-Stress“ erläutert. Demnach trägt positiver Stress zum Aktivieren von Problemlösestrategien bei bzw. fördert dies. Bei negativem Stress ist der Mensch auf der Suche nach Lösungen (Coping Verhalten), wird bzw. ist jedoch dabei gehemmt und nicht in der Lage diese Stresssituation zu bewältigen⁴⁵. Hier spielen verschiedene Strategien zum Überleben eine Rolle, die Ulrich Sachsse, Psychiater und Psychoanalytiker, in seinem Artikel „Neurologische Grundlagen und Veränderungen nach traumatischen Lebenserfahrungen“⁴⁶ benennt. „Kampf-/Fluchttendenzen und Coping Verhalten zielen darauf ab, die äußere Problemsituation zu bewältigen. Man kann diese Mechanismen [...] als Anpassungsmechanismen bezeichnen. Mit ihnen passt sich der Organismus soweit den problematischen Umweltverhältnissen an, wie es die Situation fordert. Dauert die Situation länger an, so arbeitet das psychophysische System in einem permanenten Alarmzustand, was seine Kapazität auf Dauer überfordert und erschöpft“⁴⁷.

Ulrich Sachsse stellte drei Stressbewältigungssysteme dar: das „Kampf-Flucht-System“, das „Bindungssystem“ sowie das „Erstarrungssystem“⁴⁸.

Während eines **Kampf- oder Fluchtverhaltens** spielen Regionen des Hirnstamms, des limbischen Systems (Amygdala) sowie des präfrontalen Kortex eine zentrale Rolle. In einer bedrohlichen Situation regen diese Regionen zu erhöhter Reaktionsbereitschaft und zu einer Aktivierung der Muskulatur an, die zu Kampf oder Flucht verhilft. Führt diese Reaktion zu einem Ende der Bedrohung, stellt das eine Bewältigungsstrategie dar und hat keine Traumatisierung zur Folge⁴⁹. Ob ein Mensch in einer bedrohlichen Situation kämpft oder flüchtet geschieht durch den Abgleich von Erfahrungen und findet augenblicklich sowie unbewusst statt. Die Handlung, die das Überleben sichern soll, wird „klassische Konditionierung“ genannt. Erforscht wurde sie von Iwan Petrowitsch Pawlow (1849-1936), welcher durch eine Vielzahl von Tierversuchen, speziell an Hunden, zu seinen Erkenntnissen gelangte. Wird ein Reiz, welcher von außen geleitet wird (beispielsweise einem Ton) mit einer körperlichen und unbewussten Reaktion (beispielsweise Hunger, Essen) in Verbindung gebracht, kann „überlebenssicherndes Verhalten“ (beispielsweise das Erzeugen von Speichel) beobachtet werden. Das heißt die Hunde verbinden den speziellen Ton mit dem Futter. Die gleichen Vorgänge, die in diesem Fall im Gehirn stattfinden, sind auch die, die Hunde für das Erkennen von

⁴⁴ vgl. Van der Kolk 2016, S.42

⁴⁵ vgl. Fischer, Riedesser 1999, S.78f.

⁴⁶ vgl. Sachsse 2012, S.65ff.

⁴⁷ zit. Fischer, Riedesser 1999, S.79

⁴⁸ vgl. Sachsse 2012, S.65

⁴⁹ vgl. ebd. S.65f.

bedrohlichen Situationen einsetzen. Hervorgehoben sei hier, dass bei diesem Vorgang das intrinsische bzw. unbewusste Gedächtnis betroffen ist, bei dem das so genannte „prozedurale Gedächtnis“ den Bereich darstellt, welcher für das Erlernen von Fähigkeiten zuständig ist⁵⁰. Robert Scaer resümiert: „Das Überleben ist von klassischer Konditionierung mit Hilfe des prozeduralen Gedächtnisses abhängig“⁵¹.

Um im weiteren Verlauf neurowissenschaftliche Zusammenhänge weiter ausführen zu können wird im Folgenden eine kurze Darstellung des **Bindungssystems** vorgenommen: Die Entwicklung des menschlichen Individuums festigt sich zum großen Teil aus Bindungserfahrungen. Im Gegensatz zu vielen Tierarten sind Kinder lange von der Mutter bzw. von Bindungspersonen abhängig und können sich erst spät allein versorgen. Zudem sind die (frühen) Bindungserfahrungen von enormer Bedeutung⁵². Diese Erkenntnis teilt auch Gerald Hüther, ein deutscher Neurobiologe, der sich u.a. intensiv mit der Entwicklung von Kindern auseinandersetzt. In erster Linie ist i.d.R. die Bindung zwischen Mutter und Kind essenziell, eventuell gefolgt von der Bindung zwischen Vater und Kind. Auch weitere Familienmitglieder, wie beispielsweise Geschwister oder Großeltern können wichtige Bezugspersonen sein und die im besten Fall positiven Bindungserfahrungen des Kindes mitgestalten. Das Kind bekommt durch diese starken Bindungen ein Gefühl von Sicherheit, Geborgenheit und Vertrauen zu sich selbst vermittelt⁵³. Der Vollständigkeit halber wird an dieser Stelle der Ursprung der Bindungstheorie genannt, welche von John Bowlby (1907-1990), englischer Arzt, Psychoanalytiker und Kinderpsychiater sowie der Psychologin Mary Ainsworth (1913-1999) entwickelt wurde und vier Formen von Bindungen hervorbrachte:

- ◆ Sichere Bindung
- ◆ Unsicher-vermeidende Bindung
- ◆ Unsicher-ambivalente Bindung
- ◆ Desorganisierte bzw. desorientierte Bindung⁵⁴.

„Die vermehrte Erfahrung von Stress und Angst führt biologisch zur Aktivierung eines vermehrten Bindungsbedürfnisses, was als evolutionäres Gegenprogramm zur erlebten Unsicherheit verstanden werden kann. Mit dem Primat, sichere Bindung um jeden Preis herzustellen, kommt es [...] zu einer Hemmung frontaler und präfrontaler Hirnareale mit der Folge einer Einschränkung der

⁵⁰ vgl. Scaer 2014, S. 53f.

⁵¹ zit. ebd. S. 54

⁵² vgl. Sachsse 2012, S.66

⁵³ vgl. Hüther 2010, S.82

⁵⁴ vgl. URL 4

Mentalisierungsfähigkeit“⁵⁵, wobei die Fähigkeit zur Mentalisierung im Wesentlichen darin besteht, das eigene und das Verhalten anderer zu erkennen und zu reflektieren⁵⁶.

Auch Ulrich Sachsse sieht einen Zusammenhang zwischen einer bedrohlichen Situation, in der Menschen Hilflosigkeit spüren und dem Bindungssystem. Er bezieht sich zudem direkt auf die bedrohliche Situation und den Vorgang im menschlichen Körper: Bei Hilflosigkeit wird die „parasympatisch-vegetativ[e]“ Reaktion aktiviert, so dass sich körperliche Effekte, wie eine erhöhte Bewegung im Darm oder ein Engegefühl in der Brust beobachten lassen. Das Hormon Oxytocin, welches u.a. in einer Kampf-Flucht-Reaktion ausgeschüttet und in Verbindung mit der Amygdala gebracht wird, kann dann nur vermindert aktiviert werden. Findet das Gefühl von Hilflosigkeit durch Kooperation und Unterstützung ein Ende, führt jene Erfahrung zu der Erkenntnis von einem starken und positiven Bindungssystem umgeben zu sein⁵⁷.

Das **Erstarrungssystem** wird in Situationen, in denen sowohl das Kampf-Flucht-Verhalten, als auch die Hilfe durch ein Bindungssystem keine Aussicht auf Erfolg hat, aktiviert⁵⁸. Parallelen finden sich zum „freezing behavior“ oder „freeze reaktion“ bei dem sich Tiere totstellen. Erforscht sind mittlerweile zwei Arten der Erstarrung. Einerseits die sympathikotone Erstarrung, die bei Panikattacken eine zentrale Rolle spielt und u.a. Herzrasen, Angst vor dem Tod und eine Störung der Sprache auslösen kann. Andererseits stellt die parasympathische Erstarrung eine Art Kapitulation dar, die u.a. eine Einschränkung der Wahrnehmung von Reizen als Auswirkung hat⁵⁹. In beiden Fällen ist eine, wie Robert Scaer es nennt „[...] unbewußte Entladung der gesamten Energie, der gespeicherten Erinnerungen an die Gefahrensituation und des gescheiterten Versuchs, ihr mit Hilfe stereotypisierter Körperbewegungen zu entkommen [...]“⁶⁰ essenziell. Geschieht keine Auflösung, kann es zu Störungen im Verhalten und körperlichen Einschränkungen kommen, die Auswirkungen einer Traumatisierung nach sich ziehen können⁶¹.

Sollte es zu keinem Beenden der bedrohlichen bzw. gefährlichen Situation kommen und stellen sich Coping- und Abwehrstrategien als erfolglos heraus, findet eine potentiell traumatisierende Erfahrung statt, die ein Gefühl von Hilflosigkeit und weitreichende Folgen nach sich ziehen kann⁶².

⁵⁵ zit. Flatten 2011, S.270

⁵⁶ vgl. Fonagy 2003, S.109

⁵⁷ vgl. Sachsse 2012, S.68

⁵⁸ vgl. ebd. S.68

⁵⁹ vgl. Boll-Klatt, Kohrs 2014, S.270f.

⁶⁰ zit. Scaer 2014, S.54

⁶¹ vgl. ebd. S. 54

⁶² vgl. Fischer, Riedesser 1999, S.79

2. Untersuchungs- bzw. Diagnoseverfahren bei Traumata

In diesem Kapitel werden die Klassifizierungssysteme „International Classification of Diagnostic“ (ICD-10) und “Diagnostic and Statistical Manual of Disorders“ (DSM-5) beschrieben und näher erläutert. Der weitere Verlauf stellt eine Auswahl verschiedener Untersuchungs- und Diagnoseverfahren dar, um zu veranschaulichen, wie bestimmte Diagnosen ermittelt werden.

2.1 Klassifikation

Die Klassifizierungssysteme ICD und DSM sind Grundlage aller Diagnosen zur therapeutischen Behandlung oder Erforschung psychischer Erkrankungen. Hervorzuheben ist, dass die beschriebenen psychischen Störungen nach ihrem Erscheinungsbild und nicht nach ihren Ursachen dargestellt werden, da mögliche Entstehungen vielfältig sind und häufig nicht eindeutig bestimmt werden können. ICD und DSM werden jeweils nach ca. 10-15 Jahren aktualisiert. So befindet sich die elfte Version der ICD zurzeit in der Entwicklung und soll noch in diesem Jahr veröffentlicht werden. Die fünfte Version des DSM ist 2015 erschienen⁶³. Beide Systeme „...dienen zunächst einer **Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit von Diagnosestellungen**“⁶⁴.

Es bestehen allerdings einige Unterschiede zwischen ICD und DSM, die an dieser Stelle Erwähnung finden: Die ICD-Klassifikation schließt neben psychischen auch körperliche Erkrankungen ein. Kriterien des DSM hingegen beziehen sich ausschließlich auf psychische Störungen. Zudem hat jede Erkrankung in der ICD eine Nummerierung, die nach dem fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB) der Abrechnungformalität gilt⁶⁵. Auf der Internetseite des Hogrefe Verlags heißt es: „Beide Klassifikationen stellen eindeutige Störungskriterien für eine objektive Diagnostik bereit. Im DSM ist diese Operationalisierung [Messbarmachung] jedoch genauer. Es ist das Referenzwerk für die Forschung. Die Leitlinien der ICD lassen dem Diagnostiker dagegen mehr Interpretationsspielraum, was Vorteile für den internationalen Einsatz hat“⁶⁶. Sefik Tagay kritisiert hingegen die Diskrepanzen zwischen der Darstellung von Kriterien und der von Symptomen, die zudem in der ICD sowie im DSM unterschiedlich ausfallen⁶⁷. Um dies belegbar zu machen, werden im Folgenden die Kriterien und Symptome der ICD-10 sowie DSM-5 im Zusammenhang mit Traumata dargestellt:

Die **ICD-10-Klassifikation** wird von der WHO (World Health Organization – Weltgesundheitsorganisation) veröffentlicht und sowohl in Deutschland, als auch in ganz Europa für die Diagnostik verwendet. Wie bereits erwähnt, soll in naher Zukunft die überarbeitete und

⁶³ vgl. URL 5

⁶⁴ zit. Bräutigam 2018, S.140

⁶⁵ vgl. URL 5

⁶⁶ zit. ebd.

⁶⁷ vgl. Tagay 2012, S.85

weiterentwickelte Version (ICD-11) von der WHO verabschiedet werden⁶⁸. Die ICD-10 beinhaltet in ihrem fünften Kapitel die so genannten F-Diagnosen, welche sich wiederum in unterschiedliche psychische und Verhaltensstörungen einteilen lassen⁶⁹.

Innerhalb dieses Kapitels werden Auswirkungen nach traumatisierenden Erlebnissen unter der Rubrik **F43 „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“** geführt. Erläutert wird, dass es zu einer solchen Störung kommen kann, wenn ein besonders belastendes Ereignis das Leben eines Menschen erschüttert oder, wenn eine negative Veränderung langanhaltende Folgen sowie eine Störung der Anpassung nach sich zieht. Es wird darauf hingewiesen, dass belastende Situationen auch zu anderen psychischen Störungen, die anschließend benannt werden, führen können. Trotzdem ist wesentliches Merkmal das des direkten Zusammenhangs zwischen dem Eintreten des belastenden, traumatisierenden Ereignisses sowie der daraus entstandenen Störung. Entscheidend ist also die Kausalität: Wäre das Ereignis nicht aufgetreten, würde eine entsprechende Störung nicht entstehen⁷⁰. „Die Störungen [...] können insofern als Anpassungsstörungen bei schwerer oder kontinuierlicher Belastung angesehen werden, als sie erfolgreiche Bewältigungsstrategien behindern und aus diesem Grunde zu Problemen der sozialen Funktionsfähigkeit führen“⁷¹. Die Klassifizierung unter F43 wird zudem noch einmal in F43.0 „Akute Belastungsreaktion“, F43.1. „Posttraumatische Belastungsstörung“, F43.2 „Anpassungsstörungen“, F43.8 „Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung“ sowie F43.9 „Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet“ untergliedert⁷². Diese verschiedenen Eingruppierungen werden im Folgenden näher beschrieben.

F43.0 Akute Belastungsreaktion

Die akute Belastungsreaktion wird in der ICD-10 als eine Reaktion beschrieben, welche als Folge eines belastenden Erlebnisses - physisch oder psychisch – auftritt und die nach einiger Zeit wieder abklingt. Hierbei sind die Vulnerabilität sowie die individuellen Strategien zur Bewältigung von besonderer Bedeutung. Die signifikanten Merkmale beginnen mit einer Einschränkung des Bewusstseins sowie einer verminderten Aufmerksamkeitsfähigkeit. Zudem können Reize nur noch begrenzt wahrgenommen und verarbeitet werden. Eine Desorientierung ist ebenfalls kennzeichnend. Unterschiedliche Auswirkungen können daraus resultieren: Zunehmende Zurückgezogenheit, ein Gefühl der inneren Unruhe oder eine „Überaktivität“. Begleitet werden diese Zustände häufig durch verschiedene körperliche Reaktionen, wie beispielsweise Herzrasen oder Schwitzen. Insgesamt treten die Symptome kurz nach dem ausschlaggebenden Erlebnis auf,

⁶⁸ vgl. URL 6

⁶⁹ vgl. URL 7

⁷⁰ vgl. URL 8

⁷¹ zit. ebd.

⁷² vgl. ebd.

halten vorwiegend wenige Stunden bis einige Tage an. Eine Veränderung der Diagnose sollte erfolgen, falls die aufgeführten Symptome länger andauern⁷³.

43.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Die posttraumatische Belastungsstörung tritt häufig nicht sofort, sondern verzögert, als Folge einer extremen Situation bzw. Belastung auf. Es spielt dabei keine Rolle, ob diese Situation von kürzerer oder längerer Dauer war, geprägt ist sie dadurch, dass sie bei fast jeder Person eine umfassende Hoffnungslosigkeit verursacht. Kennzeichnend für diese Störung ist das immer wiederkehrende Erleben der traumatisierenden Erfahrung, zum Beispiel durch Flashbacks oder Träume. Die Gefühle (wie Betäubtheit etc.), die während der belastenden Situation aufgetreten sind, werden ebenfalls immer wieder er- und durchlebt. Zudem ziehen sich die Betroffenen immer mehr aus dem sozialen Umfeld zurück, wirken teilnahms- und freudlos und vermeiden eventuell auslösende Ereignisse, um das erläuterte Wiedererleben sowie die Erinnerung an die belastende Situation zu umgehen. Schlafstörungen treten häufig in Verbindung mit Angstzuständen sowie Depressionen auf, welche mit Suizidgedanken einhergehen können. Der Verlauf ist mit wenigen Wochen bis Monaten angegeben, kann jedoch auch chronifizierend verlaufen und sich in einer Persönlichkeitsänderung manifestieren, welche unter F62.0 klassifiziert ist⁷⁴.

F43.2 Anpassungsstörungen

Wie der Name schon erahnen lässt, gelingt bei dieser Störung eine Anpassung nicht mehr. Das heißt es liegt eine Beeinträchtigung vor, welche das Leben insgesamt stark einschränkt. Ursächlich dabei kann eine Veränderung innerhalb des sozialen Umfelds, beispielsweise ein Todesfall, Trennungserfahrungen oder eine Veränderung innerhalb des Umfelds durch Fluchterlebnisse sein. Weitere Veranlassungen können etwa Krisen, das Erreichen des Rentenalters oder das Elternwerden sein. Wie bei der akuten Belastungsreaktion spielen auch hier die Vulnerabilität sowie die Strategien zur Bewältigung eine entscheidende Rolle. Bei dieser Störung können unterschiedliche Symptome auftreten, wie Ängste, depressive Zustände oder das Gefühl von Überforderung und Hilflosigkeit⁷⁵.

Bei Fällen, in denen Betroffene mit mehreren traumatischen Erlebnissen konfrontiert sind oder diese über einen langen Zeitraum andauern, treten komplexere Störungen auf, für die die aufgeführten Klassifizierungen allein nicht ausreichen. Sie werden als „komplexe Traumafolgestörungen“, „komplexe Präsentation einer PTBS“ oder „komplexe PTBS“ bezeichnet,

⁷³ vgl. URL 8

⁷⁴ vgl. ebd.

⁷⁵ vgl. ebd.

die jedoch keine allgemeingültigen Kriterien in der ICD-10 oder spezifische Bezeichnungen aufweisen⁷⁶.

Die **DSM-5-Klassifikation** wird vorwiegend im nordamerikanischen Raum verwendet und beinhaltet verschiedene Kapitel zu psychischen Erkrankungen. Herausgegeben wird er von der American Psychiatric Association. Inhaltlich ähneln sich ICD-10 sowie DSM-5⁷⁷. Das Kapitel „**Trauma- und belastungsbezogene Störungen**“ entstand in dieser Version des DSM neu und wird deshalb im Folgenden näher erläutert. Zudem werden die verschiedenen Kategorisierungen diesbezüglich dargestellt.

Einleitend heißt es in diesem Kapitel: „Trauma- und belastungsbezogene Störungen beinhalten Störungen, bei denen das Vorliegen eines traumatischen oder stressreichen Ereignisses explizit als diagnostisches Kriterium gefordert wird“⁷⁸. Zudem wird auf den engen Zusammenhang zu anderen Störungen (beispielsweise Angststörungen oder Zwangsstörungen) hingewiesen.

Dieses Kapitel des DSM-5 beginnt mit der Einordnung und den diagnostischen Kriterien der „**Reaktive[n] Bindungsstörung**“ sowie der „**Beziehungsstörung mit Enthemmung**“, welche sich auf das Kindesalter beziehen⁷⁹ und an dieser Stelle nur erwähnt werden sollen.

Die Erläuterungen zur „**Posttraumatische[n] Belastungsstörung**“ beginnt mit dem Hinweis, dass die dazugehörenden Kriterien ab dem Alter von sechs Jahren gelten. Es folgen mehrere Unterpunkte, die nach Buchstaben sortiert sind und wiederum verschiedene Unterkriterien beinhalten. Unter Buchstabe A wird eine Begegnung mit dem wirklichen bzw. drohenden Tod, einer schweren Verletzung oder sexueller Gewalt aufgeführt, welche durch verschiedene Arten stattfinden können: 1) Unmittelbares Erleben einer bzw. mehrerer traumatischer Situationen, 2) Eigenes Erleben einer bzw. mehrerer traumatischer Situationen bei anderen Betroffenen, 3) Die Kenntnis über ein oder mehrere traumatische Erlebnisse nahestehender Personen, wie Familienangehörige oder Freunde, 4) Extrem traumatische Erlebnisse, die Abneigungsgefühle hervorrufen, wie beispielsweise bei Ersthelfern, die menschliche Überreste bzw. Leichen finden oder Polizeibeamten, die mit Einzelheiten von Taten sexueller Übergriffe an Kindern konfrontiert sind. Unter Buchstabe B sind verschiedene Symptome aufgeführt, die nach einer oder mehreren traumatischen Situationen auftreten und ein Wiedererleben kennzeichnen: 1) Ein automatisches Wiedererleben der traumatischen Ereignisse, welches sich wiederholt, 2) Sich wiederholende und „belastende Träume“, die einen Zusammenhang zu den bedrohlichen Erlebnissen herstellen, 3) „Dissoziative

⁷⁶ vgl. Pausch, Matten 2018, S.8

⁷⁷ vgl. Haug 2017, S.129f.

⁷⁸ zit. Falkai, Wittchen 2015a, S.361

⁷⁹ vgl. ebd. S.361ff.

Reaktionen“, wie beispielsweise „Flashbacks“, die dazu führen, dass sich die Betroffenen so verhalten, als würde sich die traumatische Situation wiederholen, 4) Eine emotional andauernde Belastung, die durch innere oder äußere Reize hervorgerufen wird und sich auf die traumatischen Erlebnisse beziehen, 5) Körperliche Auswirkungen, die in Zusammenhang mit den traumatischen Erlebnissen stehen. Unter Buchstabe C ist die „Vermeidung von Reizen“, die in Verbindung mit den traumatischen Erlebnissen stehen und anschließend auftreten, aufgeführt. Die Symptome, die unter 1) und 2) aufgeführt werden, kennzeichnen diese Vermeidung: 1) Das Meiden bzw. Unterdrücken von Gedanken und Emotionen, die an die traumatische Situation erinnern, 2) Das Meiden von Menschen, Gegenständen, Orten etc. innerhalb der eigenen Umgebung, die an das traumatische Erlebnis erinnern. Unter Buchstabe D sind Veränderungen der Wahrnehmung sowie der emotionalen Verfassung aufgeführt, die in Verbindung mit dem traumatischen Erlebnis auftreten. Das heißt, sie stehen einerseits zeitlich mit dem Erlebnis in Zusammenhang, andererseits treten mindestens zwei der unter den Ziffern 1) bis 7) aufgeführten Symptomen auf: 1) Durch dissoziative Amnesie können bestimmte Aspekte der traumatischen Situation nicht erinnert werden, 2) Andauernde und überhöhte, negative Annahmen und Vorstellungen sich selbst gegenüber, auf andere Menschen bezogen oder auf die Welt gerichtet, 3) Verzerrte Wahrnehmung bezüglich der Hintergründe sowie Auswirkungen der traumatischen Erlebnisse, die zu Schuldzuweisungen sich selbst oder anderen Menschen gegenüber führen, 4) Bestehendes negativ emotionales Befinden, 5) Auffallend reduzierte Motivation für erforderliche Tätigkeiten, 6) Unbewusste Distanzierung und damit verbundene negative Emotionen, 7) Positive Emotionen können nicht zugelassen werden. Unter Buchstabe E sind merkliche „Veränderungen des Erregungsniveaus“ sowie des emotionalen Zustandes zusammengefasst, die in Verbindung mit dem traumatischen Erlebnis stehen. Auch hier müssen zwei oder mehrere Symptome zutreffen: 1) Aufbrausendes und unbeherrschtes Verhalten ohne erkennbare Gründe, welches sich durch Aggressivität (verbal oder körperlich) zeigt, 2) Gewagtes oder „selbstzerstörerisches Verhalten“, 3) Angespanntes und übertrieben wachsame Verhalten, 4) Überhöhtes schreckhaftes Verhalten, 5) Beeinträchtigungen bezüglich der Konzentrationsfähigkeit, 6) Beeinträchtigungen bezüglich des Ein- bzw. Durchschlafens. Unter Buchstabe F ist die zeitliche Angabe von mindestens einem Monat aufgeführt, die sich auf die Symptome, die unter den oben genannten Buchstaben B bis E aufgeführt sind, beziehen. Unter Buchstabe G sind gesundheitliche Beschwerden und Beeinträchtigungen aufgeführt, die die privaten sowie beruflichen Bereiche des Lebens der Betroffenen beeinflussen. Unter H ist der Hinweis verfasst, dass die aufgeführten Beeinträchtigungen nicht durch etwaige Substanzen (z.B. Drogen) oder andere Erkrankungen entstanden sind. Es folgt der Zusatz „Bestimme ob:“ Ein dissoziatives Krankheitsbild vorliegt, welches durch folgende Anzeichen gekennzeichnet ist: 1) „Depersonalisation“ (Selbstentfremdung), 2) „Derealisation“ (Wahrnehmungsstörung). Zudem kann

es zu einem verzögerten Auftreten einzelner Symptome nach sechs Monaten kommen. Es folgt die Darstellung der Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Kindern unter sechs Jahren⁸⁰, die hier nur erwähnt wird. Nach den diagnostischen Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung folgen in dem Kapitel des DSM-5 Erläuterungen zu Merkmalen, Vorkommen, Entwicklung sowie Verlauf und anderen detaillierten Beschreibungen diesbezüglich⁸¹. Um den Rahmen dieser Arbeit einzugrenzen, wird hier darauf hingewiesen, jedoch nicht näher darauf eingegangen. Wichtig ist anzumerken, dass Differenzialdiagnosen möglich sind und im DSM betont werden. Hierzu gehören „Anpassungsstörungen“, „Andere Posttraumatische Störungen und Zustände“, „Akute Belastungsstörung“, „Angststörungen und Zwangsstörung“, „Depressive Störungen“, „Persönlichkeitsstörungen“, „Dissoziative Störungen“, „Konversionsstörung (Störung mit Funktionellen Neurologischen Symptomen)“, „Psychotische Störungen“ sowie „Schädel-Hirn-Trauma“⁸².

In dem Kapitel „Trauma- und belastungsbezogene Störungen“ werden zudem die **„Akute Belastungsstörung“** sowie **„Anpassungsstörungen“** erläutert. Die diagnostischen Kriterien dieser beiden Störungen werden im Folgenden erläutert:

„Akute Anpassungsstörung“: Die Kriterien dieser Störung sind, wie auch bei der Posttraumatischen Belastungsstörung, durch Buchstaben gekennzeichnet. Unter Buchstabe A ist die Konfrontation mit dem Tod bzw. dem drohenden Tod, körperlichen Schäden oder Gewalt durch sexuelle Übergriffe aufgeführt. Diese werden in mehrere Kategorien unterschieden: 1) Die unmittelbare Erfahrung einer oder mehrerer traumatischer Situationen, 2) Das Miterleben einer oder mehrerer traumatischer Situationen bei anderen Menschen, 3) Die Kenntnis darüber, dass ein Familienangehöriger oder naher Freund mit einem traumatischen Erlebnis konfrontiert wurde, wobei der (drohende) Tod durch einen Unfall oder Gewalt verursacht wurde, 4) Die wiederkehrende Auseinandersetzung mit Abneigungsgefühlen, die durch Einzelheiten einer oder mehrerer traumatischer Erlebnisse entstehen. Ausgenommen ist die Auseinandersetzung aufgrund bedrohlicher Situationen durch digitale Medien. Es sei denn dies geschieht berufsbedingt. Nach Buchstabe B ist aufgeführt, dass mindestens neun Symptome aus den aufgeführten Kategorien erfüllt sein müssen: „Wiedererleben“: 1) Sich wiederholende auftretende Gedanken, die mit dem traumatischen Erlebnis in Verbindung stehen, 2) Sich wiederholende auftretende Träume, die mit dem traumatischen Erlebnis in Verbindung stehen, 3) „Dissoziative Reaktionen“, wodurch sich die Betroffenen wieder in das traumatische Erlebnis zurückversetzt fühlen und ihr Verhalten oder ihre Gefühle sich wieder der Situation anpassen, 4) Ausgeprägte oder dauerhafte psychische Beeinträchtigungen, die durch bestimmte Reize auftreten, die an das traumatische Erlebnis

⁸⁰ vgl. Falkai, Wittchen 2015a, S.369ff.

⁸¹ vgl. ebd. 373ff.

⁸² zit. ebd. S.380f.

erinnern. „Negative Affektivität“: 5) Keine positiven Emotionen wahrzunehmen. „Dissoziative Symptome“: 6) Bewusstsein bezüglich der Umgebung oder der eigenen Person ist verändert (z.B. ist die zeitliche Wahrnehmung der Betroffenen verändert), 7) Erinnerungslücken in Bezug auf bestimmte Gegebenheiten der traumatischen Situationen, unabhängig von einer Verletzung am Kopf oder etwaigen Substanzen. „Vermeidung“: 8) Meiden bzw. der Versuch des Meidens von Erinnerungen, Empfindungen oder Emotionen, die im Zusammenhang mit den traumatischen Erlebnissen stehen, 9) Meiden von Personen, Dingen oder bestimmten Umgebungen, die einen Zusammenhang zu den traumatischen Erlebnissen herstellen. „Erhöhtes Arousal“ (Erregung): 10) Beeinträchtigungen bezüglich des Ein- bzw. Durchschlafens, 11) Aufbrausendes und unbeherrschtes Verhalten ohne erkennbare Gründe, welches sich durch Aggressivität (verbal oder körperlich) zeigt, 12) Angespanntes und übertrieben wachsame Verhalten, 13) Beeinträchtigungen der Konzentrationsfähigkeit, 14) Überhöhtes schreckhaftes Verhalten. Unter Buchstabe C ist die Dauer der aufgeführten Beeinträchtigung zwischen drei Tagen und einem Monat nach der traumatischen Situation, angegeben⁸³.

Die diagnostischen Kriterien von „**Anpassungsstörungen**“ sind ebenso durch Buchstaben unterteilt: Unter Buchstabe A ist die Entstehung von emotionalen und verhaltensbezogenen Anzeichen aufgrund von „Belastungsfaktoren“, die im Laufe von drei Monaten nach Eintritt der Belastung in Erscheinung treten, aufgeführt. Die Erläuterungen nach Buchstabe B beziehen sich auf die klinische Gültigkeit, wenn eines oder beide der Merkmale unter Punkt 1) und 2) erfüllt sind: 1) „Deutliches Leiden“, das in direkter Verbindung mit der Belastung steht und diese negativ beeinflusst, 2) „Bedeutsame Beeinträchtigung“, die sich auf das private sowie berufliche Umfeld auswirkt. Unter Buchstabe C wird festgelegt, dass diese Beeinträchtigung in keinem Zusammenhang mit einer anderen psychischen Erkrankung steht oder Kriterien dieser erfüllt. Eine Abgrenzung zu einer vorübergehenden „Trauerreaktion“ wird unter Buchstabe D aufgeführt. Eine Eingrenzung auf einen zeitlichen Rahmen von sechs Monaten nach Beendigung des belastenden Erlebnisses bzw. deren Folgen wird unter Buchstabe E beschrieben⁸⁴. Es folgen zusätzliche Kriterien, die bestimmt werden können und Bezug auf die Diagnose F43 des ICD-10 nehmen. Diese werden nachfolgend benannt, jedoch nicht detailliert beschrieben: „Mit Depressiver Stimmung“, „Mit Angst“, „Mit Angst und Depressiver Stimmung, Gemischt“, „Mit Störung des Sozialverhaltens“, „Mit Störung der Emotionen und des Sozialverhaltens, Gemischt“, „Nicht Näher Bezeichnet“. Zudem sollen die Kriterien „Akut“ und „Andauernd (Chronisch)“ eingeschätzt werden⁸⁵.

⁸³ vgl. Falkai, Wittchen 2015a, S.382ff.

⁸⁴ vgl. ebd. S.391

⁸⁵ zit. ebd. S.391f.

Des Weiteren werden im DSM-5 **„Andere Näher Bezeichnete Traumata- und Belastungsbezogene Störungen“** sowie **„Nicht Näher Bezeichnete Trauma- und Belastungsbezogene Störungen“** aufgeführt. Sie gelten für eine Störung, bei der Symptome durch traumatische Erlebnisse nachweislich sind, eine klinisch belegbare Belastung vorliegt und die Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche hat, jedoch nicht alle Merkmale für eine „Trauma- und Belastungsbezogene Störung“ gegeben sind. Die Kategorie „Nicht Näher Bezeichnete Trauma- und Belastungsbezogene Störung“ dient dem Diagnostiker bzw. der Diagnostikerin dazu, eine Begründung für das Nichterfüllen aller relevanten Kriterien anzugeben. Beispielsweise können sich die Gründe dabei auf eine länger andauernde oder eine später einsetzende Beeinträchtigung beziehen. Die Kategorie „Nicht Näher Bezeichnete Trauma- und Belastungsbezogene Störung“ wird angeführt, wenn keine Begründung bezüglich des Nichterfüllens aller Kriterien angegeben wird⁸⁶.

2.2 Möglichkeiten der Diagnostik

Der Begriff „Diagnose“ leitet sich von dem griechischen Wort „diagnosis“ ab, das mit „unterscheiden“ bzw. „durch und durch erkennen“ übersetzt werden kann. Da Mediziner*innen sowie Therapeut*innen Diagnosen stellen und bestimmen, entsteht eine Diskrepanz zwischen diesen als Experten bzw. Wissenden und Laien als Unwissenden⁸⁷. Im späteren Verlauf, dem Kapitel über Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten, wird auf diesen Punkt noch einmal Bezug genommen.

Im Hinblick auf Mess- und Diagnoseinstrumente bei Erwachsenen finden vorwiegend klinische Interviews Anwendung, die die erläuterten Klassifikationssysteme aufgreifen und das Ziel verfolgen, die jeweiligen Symptome zu erfragen. Um diese Interviews durchzuführen und somit eine Diagnose stellen zu können, sind entsprechende Kenntnisse bezüglich der Durchführung sowie des Wissens zu verschiedenen Traumata-Arten und deren Folgen essentiell⁸⁸. Winfried Rief und Nikola Stenzel geben einen Überblick der häufig verwendeten Interviews:

- ◆ **„Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I; Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997)“**

Das Interview bezieht sich primär auf den DSM. Gleichzeitig liegt ein zweites Interview (SKID-II) zur Erhebung von Persönlichkeitsstörungen vor. Voraussetzung zur Anwendung sind spezielle klinische Erfahrungen.

- ◆ **„Composite International Diagnostic Interview (CIDI; WHO, 1990)“**

Dieses Diagnoseinstrument nimmt sowohl auf die ICD-, als auch auf die DSM-Klassifizierung Bezug, ist jedoch in der Durchführung aufwendig. Eine besondere Expertise ist für die

⁸⁶ vgl. Falkai, Wittchen 2015a, S.395f.

⁸⁷ vgl. Heiner 2001, S.253

⁸⁸ vgl. Tagay 2012, S.93

Anwendung des Interviews nicht nötig, ausreichend ist eine spezielle Ausbildung in Bezug auf dieses Diagnoseverfahren.

- ◆ **„Diagnostic Interview Schedule (DIS; Compton & Cottler, 2004), Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN; Wing et al., 1990)“**

Das erst genannte Diagnoseinstrument (DIS) gilt als standardisiert und kann ebenso wie das CIDI nach einer speziellen Schulung durchgeführt werden. Das SCAN erfasst sowohl die häufigsten psychischen Erkrankungen, als auch eine detaillierte Beschreibung verschiedener Symptomatiken.

- ◆ **„Diagnostisches Interview für Psychische Störungen (DIPS; Schneider % Margraf, 2006, deutsche Version des ADIS; Grisham, Brown, & Campbell, 2004)“**

Dieses Diagnoseverfahren hat seinen Ursprung in der Angstforschung, wurde jedoch auf weitere psychische Störungen übertragen.

Als Ergänzung dazu erarbeitete Jürgen Margraf 1994 eine Kurzversion (Mini-DIPS), um den sonst relativ großen Aufwand der Diagnostik zu minimieren. Auch die internationalen Diagnose-Checklisten (IDCL) von ICD und DSM können alternativ angewandt werden. Diese Verfahren gelten als „ökonomische Kurzverfahren“⁸⁹. Sefik Tagay ergänzt Screening- bzw.

Selbstbeurteilungsverfahren, die zügigere Methoden darstellen, zudem kostensparender und validiert seien. Diese Verfahren berücksichtigen verschiedene Symptomatiken, Vorkommen von Symptomen, die jeweilige Intensität sowie das Ausmaß der Störung. Allerdings unterscheiden sie sich gleichzeitig in diesen Kategorien auffallend und sind somit für keine vorrangige Diagnostik anwendbar. Außerdem findet eine externe Validierung dieser Verfahren häufig nicht statt, da sie sich einerseits auf eine geringe Anzahl Betroffener stützt (bspw. Soldaten, die den Vietnamkrieg überlebten) und andererseits nur bestimmte Kriterien der ICD und des DSM berücksichtigt werden. Die Screening- bzw. Selbstbeurteilungsverfahren können demzufolge nur Anhaltspunkte in Bezug auf psychische Störungen geben. Der Überprüfung von diagnostizierten Erkrankungen während der therapeutischen Behandlung können sie dennoch dienen⁹⁰.

Tabelle 3 zeigt eine Auswahl an international anerkannten Selbstbeurteilungsverfahren.

⁸⁹ vgl. Rief, Stenzel 2012, S.13f.

⁹⁰ vgl. Tagay 2012, S.93ff.

Fragebögen	Kürzel	Autor, Land		Jahr
The Mississippi Scale	TMS	Keane et al., USA		1988
The Penn Inventory	PI	Hammarberg, USA		1992
The Minnesota Multiphasic Personality Inventory	MMPI-2	Butscher et al., USA		1989
Keane PTSD Scale	PK	Keane et al., USA		1994
Self-Rating Scale for PTSD	SRS-PTSD	Carlier et al., USA		1998
PTSD-Symptom Scale-Self Report-Revised	PSS-SR-R	Steil u. Ehlers, USA		1992
Traumatic Stress Schedule	TSS	Norris, USA		1990
Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire	PDEQ	Marmar et al., USA		1995
Traumatic Events Questionnaire	TEQ	Vrana u. Lauterbach, USA		1994
Trauma History Questionnaire	THQ	Green et al., USA		1995
PTSD-Checklist	PCL-C	Weathers u. Litz, USA		1994
Traumatic Life Events Questionnaire	TLEQ	Kubany, USA		1995
Posttraumatic Stress Diagnostic Scale	PDS	Foa et al., USA		1997
Impact of Event Scale-Revised	IES-R	Weiss u. Marmar, USA		1997
Posttraumatic Stress Scale	PTSS-10	Holen et al., USA		1983
Kölner Trauma-Inventar	KTI	Fischer u. Schedlich, D		1996
Aachener Fragebogen zur Traumaverarbeitung	AFT	Flatten et al., D		1998
Essener Trauma-Inventar	ETI	Tagay et al., D		2007

Tabelle 1: Standardisierte Fragebögen für Erwachsene (eine Auswahl) (Tagay 2012, S.94)

Die hier aufgezeigte Auswahl lässt die Vielzahl an entwickelten Selbstbeurteilungsverfahren erahnen. Von den in der Tabelle aufgeführten Verfahren werden im deutschsprachigen Raum vorzugsweise folgende angewendet: „Impact of Event Scale-Revised“ (IES-R) bzw. „Skala zur Erfassung von Ereignisbelastungsreaktionen“, „PTSD-Symptom Scale-Self Report-Revised“ (PSS-SR-R), „Posttraumatic Stress Diagnostic Scale“ (PDS), „Essener Trauma-Inventar“ (ETI), „Posttraumatic Stress Scale (PTSS-10) und andere⁹¹. Eine ausführliche Darstellung der genannten Verfahren kann diese Arbeit nicht leisten. Auszüge verschiedener Fragebögen sind beispielsweise in Maercker (2013) sowie eine Darstellung an Diagnoseverfahren bei Kindern und Jugendlichen bei Huber (2012) abgebildet.

Irvin D. Yalom gibt zu bedenken, dass das Bestimmen von Diagnosen auch problematisch sein kann. So ist die Gefahr, dass ein Mensch auf seine bzw. ihre Diagnose beschränkt wird groß. Er bezeichnet

⁹¹ vgl. Maercker 2013, S.105

diagnostische Kategorien als „willkürlich“, wodurch die Individualität der Klient*innen häufig nicht mehr wahrgenommen wird. Umso wichtiger ist es, dies in Psychotherapien und Beratungen zu reflektieren und den Blick auf die Gesamtheit des Menschen zu öffnen⁹².

3. Entstehungsprozess eines Traumas

Dieses dritte Kapitel beginnt mit dem Abschnitt 3.1 „Auslösende Faktoren und Ursachen“ in Bezug auf Traumata. Hierzu werden unterschiedliche Darstellungen von Trauma-Arten erläutert, wobei zunächst die durch Naturkatastrophen, anschließend die durch Menschen verursachten Traumata beleuchtet werden.

Ein Exkurs zum Thema „Täterschaft“ veranschaulicht die Perspektive des Täters/der Täterin.

Weitere Trauma-Arten werden erläutert: Existenz-, Verlust-, Symbiose-/ Bindungs- sowie Bindungssystemtraumata. Zudem wird anhand der Tabelle 2 eine weitere Darstellungsmöglichkeit von Trauma-Arten aufgezeigt.

Die Prävalenz (Abschnitt 3.2) sowie Vorgänge innerhalb einer akuten Traumasituation (Abschnitt 3.3) und deren Folgen (Abschnitt 3.4) werden anschließend in den Fokus gestellt.

3.1 Auslösende Faktoren und Ursachen

Ein Trauma kann sehr verschieden entstehen, sich unterschiedlich entwickeln und als Auswirkung zahlreiche Symptome hervorbringen. Als Konsequenz können diese Traumata vielfältig bewältigt werden, so dass es im Vorfeld wichtig ist, diese Arten zu unterscheiden. Trauma-Arten werden beispielsweise nach den Entstehungsursachen differenziert: durch Naturkatastrophen oder durch menschlichen Einfluss („man-made-disasters“). Weitere Einteilungsmöglichkeiten sind Traumata, die durch Gewalt und die, die nicht durch Gewalt verursacht werden oder Traumata, die durch Beziehungen sowie die, die nicht durch Beziehungen beeinflusst sind. Außerdem gibt es „Monotraumata“, welche auf ein Einzelerlebnis schließen lassen und „Komplextraumatisierungen“, die durch einen andauernden Zustand gekennzeichnet sind⁹³.

Da die erst genannte Kategorisierung in der Literatur häufig zu finden ist, werden an dieser Stelle zunächst die Traumata, die durch Naturkatastrophen und anschließend die, die durch menschlichen Einfluss verursacht werden näher erläutert:

Durch Naturkatastrophen verursachte Traumata

Gemäß dieser Kategorie werden Traumata durch die Gewalt der Natur verursacht. Konkret kann sich dies beispielsweise in Form von Erdbeben, Blitzen und Feuer oder Stürmen äußern. Aber auch

⁹² vgl. Yalom 2016, S.200

⁹³ vgl. Ruppert 2013, S.97f.

Krankheitserreger, die sich innerhalb der Bevölkerung übertragen, können zu traumatischen Erlebnissen führen. Betroffen sind dann häufig ganze Orte oder größere Bereiche. Die Auswirkungen von Naturgewalten führen jedoch auch zu Solidarisierung der Bevölkerung und innerhalb dieser vermehrt zu Unterstützung und Hilfe für die Betroffenen⁹⁴.

Durch Menschen verursachte Traumata

Diese werden im Englischen unter „man-made-disasters“ geführt und beinhalten beispielsweise Misshandlungen (sexuell, körperlich), Gewalt (auch innerhalb der Familie), Kriminalität oder Folter. Die Ereignisse während der Massenvernichtungen in der NS-Zeit zählen ebenfalls zu dieser Kategorie⁹⁵. Diese Traumata, welche grundlegend durch Menschen verursacht werden, wirken laut Luise Reddemann und Cornelia Dehner-Rau gravierender als Traumata, deren Ursachen durch Naturkatastrophen ausgelöst werden. Sie begründen dies mit der Erschütterung des Vertrauens sowie die dadurch entstehende Hilflosigkeit der Betroffenen, welche als traumatisierend erlebt und als persönliche Kränkung verstanden werden⁹⁶. Franz Ruppert führt folgende mögliche Erklärungen für die Ausübung von Gewalt an: Gewalt wird angewendet, um beispielsweise ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Eine große Rolle spielen hierbei sowohl das Erlangen von (viel) Geld, als auch von Machtpositionen. Andererseits kann Gewalt auch eingesetzt werden, um sich oder sein Eigentum zu verteidigen⁹⁷. „Die Gefahr beim Einsatz von Gewalt ist jedoch immer, dass sie zu Traumatisierungen aufseiten der Täter wie der Opfer führt und damit eine Gewaltspirale in Gang setzt“⁹⁸, weshalb der folgende Exkurs die Haltung des „Täters“ in den Blick nimmt.

Exkurs: Täterschaft

Neuste Forschungsergebnisse zeigen einen Zusammenhang zwischen Straftätern mit psychischen Auffälligkeiten und deren selbst erlebten Traumata, wie beispielsweise eine Studie von Harald J. Freyberger, Carsten Spitzer, Cathrin Chevalier und Michael Gillner. 32 psychisch kranke Straftäter wurden im Blick auf ihre eigenen Erfahrungen mit Missbrauch und Vernachlässigung innerhalb der Kindheit untersucht. Das Fazit überrascht wenig: Je mehr Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen psychisch kranke Straftäter in ihrer Kindheit machten, umso häufiger wird die Prognose einer komplexen Traumafolgestörung gestellt⁹⁹. Franz Ruppert nennt in diesem

⁹⁴ vgl. Ruppert 2014, S.21

⁹⁵ vgl. Maercker 2013, S.16

⁹⁶ vgl. Reddemann, Dehner-Rau 2013, S.10

⁹⁷ vgl. Ruppert 2014, S.22

⁹⁸ zit. ebd. S.22

⁹⁹ vgl. Freyberger u.a. 2009, S.42ff.

*Zusammenhang zwei wesentliche ICD- bzw. DSM-Diagnosen, die bei Täter*innen häufig ermittelt werden: Die dissoziale sowie die narzisstische Persönlichkeitsstörung¹⁰⁰.*

Eine dissoziale Persönlichkeitsstörung (siehe Kapitel 3.4.2) wird bei Personen diagnostiziert, die sich sozialen Normen widersetzen und gefühlloses Verhalten gegenüber anderen zeigen. Zudem ist eine Beeinflussung durch z. B. Bestrafungen zwecklos. Geringe Frustrationstoleranz sowie aggressives, gewalttätiges Verhalten und das Beschuldigen anderer sind zudem Merkmale der ICD-Klassifikation nach der Diagnose F60.2¹⁰¹.

Die narzisstische Persönlichkeitsstörung wird im DSM-5 dargelegt. Demnach haben Menschen mit dieser Persönlichkeitsstörung ein außergewöhnliches Bedürfnis nach Bewunderung sowie eine eingeschränkte Empathiefähigkeit¹⁰². Zudem müssen mindestens fünf der folgenden Faktoren erfüllt sein:

- I. „Hat ein grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit [...].*
- II. Ist stark eingenommen von Fantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Glanz, Schönheit und idealer Liebe.*
- III. Glaubt von sich, „besonders“ und einzigartig zu sein und nur von anderen besonderen oder angesehenen Personen (oder Institutionen) verstanden zu werden oder nur mit diesen verkehren zu können.*
- IV. Verlangen nach übermäßiger Bewunderung.*
- V. Legt ein Anspruchsdenken an den Tag (d.h. übertriebene Erwartungen an eine besonders bevorzugte Behandlung oder automatisches Eingehen auf die eigenen Erwartungen).*
- VI. Ist in zwischenmenschlichen Beziehungen ausbeuterisch (d.h. zieht Nutzen aus anderen, um die eigenen Ziele zu erreichen).*
- VII. Zeigt einen Mangel an Empathie: Ist nicht willens, die Gefühle und Bedürfnisse anderer zu erkennen oder sich mit ihnen zu identifizieren.*
- VIII. Ist häufig neidisch auf andere oder glaubt, andere seien neidisch auf ihn/sie.*
- IX. Zeigt arrogante, überhebliche Verhaltensweisen oder Haltungen“¹⁰³.*

Franz Ruppert zieht diesbezüglich Parallelen sowohl zu Adolf Hitler, Diktator des Deutschen Reiches (1933-1945), sowie zu Anders Behring Breivik, der 2011 Anschläge in Oslo und der Insel Utøya beging. Beiden weisen Charakterzüge einer dissozialen Persönlichkeitsstörung bzw. einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung auf. Trotzdem weist Franz Ruppert darauf hin, dass die

¹⁰⁰ vgl. Ruppert 2013, S.243

¹⁰¹ vgl. URL 9

¹⁰² vgl. Falkai, Wittchen 2015, S.369

¹⁰³ zit. ebd. S.369f.

Betroffenen womöglich auch eine andere, sympathische Seite haben, die dem Bild, welches durch ihre Taten geprägt ist, widerspricht¹⁰⁴. Was führt also zu dieser Persönlichkeitsstörung? Wie wird ein Mensch zu jemandem, der solche Taten vollbringt? „Das Verhalten von Tätern wie Breivik und Hitler lässt [...] bei näherer Betrachtung durchaus erkennen, dass ihre wirren Gedankenkonstrukte und ihre destruktiven Verhaltensweisen Ausdruck ihrer verwirrten und abgespalteten Gefühlszustände sind, die sie aus ihrer Kindheit mit sich herumschleppen“¹⁰⁵. Das heißt ihre Kindheit war durch eine emotionale Instabilität geprägt. Die Eltern konnten ihnen keinen Halt oder Orientierung geben, so dass die Fähigkeit zum Mitgefühl sowie der Umgang mit Gefühlen wie beispielsweise Wut und Trauer nicht gelernt wurde. Demzufolge lassen sie Gefühle nicht zu, wenn sie anderen Menschen schaden oder sie töten¹⁰⁶. Robert Scaer unterstützt diese Aussage: „Dissoziation wird zwar häufig als eine Art Betäubung der Emotionen und Wahrnehmungen charakterisiert, ist aber alles andere als ein angenehmer Zustand“¹⁰⁷. Dies steht mit „Anhedonie“, was mit Empfindungslosigkeit der Betroffenen einhergeht und mit „Abulie“, einem Erleben von Gleichgültigkeit sowie Willenlosigkeit, in Zusammenhang¹⁰⁸.

„Indem Breivik andere Kinder gnadenlos erschießt, versucht er stellvertretend sein eigenes verzweifelteres inneres Kind zu töten“¹⁰⁹. Zurück bleiben Schuld- und Schamgefühle sowie Angst rechtlich für die Taten belangt zu werden, woraufhin so genannte „Täterhaltungen“ geschaffen werden. Zu ihnen zählen, dass die Tat verleugnet wird, Gewalt sowie Aggressionen verharmlost oder soziale Verantwortung als Begründung für die Taten angegeben werden, nach dem Motto: „Ich habe nur meine Arbeit gemacht“¹¹⁰.

Darüber hinaus kann bei einer Straftat nicht nur das Opfer traumatisiert werden. Auch der Täter bzw. die Täterin kann durch die Anwendung von Gewalt, sexuelle Übergriffe, die Verletzungen des Opfers sowie durch das Ausmaß und den möglicherweise langen Zeitraum des An- bzw. Übergriffs massiven Stress ausgesetzt sein. Dies kann eine posttraumatische Belastungsstörung zur Folge haben¹¹¹. Im deutschsprachigen Raum gibt es dazu eine Studie, die unter dem Titel „Dissoziative Erfahrungen während der Straftat bei forensisch-psychiatrischen Patienten – eine Pilotstudie“¹¹² steht. Anhand von verschiedenen Fragebögen und diagnostischen Interviews wurden 19 Patienten im Maßregelvollzug aus Stralsund untersucht. 74% weisen wenigstens ein Symptom einer dissozialen Persönlichkeitsstörung auf und bis 24 Stunden nach der jeweiligen Straftatbegehung eine

¹⁰⁴ vgl. Ruppert 2013, S.243f.

¹⁰⁵ zit. ebd. S.247

¹⁰⁶ vgl. ebd. S.247

¹⁰⁷ zit. Scaer 2014, S.219

¹⁰⁸ vgl. ebd. S.2019

¹⁰⁹ zit. Ruppert 2013, S.247

¹¹⁰ vgl. ders. 2014, S.25

¹¹¹ vgl. Hahn 2015, S.189

¹¹² vgl. Dudeck u.a. 2007

dissoziative Amnesie, d.h. die Täter erleben die Straftat selbst als einen automatischen Vorgang, den sie nicht beeinflussen können¹¹³. Zudem nehmen sie die Tat als unreal und unwirklich wahr und als eine „Spaltung zwischen erlebendem und beobachtendem Ich, die sich auf Symptomebene als vielfältige Entfremdungserlebnisse wie Depersonalisation [...] Verwirrung, Desorientierung, Veränderungen in der Schmerzwahrnehmung und des Körperbildes äußern“¹¹⁴. Aus diesem Grund weisen die Autoren der Studie auf die Signifikanz von Dissoziationen bei Straftätern hin¹¹⁵.

Nach diesem Exkurs werden anschließend an die Abschnitte „Durch Naturkatastrophen verursachte Traumata“ sowie „Durch Menschen verursachte Traumata“ weitere Trauma-Arten aufgeführt und somit an die Ausführungen im Abschnitt 3.1. „Auslösende Faktoren und Ursachen“ angeknüpft.

Franz Ruppert differenziert aus „...pragmatischen Gründen [...] folgende vier Formen von Traumata:

- ◆ Existenztraumata,
- ◆ Verlusttraumata,
- ◆ Symbiose-/Bindungstraumata
- ◆ und Bindungssystemtraumata“¹¹⁶.

Existenztraumata

Unter diesem Begriff verbirgt sich ein Ereignis, das von einer Bedrohung des eigenen Lebens geprägt ist, also die eigene Existenz bedroht und durch Menschen-, Tier- oder Naturgewalt verursacht wird. Hierzu zählen zum Beispiel Waffengewalt, der Angriff eines Tieres, ein Anschlag mittels eines Autos oder die Bedrohung durch Feuer, Wasser, Wind etc. Menschen geraten beispielsweise in einen Zustand der Panik und Todesangst, so dass daraus ein Abspaltungsmechanismus ausgelöst wird, welcher die Handlungsfähigkeit stark einschränkt. Wie bereits in dem Abschnitt über neurowissenschaftliche Erkenntnisse beschrieben, dient die Abspaltung dazu, der lebensbedrohenden Situation zu entkommen und äußert sich u.a. durch eine „Schockstarre“ sowie die Vorstellung den eigenen Körper zu verlassen und das Geschehen von außen zu betrachten¹¹⁷.

¹¹³ vgl. Dudeck u.a. 2007, S.36

¹¹⁴ zit. ebd. 2007, S.37

¹¹⁵ vgl. ebd. 2007, S.38ff.

¹¹⁶ zit. Ruppert 2013, S.98

¹¹⁷ vgl. ebd. S.98f.

Verlusttraumata

Bindungen sind für Menschen enorm wichtig. Verschiedene Studien und Versuche zeigen, dass es bei Säuglingen zu starken Einschränkungen des Wachstums kommen kann oder sogar zum Tod führt, wenn ein Mangel an Zuwendung und Liebe in der Kindheit besteht.¹¹⁸

Ein Verlusttrauma bezieht sich auf eine Trennung bzw. den Verlust eines nahestehenden Menschen. Als Beispiel kann hier der Tod eines Kindes genannt werden, welcher die Mutter in eine schwere Krise stürzt. Gleichsam kann auch der Verlust eines Menschen, wie zum Beispiel der Tod der eigenen Eltern oder von Freund*innen gemeint sein. Auch hier kann es durch Verlassenheits- und Todesängste zu einer Abspaltung dieser Gefühle kommen, was Gefühllosigkeit zur Folge hat. Dieser Zustand wird von Betroffenen als unerträglich wahrgenommen, wodurch es zu „psychischen Überlebensmechanismen“ kommt. Die betreffende Situation wird in Gedanken immer wieder durchdacht (nach dem Motto: Was wäre, wenn...) und es entstehen häufig Gefühle der Schuld, beispielsweise in dieser Situation nicht eingegriffen zu haben. Es kommt zu einer scheinbaren Realität, in der Veränderungen möglich sind und die verunglückte Person noch am Leben ist¹¹⁹.

Symbiose- und Bindungstrauma

„Bei einem Symbiosetrauma scheitert ein Kind daran, eine gesunde symbiotische Beziehung zu seinen Eltern und insbesondere zu seiner Mutter aufzubauen“¹²⁰. Die Gründe dafür, weswegen die Bindung zwischen Eltern und Kind scheitert sind vielfältig. Eltern sind zum Beispiel auf ihre Karriere fixiert und fokussieren somit ihren beruflichen Werdegang oder sie stellen die Beziehung zu anderen Menschen in den Mittelpunkt. Andere haben selbst so große Schwierigkeiten (oder Traumata erlitten), woraufhin die Beziehung zu ihrem Kind darunter leidet. Die Versuche des Kindes eine Verbindung zu den Eltern herzustellen, führen zu keiner befriedigenden Reaktion, sondern verursachen bei dem Kind Irritationen sowie seelische Verletzungen. Die Bedürfnisse des Kindes nach Zuwendung und Liebe bleiben ungeachtet und werden nicht berücksichtigt. Wenn die Gründe für die abweisende Haltung der Mutter Folgen von traumatisierenden Erlebnissen sind, so ist womöglich auch der Vater von einem Trauma betroffen, denn nach Franz Ruppert suchen sich traumatisierte Menschen häufig einen Lebenspartner/eine Lebenspartnerin mit ähnlichen Erfahrungen¹²¹. Das Kind erleidet mit zwei traumatisierten Elternteilen aller Voraussicht erhebliche Schädigungen, die sich umfassend darlegen lassen und durch Studien nachweisbar sind. Es kann zu Beeinträchtigungen der Hirnentwicklung, der Beziehungsfähigkeit, der Selbstwahrnehmung oder zu

¹¹⁸ vgl. Gerrig, 2015, S. 402

¹¹⁹ vgl. Ruppert 2013, S. 100ff.

¹²⁰ zit. ebd. S. 105

¹²¹ vgl. ebd. S. 105f.

Leistungseinbußen kommen.¹²² Zudem ziehen Kinder aus dem Erlebten folgende Schlüsse, die häufig bis in das Erwachsenenalter bestehen bleiben:

- ◆ Abspaltung der eigenen Gefühle, wie Angst sowie Verzweiflung aufgrund eigener Hilf- und Machtlosigkeit
- ◆ Diverse Strategien des Überlebens werden aktiviert: Das Kind sieht die eigene Bedürftigkeit und Abhängigkeit als Mangel. Für die Ursache der elterlichen Zurückweisungen macht es sich selbst verantwortlich, was zu Wut und aggressivem Verhalten führt. Dies ist jedoch Ausdruck von Trauer und Einsamkeit.
- ◆ Idealisierung der Eltern, einhergehend mit Fantasien darüber, wie die Eltern sein könnten
- ◆ Annahme der Überlebensstrategien der Eltern (zum Beispiel: Keine Gefühle zulassen, nicht auffallen etc.)
- ◆ Annahme der Funktion als „Lebensretter“ der eigenen Eltern, die in Verbindung mit vermehrtem Stress und Versagensängsten steht
- ◆ Übernahme von Gefühlen der Eltern, die in Zusammenhang mit den Traumata stehen¹²³.

Bindungssystemtrauma

Symbiosetraumata können aus Existenz- und Verlusttraumata entstehen. Bindungssystemtraumata resultieren dann wiederum aus Symbiosetraumata. Abbildung 4 veranschaulicht dies.

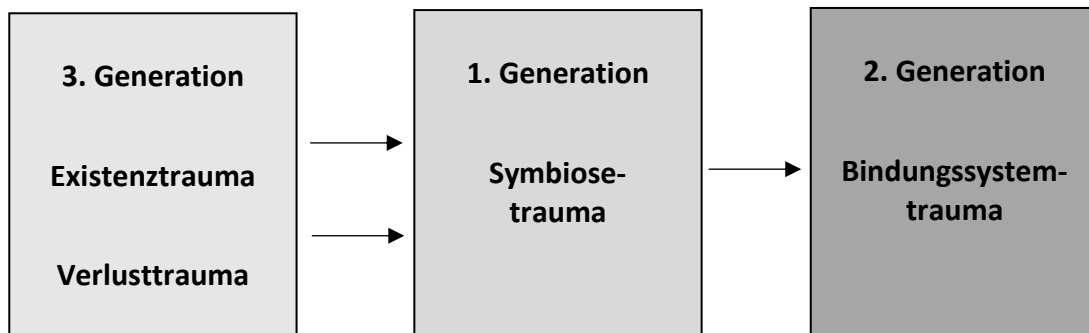


Abbildung 2: Entstehungsbedingungen für Bindungssystemtraumata (Ruppert 2013, S.130)

Beispielsweise kann eine Mutter nach dem Tod ihres ersten Kindes keine Beziehung zu ihrem zweiten Kind aufbauen, wodurch dieses ein Symbiosetrauma erleidet. Im Erwachsenenalter entsteht dann wiederum eine Beziehung zu einem Lebenspartner, der ebenso von einem Symbiosetrauma betroffen ist. Entsteht aus dieser Beziehung ebenfalls ein Kind kann es zu Ablehnungsgefühlen seitens der Mutter kommen, wodurch sich das Kind an den Vater wendet. Der Vater beansprucht das Kind gegebenenfalls für sich und es kann zu sexuellen Übergriffen kommen,

¹²² vgl. Huber 2012, S.87

¹²³ vgl. Ruppert 2013, S. 107f.

welche mit Gefühlen wie Schuld und Scham aller Beteiligten einhergehen. Diese Bindungssysteme werden über Generationen weitergegeben und sind einerseits durch „alte“ Traumata bestimmt, andererseits entstehen immer wieder neue Traumata¹²⁴.

Andreas Maercker, Professor für Psychologie an der Universität Zürich, stellt folgendes Schema in Zusammenhang mit Trauma-Arten vor:

	Typ-I-Traumata (einmalig/kurzfristig)	Typ-II-Traumata (mehrfach/langfristig)	Medizinisch bedingte Traumata
Akzidentelle Traumata	Schwere Verkehrsunfälle	Langdauernde Naturkatastrophen (z. B. Erdbeben, Überschwemmung)	Akute lebensgefährliche Erkrankungen (z. B. kardi-ale, pulmonale Notfälle)
	Berufsbedingte Traumata (z. B. Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte)	Technische Katastrophen (z. B. Giftgaskatastrophen)	Chronische lebensbedrohliche/schwerste Krankheiten (z. B. Malignome, HIV/ Aids, Schizophrenie)
	Kurzdauernde Katastrophen (z. B. Wirbelsturm, Brand)		Als notwendig erlebte medizinische Eingriffe (z. B. Defibrillationsbe-handlung)
Interpersonelle Trauma-ta (man made)	Sexuelle Übergriffe (z. B. Vergewaltigung)	Sexuelle und körperliche Gewalt/Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachse-nenalter	Komplizierter Behand-lungsverlauf nach an-genommenem Behand-lungsfehler*
	Kriminelle bzw. körperliche Gewalt	Kriegserleben	
	Ziviles Gewalterleben (z. B. Banküberfall)	Geiselhaft	
		Folter, politische Inhaftie-rung (z. B. KZ-Haft)	
* Der Status dieser Eingruppierung ist noch Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen.			

Tabelle 2: Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse (Maercker 2013, S. 16)

In diesem Schema unterscheidet er zwischen verschiedenen Ebenen. Einerseits zwischen menschlich verursachten (wie bereits beschrieben) und zufällig eintretenden Traumata, andererseits zwischen Typ-I-Traumata, welche von kurzer Dauer sind sowie Typ-II-Traumata, die über einen längeren Zeitraum andauern. Bei den Typ-I-Traumata handelt es sich um Ereignisse, die unerwartet und unvermittelt auftreten und die Betroffenen in akute Lebensbedrohung versetzen. Typ-II-Traumata sind hingegen durch mehrere traumatisierende Erlebnisse gekennzeichnet. Als dritte Komponente fügt Andreas Maercker die medizinisch bedingten Traumata hinzu, die

¹²⁴ vgl. Ruppert 2013, S. 129ff.

momentan noch nicht abschließend erforscht sind¹²⁵ und auf die in dieser Arbeit nicht näher eingegangen wird.

Die unterschiedlichen Kategorisierungen in Bezug auf Ursachen von Traumata zeigen die Schwierigkeit diese eindeutig zu bestimmen. Festzuhalten ist, dass es zu Folgen von Traumata kommen kann, welche keiner Kategorisierung eindeutig zugeordnet werden können bzw. bei der eine Kategorie mit einer anderen vermischt wird. Dies ist beispielsweise bei einer Vergewaltigung in Zeiten von Krieg und Verfolgung der Fall¹²⁶.

3.2 Prävalenz

„In der Allgemeinbevölkerung kommen traumatische Ereignisse häufig vor. Die Traumaprävalenzen variieren in der Literatur zwischen 40,0 und 98,0 % [...]. Die verschiedenen Traumata unterscheiden sich in der Häufigkeit, der Intensität, der Invasivität, der Dauer, der Vorhersagbarkeit und der Kontrollierbarkeit“¹²⁷.

Traumata	Trauma-Prävalenz (in %)		PTSD-Prävalenz (in %)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Vergewaltigung*	0,7	9,2	65,0	45,9
sexueller Missbrauch*	2,8	12,3	12,2	26,5
Körperliche Gewalt*	11,1	6,9	1,8	21,3
Krieg/Folter*	6,4	0,0	38,8	0,0
Gewaltandrohung mit Waffen*	19,0	6,8	1,9	32,6
Vernachlässigung*	2,1	3,4	23,9	19,7
Unfall*	25,0	13,8	6,3	8,8
Feuer/Naturkatastrophe*	18,9	15,2	3,7	5,4
Zeuge von Unfällen und Gewalt#	40,1	18,6	9,1	2,8
Von einem traumatischen Ereignis erfahren#	63,1	61,8	1,4	3,2
Tod einer wichtigen Bezugsperson (plötzlich, unerwartet)#	61,1	59,0	12,6	16,2
Irgendein traumatisches Ereignis#	92,2	87,1	6,2	13,0
Irgendein traumatisches Ereignis*	60,7	51,2	8,1	20,4

* Daten von Kessler et al., 1995, N = 5877

Daten von Breslau et al., 1998, N = 2181

Tabelle 3: Prävalenz von traumatischen Ereignissen und PTSD-Rate in Abhängigkeit von solchen Traumata nach Geschlecht (Tagay 2012, S.90)

¹²⁵ vgl. Maercker 2013, S.15

¹²⁶ vgl. Reddemann, Dehner-Rau 2013, S.10

¹²⁷ zit. Tagay 2012, S.89

Wie in Tabelle 3 sichtbar, beziehen sich die Daten auf Erkenntnisse von Ronald C. Kessler u.a. sowie Naomi Breslau u.a., die sich intensiv mit dieser Thematik auseinandersetzen. In ihren Untersuchungen unterscheiden sie zwischen Vorkommen (Prävalenzen) von Traumata und Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) sowie dem Geschlecht. An dieser Stelle ist anzumerken, dass weitestgehend jeder Mensch innerhalb seines Lebens mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert wird. Allerdings bildet sich lediglich bei einer geringen Anzahl eine Traumafolgestörung heraus. In den USA sind zwischen 7 und 11 % der Bevölkerung von einer PTBS betroffen. In Deutschland fällt diese Zahl geringer aus. Wie in der Tabelle zu erkennen, können Unterschiede zwischen Männern und Frauen verzeichnet werden. Frauen sind u.a. häufiger von sexuellen Übergriffen und Vergewaltigungen, Männer von Gewalt durch Waffen und Unfälle betroffen. Ob es zu Traumafolgen kommt ist von dem jeweiligen Ereignis abhängig. Traumata, die von Menschen verursacht werden, verzeichnen eine deutlich größere Wirkkraft in diesem Zusammenhang, als Trauma-Arten, die zufällig auftreten. Trotzdem sind verschiedene Untersuchungen, die in diesem Kontext gemacht wurden bzw. gemacht werden bis zum heutigen Zeitpunkt nicht zu einem einheitlichen Ergebnis gelangt. Dies liegt vorwiegend an den unterschiedlich erforschten Zielgruppen (zu Beginn Kriegsrückkehrer aus Vietnam, später Betroffene von Unfällen) und der Nutzung der verschiedenen Klassifikationssysteme ICD oder DSM. Zum anderen spielen die unterschiedlichen diagnostischen Instrumente eine wichtige Rolle¹²⁸, welche im Abschnitt 2.2 erläutert wurden.

3.3 Akute Traumasituation

Abraham H. Maslow stellte die Theorie der menschlichen Motivation auf, wonach Menschen nach verschiedenen Bedürfnissen handeln, die er in einer Reihenfolge darstellt. Gleich nach den „physiologischen Bedürfnissen“ (z. B. Nahrung, Sexualität, Erholung oder Aktivität)¹²⁹, folgt das Bedürfnis nach Sicherheit. Maslow gibt hier zum Beispiel das Bedürfnis nach einer stabilen Gesamtsituation an, die durch Angst- und Furchtlosigkeit geprägt ist. Der menschliche Körper kann sich dabei so auf das Bedürfnis nach Sicherheit richten, dass dies das vorrangige Ziel ist und alle Fähig- und Fertigkeiten dementsprechend ausgerichtet werden¹³⁰. Im Zusammenhang mit Traumata meinen Gottfried Fischer und Peter Riedesser, dass es von wichtigster Bedeutung ist, den Betroffenen ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln, nachdem das traumatisierende Erlebnis vorüber ist¹³¹. Hier sei hervorgehoben, dass dieses Erkenntnis auch das Modell der sequentiellen Traumatisierung durch Hans Keilson (siehe Abschnitt 1.1.2) bestätigt, in dem die Phase nach dem

¹²⁸ vgl. Tagay 2012, S.89f.

¹²⁹ vgl. Maslow 2016, S.62ff.

¹³⁰ vgl. ebd. S.66f.

¹³¹ vgl. Fischer, Riedesser 1999, S.140

traumatisierenden Erlebnis in den Fokus gestellt wird und großen Einfluss auf die Traumaverarbeitung hat.

Kommt es zu einer traumatischen Erfahrung wird diese von Gottfried Fischer und Peter Riedesser wie folgt definiert: „Ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“¹³². Betroffene charakterisieren diese Situation im Nachhinein als einen Zustand, in dem sie völlig ausgeliefert und gefangen sind und nicht zwischen realem und surrealem Erleben unterscheiden können. Außerdem kann es zu einem vollständigen oder eingeschränkten Verlust der Erinnerungen kommen. Schlussfolgernd kann die Wahrnehmung in einer bedrohlichen Situation stark verändert sein¹³³.

Um die Vorgänge der akuten Traumareaktion verstehbarer und bildlich darzustellen, werden an dieser Stelle menschliche Vorgänge anhand einer beispielhaft bedrohlichen Erfahrung mittels eines Modells abgebildet:

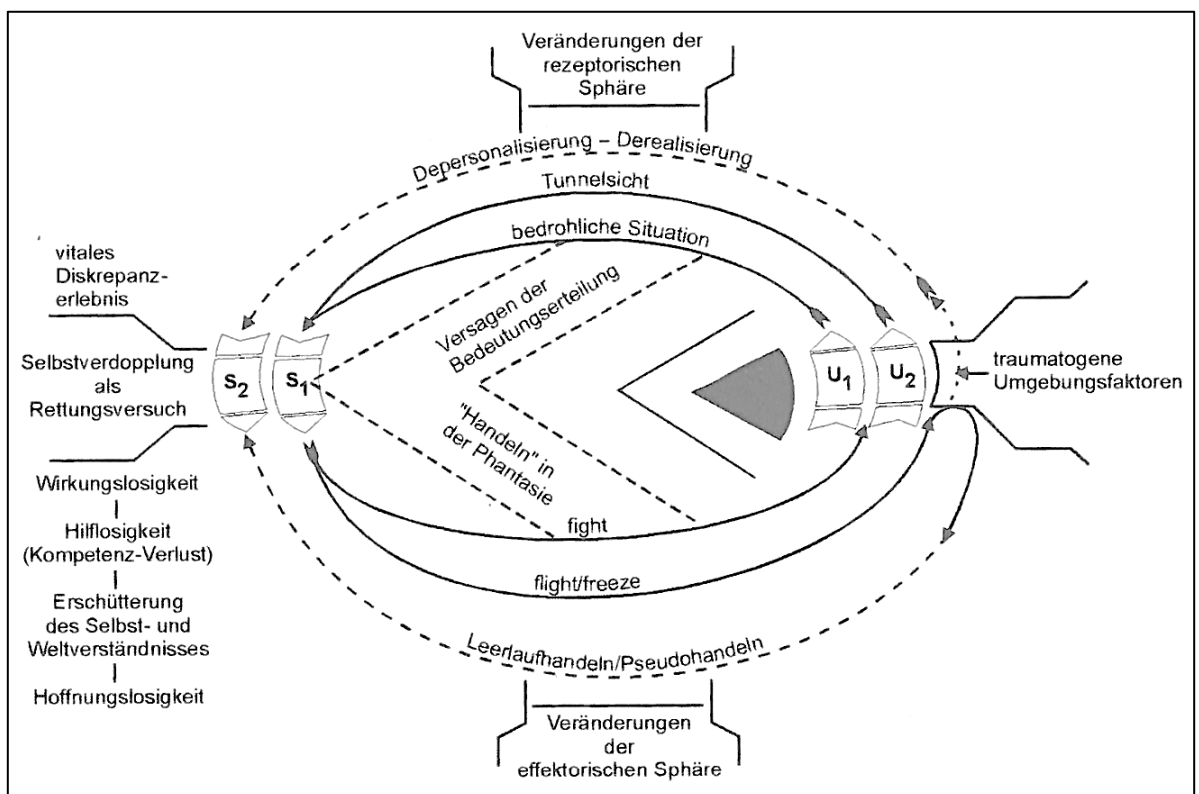


Abbildung 3: Traumatische Erfahrung (Fischer, Riedesser 1999, S.82)

¹³² zit. Fischer, Riedesser 1999, S.79

¹³³ vgl. ebd. S.80

Die Darstellung ist von innen nach außen zu verstehen, wobei die Bezeichnung U1 für das „Umgebungsmerkmal 1“ und S1 für das „Subjekt 1“ steht. Die Umgebungsmerkmale wirken auf das Subjekt bedrohlich und bringen es zu einer Bewältigungsüberforderung. Das heißt, dass das Kampfsystem initial eingesetzt wird, um die Bedrohung zu bewältigen und Schutz sowie Stabilität wiederherzustellen. Gelingt dies nicht wird die bedrohliche Situation fortgesetzt (U2). Der Pfeil, der in Abbildung 3 den Prozess des Kampfes anzeigt verläuft buchstäblich ins Leere. In dieser Zeit kann es zu Veränderungen der Wahrnehmung kommen (z. B. Tunnelsicht). Das Kampf- bzw. Fluchtsystem stellt weitere Versuche dar, der bedrohlichen Situation zu entkommen. Da auch dies scheitert, setzt die Erkenntnis der eigenen Wirk- und Hilflosigkeit ein¹³⁴. Hier können Rückschlüsse zu den Erkenntnissen der „erlernten Hilflosigkeit“ gezogen werden, die in Abschnitt 1.2.2 bereits Erwähnung fanden. Die dadurch möglicherweise entstehenden Folgen werden im anschließenden Abschnitt präzisiert.

3.4 Folgen nach Traumata

Nachfolgend werden mögliche kurzfristige Folgen genannt und anhand eines Phasenmodells dargestellt. Anschließend finden mögliche langfristige Folgen sowie Diagnosen in einer Übersicht Berücksichtigung. Hierzu werden beispielhaft folgende Störungen im Überblick erläutert: Posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Angststörung, Somatisierungen, Dissoziation, Persönlichkeitsstörung.

3.4.1 Kurzfristige Folgen

Um eine möglichst differenzierte Darstellung der variablen Folgen zu beleuchten wird zunächst ein Phasenmodell beschrieben. Es gliedert sich in die Phasen des Schocks, der Einwirkung und der Erholung und beschreibt den zeitlichen Verlauf von Folgeerscheinungen nach einem traumatisierenden Erlebnis.

I. Schockphase

In dieser Phase werden die Dimensionen des traumatischen Erlebnisses deutlich. Zeitlich lässt sich dies auf eine Stunde bis eine Woche eingrenzen. Betroffene verharren in dieser Phase häufig in einer Erstarrung, die sich zu einer Verleugnung entwickelt, um die erlebte und als bedrohlich empfundene Situation zu verdrängen. Die Phase kann zudem von einem veränderten Erleben der Zeit (Zeitlupe, Zeitraffer) und einer eingeschränkten Wahrnehmung (z.B. Tunnelblick) geprägt sein.

¹³⁴ vgl. Fischer, Riedesser 1999, S.82f.

II. Einwirkungsphase

Diese Phase setzt anschließend ein und kann sich bis zu zwei Wochen erstrecken. Kennzeichnend sind Emotionen des Aufgebrachtseins, die sich in Arbeitsbeziehungen äußern oder sich gegen Helfer (Polizei, Ärzte etc.) richten können. Zudem suchen Betroffene häufig Schuld bei sich selbst, wobei das Verdienen des eigenen Überlebens in Frage gestellt wird. Hinzu kommen Hoffnungslosigkeit und Niedergeschlagenheit, die zu einer depressiven Manifestierung führen können. Charakteristisch sind außerdem Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, ruheloses- und schreckhaftes Verhalten, Konzentrationsprobleme sowie ein Wiedererleben der zuvor stattgefundenen traumatischen Situation bzw. diesbezüglich einzelne Momente.

III. Erholungsphase

Gottfried Fischer und Peter Riedesser betonen, dass professionelle Hilfe und Unterstützung nötig ist, sollten die Symptome der Einwirkungsphase, wie Ängste, Anzeichen einer depressiven Störung oder Ein- und Durchschlafschwierigkeiten anhalten. Die Erholungsphase bezeichnen die Autoren als „kritische Weichenstellung“, da sich Störungen manifestieren können. Zudem warnen Sie vor der Gefahr von Abhängigkeiten durch Drogen und Alkohol. Ein Besprechen der Erlebnisse und die Unterstützung von Bindungspersonen sind Faktoren, die zu einer Verarbeitung der Ereignisse beitragen¹³⁵. Weitere Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten werden in Kapitel 5 ausführlich erläutert.

Die psychischen Verläufe scheinen sich sehr ähnlich zu entwickeln, unabhängig davon, welche Faktoren ursächlich für das traumatisierende Ereignis sind. Dabei können positive Bedingungen dazu beitragen, dass sich Betroffene wieder erholen. Einige Symptome treten erst Jahre später auf, zum Beispiel in Verbindung mit anderen Ereignissen, die diese auslösen können¹³⁶.

Verdeutlicht werden soll an dieser Stelle noch einmal, dass psychische Veränderungen in Verbindung mit erlebten Gefahren entstehen und somit Strategien der Anpassung darstellen. Menschen, denen dies gelingt haben eine erhöhte Überlebenschance. Der in der bedrohlichen Situation entstehende akute Stress unterstützt die Reaktionsmöglichkeit der Betroffenen. Wirkt die Stressreaktion allerdings lange Zeit sowie über die Gefahr hinaus an, kann es zu chronischem Stress kommen, wodurch beispielsweise Bluthochdruck oder ein vermindert arbeitendes Immunsystem entstehen kann¹³⁷.

¹³⁵ vgl. Fischer, Riedesser 1999, S.143

¹³⁶ vgl. Butollo, Krüsmann, Hagl 1998, S.89f.

¹³⁷ vgl. Reddemann, Dehner-Rau 2013, S.27

Willi Butollo, Marion Krüsmann und Maria Hagl betonen, dass das Selbst durch traumatisierende Erlebnisse verändert wird: „Das heißt, das Trauma verändert die das Selbst konstruierenden Prozesse und damit unsere Wahrnehmung vom >>Selbst<<“¹³⁸. Dies kann zu unterschiedlichen Diagnosen führen, die als Folge von traumatisierenden Erlebnissen gesehen werden.

3.4.2 Langfristige Folgen und mögliche Diagnosen in einer Übersicht

Unter den Bezeichnungen „Komplexe Folgestörung“, „Komplexe Präsentation einer Posttraumatischen Belastungsstörung“, „Developmental Trauma Disorder“ oder auch „Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified“ verbergen sich erhebliche und vielschichtige Folgen von Traumatisierungen, die die Persönlichkeitsentwicklung der Betroffenen auf negative Weise beeinflusst¹³⁹. Wie oben bereits aufgeführt, sind im ICD-10 unter „F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ drei Störungen aufgeführt, die nach einem traumatisierenden Erlebnis auftreten können und im direkten Zusammenhang mit traumatisierenden Erlebnissen stehen¹⁴⁰. Auch die Darstellungen des DSM-5 im Kapitel „Trauma- und belastungsbezogene Störungen“ zeigen unterschiedliche Störungen, die nach einem traumatischen Erlebnis auftreten können. Abbildung 4 stellt eine Übersicht über diese und mögliche weitere Störungen grafisch dar:

¹³⁸ zit. Butollo, Krüsmann, Hagl 1998, S.91

¹³⁹ vgl. Flatten u.a. 2013, S.2

¹⁴⁰ vgl. URL 10

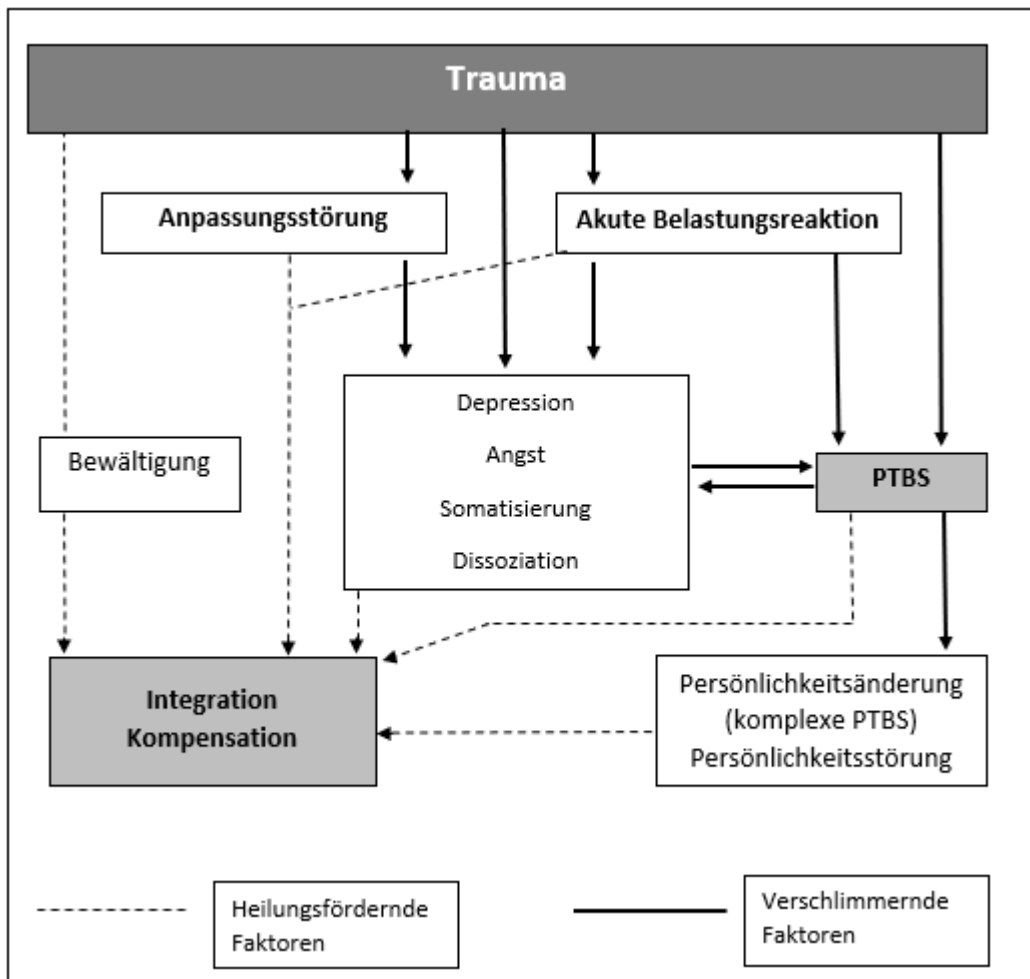


Abbildung 4: Übersicht über mögliche Störungen nach einem traumatischen Erlebnis
(Angelehnt an: Flatten u.a. 2013, S.4)

Nachfolgend wird die Posttraumatische Belastungsstörung näher erläutert, da diese eine chronifizierte Folge traumatischer Erlebnisse ist. Zudem werden weitere mögliche langfristige Folgen und Diagnosen (Differentialdiagnosen) beschrieben, die sich auf die in Abbildung 4 aufgeführten Folgen beschränken. Mögliche Risiko- und Schutzfaktoren werden anschließend im vierten Kapitel dargelegt.

Posttraumatische Belastungsstörung

Als Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) wird eine Störung bezeichnet, die nach (Vorsilbe „post“) einem traumatischen Erlebnis auftritt und durch wiederkehrende Erinnerungen (Flashbacks), die den Betroffenen das Gefühl vermitteln die traumatische Situation wieder zu erleben, gekennzeichnet ist. Es handelt sich dabei um eine spezielle Form der Reaktion auf eine Belastung, die auf eine gestörte Verarbeitung zurückzuführen ist. Allerdings ist herauszustellen, dass nicht jeder und jede Betroffene nach einem bedrohlichen Ereignis eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt. Irrtümlich wird die Posttraumatische Belastungsstörung auch als

Traumafolgestörung bezeichnet. Diese umfasst einen weitreichenderen Bereich, der zwar die Posttraumatische Belastungsstörung einschließt, darüber hinaus jedoch weitere Störungen nach einem traumatischen Erlebnis beinhaltet¹⁴¹. Symptomatisch für eine Posttraumatische Belastungsstörung ist das Wiedererleben verschiedener Facetten des Traumas, welches nicht steuerbar ist. „Die Betroffenen haben die gleichen sensorischen Eindrücke (z. B. Bilder, Geräusche, Geschmack, Körperempfindungen) und gefühlsmäßigen und körperlichen Reaktionen wie während des Traumas“¹⁴² (siehe auch die oben aufgeführte Klassifikation nach dem ICD-10). Gleichzeitig haben sie Probleme bestimmte Einzelheiten oder die Reihenfolge der traumatischen Situation zu rekonstruieren. Die Fähigkeit der Erinnerung ist somit beeinträchtigt und lückenhaft¹⁴³. Weitere Symptome sind aufgrund von Überregung beispielsweise Schlafstörungen, Einschränkungen der Konzentrationsfähigkeit oder unsicheres, schreckhaftes Verhalten. Bestimmte Handlungen, die zu einer Konfrontation mit dem in Verbindung stehenden traumatischen Erlebnis führen, werden vermieden. Hinzu kommt oftmals eine emotionale Gefühllosigkeit, die zu einem Zurückziehen aus dem privaten, wie beruflichen Leben führen kann. Diese Indikatoren treten entweder unmittelbar nach dem Trauma oder zeitlich versetzt auf¹⁴⁴. Nach Guido Flatten u.a. richtet sich die Epidemiologie einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach dem Grund des Traumas:

- „ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung
- ca. 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen
- ca. 50% Prävalenz bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern
- ca. 10% bei Verkehrsunfallopfern
- ca. 10% bei schweren Organerkrankungen (Herzinfarkt, Malignome)“¹⁴⁵.

Darüber hinaus umfassen Traumata, die durch Menschen verursacht werden, lange andauern bzw. mehrfach stattfinden, im Kindesalter beginnen, ein hohes Gewaltpotential oder sexuelle Gewalt beinhalten neben einer Posttraumatischen Belastung weitere psychische Störungen¹⁴⁶. Eine Auswahl der daraus möglicherweise entstehenden psychischen Störungen wird nachfolgend kurz dargestellt.

¹⁴¹ vgl. Pausch, Matten 2018, S.6

¹⁴² zit. Ehlers 1999, S.3

¹⁴³ vgl. ebd. S.3

¹⁴⁴ vgl. Flatten u.a. 2013, S.3

¹⁴⁵ zit. ebd. S.4

¹⁴⁶ vgl. Pausch, Matten 2018, S.6

Depression

Depressionen gehören zu den affektiven Störungen und werden in der ICD-10 in der Kategorie F 32 „Depressive Episode“¹⁴⁷ und im DSM-5 der „Depressiven Störungen“¹⁴⁸ geführt. Die Ursprünge des Wortes Depression finden sich im lateinischen „deprimere“, was „Niedergeschlagenheit“ oder „traurige Stimmung“ bedeutet¹⁴⁹. Eine betrubte Stimmungslage, niedergeschlagenes Verhalten und Antriebslosigkeit sind drei Hauptsymptome dieser Erkrankung. Unterschieden wird in leichte (F 32.0), mittelgradige (F 32.1) sowie schwere Depression (F 32.2/ F 32.3), die durch die Anzahl der Symptome bestimmt werden. Charakteristisch ist beispielsweise eine Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit, der Verlust von Neugier und Motivation, ausgeprägte Erschöpfung, Schlafschwierigkeiten, Appetitlosigkeit sowie vermindertes Selbstwertgefühl und -vertrauen. Zudem spielen Schuldgefühle häufig eine Rolle¹⁵⁰. Depressionen treten oftmals durch Stress und Hilflosigkeit (siehe Seligmann, Abschnitt 1.2.2) auf, wobei anzumerken ist, dass die „[...] Ursachen von Depressionen [...] nicht immer traumatisch [sind], doch ein Trauma steigert das Risiko, depressiv zu werden“¹⁵¹. Dauern diese Symptome dann mindestens zwei Wochen durchgängig und mit gesteigerter Intensität an, so wird von einer depressiven Episode gesprochen¹⁵². Insgesamt steigt das Suizidrisiko bei depressiv Erkrankten deutlich an und zumindest Gedanken über das eigene Lebensende gehören häufig dazu. Dies ist bei einer Traumabehandlung zu berücksichtigen¹⁵³. Folglich bemerken Markus J. Pausch und Sven J. Matten: „Bei Menschen, die sowohl eine Depression als auch eine PTBS haben, ist es wichtig, einen individuellen Behandlungsplan zu erstellen, der beide Störungen im Blick hat“¹⁵⁴. Spezielle Psychotherapie- und Behandlungsmöglichkeiten werden im 5. Kapitel näher erläutert.

Angststörung

Das Wort „Angst“ und auch Analogien aus anderen Ländern stammen vom lateinischen „anxietas“, das aus dem altgriechischen Wort „angh“ abgeleitet wird. Dies bezeichnet Gefühle, die durch Beklemmungen und Eingrenzungen hervorgerufen werden. Auch die „Angina pectoris“, eine mit Engegefühl in der Brust einhergehende Herzerkrankung hat diesen Ursprung¹⁵⁵. Einer Studie zufolge, an der 801 Frauen mit PTBS teilnahmen waren 55% von einer Angststörung betroffen¹⁵⁶.

¹⁴⁷ vgl. URL 11

¹⁴⁸ vgl. Falkai, Wittchen 2015a, S.209ff.

¹⁴⁹ vgl. Dudenredaktion 2010, S.237

¹⁵⁰ vgl. URL 11

¹⁵¹ zit. Sautter 2012, S.110

¹⁵² vgl. Beesdo-Baum, Wittchen 2011, S.880

¹⁵³ vgl. Huber 2012, S.158

¹⁵⁴ zit. Pausch, Matten 2018, S.45

¹⁵⁵ vgl. LeDoux 2016, S.21

¹⁵⁶ vgl. Pausch, Matten 2018 nach Breslau u.a., S.40

„Häufig ist die Angst von körperlichen Symptomen begleitet wie Herzklopfen oder Herzrasen, Atemnot, Schwindel, Benommenheit, Schwitzen und Brustschmerzen sowie Druck- und Engegefühl in der Brust“¹⁵⁷. In der ICD-10 werden „Phobische Störungen“ (F 40) sowie „Andere Angststörungen“ (F 41) unterschieden¹⁵⁸. Im DSM-5 werden Angststörungen in einem Kapitel zusammengefasst, allerdings bezieht sich dessen Inhalte zum großen Teil auf die F 40- und F 41-Klassifikationen der ICD-10¹⁵⁹, weshalb im Folgenden diese Kategorien vorgestellt werden. Bei den phobischen Störungen steht das Gefühl der Angst im Mittelpunkt, welches durch bestimmte, nachweislich gefahrlose Situationen hervorgerufen wird. Diese Situationen werden, wenn möglich vermieden. Werden Betroffene mit ihnen konfrontiert kommt es zu Symptomen wie Herzrasen und Kraftlosigkeit, die häufig mit einem Gefühl des Ausgeliefertseins und der Angst vor dem Tod einhergehen. Unterschieden werden in dieser Kategorie folgende Störungen:

- ◆ „F 40.0 – Agoraphobie“ (z. B. Angst vor Menschenmassen oder dem Betreten öffentlicher Plätze bzw. von Verkehrsmitteln)
 - „F 40.00 – Ohne Angabe einer Panikstörung“
 - „F 40.01 – Mit Panikstörung“
- ◆ „F 40.1 – Soziale Phobien“ (Befürchten und Vermeiden von Menschen angesehen und betrachtet zu werden)
- ◆ „F 40.2 – Spezifische (isolierte) Phobien“ (Ängste, die in Verbindung mit bestimmten Situationen bzw. Handlungen stehen, wie z. B. Fliegen, Konfrontation mit Verletzungen und Blut, Finsternis, bestimmte Tiere etc.)
- ◆ „F 40.8 – Sonstige phobische Störungen“
- ◆ „F 40.9 – Phobische Störungen, nicht näher bezeichnet“¹⁶⁰.

Bei der F 41- Klassifikation „Andere Angststörungen“ steht das Gefühl der Angst im Mittelpunkt, ohne dass die Umgebung oder eine bestimmte Situation eine Rolle spielen. Symptome des Zwangs, der Depression oder der Phobischen Störungen können in Zusammenhang mit diesen Angststörungen stehen, sofern sie eindeutige Begleiterscheinungen sind. Unterschieden werden in dieser Kategorie folgende Störungen:

- ◆ „F 41.0 – Panikstörung“ (unkontrollierbare Angst- bzw. Panikzustände, -attacke, die mit den bereits oben aufgeführten Symptomen einhergehen)
- ◆ „F 41.1 – Generalisierte Angststörung“ (dauerhaftes Gefühl der Angst, unabhängig der Umgebung oder Situation, wobei die Symptome von beispielsweise Unruhe- oder

¹⁵⁷ zit. Sautter 2012, S.107

¹⁵⁸ vgl. URL 12, URL 13

¹⁵⁹ vgl. Falkai, Wittchen 2015a, S.255ff.

¹⁶⁰ vgl. URL 12

Anspannungszustände, Schwäche, Schmerzen in der Bauchregion oder Herzrasen variieren können)

- ◆ „F 41.2 – Angst und depressive Störung, gemischt“ (bei simultan verlaufender Depression und Angst, mit der Einschränkung, dass keine der beiden Störungen vorrangig in Erscheinung tritt oder eigenständige Diagnosen daraus entstehen)
- ◆ „F 41.3 – Andere gemischte Angststörungen“ (Symptome einer Angststörung sowie weiteren Störungen)
- ◆ „F 41.8 – Sonstige spezifische Angststörungen“
- ◆ „F 41.9 – Angststörungen, nicht näher bezeichnet“¹⁶¹.

Somatisierung

Körperliche Auswirkungen können nach einem traumatischen Erlebnis auftreten. Dabei stehen somatische (körperliche) und psychische Störungen in Verbindung miteinander. Anzuraten ist vorwiegend die psychischen Schäden zu fokussieren sowie ggf. zu behandeln und körperliche Beeinträchtigungen dabei zu beobachten¹⁶². Anfang der 90er Jahre wurde in den USA eine Studie mit Frauen durchgeführt, die an psychosomatischen Erkrankungen litten. Über 90% von ihnen hatten traumatisierende Erlebnisse durch Missbrauch in der Kindheit erlebt, vorwiegend durch sexuelle Übergriffe. Insgesamt kann festgehalten werden, dass vor allem Frauen von Somatisierungen betroffen sind¹⁶³. Im ICD-10 sind „Somatoforme Störungen“ unter F 45 zu finden. Es werden vielfache Symptome beschrieben, die sich auf verschiedene Teile des Körpers beziehen können. Hinweise auf mögliche Ursachen durch Traumata werden nicht gegeben¹⁶⁴. Christine Sautter zufolge seien schwere Somatisierungen überwiegend auf schwierige Familienverhältnisse zurückzuführen, die durch Trennungen und Misshandlungen geprägt sind bzw. waren. Sichere Bindungserfahrungen fanden während der Kindheit der Betroffenen zudem nicht statt¹⁶⁵. Aufgeführt werden Somatisierungen im DSM-5 in dem Kapitel „Somatische Belastungsstörungen und verwandte Störungen“ sowie in der ICD-10 unter dem Begriff „Somatoforme Störungen“. Die Klassifizierung in der ICD-10 wird im Folgenden kurz dargestellt:

- ◆ „F 45.0 – Somatisierungsstörung“
- ◆ „F 45.1 – Undifferenzierte Somatisierungsstörung“ (verschiedene körperliche, teils schwerwiegende Symptome, jedoch sind nicht alle Kriterien einer Somatisierungsstörung vollumfänglich gegeben)

¹⁶¹ vgl. URL 13

¹⁶² vgl. Huber 2012, S.113f.

¹⁶³ vgl. Pribor u.a. zit. nach van der Kolk u.a. 2000, S.182

¹⁶⁴ vgl. URL 14

¹⁶⁵ vgl. Sautter 2012, S.105

- ◆ „F 45.2 – Hypochondrische Störung“ (Betroffene gehen davon aus an einer oder mehreren körperlich schweren Krankheiten zu leiden, oft i. V. mit Angst und Depression)
- ◆ „F 45.3 – Somatoforme und autonome Funktionsstörungen“ (geprägt durch die Angst vor körperlichen Erkrankungen die sich durch z. B. Herzrasen, Schmerzen in der Brust, schreckhaftes Verhalten zeigen, F 45.30- F 45.39: Einteilung von betroffenen Organen)
- ◆ „F 45.4 – Anhaltende Schmerzstörung“
 - „F 45.40 – Anhaltende somatoforme Schmerzstörung“ (unablässig und schmerzende körperliche Symptome, denen kein ausreichend körperlicher Ursprung nachzuweisen ist. Tritt in Zusammenhang mit emotionalen Schwierigkeiten der Betroffenen auf)
 - „F 45.41 – Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“
(Schmerzstörung seit mind. sechs Monaten)
- ◆ „F 45.8 – Sonstige somatoforme Störungen“
- ◆ „F 45.9 – Somatoforme Störungen, nicht näher bezeichnet“¹⁶⁶.

Dissoziation

Pierre Janet (1859-1947) war ein französischer Psychiater und Philosoph, der die Bezeichnung „Dissoziation“ als Abspaltung bzw. Störung des Bewusstseins einführte¹⁶⁷. Eine Dissoziation dient demnach dem Überleben insofern, als dass die Erlebnisse des Traumas sowie die damit verbundenen Emotionen abgespalten und die Erinnerungen daran häufig vollkommen verdrängt werden¹⁶⁸. Die Dissoziation kann somit als Schutzmechanismus angesehen werden: „Was geschieht, ist so furchtbar, dass es nicht gefühlt werden darf und nicht registriert werden kann – eine massive Isolation der Gefühle, verbunden mit Konfusion und Verleugnung, wird bevorzugt“¹⁶⁹. Van der Hart unterscheidet verschiedene Formen der Dissoziation: „...localized amnesia; continuous amnesia; systematized amnesia; gernalized amnesia; and selective amnesia“¹⁷⁰ und entwickelt den Begriff somit weiter.

Die Klassifizierung in der ICD-10 und dem DSM-5 ist uneinheitlich. In der ICD-10 werden „Dissoziative Störungen“ bzw. „Konversionsstörungen“ unter F 44 aufgeführt. Es handelt sich dabei

¹⁶⁶ vgl. URL 14

¹⁶⁷ vgl. Gast 2006, S.79

¹⁶⁸ vgl. Sautter 2012, S.100

¹⁶⁹ zit. Shengold, zit. nach Sautter 2012, S.100

¹⁷⁰ zit. Van der Hart, Matar 2012, S.122

um einen eingeschränkten oder vollständigen Verlust von Erinnerungen an traumatische Erlebnisse. Unterschieden werden kann eine Dissoziative Störung wie folgt:

- ◆ „F 44.0 – Dissoziative Amnesie“ (gekennzeichnet durch Gedächtnislücken bestimmter, aktueller, häufig traumatischer Erlebnisse)
- ◆ „F 44.1 – Dissoziative Fugue“ (Betroffene verlassen ihre gewohnte Umgebung, Symptome einer dissoziativen Amnesie treten häufig auf)
- ◆ „F 44.2 – Dissoziativer Stupor“ (eine verminderte Reaktion bzw. der Verlust einer Handlung auf verschiedene Reize, wie z. B. Licht, ohne das eine körperliche Erkrankung ursächlich ist)
- ◆ „F 44.3 – Trance- und Besessenheitszustände“ (temporärer Verlust der Identität sowie nicht steuerbare Beeinträchtigung des Bewusstseins)
- ◆ „F 44.4 – Dissoziative Bewegungsstörungen“ (Beeinträchtigung oder gesamter Verlust der Bewegung)
- ◆ „F 44.5 – Dissoziative Krampfanfälle“ (Vergleichbar mit epileptischen Anfällen bezogen auf die Bewegungen)
- ◆ „F 44.6 – Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen“ (eingeschränktes Hautempfinden oder Beeinträchtigungen in Bezug auf das Sehen, Hören oder Riechen)
- ◆ „F 44.7 – Dissoziative Störungen, gemischt“
- ◆ „F 44.8 – Sonstige dissoziative Störungen“
 - „F 44.80 – Ganser-Syndrom“
 - „F 44.81 – Multiple Persönlichkeit(-sstörung)“
 - „F 44.82 – Transitorische dissoziative Störung in Kindheit und Jugend“
 - „F 44.88 – Sonstige dissoziative Störung“
- ◆ „F 44.9 „Dissoziative Störungen, nicht näher bezeichnet“¹⁷¹.

Der DSM-5 beinhaltet das Kapitel „Dissoziative Störungen“, welche die Dissoziation als „[...] eine Störung und/oder eine Unterbrechung der normalen Integration von Bewusstsein, Gedächtnis, Identität, Emotionen, Wahrnehmung, Körperbild, Kontrolle motorischer Funktionen und Verhalten [kennzeichnet]“¹⁷². Unterschieden wird im DSM-5 in „Dissoziative Identitätsstörung“, „Dissoziative Amnesie“, „Depersonalisations-/Derealisationsstörung“, „Andere Näher Bezeichnete Dissoziative Störungen“ und „Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störungen“¹⁷³. Findet eine extreme

¹⁷¹ vgl. URL 15

¹⁷² zit. Falkai, Wittchen 2015a, S.397

¹⁷³ vgl. ebd. S.399ff.

Traumatisierung statt, kann dies beispielsweise zu einer weitreichenden Abspaltung von Persönlichkeitsanteilen der Betroffenen führen, so dass die einzelnen Anteile ein Eigenleben entwickeln und unabhängig voneinander agieren. Diese Erkrankung wird als „Multiple Persönlichkeitsstörung“ bezeichnet¹⁷⁴.

Persönlichkeitsstörung

Christiane Sautter kritisiert, dass nach einem Trauma überwiegend die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ gestellt wird, welche jedoch eher eine Stigmatisierung ist und somit zu keiner förderlichen Haltung führt. Besser sei es, die Betroffenen auf die Verbindung zwischen Trauma und Symptomen hinzuweisen und in Form von Unterstützung und Zuspruch für sie da zu sein¹⁷⁵. In der Kategorie F 60 werden „Spezifische Persönlichkeitsstörungen“ dargestellt, welche stark ausgeprägte Störungen in Bezug auf die Persönlichkeit und das Verhalten beinhalten. Dabei entstehen häufig Beeinträchtigungen innerhalb des sozialen Umfeldes sowie persönliche Hemmungen.

- ◆ „F 60.0 – Paranoide Persönlichkeitsstörung“ (empfindliches und misstrauisches Verhalten, welches häufig mit Streitigkeiten einhergeht)
- ◆ „F 60.1 – Schizoide Persönlichkeitsstörung“ (allgemeiner Rückzug aus dem Leben, verbunden mit Gefühlen der Niedergeschlagenheit, Resignation und Freudlosigkeit)
- ◆ „F 60.2 – Dissoziale Persönlichkeitsstörung“ (Verantwortungsbewusstsein ist stark beeinträchtigt, zudem tritt herzloses, mitunter gewalttätiges Verhalten auf)
- ◆ „F 60.3 – Emotional instabile Persönlichkeitsstörung“ (impulsives, konfliktgeladenes und launenhaftes Verhalten)
 - „F 60.30 – Impulsiver Typ“
 - „F 60.31 – Borderline Typ“
- ◆ „F 60.4 – Histrionische Persönlichkeitsstörung“ (abschätziges, oberflächliches Verhalten in Verbindung mit überhöhter emotionaler Ausdrucksweise)
- ◆ „F 60.5 – Anankastische [zwanghafte] Persönlichkeitsstörung“ (Handlungen sind durch Misstrauen, das Streben nach Perfektion sowie ständiger Kontrolle geprägt)
- ◆ „F 60.6 – Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung“ (Befürchtungen, Hemmungen und das vorschnelle Reagieren auf äußere Einflüsse charakterisieren diese Störung)

¹⁷⁴ vgl. Sautter 2012, S.101

¹⁷⁵ vgl. ebd. S.99f.

- ◆ „F 60.7 – Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung“ (unselbstständiges sowie ängstliches, hilfloses Verhalten)
- ◆ „F 60.8 – Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen“
- ◆ „F 60.9 – Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet“¹⁷⁶.

Der DSM-5 untergliedert die „Persönlichkeitsstörungen“ in drei Gruppen (Cluster A, B und C), wobei Ersteres die Paranoide, Schizoide und Schizotypische Persönlichkeitsstörung umfasst. Unter B sind die Borderline-Persönlichkeitsstörung, Histrionische, Antisoziale und Narzisstische Persönlichkeitsstörung erläutert. Cluster C bezieht die Vermeidende-Selbstunsichere, Dependente sowie Zwanghafte Persönlichkeitsstörung mit ein¹⁷⁷.

Anzumerken ist, dass Traumata Ausgangspunkt für 80% der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ darstellen. Insgesamt meint Michaela Huber: „Längst nicht alle, die solche Traumata erlebt haben, erfüllen die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung. Doch von denjenigen, die eine Persönlichkeitsdiagnose bekommen, haben weitaus die meisten schwere, da frühe und langjährige Traumatisierungen erlebt“¹⁷⁸. Achim Haug kritisiert, dass die Diagnose Persönlichkeitsstörung zu schnell festgestellt wird. Der Grund liege vermutlich darin, dass die Diagnose gestellt wird, obwohl nicht alle Kriterien, die bei dieser Störung erfüllt sein müssen, zutreffen. Zudem wird die Diskrepanz zwischen Charakterzügen und den wirklichen Störungen der Persönlichkeit zu wenig beachtet bzw. unterschieden. Gelten die Eingangskriterien müsse die spezifische Störung ermittelt werden¹⁷⁹.

4. Schutz- und Risikofaktoren bei der Entstehung eines Traumas

In diesem Kapitel werden anfänglich das Konzept der Salutogenese sowie der Resilienzbegriff beschrieben. Daraufgehend werden weitere Schutzfaktoren ergänzt, die dazu beitragen bedrohliche Ereignisse sowie Gefahren zu überwinden und wenig bis keine bleibenden psychischen Folgeschäden davonzutragen. Zudem hat die American Psychological Association Kriterien herausgegeben, die resilienzfördernd wirken. Im anschließenden Abschnitt werden Faktoren erläutert, die das Risiko von Traumata erhöhen. Diese werden wiederum in Personenmerkmale und sozioökonomischen Status unterschieden.

¹⁷⁶ vgl. URL 16

¹⁷⁷ vgl. Falkai, Wittchen 2015a, S.884

¹⁷⁸ zit. Huber 2012, S.118

¹⁷⁹ vgl. Haug 2017, S.122

4.1 Schutzfaktoren und Resilienz

Menschen, die ein bedrohliches Ereignis oder Gewalt erlebt haben, das potentiell traumatisierend wirkt, können sehr unterschiedlich davon betroffen sein. Einige von ihnen können mit diesen Erlebnissen umgehen und sich von ihnen erholen¹⁸⁰. Die Eigenschaften, die diese Menschen mitbringen, um gesund zu bleiben oder die entstehenden Folgen von allein zu überwinden, lassen sich u.a. mit dem Konzept der **Salutogenese** erklären. Dieses Konzept steht in Verbindung mit dem Begriff der **Resilienz**¹⁸¹.

Aaron Antonovsky (1923-1994) entwickelte das Konzept der Salutogenese. Er begreift Gesundheit und Krankheit nicht als starre Gegebenheiten, sondern geht davon aus, dass Menschen nie ausnahmslos krank oder gesund sind. Sie sind auf der Achse zwischen Gesundheit und Krankheit der einen oder anderen Seite näher¹⁸². Renate Huch und Klaus D. Jürgens stellen ein vereinfachtes Modell der Salutogenese dar:

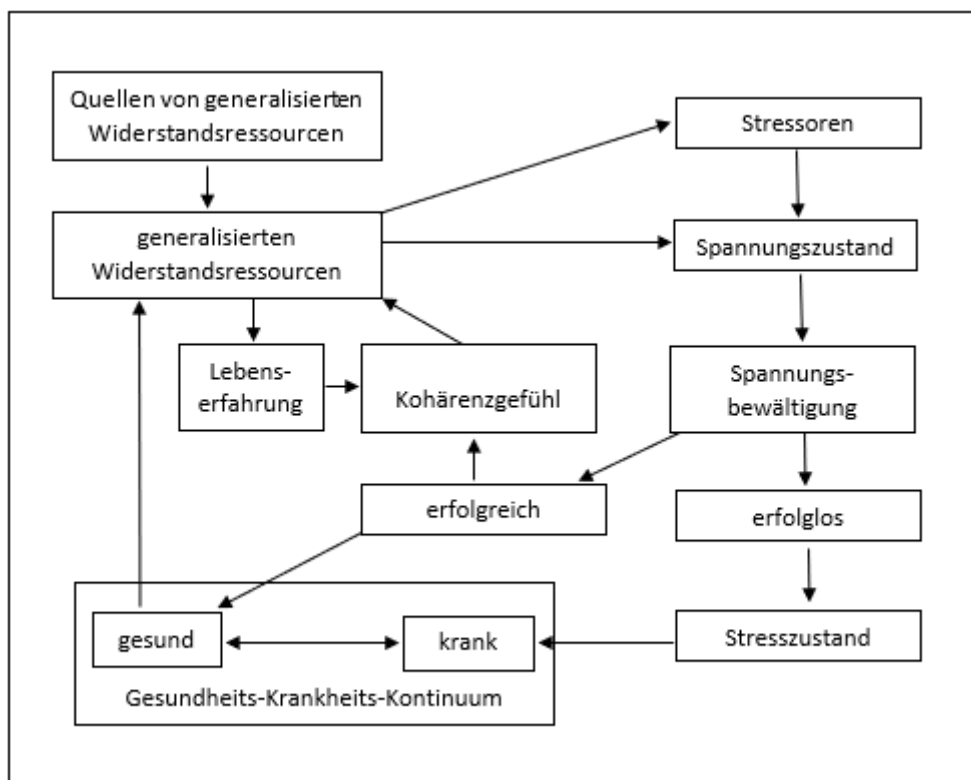


Abbildung 5: Modell der Salutogenese nach Antonovsky (vereinfacht) (Huch, Jürgens 2011, S.45)

¹⁸⁰ vgl. Boss 2006, S.70

¹⁸¹ vgl. Pausch, Matten 2018, S.23

¹⁸² vgl. Antonovsky 1991, S.116ff.

Demnach ist der Mittelpunkt des Modells das Kohärenzgefühl, welches die jeweilige Einstellung und Zuversicht eines Menschen in Bezug auf die Welt und das Leben umfasst. Drei Grundhaltungen bestimmen das Kohärenzgefühl: Die innere Haltung darüber, die Aufgaben, die die Menschen im Laufe des Lebens bewältigen müssen zu verstehen, die Zuversicht, diese Aufgaben durch eigene Ressourcen oder mit Hilfe anderer zu meistern sowie der Glaube an den Sinn des Lebens.

Menschen, die als gesund gelten und auf die verschiedene Stressoren (Belastungen) einwirken, können sich anhand „generalisierter Widerstandsressourcen“ adäquat verhalten¹⁸³. Dieser Vorgang wird auch als „Resilienz“ bezeichnet. Das Wort mit lateinischem Ursprung wird mit „Widerstandsfähigkeit“ gleichgesetzt und meint, dass Betroffene psychische Belastungen unbeschadet überstehen und gestärkt daraus hervorgehen¹⁸⁴. Bezüglich der Resilienz gibt es seit den 80er/90er Jahren des 20. Jahrhunderts ein breites Forschungsspektrum, wodurch erwiesen wurde, dass Resilienz kein grundlegender Wesenszug ist. Vielmehr handelt es sich um die Anpassungsfähigkeit in Bezug auf veränderte Bedingungen und die Erweiterung bestehender Lebenskonzepte¹⁸⁵.

Luise Reddemann und Cornelia Dehner-Rau führen neben der Resilienz weitere Schutzfaktoren an, die großen Einfluss auf die Bewältigung von Traumata haben können. Sie beziehen sich dabei vorwiegend auf die Beziehung zwischen Mutter und Kind. Wenn diese Beziehung besonders durch feinfühliges Handeln, gewohnte Strukturen, Aufeinanderbezogenheit und nachvollziehbaren Interaktionen gekennzeichnet ist, ist dies für das Kind schutzgebend. Das heißt, vor allem eine sichere Bindungserfahrung wirkt sich positiv auf belastende Erfahrungen aus¹⁸⁶. Dies hat, zum Beispiel Selbstvertrauen und ein positives Gefühl des eigenen Wertes zur Folge und fördert soziale Kompetenzen wie Empathiefähigkeit oder Verantwortungsgefühl. Auch äußere Einflüsse können Schutzfaktoren darstellen. Hierzu zählt insbesondere ein stabiles Umfeld mit sozialen Kontakten, durch das Betroffene Unterstützung sowie Zusammenhalt erfahren. Demzufolge kann die eigene Resilienz entwickelt werden¹⁸⁷. Die American Psychological Association (Übersetzung Pausch, Matten) hat dazu folgende Kriterien aufgeführt:

- ◆ „Make connections! (Habe gute soziale Beziehungen!)
- ◆ Avoid seeing crises as insurmountable problems! (Mache Dir klar, dass Krisen überwindbar sind!)
- ◆ Accept that change is part of living! (Veränderung ist ein Teil des Lebens!)
- ◆ Move toward your goals! (Wende Dich Deinen Zielen zu!)

¹⁸³ vgl. Huch, Jürgens 2011, S.45

¹⁸⁴ vgl. Dudenredaktion 2010, S.906

¹⁸⁵ vgl. Pausch, Matten 2018, S.23

¹⁸⁶ vgl. Reddemann, Dehner-Rau 2013, S.19

¹⁸⁷ vgl. Pausch, Matten 2018, S.24

- ◆ Take decisive actions! (Treffe Entscheidungen!)
- ◆ Look for opportunities for self-discovery! (Halte Ausschau nach Möglichkeiten um Dich selbst zu erforschen!)
- ◆ Nurture a positive view of yourself! (Pflege einen positiven Blick auf Dich selbst!)
- ◆ Keep things in perspective! (Bewahre den richtigen Blickwinkel!)
- ◆ Maintain a hopeful outlook! (Erhalte Dir die Hoffnung!)
- ◆ Take care of yourself! (Kümmere Dich um Dich!)¹⁸⁸.

4.2 Risikofaktoren

Jedoch können auch Faktoren bestimmt werden, die das Risiko bleibender Folgen nach einem Trauma stark erhöhen. Hervorzuheben ist, dass dieses Risiko steigt, je mehr bedrohliche Ereignisse und Stressoren auf einen Menschen wirken. Demzufolge sollte nach einem traumatisierenden Ereignis ermittelt werden, welche Risikofaktoren bestehen¹⁸⁹. Unterschieden werden können Risikofaktoren nach „Personenmerkmalen“ und „sozioökonomischen Status“.

Personenmerkmalen	sozioökonomischen Status
Weiblichkeit	Geringe Bildung
niedriges Alter	Armut
Introvertiert	Körperliche Erkrankungen
Vergangene psychische Störungen	Geminderte Intelligenz

Tabelle 4: Risikofaktoren nach Personenmerkmalen und sozioökonomischen Status (vgl. Dittmar 2013a, S.39)

Das Risiko, bedrohlichen Situationen ausgesetzt zu sein liegt bei Männern statistisch gesehen höher. Allerdings sind Frauen häufiger schwerwiegenderen Gefahren (wie z. B. sexuelle Gewalt) ausgesetzt, was dazu führt, dass bei Frauen doppelt so häufig eine PTBS diagnostiziert wird¹⁹⁰. Insgesamt gibt es unterschiedliche Risikofaktoren. Beispielsweise stellt die Art des potentiell traumatisierenden Erlebnisses bereits ein Risiko dar: Je schwerwiegender und länger die Dauer, desto wahrscheinlicher ist, dass sich Traumata entwickeln. Ebenso spielt eine wahrgenommene Lebensbedrohung eine entscheidende Rolle. Wie bereits erwähnt, stellt ein Trauma, welches durch Menschen verursacht wird („man-made-desasters“), ebenfalls ein erhöhtes Risiko dar. Frühere Traumata bzw. vergangene psychische Störungen (Depressionen, Angststörungen etc.) tragen dazu bei, dass das Risiko mit schweren Traumareaktionen konfrontiert zu sein steigt. Die soziale Unterstützung wird als Schutzfaktor beschrieben. Wenn diese allerdings nicht oder nur unzureichend vorhanden ist, stellt

¹⁸⁸ zit. Pausch, Matten 2018, S.24

¹⁸⁹ vgl. ebd. S.24, Sapolsky 2017, S.265

¹⁹⁰ vgl. Dittmar 2013a, S.39

dieser Faktor ebenfalls ein Risiko dar. Vor allem kurz nach dem betreffenden Ereignis sind Hilfe und Unterstützung enorm wichtig, was in den bisherigen Ausführungen mehrfach betont wurde. Des Weiteren können Belastungen, die nach einem bedrohlichen Ereignis auftreten ebenso schwerwiegende Traumareaktionen hervorrufen. Gemeint ist damit zum Beispiel der Verlust des Arbeitsplatzes, zurückbleibende körperliche Erkrankungen oder eine langwierige Belastung durch Gerichtsverfahren¹⁹¹. Volker Dittmar ergänzt, dass eine (enge) Bindung zwischen Betroffenen und Täter*innen ein erhöhtes Risiko darstellt. Außerdem können auftretende schwere Dissoziationen zu einer gravierenden Traumareaktion führen¹⁹².

5. Unterstützungs- und Hilfsmöglichkeiten

Dieses Kapitel baut auf den bisherigen Ausführungen auf und weist insgesamt auf die Relevanz von Unterstützungs- und Hilfsmöglichkeiten in Bezug auf traumatisierte Menschen hin. Es werden allgemeine Anforderungen innerhalb traumasensibler Arbeit beschrieben, wobei sowohl die herausfordernde Arbeit der Fachkräfte, als auch die Bedeutung dieser Arbeit für Betroffene geschildert wird. Zudem werden mögliche Arbeitsbereiche genannt, in denen traumasensible Arbeit wichtig ist.

Es schließen sich eine Darstellung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden bezüglich Psychotherapie und Beratung und eine Erläuterung deren jeweiligen Möglichkeiten nach Traumata an. Hierbei werden verschiedene Phasen und ausgewählte Methoden einbezogen.

5.1 Traumasensible Arbeit

Im Blick auf die Folgen von Traumata sind professionelle Unterstützung und Hilfe für Betroffene häufig von Nöten. Allerdings wurde in der Vergangenheit kritisiert, dass die Ausbildung für Psychotherapeut*innen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter*innen und weitere helfende Professionen oftmals unzureichend auf die Traumaproblematik und mögliche Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten Bezug nimmt. Ulrike Beckrath-Wilking betont demzufolge die Integration verschiedener Methoden innerhalb von Psychotherapie und Beratung, die durch eine Vielzahl von Literatur zum Thema Traumata und traumaspezifischen Weiterbildungen erlernt und umgesetzt werden können¹⁹³. „Zentrale Anforderungen an die Arbeit mit traumatisierten Menschen sind die Einführung an Möglichkeiten der Kontrollerfahrung, der Selbstregulierung und die Möglichkeit, eine verlässliche Beziehung im sicheren Kontext zu erfahren“¹⁹⁴. Ziel der

¹⁹¹ vgl. Pausch, Matten 2018, S.25f.

¹⁹² vgl. Dittmar 2013a, S.40

¹⁹³ vgl. Beckrath-Wilking 2013a, S.19

¹⁹⁴ zit. Hantke 2015, S.122

traumasensiblen Arbeit ist es demnach, dass Betroffene die mit dem Trauma verbundenen Emotionen und Erinnerungen zulassen können, ohne mit einem Kontrollverlust konfrontiert zu sein. Zudem sollte die Verringerung bzw. das Ausbleiben angstbelasteter Gefühle fokussiert und Ressourcen sowie Handlungskompetenzen gestärkt werden. Insgesamt wird in diesem Prozess die Integration der traumatischen Erfahrungen in das Leben der Betroffenen angestrebt. Das meint, dass das Trauma als ein Teil der Vergangenheit akzeptiert wird, jedoch die Zukunft der Betroffenen nicht bestimmt. Anzumerken ist, dass dieser Prozess häufig eine lange Zeit in Anspruch nimmt und sich dessen Verläufe sehr unterschiedlich entwickeln¹⁹⁵. Lydia Hantke schlussfolgert, dass für diese Arbeit zwar spezielle Kenntnisse notwendig sind, es jedoch kein spezieller Arbeitsbereich ist, indem dies stattfindet. Denn das Zusammentreffen bzw. Arbeiten mit traumatisierten Menschen findet in vielen Bereichen psychosozialer Arbeitsfelder statt: Stationäre Einrichtungen (für Kinder und Jugendliche, unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, Psychiatrisch etc.), Beratungsstellen (für Frauen, Eltern, Senioren etc.), Präventionsarbeit (z.B. im Hinblick auf Gewalttätigkeit), Suchtberatung u.v.m.

Fachkräfte, die in diesen Arbeitsfeldern tätig sind, sind großen Herausforderungen ausgesetzt. Sie sind beispielsweise mit Aggressionen sowie Konflikten konfrontiert. Demzufolge ist die Fähigkeit der Selbstregulation bedeutend. Dies führt zu (erneuter) Stabilität der Fachkräfte und dient gleichzeitig als Vorbild im Sinne der eigenen Fürsorge und Regulation. Zudem benötigen traumatisierte Menschen ein Beziehungsangebot, welches durch Transparenz, Beständigkeit und Vertrauen geprägt ist, da bisherige Erfahrungen oftmals (oder ausschließlich) von Gewalttaten und eigener Hilflosigkeit bestimmt wurden. Der Beziehungsaufbau ist die Grundlage dafür, den Selbstwert und die Selbstwahrnehmung von Betroffenen zu stärken sowie deren Empathiefähigkeit und die Teilnahme am sozialen Leben (wieder) zu entwickeln. In diesem Zusammenhang besteht einerseits die Arbeit mit traumatisierten Menschen darin, sie in Bezug auf ihre eigenen Grenzen sowie Bedürfnisse zu unterstützen und sie dabei zu begleiten diese in Abgrenzung von anderen zu erkennen und zu wahren. Andererseits gehört zur traumasensiblen Arbeit die Vermittlung von theoretischem Wissen in Bezug auf Traumata. Symptome werden so nachvollziehbar und verständlich, wodurch das Gefühl der Hilflosigkeit der Betroffenen aufgelöst wird und dies allmählich zu einem Gefühl der Kontrolle führt.

Auf dem Gebiet der traumasensiblen Arbeit werden die Gebiete der Pädagogik, Psychotherapie und Beratung unterschieden¹⁹⁶. Dies führt nachfolgend zu einer differenzierten Darstellung der beiden Bereiche Psychotherapie und Beratung. Auf die Darstellung der Pädagogik muss verzichtet werden.

¹⁹⁵ vgl. Schäfer, Rüther, Sachsse 2006, S.17ff.

¹⁹⁶ vgl. Hantke 2015, S.118ff.

5.2 Psychotherapie und Beratung

Psychotherapie und psychosoziale Beratung weisen im Grundsatz viele Gemeinsamkeiten auf und haben unter historischen Gesichtspunkten ähnliche Ursprünge. So finden sowohl in psychotherapeutischen Sitzungen, als auch in Beratungen professionell geführte Gespräche statt, in denen es um den seelischen Zustand sowie die (bisherige) Lebensgeschichte der Klient*innen geht. Häufig stehen dabei Konflikte und daraus resultierende psychische Belastungen im Vordergrund, die thematisiert werden. Die Gespräche führen Ärzt*innen, Psycholog*innen sowie Sozialpädagog*innen bzw. Sozialarbeiter*innen¹⁹⁷. Es wird von einer „asymmetrischen Beziehung“ gesprochen. Die Klient*innen sind von einem Gefühl der Hilflosigkeit betroffen und suchen professionelle Unterstützung und Hilfe. Diesen ungleichen Zustand bestimmt die Asymmetrie innerhalb der Beziehung. Trotzdem ist eine vertrauensvolle Basis innerhalb der Beratung oder Psychotherapie notwendig und unabdingbar. Sowohl das Aufsuchen der Therapie, als auch der Beratung ist überwiegend (es gibt vereinzelte Ausnahmen) freiwillig. Dadurch kann eine Motivations- und Veränderungsbereitschaft seitens der Klient*innen vorausgesetzt werden¹⁹⁸. Obwohl es eine Vielzahl an Methoden gibt, können sie sowohl in Psychotherapien, als auch in psychosozialen Beratungen angewandt werden. Dabei werden vertrauliche und persönliche Themen besprochen, die tief emotional sein können, Übungen durchgeführt, die körperliche Empfindungen hervorbringen und Zusammenhänge sowie Angebote des Reflektierens geben. Zurückzuführen ist die Basis von Psychotherapie wie auch von psychosozialer Beratung auf verschiedene Begründer*innen und Grundkonzepte. Nachfolgend wird eine Auswahl vorgestellt: Sigmund Freud (1856-1939) ist Erfinder der Psychoanalyse, Alfred Adler (1870-1937) entwickelte die Individualpsychologie, Carl Rogers (1902-1987) ist für die Ursprünge der Gesprächspsychotherapie und die klientenzentrierte Gesprächsführung verantwortlich, Frederick „Fritz“ Salomon Perls (1893-1970) ist Begründer der Gestalttherapie, auf Salvador Minuchin (1921-2017) ist die systemische Familientherapie zurückzuführen, Ruth Cohn (1912-2010) gilt als Begründerin der themenzentrierten Interaktion und war dementsprechend prägend für die psychosoziale Gruppenarbeit¹⁹⁹. Diese unterschiedlichen Konzepte sind nicht nur Basis für entsprechende psychotherapeutische Ausrichtungen sowie die damit verbundenen Ausbildungsmöglichkeiten. „Sie stehen vielmehr auch für unterschiedliche, aber jeweils in sich kohärente Vorstellungen von Abläufen und Strukturen der menschlichen Psyche sowie für methodische Inspirationen im Umgang mit helfenden Beziehungen“²⁰⁰.

¹⁹⁷ vgl. Großmaß 2007, S.89

¹⁹⁸ vgl. Boeger 2013, S.16

¹⁹⁹ vgl. Großmaß 2007, S.89

²⁰⁰ zit. ebd. S.90

Allerdings wird die Beratung nach Petra Waschburger als „kleine Therapie“ bezeichnet bzw. von „beraterischen Anteilen“ gesprochen, wenn es um die Psychoedukation (Wissensvermittlung von psychischen Erkrankungen) geht²⁰¹. Demnach fallen auch einige Unterschiede zwischen der Psychotherapie und Beratung auf.

So wird die **Psychotherapie** als eine medizinische Leistung gesehen, die die Diagnostik sowie Anamnese als Voraussetzung hat. Ebenso dienen sie als Ausgangspunkt der Zielsetzung. Menschen, die eine Psychotherapie aufsuchen sind belastet und in ihrem Leben beeinträchtigt²⁰². Unter rechtlichem Aspekt wird die Psychotherapie nach dem im Jahr 1998 verfassten Psychotherapeutengesetz (PsychThG) geführt und befasst sich mit der Behandlung von psychischen Störungen. Sofern die Verfahren anerkannt sind, -Psychoanalyse/Tiefenpsychologie sowie Verhaltenstherapie- wird die Therapie durch approbierte Psychotherapeut*innen durchgeführt. Das heißt, dass einem Studium der Psychologie oder Medizin eine Psychotherapieausbildung innerhalb des Richtlinienverfahrens folgt und danach die Approbation beantragt wird. Eine Ausbildung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen mit anschließender Approbation können auch Studienabsolvent*innen der Sozialen Arbeit/Sozialpädagogik sowie Pädagogik durchlaufen. Ein weiterer Unterschied ist der, dass eine Psychotherapie im Gegensatz zur Beratung häufig für mehrere Monate bis Jahre angelegt ist. Die Kostenerstattung ist bei approbierten Psychotherapien bei den Krankenkassen zu beantragen und wird bei Zustimmung dieser vollständig übernommen. Allerdings ist neben dem schriftlichen Antrag ein „Gutachten zur Therapiebedürftigkeit“ einzureichen²⁰³. Ruth Großmaß definiert Psychotherapie folgendermaßen: „Psychotherapie behandelt Erkrankungen der Seele (= psychische Störungen) sowie einzelne Krankheiten des Körpers (= psychosomatische Störungen) nicht mit chemischen oder physikalischen Einwirkungen auf den Körper, sondern mit einer spezifischen Form der Interaktion (= Gespräch, Gruppenprozesse, symbolische Interventionen), in der Emotionalität, Befindlichkeiten, individuelles Erleben und Intim-Persönliches eine hohe Bedeutung haben“²⁰⁴.

Bei der **psychosozialen Beratung** steht nicht unbedingt die Heilung, sondern die Orientierung und Unterstützung der Menschen im Vordergrund. Sie ist im sozialen Umfeld der Menschen generell mit eingebunden und lebensnah. Die thematischen Inhalte entstehen durch die Angebote der jeweiligen spezifischen Einrichtungen bzw. Beratungsstellen. Demzufolge ist psychosoziale Beratung ein niedrighschwelliges Angebot, welches sich an alle Menschen richtet. Die Bereiche der psychosozialen Beratung, wie oben bereits erläutert, sind weitreichend und umfassen die Soziale Arbeit sowie Pädagogik. Die Menschen, die diese Beratungsangebote aufsuchen, sind konfrontiert

²⁰¹ vgl. Waschburger 2009, S.21

²⁰² vgl. Großmaß 2007, S.90

²⁰³ vgl. Boeger 2013, S.15f.

²⁰⁴ zit. Großmaß 2007, S.94f.

mit psychosozialen Problemlagen, allgemeinen Lebensfragen oder Ereignissen, die eine Veränderung des bisherigen Lebens herbeiführen. Die Dauer der Beratung variiert dabei, ist allerdings eher als kurzfristige Hilfe ausgelegt. Aufgrund der Sozialgesetzgebung ist sie in den überwiegenden Fällen kostenfrei²⁰⁵. Frank Engel, Frank Nestmann sowie Ursula Sickendiek schreiben der psychosozialen Beratung zudem eine „Doppelverortung“ zu: Einerseits wird durch methodisches Handeln ein Beratungssetting hergestellt und Unterstützung sowie Hilfe geboten, andererseits soll durch spezifisches Faktenwissen eine Informationsweitergabe gewährleistet sein²⁰⁶. „Berater und Beraterinnen müssen in Grundlagen und Entwicklungen ihres Handlungsfeldes fundiert und informiert sein und haben so teil an den arbeitsfeldspezifischen und nicht selten auch damit verbundenen disziplinspezifischen Debatten der Psychologie, Soziologie, Pädagogik, Sozialen Arbeit oder anderen Fachrichtungen“²⁰⁷. David Becker kritisiert, dass in Bezug auf die Arbeit mit traumatisierten Menschen keine einheitlichen Konzepte und Methoden vorhanden sind. Zudem gibt er zu bedenken, dass die detaillierten und schnell verbreiteten Informationen über Katastrophen und Schicksalsschläge durch digitale Medien und das Fernsehen dazu führen, dass sich Laien als Traumaexpert*innen fühlen. In der konkreten Situation führt dies allerdings nicht zu mehr Hilfe und Unterstützung, sondern zu Missverständnissen sowie Hilf- und Ratlosigkeit aller Beteiligten²⁰⁸. Urs Hepp geht noch einen Schritt weiter und beschreibt eine große Verunsicherung, die mit Befangenheit einhergeht und sich sowohl bei Psychotherapeut*innen, als auch bei anderem professionellem Personal zeigt. Der Anspruch an das geschulte Personal wächst, so dass sich daraus eine Angst zu versagen und ein Gefühl der Inkompetenz entwickelt. So muss auch das Vertrauen der Fachkräfte in ihre eigenen Kompetenzen gestärkt werden. Zudem ist es wichtig (angehende) Berater*innen sowie Therapeut*innen besonders in der Traumarbeit zu schulen und ihre Selbstfürsorge in den Blick zu nehmen²⁰⁹. Letzteres wird im sechsten Kapitel thematisiert. Im Folgenden wird ein traumatherapeutisches Phasenmodell beschrieben, welches sich in der Arbeit mit traumatisierten Menschen bewährt hat. Zudem werden einige Konzepte und Methoden der einzelnen Phasen näher erläutert. Anschließend beschreibt Abschnitt 5.2.2 die Arbeit innerhalb der psychosozialen Beratung.

5.2.1 Psychotherapiemöglichkeiten nach Traumata

Innerhalb von Traumatherapien wird das traumatherapeutische Phasenmodell häufig angewandt, welches auf Pierre Janet zurückzuführen ist, der 1889 drei Phasen beschrieb, die innerhalb der Psychotherapie auftreten. Judith Lewis Hermann entwickelte die Phasen im deutschsprachigen

²⁰⁵ vgl. Großmaß 2007, S.90, Boeger 2013, S.16

²⁰⁶ vgl. Engel, Nestmann, Sickendiek 2007, S.35

²⁰⁷ zit. ebd. S.35

²⁰⁸ vgl. Becker 2014, S.195

²⁰⁹ vgl. Hepp 2010, S.139

Raum weiter, wobei diese nicht unbedingt aufeinander folgen, sondern in ihrer Reihenfolge variieren können²¹⁰.

- ◆ „Stabilisierung und Affektregulierung
- ◆ Traumasynthese/Traumaexposition
- ◆ Integration und Neuorientierung“²¹¹.

I. Phase

Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Klient*innen und Therapeut*innen ist die Basis innerhalb einer Psychotherapie. D.h., dass zu Beginn der Beziehungsaufbau -innerhalb der **Stabilisierungsphase-** fokussiert wird. Den Klient*innen sollen vorwiegend ein Gefühl der Sicherheit vermittelt und dazu beigetragen werden, dass sie die eigene Kontrolle zurückgewinnen. Es geht speziell um die Selbstregulierung. Die Therapeut*innen bieten ein Beziehungsangebot an, so dass die Klient*innen ein positives Beziehungserlebnis erfahren, geprägt durch eine zugewandte und offene Haltung. Innerhalb der Stabilisierungsphase findet durch Psychoedukation Aufklärung bezüglich der Störung und deren mögliche Behandlung statt. Fokussiert wird in dieser Phase außerdem die Distanzierung von den traumatischen Erlebnissen. Eine Möglichkeit der Hilfe stellt dabei die Imagination dar, die im Anschluss an diese Erläuterungen beschrieben wird. Das Ziel innerhalb der Stabilisierungsphase ist es die Affektregulation, Selbstwahrnehmung sowie -fürsorge der Betroffenen zu stärken. Zudem werden die Klient*innen bei der Regulierung von Impulsen, dem kontrollierten Umgehen von Flashbacks und bei der Distanzierung von selbstverletzenden Verhalten unterstützt. Dies gelingt u.a. durch die Arbeit mit dem Ego-State-Konzept, mit dessen Hilfe verschiedene innere Anteile angesprochen werden. Diese Methode wird ebenfalls im weiteren Verlauf dieses Kapitels erläutert. Ebenso können zusätzliche Angebote, wie Sport, Meditation oder kreative Methoden Möglichkeiten der Stabilisierung darstellen²¹².

Imagination

Das Wort „Imagination“ hat seinen Ursprung im Lateinischen und bedeutet „Fantasie, Einbildungskraft, bildhaft anschauliches Denken“²¹³. Menschen imaginieren, auch aufgrund heilsamer Wirkung, seit vielen Jahrtausenden. Dies geschieht unter Berücksichtigung aller Sinneswahrnehmungen: hören, sehen, schmecken, riechen, fühlen. Die Imagination innerhalb der Therapie beschäftigt auch neurobiologische Forscher*innen²¹⁴: „Es sei betont, dass nach neuerer Forschung Imaginative Prozesse (>>das, was wir uns vorstellen<<) in ähnlichen Hirnarealen zur

²¹⁰ vgl. Dittmar 2013b, S.107

²¹¹ zit. ebd. S.107

²¹² vgl. Dittmar 2013b, S.107f.

²¹³ zit. Dudenreaktion 2010, S.454

²¹⁴ vgl. Beckrath-Wilking 2013c, S.181

Aktivierung gelangen wie konkretes Handeln (>>das, was wir tun<<), d.h.: Vorstellung löst Ähnliches aus wie Handeln. Dies beschrieb schon Freud (1925), als er vom Vorstellen als Probehandeln sprach²¹⁵. Somit regen imaginative Übungen die Kreativität des Menschen an, welche ihren Ursprung in der Kindheit hat und u.a. als Bewältigungsstrategie diente²¹⁶. In vielen unterschiedlichen Kinder- und Jugendbüchern wird die Imagination angeregt und Wege aufgezeigt, wie Menschen mit traumatischen Ereignissen umgehen. So trägt die Maus *Frederick* im gleichnamigen Buch von Leo Lionni die Strahlen der Sonne und bunte Farben zusammen, damit die Mäuse im Winter nicht traurig sind. Auch gegenwärtige Literatur, wie beispielsweise die Erzählungen um Harry Potter zeigen, wie aktuell imaginative Geschichten nach wie vor sind. Jedes dieser Werke wirkt in einer speziellen Weise tröstlich und beinhaltet innere Charakterstärke²¹⁷. Die Imaginationsarbeit innerhalb der Psychotherapie regt demzufolge die Vorstellungskraft der Klient*innen an und führt sie zu einem sicheren inneren Raum, den sie jederzeit aufsuchen können. In der Übung „Sicherer Innerer Ort“ erschaffen die Klient*innen sich beispielsweise selbst einen Ort in ihrer Fantasie und gestalten ihn so, dass sie sich geborgen und geschützt fühlen können. In einer weiteren Übung können sie dazu geführt werden „innere hilfreiche Wesen“ zu imaginieren, die sie unterstützen und für sie da sind. Dies können einerseits Eigenschaften sein, die die Klient*innen bereits besitzen, andererseits Fähigkeiten, die sie innerhalb der Psychotherapie erwerben. Wichtig ist, dass diese Übungen in einem ruhegebenden Setting stattfinden und wiederholt durchgeführt werden. So können sich die eigenen Imaginationen festigen und in Stresssituationen bewusst eingesetzt werden. Die Klient*innen können dann dieser Situation entfliehen und durch die Imagination zu Stabilität zurück finden²¹⁸. Diese Art der Traumabewältigung ist aktive Selbsthilfe und führt Klient*innen langfristig gesehen zu einer Loslösung aus der Opferrolle. Zudem wird innerhalb der Psychotherapie eine Verdeutlichung dieser (neuen) Fertigkeiten angestrebt, zum Beispiel durch das Einnehmen einer bestimmten Körperhaltung für den aufgebrachten Mut. Folglich kann dieses Gefühl in der Zukunft schneller wieder abgerufen werden²¹⁹. Die Imagination ist ein Teil der von Luise Reddemann entwickelten „Psychodynamisch-imaginativen Traumatherapie“ (PITT), die im deutschsprachigen Raum vielfach bei traumatisierten Menschen angewendet wird und sich in diesem Bereich durchgesetzt hat. Sie umfasst Methoden, die in den hier beschriebenen Phasen zum Einsatz kommen²²⁰.

²¹⁵ zit. Reddemann 2013, S.294

²¹⁶ vgl. Beckrath-Wilking 2013c, S.181

²¹⁷ vgl. Reddemann 2006, S.171f.

²¹⁸ vgl. Schäfer, Rüther, Sachsse 2006, S.59ff.

²¹⁹ vgl. Beckrath-Wilking 2013c, S.192

²²⁰ vgl. Pausch, Matten 2018, S.91f.

Ego-State-Konzept

John und Helen Waltrins entwickelten das Ego-State-Konzept (in Deutschland bekannt durch Luise Reddemann), welches von einem Persönlichkeitsmodell mit verschiedenen Ich-Zuständen ausgeht (ähnlich wie beispielsweise das Modell der Transaktionsanalyse). Die Ego-States bzw. Ich-Zustände sind Persönlichkeitsanteile und umfassen Emotionen, Erinnerungen, Verhaltensweisen einer Person unter Berücksichtigung von Vergangenheit und Gegenwart. Diese Ich-Zustände bilden sich überwiegend in der Zeit der Kindheit, können jedoch auch später entwickelt werden bzw. sich entwickeln. Innerhalb des Konzepts gilt jemand als gesund, wenn die Selbstanteile miteinander verbunden und integriert sind. Eine schwere Dissoziation ist hingegen durch starke Abspaltung bzw. Abgrenzung der einzelnen Ich-Zustände erkennbar. Innerhalb einer Psychotherapie werden mithilfe des Ego-State-Konzepts die einzelnen Ich-Zustände der Klientin/des Klienten ausgemacht und eine Verbindung zwischen ihnen geschaffen. Dabei spielen die jeweiligen Eigenschaften, Sehnsüchte und Motivationen dieser Anteile eine wichtige Rolle. Vor allem negative sowie aggressive Anteile, wie Täterintrojekte sind von großer Bedeutung.²²¹ Luise Reddemann nennt sie „verletzende Teile“, die jedoch in der Situation der Traumatisierung den Zweck des Selbstschutzes verfolgen und das Überleben sichern. In der Psychotherapie werden diese Anteile zunächst anerkannt sowie die Hintergründe der Entstehung herausgearbeitet, so dass anschließend die Diskrepanz zwischen diesen Anteilen und der Hilfsbedürftigkeit des Erwachsenen-Ichs deutlich wird. Anzustreben ist dann eine konstruktive Kooperation zwischen diesen verletzenden Anteilen und dem Erwachsenen-Anteil²²². Wichtig ist es, dass Beobachten und Reflektieren innerhalb der Therapie mithilfe von Erwachsenen-Ich-Zuständen angestrebt werden, so dass negative Emotionen und innere Konflikt verstehbar werden. Ziel ist es dann durch „Integration zu mehr Ganzheit“ zu gelangen und die „Ego-States“ insgesamt zu stabilisieren²²³.

II. Phase

Die **Phase der Traumasyntese bzw. Traumakonfrontation** sollte erst beginnen, wenn die Stabilität der Klient*innen ausgeprägt ist und selbst- oder fremdverletzendes Verhalten, Suizidalität o.ä. nicht (mehr) relevant sind. Auch bei einer unmittelbaren psychischen Erkrankung, wie einer Psychose oder bei einem Missbrauch von Suchtmitteln wird von einer konfrontativen Psychotherapie abgeraten²²⁴. Zudem ist vor Beginn der Traumabearbeitung und -konfrontation zu berücksichtigen, ob andere Bedürfnisse der Klient*innen im Vordergrund stehen, die geklärt und beachtet werden müssen. Ist eine Auseinandersetzung der traumatischen Erlebnisse aus Sicht der Therapeut*innen sowie der Klient*innen möglich, geschieht dies in achtsamer Weise. Der Klient/die Klientin wird

²²¹ vgl. Beckrath-Wilking 2013b, S.90ff.

²²² vgl. Reddemann 2013a, S.287

²²³ vgl. Beckrath-Wilking 2013b, S.92, Reddemann 2013a, S.287

²²⁴ vgl. Pausch, Matten 2018, S.89

schrittweise und in einem sicheren Einzelsetting zu relevanten Aspekten des Traumas geführt. Bei komplexen Traumata ist es häufig ausreichend, wenn einige Ereignisse herausgegriffen werden und stellvertretend gelten, da oftmals eine Ansammlung von traumatischen Erlebnissen vorhanden ist²²⁵.

Es werden Emotionen, körperliche Reaktionen und Gedanken der erlebten traumatischen Situation aktiviert, die der Klient/die Klientin in Gedanken noch einmal erlebt. Dies zielt auf die Bearbeitung der Geschehnisse ab und soll verdeutlichen, dass diese Erlebnisse in der Vergangenheit liegen und abgeschlossen sind²²⁶. Die Phase der Traumasynthese und die der Stabilisierung greifen innerhalb des Therapieverlaufs häufig ineinander über und wechseln sich ab. Ziel dieser zweiten Phase ist es, eine Akzeptanz hinsichtlich der traumatisierenden Erfahrungen zu schaffen. Mögliche Verfahren stellen u.a. die Beobachtungstechnik, geprägt durch Luise Reddemann oder das EMDR dar²²⁷, welche im Anschluss zusammengefasst erläutert werden. Zunächst wird der Ansatz von Peter Levine in Bezug auf eine mögliche Traumaüberwindung erläutert.

Traumaheilung

Peter Levine ist der Überzeugung, dass eine direkte Traumakonfrontation nicht hilfreich, sondern hinderlich ist. Die Konfrontation würde zu einem erneuten Gefühl der Angst führen, dem die Betroffenen ausgeliefert seien, wodurch es zu einem Zustand der Erstarrung komme. Peter Levine schlägt vor, dass Klient*innen sich behutsam in die erinnerten Geschehnisse und Emotionen des Traumas „hineinbegeben“ und sich dann aus dessen Wirkung lösen²²⁸. Hierzu dient die Methode des somatischen Erlebens (Somatic Experiencing®), die Anteile des Selbst, die durch das Trauma auseinandergebrochen sind zu „reintegrieren“. Der Wunsch auf Seiten der Klient*innen muss dazu bestehen, wodurch die Basis der Methode geschaffen ist. Anschließend müssen die „erstarrten Elemente“ der Klient*innen, die in der traumatischen Situation die Aufgabe des Schutzes übernahmen davon befreit werden und sich so wieder in das alltägliche Handeln einfinden. Was so abstrakt klingt wird durch konkrete Übungen, wie beispielsweise mittels Körperwahrnehmung fokussiert²²⁹.

Beobachtungstechnik

Sowohl die Methode von Peter Levine, als auch die Beobachtungstechnik sind durch ein besonders behutsames Vorgehen des gedanklichen Erinnerns an die traumatischen Erlebnisse gekennzeichnet. Bei der Beobachtungstechnik nehmen Klient*innen die Rolle der Beobachter*innen ein und beschreiben Schritt für Schritt ihre traumatisierenden Erfahrungen. So empfinden sie durch die sich

²²⁵ vgl. Dittmar 2013b, S.109

²²⁶ vgl. Pausch, Matten 2018, S.89

²²⁷ vgl. Dittmar 2013b, S.109

²²⁸ vgl. Levine 1998, S.73f.

²²⁹ vgl. ebd. S. 69ff.

ergebene Distanz des Beobachtens weniger und leiden demzufolge geringer an den Erinnerungen. Für das oben beschriebene Ziel der Integration ist dies häufig hilfreich. Ergänzend kann die EMDR-Technik eingesetzt werden, um die traumatischen Erlebnisse noch einmal zu bearbeiten²³⁰. Findet die Beobachtungstechnik Anwendung, sollen die Klient*innen zunächst einen kurzen Bericht, ähnlich eines Zeitungsartikels, über die traumatischen Erlebnisse verfassen. Hier wird die Position des Beobachters eingenommen. Anschließend berichtet der „innere Beobachter“ der Klientin/des Klienten in Form eines Reports über die Geschehnisse. Auch hier wird eine beobachtende Position eingenommen, die über die Vergangenheit berichtet und somit eine gewissen Distanz gegenüber den Erlebnissen einnimmt²³¹. Die therapeutische Begleitung spielt hier eine große Rolle. Die Therapeut*innen erarbeiten gemeinsam mit den Klient*innen die unterschiedlichen Gefühle heraus, um sie zu besprechen und voneinander abzuheben. So können Betroffene die Kontrolle über ihre traumatischen Erlebnisse zurückgewinnen²³².

EMDR („Eye Movement Desensitization and Reprocessing“)

Diese spezifische Behandlungsmethode wurde zwischen 1980 und 1990 von Francine Shapiro entwickelt. Übersetzt werden kann „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ mit „Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegung“²³³. Schnelle Augenbewegungen der Klient*innen zielen auf eine gesteigerte Verarbeitung des Traumas ab. Diese Augenbewegungen werden durch das Folgen der Hand des Therapeuten/der Therapeutin vor den Augen der Klient*innen initiiert. Währenddessen lenkt der Klient/die Klienten die Gedanken auf die traumatisierenden Erlebnisse²³⁴. Durch die schnellen Augenbewegungen werden beide Gehirnhälften stimuliert, wodurch ein neurobiologischer Mechanismus für die Verarbeitung der traumatisierenden Erlebnisse in Gang gesetzt wird. Abschließende Gewissheit, welche Vorgänge im Gehirn stattfinden, kann noch nicht gegeben werden. Möglich ist ein vergleichbarer Vorgang wie beim REM-Schlaf, bei dem Augenbewegungen ebenfalls eine Rolle spielen. Denkbar ist zudem, dass eine Reaktion im Sinne der Orientierungsfähigkeit angeregt wird²³⁵. Mittlerweile ist nachgewiesen, dass EMDR die Klient*innen dazu bringt ihre traumatischen Erlebnisse sehr schnell zu verarbeiten, dies jedoch auch sehr intensiv geschehen kann und somit wenig Kontrolle über das innere Erleben vorhanden ist²³⁶. Das EMDR-Institut Deutschland rät aus diesem Grund dazu, dass nur speziell für

²³⁰ vgl. Reddemann 2013b, S.115f.

²³¹ vgl. Schäfer, Rütger, Sachsse 2006, S.68

²³² vgl. Pausch, Matten 2018, S.93

²³³ vgl. ebd. S.90

²³⁴ vgl. Reddemann, Dehner-Rau 2013, S.77

²³⁵ vgl. Hofmann 2006, S.153f.

²³⁶ vgl. Reddemann, Dehner-Rau 2013, S.77f.

diese Methode ausgebildete Ärzt*innen bzw. Psychologische Psychotherapeut*innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen EMDR durchführen²³⁷.

III. Phase

Die **Phase der Integration und Neuorientierung** verfolgt die Integration der traumatischen Erfahrungen in die Lebensgeschichte und das Selbstkonzept der Klient*innen. Volker Dittmar vergleicht diese dritte Phase mit einem Trauerprozess, da es auf Seiten der Klient*innen darum geht, erlittene Verletzungen sowie Verluste zu betrauern und als Bestandteil der Vergangenheit zu akzeptieren. Es kann in dieser Phase neben Krisen, depressive Episoden oder anderen negativen Gefühlen auch zu einer Neuorientierung kommen, die (bestenfalls) neue positive Lebenseinstellungen und Ziele hervorbringt²³⁸. Die Frage nach dem Sinn des Lebens kann Klient*innen in dieser Zeit besonders begleiten, welche mithilfe der therapeutischen Unterstützung bearbeitet wird. Zudem ist es in dieser letzten Phase vorwiegend die Aufgabe der Therapeut*innen das Ende der Psychotherapie behutsam herbeizuführen und die Klient*innen auf das Ablösen von dieser vorzubereiten²³⁹. Volker Dittmar bezieht sich nachfolgend auf die Perspektive der Klient*innen und meint: „Abgeschlossen ist diese Phase, wenn ein Gefühl für die eigene Kraft und die Fähigkeit, angemessene Entscheidungen für das weitere Leben fällen zu können, entstanden ist“²⁴⁰. Dieses innere Wachstum wird auch als „Posttraumatic Growth“, im deutschen als „Reifungsprozess“ bezeichnet, welches eine Fortführung der bereits beschriebenen Konzepte der Resilienz sowie Salutogenese darstellt²⁴¹. Mögliche Techniken werden hier nicht gesondert beschrieben. Anzumerken ist jedoch, dass beispielsweise das Schreiben von Briefen an Menschen, von denen Klient*innen verletzt wurden oder bestimmte Rituale in Bezug auf den Trauerprozess hilfreich sein könne. Zudem kann die Vergänglichkeit des Lebens thematisiert werden, um den Fokus auf das jeweilige Lebenswerte der Klient*innen zu lenken. Auch ein Blick darauf, wie sehr die Traumata die Vergangenheit bestimmt haben, kann zu einer Orientierung der Zukunft führen²⁴².

Der Vollständigkeit halber zeigt die folgende Abbildung (6) ein Genogramm einzelner Psychotherapierichtungen. Durch die Darstellung sind Zusammenhänge der Traumatherapie mit den Ursprüngen der Psychotherapie gut erkennbar. Neben der traditionell bevorzugten sprachlichen Mittel innerhalb der Psychotherapie, entstanden auch einige Therapieformen, die das körperliche Erleben als heilsame Methode einsetzen. Die Hypnotherapie, welche eine bestimmte

²³⁷ vgl. URL 17

²³⁸ vgl. Dittmar 2013b, S.109f

²³⁹ vgl. Pausch, Matten 2018, S.90

²⁴⁰ zit. Dittmar 2013b, S.110

²⁴¹ vgl. Hepp 2010, S.151

²⁴² vgl. Reddemann, Dehner-Rau 2013, S.70f.

Form der Hypnose ist und durch Milton H. Erickson entwickelt wurde, kann beispielhaft benannt werden. Generell beinhalten Konzepte der Traumabehandlung viele unterschiedliche Methoden einzelner Psychotherapieansätze²⁴³. Aus Gründen des begrenzten Umfangs dieser Masterarbeit kann eine detaillierte Erläuterung nicht gegeben werden.

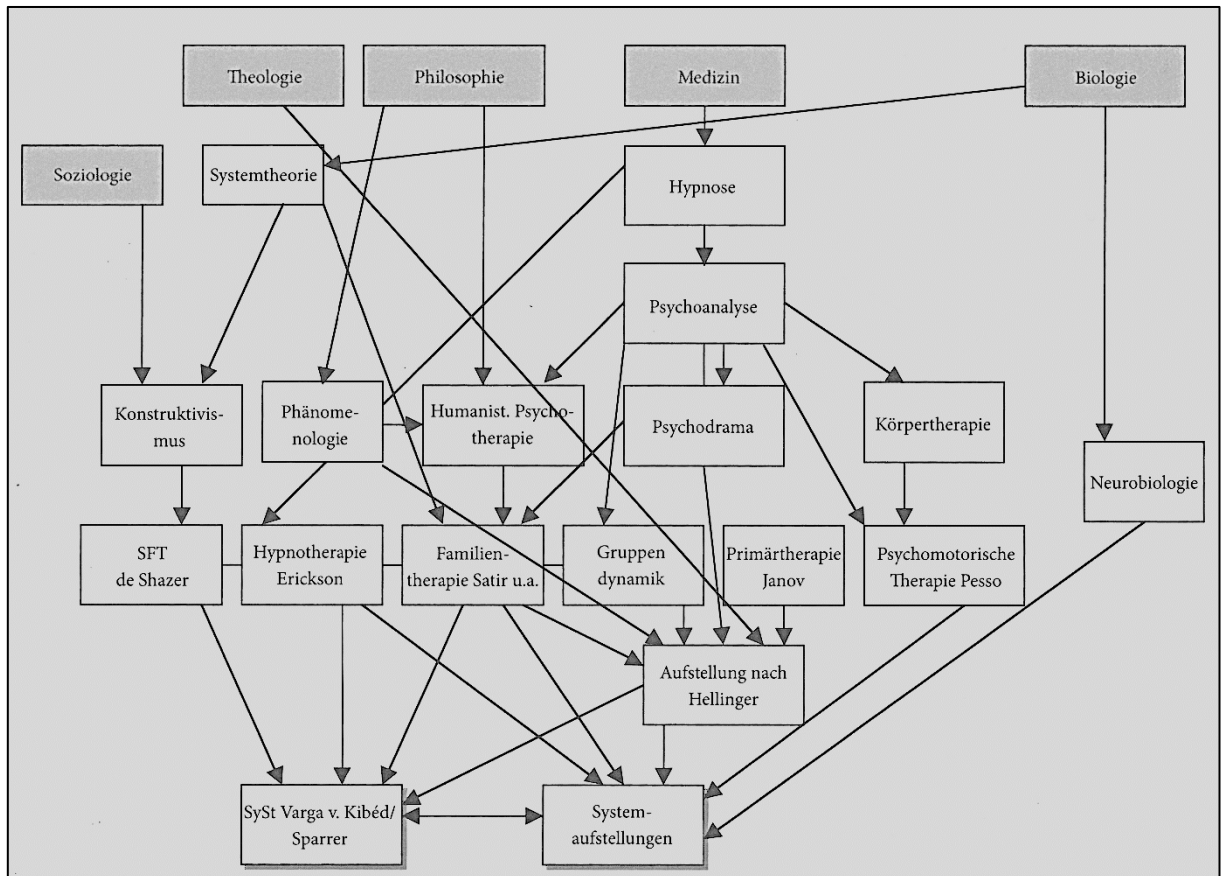


Abbildung 6: Genogramm der Traumatherapie (Eidmann 2009, S.44)

Abschließend ist anzumerken, dass es nach wie vor zu langen Wartezeiten in Bezug auf Psychotherapien im Richtlinienverfahren kommt. Die Wartezeit ist zwar im Vergleich der einzelnen Bundesländer sehr unterschiedlich, im Durchschnitt liegt diese jedoch bei ca. 20 Wochen. Dass diese Wartezeit zu lang ist, gibt selbst eine Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) in ihrer aktuellen Studie an. Zudem ist eine steigende Nachfrage an psychotherapeutischen Therapieplätzen zu erwarten²⁴⁴. Auch dieser Aspekt führt zu der Frage, inwieweit psychosoziale Beratung in Bezug auf Traumata eine Rolle spielt. Dies wird im Nachfolgenden erläutert.

²⁴³ vgl. Eidmann 2009, S.44ff.

²⁴⁴ vgl. Bundespsychotherapeuten Kammer 2018, S.3

5.2.2 Beratungsmöglichkeiten nach Traumata

Ruth Großmaß stellt Psychotherapie und psychosoziale Beratung gegenüber und betitelt ersteres als „Heilung durch Kommunikation“, zweiteres als „(Neu-)Orientierung durch Kommunikation“²⁴⁵. Barbara Bräutigam stellt die Beratung insgesamt als eine Methode der Sozialen Arbeit dar, verweist allerdings ebenso darauf, dass sich Beratung immer mehr als eigenständige Wissenschaft herausstellt²⁴⁶. Neben der bereits erläuterten Differenzierung zur Psychotherapie liegt im Folgenden der Schwerpunkt darauf, wie innerhalb von psychosozialer Beratung, vor allem in Bezug auf traumatisierte Menschen, gearbeitet werden kann. Kathrin Keller, Marion Baldus und Alexander Noyon verweisen auf die Wichtigkeit der Unterstützung nach Erfahrungen von Traumata und betonen die Bedeutung der Stabilisierung, durch die eine Chronifizierung von Traumafolgestörungen möglichst verhindert werden soll²⁴⁷. Hier kann ebenso der Bezug zu den oben beschriebenen Untersuchungen Hans Keilsons gezogen werden, der die dritte Phase – die Phase der Stabilisierung nach der Traumatisierung – als besonders Relevant schildert. Die oben genannten Autor*innen beschreiben die „Basiskompetenzen einer traumasensiblen Arbeit [, welche] durch Wertschätzung, Achtung vor Grenzen und Akzeptanz sowie Verständnis gegenüber den traumatischen Lebensereignissen und der momentanen Lage geprägt [sind]“²⁴⁸.

Carl Rogers beschreibt grundlegende Elemente für einen prinzipiell gelingenden Aufbau einer Beziehung zwischen Berater*innen und Klient*innen und unterscheidet hierbei mehrere Merkmale. Ein Beziehungsaufbau kann nur erfolgreich sein, wenn dieser durch eine empathische Haltung der Berater*innen geprägt ist. Das heißt, dass diese eine aufgeschlossene und interessierte Haltung einnehmen, wodurch eine emotionale Verbindung entsteht. Trotzdem können Berater*innen diese Beziehung insofern kontrollieren, als dass die Grenzen zu den Klient*innen klar definiert sind und die Professionalität gewahrt bleibt. Dies gelingt, indem sie eigene innere Vorgänge und Gefühle wahrnehmen und sie von denen der Klient*innen unterscheiden, um gleichzeitig die Bedürfnisse des Gegenübers zu erkennen. Zudem ist ein Agieren auf Augenhöhe von großer Bedeutung. Ein weiteres Merkmal ist eine akzeptierende Haltung gegenüber jedweden Gefühlen und damit zusammenhängenden Impulsen der Klient*innen. Somit wird ein Raum geschaffen, in dem Gefühle zum Ausdruck gebracht werden können und dürfen. Durch dieses von Carl Rogers beschriebene Merkmal, wird der Unterschied zwischen einer Beziehung im Kontext der Beratung und privaten bzw. alltäglichen Beziehungen deutlich. Zudem sind Grenzen und Regeln der Beratung zu beachten, wie beispielsweise die der zeitlichen Begrenzung, um die Wichtigkeit einer klaren Struktur aufzuzeigen. Zusammenhängend damit kennzeichnet Carl Rogers die Beratung als „Mikrokosmos“,

²⁴⁵ vgl. Großmaß 2007, S.94ff.

²⁴⁶ vgl. Bräutigam 2018, S.183

²⁴⁷ vgl. Keller, Baldus, Noyon 2017, S. 377

²⁴⁸ zit. ebd. S. 379

durch welchen Klient*innen ihre Erfahrungen und Erkenntnisse auf ihr alltägliches Leben beziehen können. Ein weiteres Merkmal der Beratung ist das Vermeiden von Wünschen oder Ansprüchen auf Seiten des Beraters/der Beraterin. Geschieht dies, geraten Klient*innen unter Druck und sind dem Zwang des Erfüllens ausgesetzt. Es ist die Aufgabe der Berater*innen sich zurückzunehmen und auf die Klient*innen einzugehen. Nur so können diese zu einer Persönlichkeitsentwicklung befähigt werden, wodurch Lebensveränderungen möglich sind²⁴⁹. Grundsätzlich meint Carl Rogers:

„Wirksame Beratung besteht aus einer eindeutig strukturierten, gewährenden Beziehung, die es dem Klienten ermöglicht, zu einem Verständnis seiner selbst in einem Ausmaß zu gelangen, das ihn befähigt, aufgrund dieser neuen Orientierung positive Schritte zu unternehmen“²⁵⁰.

Auch Rollo May beschäftigte sich intensiv mit der „Kunst der Beratung“. Er befasst sich vorwiegend mit dem Begriff der Empathie und sieht diesen als „Schlüssel zum Beratungsprozeß“. Empathie habe Einfluss auf die Verbindung, Wirksamkeit sowie die Interaktion zwischen Berater*innen und Klient*innen²⁵¹. Das Wort „Empathie“ hat seinen Ursprung im griechisch-englischen und bezeichnet die „Bereitschaft u. Fähigkeit, sich in die Einstellung anderer Menschen einzufühlen“²⁵². Rollo May zieht eine Verbindung zum Wort „Sympathie“, beschreibt dieses jedoch als „Mitfühlen“. Empathie gehe überdies hinaus und beschreibe eine Haltung, in der eine Identifikation des Gegenübers sowie ein tiefgreifendes Einfühlen stattfindet²⁵³. Diese Haltung hat großen Einfluss auf die Beziehung zwischen Berater*innen und Klient*innen, welche als „allgemeiner Wirkfaktor“ innerhalb der Beratung (und Psychotherapie) gilt und häufig Bestandteil von Untersuchungen war und ist. Demzufolge wird deutlich, dass die Beziehung ein wichtiges (vielleicht sogar das wichtigste) Element bezüglich der Wirksamkeit verschiedener Beratungs- und Psychotherapieansätze ist²⁵⁴.

Diese Erkenntnisse lassen sich ebenso auf eine Beratung im Kontext von Traumata übertragen. Die Erfahrung einer „verlässlichen Beziehung“ in einem sicheren und stabilen Umfeld ist für Klient*innen von enormer Bedeutung²⁵⁵. Berater*innen sollten jedoch beachten, dass Klient*innen häufig destruktive Beziehungserfahrungen (Bindungssysteme siehe Kapitel 1.2.2) erlebt haben, so dass sich diese auch auf die Beziehungsgestaltung innerhalb der Beratung auswirkt: Klient*innen mit Erfahrungen bezüglich **unsicher-vermeidender Bindungen** sind distanziert gegenüber anderen Menschen bzw. dem Berater/der Beraterin und vermitteln den Eindruck keine Hilfe und Unterstützung zu benötigen. Zudem wirken Klient*innen häufig angstfrei und stabil. Lassen sich Berater*innen von diesem Eindruck leiten, kann dies zu einem verfrühten Beenden der Beratung

²⁴⁹ vgl. Rogers 2014, S.84ff

²⁵⁰ zit. ebd. S.28

²⁵¹ vgl. May 1991, S.68

²⁵² zit. Dudenredaktion 2010, S.292

²⁵³ vgl. May 1991, S.68

²⁵⁴ vgl. Wachburger 2009, S.70

²⁵⁵ vgl. Hantke 2015, S.122

führen. Klient*innen mit **unsicher-ambivalenten Bindungserfahrungen** zeigen einerseits (über-) freundliches, aufgeschlossenes, gleichzeitig forderndes Verhalten. Hilfe und Unterstützung der Berater*innen lehnen sie häufig ab oder verweigern diese. Marlene Biberacher zufolge zeigt sich hinter diesem Verhalten jedoch Hilfsbedürftigkeit und die schwierige Lage, in der sie sich befinden. Das Verhalten von Klient*innen mit **desorganisierten Bindungserfahrungen** ist schwer vorhersagbar. Sie sind mit „Annäherungs- Vermeidungs-Konflikten“ konfrontiert, die sie allein nicht lösen können. Ursächlich ist eine Traumatisierung seit der frühen Kindheit, wodurch es zu komplexen Traumata in Verbindung mit dissoziativer Störung kommt. Für Berater*innen ist eine Zusammenarbeit häufig herausfordernd, denn Klient*innen können zum Beispiel kaum Verbindlichkeiten einhalten oder sind nicht in der Lage eine vertrauensvolle Beziehung einzugehen²⁵⁶. Klient*innen „...können nur erreicht werden, wenn es der Beraterin gelingt, trotz des Annäherungs- Vermeidungs- Verhaltens das Kontaktangebot so anzupassen, dass es für die Klienten aushaltbar ist“²⁵⁷.

Zudem sollte den Klient*innen innerhalb der Beratung ein Gefühl der Kontrolle vermittelt (da es während des traumatisierenden Erlebnisses zu einem Kontrollverlust kam) sowie die Möglichkeit der Selbstregulierung gegeben werden. Dies kennzeichnet die Basis für eine Stabilisierung der Klient*innen sowie eine daraus resultierende Selbstwahrnehmung, soziale Teilhabe und Stärkung der Empathiefähigkeit²⁵⁸. Außerdem ist eine Beratung strukturell durch eine früh stattfindende Auftragsklärung geprägt. Das heißt realisierbare Ziele werden anvisiert und kleinschrittig vorgegangen, damit Erfolgserlebnisse stattfinden können. Diese Erfolge sind bedeutsam, denn gerade Menschen mit Erfahrungen bezüglich Traumata haben Misserfolge und Hilflosigkeit erlebt. Zudem sollen die Inhalte der Beratung Klient*innen nicht überfordern sowie ein realistischer Weg der Bewältigung angestrebt werden²⁵⁹. Folgende Fragen können dabei hilfreich sein: „Sind existenzsichernde oder vor Retraumatisierung schützende Maßnahmen erforderlich? Ist eine Unterstützung zur Alltagsbewältigung und ggf. Versorgung der Kinder nötig? Droht Abschiebung? Sind Sicherheitsverträge nötig? Gibt es ein unterstützendes soziales Netzwerk? Besteht noch Täterkontakt? Für Opfer von Straftaten ist z. B. die Kooperation mit dem Weißen Ring e.V. sinnvoll, ggf. auch die Initiative einer Strafverfolgung, die Klärung von Rechtsansprüchen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) sowie die Begleitung der Klienten bei den oft triggernden Behördengängen“²⁶⁰. Wichtig ist es, Prioritäten zu setzen und eine Reihenfolge festzulegen, um nach und nach alle aufkommenden Themen zu bearbeiten. Dies geschieht innerhalb der

²⁵⁶ vgl. Biberacher 2013, S.133f.

²⁵⁷ zit. ebd. S.134

²⁵⁸ vgl. Hantke 2015, S.122

²⁵⁹ vgl. Beckrath-Wilking, Biberacher 2013a, S.122

²⁶⁰ zit. dies. 2013b, S.127f.

Kooperation von Berater*innen und Klient*innen. Es können verschiedene Techniken und Methoden der Traumatherapie (z. B. Imagination) ebenfalls innerhalb der Beratung angewandt werden²⁶¹.

Auch wenn keine direkte Diagnose vorliegt empfiehlt Regina Wolf-Schmidt eine Beratung. In Bezug auf ein Monotrauma zählt sie Erlebnisse auf, nach denen eine Begleitung und Unterstützung besonders wichtig erscheint²⁶²:

- „nach Überfall
- nach Vergewaltigung
- Angehörige bei Vermisstensuche (häufig bei Suizid)
- Hinterbliebene nach plötzlichem oder gewaltsamem Tod“²⁶³.

Insgesamt kann eine (Trauma-) Beratung Klient*innen in einer akuten Situation unterstützen und beispielsweise auf eine Psychotherapie vorbereiten (vor allem bei komplexen Traumata). Denn nach Ulrike Beckrath-Wilking und Marlene Biberacher ist es sinnvoll eine Therapie erst zu beginnen, wenn Klient*innen eine „soziale und psychische Basisstabilität“ aufweisen und Kooperationsfähigkeiten vorhanden sind. Zudem kann eine Beratung zusätzlich zu einer Psychotherapie oder als Ergänzung nach einer Therapie stattfinden²⁶⁴. Durch die oben beschriebenen langen Wartezeiten auf Therapieplätze, erscheint ein Beratungsangebot auch unter diesen Gesichtspunkten sinnvoll.

Innerhalb von Psychotherapien oder Beratungen gibt es Situationen, in denen der Prozess stagniert oder die Hilfe aus verschiedenen Gründen nicht ausreicht, um eine positive Entwicklung voranzutreiben. „Dann ist Begleitung besonders wichtig und bedeutend, ohne Bedingungen akzeptierend an der Seite dieses Menschen zu bleiben“²⁶⁵. Angelehnt an die Ausführungen der Salutogenese Aaron Antonovskys kann es für Berater*innen und Therapeut*innen hilfreich sein, wenn Gesundheit und Krankheit nicht als starre Systeme, sondern als etwas Zusammenhängendes, sich immer wieder Veränderndes gesehen werden²⁶⁶. Trotzdem kann dies bei professionellen Berater*innen und auch Therapeut*innen negative Auswirkungen haben und u.a. auch zu einer sekundären Traumatisierung führen. Diese Thematik wird im Folgenden näher beleuchtet, wobei der Schwerpunkt auf den Ursachen sowie der Prävention liegt.

²⁶¹ vgl. Beckrath-Wilking, Biberacher 2013a, S.127, Wolf-Schmidt 2013, S.124

²⁶² vgl. Wolf-Schmidt 2013, S.123f.

²⁶³ zit. ebd. S.124

²⁶⁴ vgl. Beckrath-Wilking, Biberacher 2013b, S.127

²⁶⁵ zit. Biberacher 2013, S.360

²⁶⁶ vgl. ebd. S.361

6. Sekundäre Traumatisierung im psychosozialen Bereich

„Traumatherapie setzt nicht nur den Betroffenen zu, sondern auch den TherapeutInnen. Dieses Thema lässt sich erweitern: Der Umgang mit traumatisierten Menschen setzt allen Menschen zu, die diesen Menschen begleiten und unterstützen (wollen)“²⁶⁷. Der Begriff der sekundären Traumatisierung wird also dann verwendet, wenn die Hilfe und Unterstützung von traumatisierten oder leidenden Menschen für (professionelle) Helfer*innen eine Belastung darstellen. Charles R. Figley spricht von einem „secondary traumatic stress and stress disorders“, welcher aufgrund der Symptome stark einer PTBS ähnelt²⁶⁸.

Generell kann es nicht nur in der Berufsgruppe, die mit traumatisierten Menschen innerhalb der Psychotherapie oder Beratung arbeitet, zu einer sekundären Traumatisierung kommen. Auch in allen anderen Bereichen ist dies möglich, da als häufigstes Motiv eine „Störung des Stressverarbeitungssystems“ gilt. Auch der Terminus „Burnout“ (wörtl. ausbrennen) hat sich durchgesetzt, welcher erstmal 1974 von Herbert J. Freudenberger beschrieben wurde²⁶⁹. Er definiert Burnout als einen Zustand, welcher sich durch (eigene) überhöhte Anforderungen zeigt. Daraus entstehen Erschöpfung, Energie- sowie Hilflosigkeit²⁷⁰. Konkreter können sowohl berufliche als auch persönliche Faktoren und Ursachen zu einem Burnout führen. Berufliche Risikofaktoren sind u.a. Schwierigkeiten mit Kolleg*innen, keine klaren Zuständigkeitsbereiche, fehlende Zusammenarbeit und Hilfestellung der Kolleg*innen und Vorgesetzten, finanzielle Unsicherheiten der Anstellung. Zudem können fehlendes Ansehen des Berufes, mangelnder kreativer Freiraum, unzureichende Ausbildung sowie wenig berufliche Erfahrungen eine Rolle spielen. Unter persönlichen Risikofaktoren werden u.a. überhöhte idealistische Ziele, ein übertriebenes Streben nach Perfektion, unbearbeitete Traumata und eine unzureichende Wahrnehmung eigener Grenzen oder Probleme innerhalb des privaten Umfeldes aufgeführt.

In Bezug auf helfende Berufe hat auch die Biografie der Helfer*innen großen Einfluss, da sie innerhalb der eigenen Kindheit häufig als „kleine Familienhelfer“ fungierten²⁷¹. Auch das sogenannte „Helfersyndrom“ kommt hier zum Tragen. Wolfgang Schmidbauer, der sich intensiv mit dieser Thematik auseinandersetzt schreibt: „Das Helfersyndrom ist die zu einem Teil der Persönlichkeitsstruktur gewordene Unfähigkeit, eigene Gefühle und Bedürfnisse zu äußern, verbunden mit einer scheinbaren Fassade im Bereich sozialer <<Dienste>> und latenten

²⁶⁷ zit. Huber 2017, S.275

²⁶⁸ vgl. Figley 1995, S.10f

²⁶⁹ vgl. Beckrath-Wilking 2013e, S.367

²⁷⁰ vgl. Freudenberger 1977, S. 90f, Beckrath-Wilking 2013e, S.367

²⁷¹ vgl. Beckrath-Wilking 2013e, S.368f.

Allmachtsphantasien“²⁷². Verschiedene Studien und Untersuchungen zeigen, dass eigene psychische Erkrankungen in keiner anderen Berufsgruppe so stark verharmlost und verheimlicht werden. Die Unterstützung und Hilfe steht Klient*innen zur Verfügung. Eigene Belastungen werden oftmals nicht oder nur schwer eingestanden²⁷³.

Zusätzlich können Faktoren genannt werden, die aufgrund der primären Arbeit mit traumatisierten Klient*innen auftreten und die eine professionelle Traumaarbeit erschweren. Vor allem die anhaltende Konfrontation mit verschiedenen Gefühlen der Klient*innen, wie beispielsweise Trauer, Angst und Hilflosigkeit führt dazu, dass die Empathiefähigkeit bzw. das Einfühlen der Therapeut*innen bzw. Berater*innen stärker gefordert wird. Zudem wird die Fähigkeit der eigenen Abgrenzung sowie der kritischen Selbstreflexion abverlangt. Auch die Kompetenz der Verarbeitung wird in diesem Zusammenhang immer wieder beansprucht. Des Weiteren ist die Beschäftigung mit möglichen Methoden und Techniken von großer Bedeutung, die die Weiterbildung innerhalb der Traumaarbeit miteinschließt²⁷⁴. Alice und Martina Sendera kritisieren die nicht stattfindende bzw. unzureichende Beschäftigung mit dieser Problematik innerhalb der Ausbildung im psychosozialen Bereich. Dort müssten die Gefahren der sekundären Traumatisierung besprochen und Präventionsmöglichkeiten sowie Strategien des Umgangs ausführlich erarbeitet werden²⁷⁵.

Wolfgang Schmidbauer relativiert dies und ist der Überzeugung, dass die Problematik zwar nach wie vor aktuell sei, diese jedoch mittlerweile stärker thematisiert werde. Zudem würde die Reflexionsfähigkeit innerhalb der Ausbildung psychosozialer Fachkräfte fokussiert sowie Supervisionsangebote als Begleitinstrument innerhalb des Arbeitsfeldes eingesetzt²⁷⁶.

Dennoch sollte einiges bei der Arbeit mit von Traumata betroffenen Menschen beachtet werden. Sowohl für Therapeut*innen als auch für Berater*innen gilt, nicht ausschließlich mit traumatisierten Menschen zu arbeiten – wenn dies möglich ist. Zudem sind häufige Super- sowie Intervisionen unabdingbar, um aufkommende Gefühle, Nöte, Ängste und Unsicherheiten besprechen zu können. Konstruktive Kritik, Trost, Bestätigung und Unterstützung können so besprochen und vermittelt werden. Hervorzuheben ist dabei auch, dass Fachkräfte nicht von einem schnellen Therapie- bzw. Beratungserfolg abhängig sein und einen möglicherweise ausbleibenden Erfolg nicht als persönliche Niederlage oder Kompromittierung sehen sollten²⁷⁷.

Zusätzlich sind Selbstfürsorge und Psychohygiene wichtige Mittel einer sekundären Traumatisierung oder einem Burnout entgegenzuwirken. Die Ursprünge dieser Überlegungen finden sich in den USA

²⁷² zit. Schmidbauer 2017, S.20

²⁷³ vgl. ebd. S.22f.

²⁷⁴ vgl. Huber 2017, S.276

²⁷⁵ vgl. Sendera, Sendera 2013, S. 124

²⁷⁶ vgl. Schmidbauer 2017, S.22

²⁷⁷ vgl. Beckrath-Wilking 2013e, S.372f.

ab ca. 1900 wieder und führen auf Clifford Whittingham Beers zurück, welcher sich aufgrund eigener psychischer Erkrankungen mit dieser Thematik beschäftigte. In Deutschland griffen u.a. Heinrich Meng, Aaron Antonovsky sowie Jörg Fenger diese Überlegungen auf und setzten sich intensiv damit auseinander²⁷⁸. Luise Reddemann definiert Selbstfürsorge wie folgt: „Ich verstehe darunter einen liebevollen, wertschätzenden, achtsamen und mitfühlenden Umgang mit mir selbst und Ernstnehmen der eigenen Bedürfnisse“²⁷⁹. Sie legt dar, dass Selbstfürsorge entweder aus früheren Erfahrungen dieser entspringt oder durch negative Erlebnisse und einem daraus folgenden Veränderungsprozess entstanden ist. Zudem weist sie darauf hin den eigenen Körper größere Bedeutung beizumessen und diesen bewusst wahrzunehmen. Auch Kreativität sowie Imagination sind Möglichkeiten, um sekundäre Traumatisierung oder Burnout vorzubeugen²⁸⁰. Sowohl Luise Reddemann, als auch Ulrike Beckrath-Wilking und Michaela Huber zählen vielfach auf, was die Selbstfürsorge unterstützt, weshalb abschließend nur eine Auswahl erfolgt:

- ◆ „Überhöhte Erwartungen an sich selbst relativieren
- ◆ In der Freizeit nicht oder nur kaum über Dienstliches reden [...]
- ◆ Auf Warnsignale achten: Welcher mir wichtige Mensch darf mich warnen?
- ◆ Das eigene Pendel in Schwung halten: Bewegung, Schönes verankern [...]
- ◆ Achtsamkeit (achtsam wahrnehmen, was ist) [...]
- ◆ Flow (Csikszentmihalyi, 2004): sich vertiefen in etwas, im Einklang mit sich selbst und der Welt sein
- ◆ Phasen der Stille, Auszeiten, Urlaube
- ◆ In Gemeinschaft sein, gute Beziehungen pflegen, Glück teilen
- ◆ Zeit für Trauer, Tränen und Trost, Humor und Lachen – auch über sich selbst [...]
- ◆ Wichtig: Sich selbst gestatten, Hilfe in einer Therapie zu suchen [...]“²⁸¹.

Werden Selbstfürsorge und Psychohygiene von Therapeut*innen und Berater*innen ausreichend in den Blick genommen, beugt dies nicht nur sekundärer Traumatisierung und Burnout vor. Dies dient ebenso als gutes Vorbild für Klient*innen, denn nur wer mit sich selbst achtsam und liebevoll umgeht kann dies auch bei anderen Menschen hervorbringen²⁸².

²⁷⁸ vgl. Hoffmann, Hofmann 2012, S.33

²⁷⁹ zit. Reddemann 2003, S. 82

²⁸⁰ vgl. ebd. S. 82f.

²⁸¹ zit. Beckrath-Wilking 2013f, S.374f.

²⁸² vgl. Huber 2017, S.295

7. Abschließende Betrachtungen

In den bisherigen Ausführungen wurde der Stellenwert von Traumata, vor allem innerhalb von Psychotherapie und Beratung deutlich. Niemand ist vor einem traumatischen Erlebnis, beispielsweise verursacht durch Naturkatastrophen oder durch Menschen, geschützt. Das heißt jeder und jede kann von Traumata betroffen sein. Umso wichtiger ist es dann, den Betroffenen professionelle Hilfe und Unterstützung anzubieten.

Die vorliegende Masterarbeit beleuchtete verschiedene Aspekte des Traumas, wodurch dessen Komplexität aufgezeigt wurde.

Innerhalb dieser Betrachtungen wurde beispielsweise das Ausmaß an Ereignissen deutlich, die potentiell traumatisierende Auswirkungen aufweisen. Hierbei können vor allem Traumata, verursacht durch Menschen, genannt werden. Durch sie besteht ein erhöhtes Risiko für Betroffene mit Traumata konfrontiert zu sein. Zudem wurde in den Ausführungen zur Entwicklung des Traumbegriffs deutlich, dass die zum Teil schwerwiegenden Traumata (am Beispiel der Folgen des ersten und zweiten Weltkrieges) lange Zeit nicht wahr- und ernstgenommen wurden. Erst seit ca. 50 Jahren wird ein Zusammenhang zwischen Kriegserlebnissen und Merkmalen von Traumata in Deutschland anerkannt. Dennoch ist zu bemerken, dass das Gebiet von Traumatisierungen u.a. bereits durch Pièrre Janet, Sigmund Freud oder Josef Breuer beschrieben wurde. Ihre Studien, die in Verbindung mit der Hysterie standen, wurden allerdings erst Jahre später wieder aufgegriffen und weiterentwickelt.

Eine Definition des Traumas ist nicht eindeutig fassbar. Eine mögliche Formulierung ist: Eine seelische Verletzung findet durch eine belastende und bedrohliche Situation statt, welche durch Stress und Hilflosigkeit gekennzeichnet ist und über normale Erfahrungen von Menschen hinausgeht. Besonders hervorzuheben ist allerdings, dass jeder Mensch individuell auf solche Situationen reagiert und es somit nicht zwangsläufig zu einer Traumatisierung kommen muss.

Im weiteren Verlauf der Arbeit wurde die „sequentielle Traumatisierung“ von Hans Keilson beschrieben. Er begreift ein Trauma in drei Phasen und bezieht sich dabei auf seine Untersuchungen von jüdischen Waisenkindern. Für ihn ist vor allem die dritte Phase entscheidend. Diese bezieht sich auf die Nachkriegszeit, in der es um die Verarbeitung der Traumata und die Wiedereingliederung in die Gesellschaft ging. Sie ist somit von enormer Bedeutung. Zudem kann es auch in dieser Phase wiederholt zu Traumatisierungen kommen. Nämlich dann, wenn es zu keiner ausreichenden Hilfe und Unterstützung kommt. Die Erkenntnisse Hans Keilsons werden u.a. von David Becker weiterentwickelt und führen zu der Annahme, dass die Zeit innerhalb dieser dritten Phasen insgesamt einen großen Einfluss auf die psychische Stabilität der Betroffenen hat. Dies untermauert

die Relevanz von Hilfe- und Unterstützungssystemen in Bezug auf Traumata und zeigt, wie bedeutsam die traumasensible Arbeit ist.

Des Weiteren wurden neurowissenschaftliche Forschungen zum Thema beschrieben. Bemerkenswert sind die Erkenntnisse in Bezug auf die Prozesse im Gehirn, während und nach einem traumatisierenden Erlebnis. So kann die „[...] Neurobiologie [...] für Traumareaktionen und Traumafolgestörungen die Voraussetzungen und Grundlagen im Gehirn und im Nervensystem zunehmend besser identifizieren und benennen“²⁸³, so Franz Ruppert. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Forschung in diesem Zusammenhang nicht abgeschlossen ist und einige Aspekte nicht eindeutig belegt werden können.

Die Experimente von Martin E. P. Seligman zur „erlernten Hilflosigkeit“ wurden ebenfalls erläutert. Hierbei kann folgendes geschlussfolgert werden: Hilflosigkeit wird dann ausgelöst, wenn Menschen (oder auch Tiere) keine Möglichkeit sehen der bedrohlichen Situation zu entkommen. Im Körper kann dann ein erhöhtes Maß an Stresshormonen nachgewiesen werden. Durch eine „erlernte Hilflosigkeit“ kommt es folglich dazu, keine Kontrolle über ähnliche sowie alltägliche Situationen und somit über das eigene Leben zu haben. Auch diese Überlegungen führen in ihrer Konsequenz dazu, dass Menschen sich in dieser Zeit häufig nicht selbst helfen können und somit professionelle Unterstützung von enormer Bedeutung ist. Zugleich führt diese Erkenntnis zur Notwendigkeit, dass sich Fachkräfte bezüglich neuer Forschungsergebnisse weiterbilden müssen. Nur dann können adäquate Hilfe und Unterstützung gewährleistet werden.

Die Schilderungen bezüglich der Stressbewältigungssysteme zeigen, dass sie den Betroffenen dazu verhelfen können, die akute und bedrohliche Situation zu beenden. Führen diese Bewältigungssysteme allerdings nicht zu dem erhofften Beenden der Gefahr, sind Folgen einer Traumatisierung wahrscheinlich. Schlussfolgernd sind die Betroffenen einem dauerhaft erhöhten Stresslevel ausgesetzt und befinden sich gleichzeitig in einer (scheinbar) aussichts- und hilflosen Situation. Durch die Erfahrung von Stress und Angst steigt das Bedürfnis nach menschlicher Nähe und Bindung. Wird dies befriedigt bzw. kommt es zu einer Kooperation und Unterstützung, kann dies das Gefühl der Hilflosigkeit und die scheinbar ausweglose Situation beenden. Diese Erkenntnis spielt innerhalb der Psychotherapie und Beratung eine entscheidende Rolle. Wie diesbezügliche Ausführungen zeigten, ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeut*innen bzw. Berater*innen und Klient*innen die Basis, um gelingende Unterstützung und Hilfe zu ermöglichen. Gleichzeitig ist ein sicheres soziales Umfeld für die Betroffenen nach einem traumatisierenden Erlebnis von großer Bedeutung, wodurch eine Stabilisierung stattfinden kann.

²⁸³ zit. Ruppert 2013, S.164

Im Kapitel über Untersuchungs- und Diagnoseverfahren wurden die Unterschiede der Klassifizierungssysteme ICD-10 und DSM-5 beschrieben sowie eine Auswahl von klinischen Interviews sowie Screening- und Selbstbeurteilungsverfahren dargestellt. Insgesamt kann diese Vielzahl an Klassifizierungen und diagnostischen Verfahren zu unterschiedlichen Rückschlüssen und somit zu uneinheitlichen Diagnosen führen. Anzumerken ist zudem, dass Screening- und Selbstbeurteilungsverfahren als Ergänzung, jedoch nicht als alleiniges Diagnoseinstrument angesehen werden sollten, da sie sich im Hinblick auf die Symptomatik, deren Intensität sowie das Ausmaß der Störung stark voneinander unterscheiden. Irvin Yalom's Anmerkung, die Diagnostik auch als etwas Beschränkendes, sogar Hinderliches zu sehen, sollte unbedingt (vor allem in den Bereichen der Psychotherapie und Beratung) beachtet werden, um den Menschen hinter der Diagnose zu sehen und ihn nicht darauf zu beschränken. Zudem sollte dies sowohl innerhalb der Ausbildung, als auch begleitend zur Tätigkeit immer wieder reflektiert werden.

Der Exkurs zum Thema „Täterschaft“ zeigt die Perspektive der Täter*innen, die häufig durch eigene Traumata beeinflusst sind und bei denen oftmals eine dissoziale oder narzisstische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wird. Auch die Möglichkeit einer Traumatisierung des Täters bzw. der Täterin während der Straftat wurde deutlich. Dies führt ebenfalls zu Rückschlüssen in Bezug auf eine Psychotherapie oder Beratung: Professionelle Fachkräfte können auch mit Klient*innen befasst sein, die Straftaten begehen und die in einer Gewaltspirale gefangen sind. Sie erleben Gewalt und verursachen sie gleichzeitig. Diesbezüglich muss für Hilfe- und Unterstützungssysteme folgendes Fazit gezogen werden: Die beschriebene Gewaltspirale muss durchbrochen werden, um weiteren Traumata entgegenzuwirken. Demzufolge ist professionelle Hilfe durch Psychotherapie und Beratung m.E. unausweichlich.

Die Erläuterungen der Prävalenz macht ein häufiges Vorkommen traumatischer Ereignisse weltweit deutlich. Jedoch ist hervorzuheben, dass nur eine geringe Anzahl an Menschen mit den Folgen dieser Erlebnisse zu tun hat und sich daraus Traumata entwickeln. Vergewaltigungen, sexuelle Übergriffe und Gewaltandrohungen mit Waffen zählen zu den Erlebnissen, die am häufigsten zu diesen führen. Haben die Betroffenen kurz nach den traumatischen Erlebnissen Zugang zu Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen steigt die Wahrscheinlichkeit, dass keine langfristigen Traumafolgen auftreten. Ist dies nicht der Fall können Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Angststörungen, Somatisierungen, Dissoziationen, Persönlichkeitsstörungen oder auch mehrere Störungen nebeneinander auftreten. Dann ist therapeutische Unterstützung und Hilfe besonders sinnvoll.

Für professionelle Berater*innen (und Therapeut*innen) ist zudem das Wissen über mögliche Risiko- und Schutzfaktoren nützlich. Diese werden im vierten Kapitel beschrieben. Das Konzept der

Salutogenese steht in Zusammenhang mit einer gelingenden Beratung (und Psychotherapie), denn Gesundheit und Krankheit sollten nicht nur als starre Systeme, sondern als ein zusammenhängendes, ein sich immer wieder veränderndes Konstrukt gesehen werden. Zudem wurden die Resilienz und weitere Schutzfaktoren, wie positive Bindungserfahrungen beschrieben sowie die Möglichkeit einer Weiterentwicklung eigener Schutzfaktoren dargestellt, die auch im Setting der Psychotherapie oder Beratung thematisiert werden können. Dennoch gibt es ebenso Faktoren, die das Risiko an Traumata zu leiden erhöhen. Diese sollten auch innerhalb eines professionellen Settings in den Blick genommen werden. Beispielsweise können eventuell früher bestehende psychische Störungen zu einem erhöhten Risiko von Traumafolgen beitragen.

Wie wichtig Hilfe- und Unterstützungssystem für Betroffene mit Traumata sind, wurde mehrfach herausgestellt. Es wurde festgehalten, dass zunächst zentrales Element dieser Arbeit das Herstellen einer sicheren Umgebung ist. Außerdem sind Erfahrungen der eigenen Kontrollfähigkeit, der Selbstregulierung sowie einer stabilen Beziehung für Klient*innen enorm wichtig.

Insgesamt konnten zwischen den Bereichen Psychotherapie und Beratung viele Gemeinsamkeiten gefunden werden.

Ungeachtet dessen wurden einige Unterschiede zwischen einer Psychotherapie und einer Beratung dargestellt, um zu bestimmen, wann eine Psychotherapie und wann eine Beratung sinnvoll erscheint. Ein wichtiger Unterschied besteht darin, dass eine Psychotherapie als medizinische Leistung anerkannt wird, die beantragt und sowohl bei den Krankenkassen als auch bei einem Hausarzt angezeigt werden muss. Eine Beratung hingegen ist niedrigschwellig. Somit kann die Hemmschwelle, diese aufzusuchen für Betroffene geringer ausfallen. Ein weiterer entscheidender Punkt ist der, dass eine Therapie eine mögliche Heilung fokussiert, eine Beratung eher eine Orientierung und Unterstützung der Menschen zum Ziel hat. Daraus ergibt sich zweierlei: Erstens, dass sich diese Ziele in der Praxis nicht unbedingt voneinander trennen lassen und eine Unterstützung auch eine Heilung oder eine Heilung auch ein Gefühl der Unterstützung zur Folge hat. Zweitens, dass eine Ergänzung von Psychotherapie und Beratung sinnvoll erscheint. In den Ausführungen wird David Becker zitiert, der die Konzept- und Methodenlosigkeit innerhalb der psychosozialen Beratung kritisiert. Hierzu sei auf die Ausführungen bezüglich der Therapie- sowie Beratungsmöglichkeiten hingewiesen, die eine Auswahl an Methoden und Übungen darlegte, wie beispielsweise die Imagination, das Ego-State-Konzept oder die Traumaheilung. Wie im Verlauf dieser Arbeit herausgestellt wurde, sind diese Konzepte zwar in dem Abschnitt der Therapiemöglichkeiten aufgezählt, können jedoch ebenso innerhalb einer Beratung Anwendung finden. In Bezug auf die langen Wartezeiten, die derzeit auf Therapieplätze herrschen, werden Beratungsmöglichkeiten immer wichtiger. Die Prognose Barbara

Bräutigams, dass sich der Bereich der Beratung immer mehr als eigenständige Profession entwickelt, unterstützt diese These.

Betont werden soll an dieser Stelle, dass Psychotherapien sowie Beratungen nicht zwingend hilfreich und auch Fachkräfte nicht unfehlbar sind und an ihre Grenzen kommen können. Zudem sind Menschen individuelle Wesen, die unterschiedliche Bedürfnisse haben und verschieden reagieren. Sowohl Psychotherapien als auch Beratungen sind kein garantiertes Rezept, um Linderung oder Heilung zu verschaffen.

Im letzten Kapitel wurden die „Sekundären Traumatisierungen“ thematisiert. Dort wurde auf das Risiko hingewiesen, dass Fachkräfte durch die Arbeit mit traumatisierten Menschen Belastungen ausgesetzt sind und selbst Symptome von Traumata entwickeln können. Damit in Zusammenhang stehen können biografische Erfahrungen der Fachkräfte sowie das „Helfersyndrom“, welches das Risiko eines Burnouts oder einer sekundären Traumatisierung erhöhen kann. Es ist sinnvoll, dies schon innerhalb der Ausbildung helfender Berufe zu berücksichtigen, zu thematisieren, Möglichkeiten der Selbsterfahrung zu gewährleisten und die damit verbundene Selbstreflexionsfähigkeit zu stärken. So können angehende Therapeut*innen und Berater*innen ihre Beweggründe zum Erlernen des jeweiligen Berufes verstehen und (wenn nötig) ihre „Helfersyndrome“ bearbeiten.

Neben Super- und Interventionsangeboten (begleitend zur Beratungstätigkeit) sollten Selbstfürsorge und Psychohygiene von Fachkräften ausreichend fokussiert werden. Hierzu gibt die Masterarbeit abschließend eine Auswahl konkreter Hinweise und weist damit auf die Bedeutsamkeit eines liebevollen und achtsamen Umgangs mit sich selbst und anderen hin.

Im Blick auf das Thema dieser Masterarbeit lässt sich abschließend folgendes festhalten: Eine psychosoziale Beratung kann Menschen, die von traumatisierenden Erlebnissen betroffen waren, helfen und sie dabei unterstützen, zu Stabilität und selbstbestimmten Handeln zurückzufinden.

Schlussendlich möchte ich noch einmal das in der Einleitung angeführte Zitat von Luise Reddemann aufgreifen: „*Es ist erstaunlich, wie viel Menschen vermögen, wenn man es ihnen nur zutraut*“²⁸⁴.

²⁸⁴ zit. URL 0

8. Literaturverzeichnis

American Psychological Association: The Road to Resilience. Gefunden unter: <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx> [Stand: 22.09.2018].

Antonovsky, A. (1991): Meine Odyssee als Streßforscher. Gefunden unter: http://kurse.fh-regensburg.de/kurs_20/kursdateien/L/1991Odyssee.pdf [Stand:21.09.2018].

Becker, D. (2014): Die Erfindung des Traumas. Verflochtene Geschichten. 2. Auflage. Psychosozial-Verlag, Gießen.

Beckrath-Wilking, U. (2013a): Einleitung. In: Beckrath-Wilking, U./ Biberacher, M./ Dittmar, V./ Wolf-Schmidt, R.: Traumafachberatung, Traumatherapie und Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen und pädagogischen Kontext. Junfermann Verlag, Paderborn, S. 19-24.

Beckrath-Wilking, U. (2013b): Einführung zum Ego-State-Konzept. In: Beckrath-Wilking, U./Biberacher, M./Dittmar, V./Wolf-Schmidt, R.: Traumafachberatung, Traumatherapie und Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen und pädagogischen Kontext. Junfermann Verlag, Paderborn, S. 90-93.

Beckrath-Wilking, U. (2013c): Imaginativ-hypnotherapeutische Techniken und Übungen. In: Beckrath-Wilking, U./Biberacher, M./Dittmar, V./Wolf-Schmidt, R.: Traumafachberatung, Traumatherapie und Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen und pädagogischen Kontext. Junfermann Verlag, Paderborn, S. 181-191.

Beckrath-Wilking, U. (2013d): Innere Verfolger, Innere Führer, Täterintrojekte und täteridentifizierte Persönlichkeitsanteile – Theorie und Praxis. In: Beckrath-Wilking, U./Biberacher, M./Dittmar, V./Wolf-Schmidt, R.: Traumafachberatung, Traumatherapie und Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen und pädagogischen Kontext. Junfermann Verlag, Paderborn, S. 227-237.

Beckrath-Wilking, U. (2013e): Burnout und sekundäre Traumatisierung. In: Beckrath-Wilking, U./Biberacher, M./Dittmar, V./Wolf-Schmidt, R.: Traumafachberatung, Traumatherapie und Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen und pädagogischen Kontext. Junfermann Verlag, Paderborn, S. 367-373.

Beckrath-Wilking, U. (2013f): Selbstfürsorge und Psychohygiene der Helfer. In: Beckrath-Wilking, U./Biberacher, M./Dittmar, V./Wolf-Schmidt, R.: Traumafachberatung, Traumatherapie und Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen und pädagogischen Kontext. Junfermann Verlag, Paderborn, S. 374-375.

Beckrath-Wilking U./Biberacher, M. (2013a): Beratungs- und Behandlungsplanung. In: Beckrath-Wilking, U./Biberacher, M./Dittmar, V./Wolf-Schmidt, R.: Traumafachberatung, Traumatherapie und Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen und pädagogischen Kontext. Junfermann Verlag, Paderborn, S. 122-123.

Beckrath-Wilking U./Biberacher, M. (2013b): Beratungs- und Behandlungsplanung bei komplexen Traumafolgestörungen. In: Beckrath-Wilking, U./Biberacher, M./Dittmar, V./Wolf-Schmidt, R.: Traumafachberatung, Traumatherapie und Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen und pädagogischen Kontext. Junfermann Verlag, Paderborn, S. 124-128.

- Biberacher, M. (2013): Wenn es nicht besser wird. In: Beckrath-Wilking, U./ Biberacher, M./ Dittmar, V./ Wolf-Schmidt, R.: Traumafachberatung, Traumatherapie und Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen und pädagogischen Kontext. Junfermann Verlag, Paderborn, S. 360-361.
- Beesdo-Baum, K./Wittchen, H.-U. (2011): Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In: Wittchen, H.-U./Hoyer, J. (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie. 2. Auflage. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, S. 857-878.
- Biberacher, M. (2013): Auswirkungen von Beziehungstraumata und Bindungsstörungen im beratenden und pädagogischen Kontext. In: Beckrath-Wilking, U./Biberacher, M./Dittmar, V./Wolf-Schmidt, R.: Traumafachberatung, Traumatherapie und Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen und pädagogischen Kontext. Junfermann Verlag, Paderborn, S. 133-136.
- Boeger, A. (2013): Psychologische Therapie- und Beratungskonzepte. Theorie und Praxis. 2. Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Boll-Klatt, A./Kohrs, M. (2014): Praxis der psychodynamischen Psychotherapie. Grundlagen – Modelle – Konzepte. Schattauer Verlag, Stuttgart.
- Boss, P. (2006): Verlust, Trauma und Resilienz. Die therapeutische Arbeit mit dem <<uneindeutigen Verlust>>. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart.
- Brandmeier, M. (2015): Trauma und Gesellschaft – Kritische Reflexion. In: Gahleitner, S. B./Frank, C./Leitner, A. (Hrsg.): Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. Beltz Juventa, Weinheim, Basel. S. 38-51.
- Bräutigam, B. (2000): Der ungelöste Schmerz. Perspektiven und Schwierigkeiten der therapeutischen Arbeit mit Kindern politisch verfolgter Menschen. Psychosozial-Verlag, Gießen.
- Bräutigam, B. (2018): Grundkurs Psychologie für die Soziale Arbeit. Ernst Reinhardt Verlag, München.
- Bundes Psychotherapeuten Kammer (2018): Studie. Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018. Gefunden unter:
https://www.bptk.de/uploads/media/20180411_BPtK-Studie_Wartezeiten_2018.pdf [Stand: 29.10.2018]
- Butollo, W./Krüsmann, M./Hagl, M. (1998): Leben nach dem Trauma. Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen. Pfeiffer Verlag, München.
- Dittmar, V. (2013a): Risikofaktoren und posttraumatische Reifung. In: Beckrath-Wilking, U./Biberacher, M./Dittmar, V./Wolf-Schmid, R. (Hrsg.): Traumafachberatung, Traumatherapie und Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen und pädagogischen Kontext. Junfermann Verlag, Paderborn, S. 39-42.
- Dittmar, V. (2013b): Traumatherapeutisches Phasenmodell. In: Beckrath-Wilking, U./Biberacher, M./Dittmar, V./Wolf-Schmid, R. (Hrsg.): Traumafachberatung, Traumatherapie und Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen und pädagogischen Kontext. Junfermann Verlag, Paderborn, S. 107-110.
- Dudeck, M./Spitzer, C./Gillner, M./Freyberger, H. J.: Dissoziative Erfahrungen während der Straftat bei forensisch-psychiatrischen Patienten – eine Pilotstudie. In: Seidler, G.H./Freyberger, H.

- J./Maercker, A.: Trauma & Gewalt. Zeitschrift für Forschung und Praxisfelder. 1. Jg. Heft 2. Klett-Cotta Verlag. Stuttgart, S. 34-41.
- Dudenredaktion (2010): Duden. Das Fremdwörterbuch. Band 5. 10. Auflage. Dudenverlag, Mannheim, Zürich.
- Ehlers, A. (1999): Posttraumatische Belastungsstörung. Fortschritte der Psychotherapie. Hogrefe Verlag, Göttingen u.a.
- Eidmann, F. (2009): Trauma im Kontext. Integrative Aufstellungsarbeit in der Traumatherapie. Vandenhoeck und Ruprecht Verlag, Göttingen.
- Falkai, P./Wittchen, H.-U. (Hrsg., 2015a): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. (Deutsche Ausgabe). Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Falkai, P./Wittchen, H.-U. (Hrsg., 2015b): Diagnostische Kriterien DSM-5. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Figley, C. (1995): Compassion Fatigue: Toward a New Understanding of the Costs of Caring. Gefunden unter:
https://www.researchgate.net/profile/CR_Figley/publication/232604330_Compassion_fatigue_Toward_a_new_understanding_of_the_costs_of_caring/links/55317e3b0cf2f2a588ad4c3b/Compassion-fatigue-Toward-a-new-understanding-of-the-costs-of-caring.pdf?origin=publication_detail [Stand: 21.12.2018]
- Fischer, G./Riedesser, P. (1999): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 2. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel.
- Flatten, G. u.a. (2013): Posttraumatischen Belastungsstörungen. S3-Leitlinien und Quellentexte. Schattauer Verlag, Stuttgart.
- Fonagy, P. (2003): Bindungstheorie und Psychoanalyse. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart.
- Freudenberger, H. J. (1977): Burn-out: Occupational hazard oft he child care worker. In: Child & Youth Care Forum. Journal of Research and Practice in Children`s Services. Volume 6. Issue 2. S. 90-99.
- Freyberger, H. J./Spitzer, C./Chevalier, C./Gillner, M. (2009): Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung und kindliche Misshandlungen bei forensischen Patienten. In: Seidler, G.H./Freyberger, H. J./Maercker, A.: Trauma & Gewalt. Zeitschrift für Forschung und Praxisfelder. 3. Jg. Heft 1. Klett-Cotta Verlag. Stuttgart, S. 42-49.
- Gast, U. (2006): Zusammenhang von Trauma und Dissoziation. In: Seidler, G.H./Laszig, P./Micka, R./Nolting, B.V. (Hrsg.): Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie – Krankheitsbilder - Therapie. 2. Auflage. Psychosozial-Verlag, Gießen, S. 79-102.
- Gerrig, R. J./Zimbardo, P. G. (2015): Psychologie. 20. Auflage. Pearson Studium Verlag. München.
- Großmaß, R. (2007): Psychotherapie und Beratung. In: Nestmann, F./Engel, F./Sickendiek, U. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Band 1. Disziplinen und Zugänge. 2. Auflage, dgvt-Verlag, Tübingen, S.89-102.
- Hahn, G. (2015): Trauma und Täterschaft. In: Gahleitner, S. B./Frank, C./Leitner, A. (Hrsg.): Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. Beltz Juventa, Weinheim, Basel, S. 186-197.

- Hantke, L. (2015): Traumakompetenz in psychosozialen Handlungsfeldern. In: Gahleitner, S. B./Frank, C./Leitner, A. (Hrsg.): Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. Beltz Juventa, Weinheim, Basel, S. 118-126.
- Haug, A. (2017): Psychiatrische Untersuchungen. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen in Praxis und Klinik. 8. Auflage. Springer Verlag, Berlin.
- Heiner, M. (2001): Diagnostik: psychosoziale. In: Otto, H.-U./Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik. 2. Auflage. Hermann Luchterhand Verlag, Neuwied, Kriftel, S. 253-265.
- Hepp, U. (2010): Trauma und Resilienz. Nicht jedes Trauma traumatisiert. In: Welter-Enderlin, R./Hildenbrand, B. (Hrsg.): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. 3. Auflage. Carl-Auer Verlag, Heidelberg. S. 139-157.
- Hoch, R. (2015): Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in Deutschland und die Rolle der Sozialen Arbeit. Bachelorarbeit. Gefunden unter: http://digibib.hs-nb.de/file/dbhsnb_derivate_0000001938/Bachelorarbeit-Hoch-2015.pdf [Stand: 03.10.2018].
- Hoffmann, N./ Hofmann, B. (2012): Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater. 2. Auflage. Beltz Verlag, Weinheim, Basel.
- Hofmann, A. (2006): Mit EMDR aus der Wortlosigkeit. In: Seidler, G.H./Laszig, P./Micka, R./Nolting, B. V. (Hrsg.): Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie, Krankheitsbilder, Therapie. 2. Auflage. Psychosozial Verlag, Gießen, S. 153-164.
- Huber, M. (2012): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. 5. Auflage. Junfermann Verlag, Paderborn.
- Huber, M. (2017): Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung. Teil 2. Junfermann Verlag, Paderborn.
- Huch, R./Jürgens, K. D. (Hrsg.) (2011): Mensch, Körper, Krankheit. 6. Auflage. Urban und Fischer Verlag, München.
- Hüther, G. (2010): Die Evolution der Liebe. Als Darwin bereits ahnte und die Darwinisten nicht wahrhaben wollen. 6. Auflage. Vandenhoeck und Ruprecht Verlag, Göttingen.
- Keilson, Hans (2005): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern: Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen. Psychosozial Verlag, Gießen.
- Keller, K./Baldus, M./Noyon, A. (2017): Traumasensible Arbeit in der psychosozialen Praxis. In: DZI. Soziale Arbeit. Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete. 66. Jahrgang. Eigenverlag Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen, Berlin, S. 376-382.
- Korrittko, A. (2013): Trauma und Körper. Der Körper merkt sich alles. Gefunden unter: <https://pdfs.semanticscholar.org/b972/006a4576742238034675709b0e7048bddd67.pdf> [Stand: 28.06.2018].
- LeDoux, J. (2016): Angst. Wie wir Furcht und Angst begreifen und therapieren können, wenn wir das Gehirn verstehen. Ecowin Verlag, Wals bei Salzburg.
- Levine, P. (1998): Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tieggers. Unsere Fähigkeit, traumatische Erfahrungen zu transformieren. Synthesis Verlag, Essen.

- Maercker, A. (2013): Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In: Maerker, A. (Hrsg.): Posttraumatische Belastungsstörungen. 4. Auflage. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg. S. 13-34.
- Mahr, C. (2018): Praxishandbuch Integrative Psychotherapie. Ein methodenorientiertes und wegweisendes Grundlagenwerk. Springer Verlag, Wiesbaden.
- May, R. (1991): Die Kunst der Beratung. Matthias-Grünwald-Verlag, Mainz.
- McLean, D. P. (1970): The Limbic Brain in Relation to the Psychoses. In: Black, P. (Hrsg.): Physiological Correlates of Emotion. Academic Press. New York, S. 130-146.
- Pausch, M. J./Matten, S. J. (2018): Trauma und Traumafolgestörung. In: Medien, Management und Öffentlichkeit. Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Reddemann, L. (2003): Einige Überlegungen zur Psychohygiene und Burnout-Prophylaxe von TraumatherapeutInnen. Erfahrungen und Hypothesen. Gefunden unter: <http://www.luise-reddemann.de/fileadmin/content/downloads/aufsaeetze-vortraege/%C3%9Cberlegungen%20zu%20Psychohygiene%20und%20Burnout-Prophylaxe%20von%20TraumatherapeutInnen.pdf> [Stand: 28.12.2018].
- Reddemann, L. (2006): Imaginative Wege aus der Wortlosigkeit. In: Seidler, G.H./Laszig, P./Micka, R./Nolting, B. V. (Hrsg.): Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie, Krankheitsbilder, Therapie. 2. Auflage. Psychosozial Verlag, Gießen, S. 165-178.
- Reddemann, L. (2013a): Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (PITT). In: Maerker, A. (Hrsg.): Posttraumatische Belastungsstörungen. 4. Auflage. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg. S. 281-296.
- Reddemann, L. (2013b): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. 17. Auflage. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart.
- Reddemann, L./Dehner-Rau, C. (2013): Trauma heilen. Ein Übungsbuch für Körper und Seele. 4. Auflage. Medizinverlag, Stuttgart.
- Rief, W./Stenzel, N. (2012): Diagnostik und Klassifikation. In: Berking, M./Rief, W. (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor. Band I Grundlagen und Störungswissen. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, S. 9-18.
- Rogers, C. (2014): Die nicht-direktive Beratung. 14. Auflage. Fischer Verlag, Frankfurt a. M.
- Rosenberg, F. (2010): Introjekt und Trauma. Einführung in eine integrative psychoanalytische Traumabehandlung. Brandes und Apsel Verlag, Frankfurt a.M.
- Ruppert, F. (2013): Trauma, Angst du Liebe. Unterwegs zu gesunder Eigenständigkeit: Wie Aufstellungen dabei helfen. 2. Auflage. Kösel-Verlag, München.
- Ruppert, F. (2014): Frühe Traumatisierungen und das >>Aufstellen des Anliegens<<. In: Ruppert, F. (Hrsg.): Frühes Trauma. Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart. S. 15-67.
- Sachsse, U. (2012): Neurobiologische Grundlagen und Veränderungen nach traumatischen Lebensereignissen. In: Özkan, I./Sachsse, U./Streeck-Fischer, A. (Hrsg.): Zeit hält nicht alle Wunden. Kompendium zur Psychotraumatologie. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen, Bristol, S. 65-84.
- Sapolsky, R. (2017): Gewalt und Mitgefühl. Die Biologie des menschlichen Verhaltens. Carl Hanser Verlag, München.

- Sautter, C. (2012): Wenn die Seele verletzt ist. Trauma – Ursachen und Auswirkungen. 5. Auflage. Verlag für Systemische Konzepte, Wolfegg.
- Scaer, R. (2014): Das Traumaspektrum. Verborgene Wunden und die Kraft der Resilienz. Probst Verlag, Lichtenau/Westf.
- Schäfer, U./Rüther, E./Sachsse, U. (2006): Hilfe und Selbsthilfe nach einem Trauma. Ein Ratgeber für seelisch schwer belastete Menschen und ihre Angehörigen. Vandenhoeck und Ruprecht Verlag, Göttingen.
- Seligman, M. E. P. (1999): Erlernte Hilflosigkeit. Über Depression, Entwicklung und Tod. Belz Verlag, Weinheim, Basel.
- Sendera, A./Sendera, M. (2013): Trauma und Burnout in helfenden Berufen. Erkennen, Vorbeugen, Behandeln – Methoden, Strategien und Skills. Springer-Verlag, Wien.
- Tagay, S. (2012): Diagnostik von Traumafolgestörungen mittels Fragebogen. In: Özkan, I./Sachsse, U./Streeck-Fischer, A. (Hrsg.): Zeit heilt nicht alle Wunden. Kompendium zur Psychotraumatologie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, Bristol, S. 85-108.
- Van der Hart, O./Matar, M. (2012): Dissociative amnesia and trauma: A perspective from the theory of structural dissociation. Gefunden unter: <http://www.onnovdhart.nl/articles/VanderhartMatar2012.pdf> [Stand: 11.08.2018].
- Van der Kolk, B. (2016): Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann. 3. Auflage. Probst Verlag, Lichtenau/Westf.
- Van der Kolk, B./McFarlane, A./Weisaeth, L. (2000): Traumatic Stress. Theorie, Praxis, Forschung zu posttraumatischem Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Jungfermann Verlag, Paderborn.
- Waschburger, P. (2009): Beratungspsychologie. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- Wolf-Schmidt (2013): Beratungs- und Behandlungsplanung nach Monotrauma. In: Beckrath-Wilking, U./Biberacher, M./Dittmar, V./Wolf-Schmidt, R.: Traumafachberatung, Traumatherapie und Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen und pädagogischen Kontext. Junfermann Verlag, Paderborn, S. 123-124.
- Yalom, I. (2016): Denn alles ist vergänglich. Geschichten aus der Psychotherapie. 4. Auflage. Verlagsgruppe Random House GmbH, München.
- Zaboura, N. (2009): Das empathische Gehirn. Spiegelneurone als Grundlage menschlicher Kommunikation. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Zito, D. (2010): Traumatherapie mit jungen Flüchtlingen. In: Dieckhoff, P. (Hrsg.): Kinderflüchtlinge. Theoretische Grundlagen und berufliches Handeln. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 125-140.

Internetquellen:

URL 0: Luise Reddemann. Imagination als heilsame Kraft: <http://www.luise-reddemann.de/konzept/> [Stand: 03.01.2019]

URL 1: Zentrum für Traumaforschung – Universität Ulm: <https://www.uni-ulm.de/med/zentrum-fuer-traumaforschung-ulm/> [Stand: 27.08.2018]

URL 2: Deutsche Traumastiftung: Was ist ein Trauma?: <https://www.deutsche-traumastiftung.de/traumata/trauma/allgemein/> [Stand: 16.09.2018]

URL 3: Hogrefe: <https://portal.hogrefe.com/dorsch/stockholm-syndrom/> [Stand: 20.09.2018]

URL 4: <http://www.bindungstheorie.net/> [Stand: 19.09.2018]

URL 5: Hogrefe: <https://www.hogrefe.de/themen/klinik/artikeldetailansicht/DSM%20und%20ICD-313> [Stand: 06.09.2018]

URL 6: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-11/index.htm> [Stand: 22.09.2018]

URL 7: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2016/index.htm> [Stand: 22.09.2018]

URL 8: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2016/block-f40-f48.htm> [Stand: 22.09.2018]

URL 9: ICD-10: <http://www.icd-code.de/icd/code/F60.2.html> [Stand: 24.09.2018]

URL 10: <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/risikofaktoren/traumata-schwere-belastungen/> [Stand: 11.09.2018]

URL 11: ICD-10: <http://www.icd-code.de/icd/code/F32.1.html> [Stand: 17.09.2018]

URL 12: ICD-10: <http://www.icd-code.de/suche/icd/code/F40.-.html?sp=Sphobische%20St%F6rungen> [Stand: 18.09.2018]

URL 13: ICD-10: <http://www.icd-code.de/icd/code/F41.0.html> [Stand: 18.09.2018]

URL 14: ICD-10: <http://www.icd-code.de/suche/icd/code/F45.-.html?sp=Sf45> [Stand: 05.09.2018]

URL 15: ICD-10: <http://www.icd-code.de/icd/code/F44.88.html> [Stand: 10.09.2018]

URL 16: ICD-10: <http://www.icd-code.de/icd/code/F60.-.html> [Stand: 19.09.2018]

URL 17: EMDR-Institute Deutschland: <https://www.emdr.de/emdr-therapie.html> [Stand: 29.10.2018]

9. Erklärung über die selbständige Erarbeitung der Masterthesis

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig erstellt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Soweit ich auf fremde Materialien, Texte oder Gedankengänge zurückgegriffen habe, enthalten meine Ausführungen vollständige und eindeutige Verweise auf die Urheber und Quellen.

Alle weiteren Inhalte der vorgelegten Arbeit stammen von mir im urheberrechtlichen Sinn, soweit keine Verweise und Zitate erfolgen. Mir ist bekannt, dass ein Täuschungsversuch vorliegt, wenn die vorstehende Erklärung sich als unrichtig erweist.

Neubrandenburg, 11.01.2019

Ort, Datum

Unterschrift