

## **Trauma oder Drama**

Erkennen von Traumatisierung und Umgang mit traumatisierten Menschen gehört leider immer häufiger zum Tagesgeschäft der Lebens- und Sozialberatung. Welche Methoden und Skills stehen außerhalb der therapeutischen Behandlung zur Verfügung? Was ist im Rahmen des Beratungssettings möglich?

### **Definition: Der Begriff psychischer Traumatisierung**

Das Wort Trauma hat seinen Ursprung in der **griechischen Bedeutung „Wunde“**. In der geschichtlichen Auseinandersetzung mit dem Ausdruck „Trauma“ findet man zahlreiche Definitionsversuche und Erklärungen für die Beschreibung, was ein Trauma ist beziehungsweise ausmacht.

Die amerikanische psychiatrische Vereinigung definiert Trauma im DSM IV als **„ein belastendes Ereignis, das außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung“** liegt.

Anna Freud (1916) definiert Trauma folgendermaßen: *„...ist eine innere Katastrophe, ein Zusammenbruch der Persönlichkeit aufgrund von Reizüberschwemmung, die die Steuerungsfunktionen des Ichs außer Kraft gesetzt hat“*.

P. Riedesser (1999) schreibt: *„...ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses bewirkt“*.

### **Einführung in die Traumatheorie**

#### ***Risikofaktoren und Arten von Traumatisierungen***

Traumafolgeerscheinungen können durch das eigene Erleben einer traumatischen Situation oder durch das Miterleben als AugenzeugIn entstehen.

**Trauma Typ I - Traumatisierungen, die einmalig auf einen Menschen einwirken. (kurz dauernd, einmalig, nicht intentional, nicht in der Entwicklungsphase)**

- Unfälle
- Überfälle
- Operative Eingriffe

- Verbrennungen
- Plötzliche Trennung
- Schwere Erkrankung
- Naturkatastrophen

**Trauma Typ II - Traumatisierungen, die über einen längeren Zeitraum auf einen Menschen einwirken (lang andauernd, mehrfach, intentional, in der Entwicklungsphase)**

- Emotionale Traumatisierung
- Emotionale Vernachlässigung, anhaltende Abweisung
- Körperliche Gewalt
- Sexuelle Gewalt
- Häusliche Gewalt
- Ungebührliche elterliche Machtausübung (Münchhausen by proxy)
- Eine schwere (psychische) Störung der Eltern
- Unfälle, Krankenhausaufenthalte, schwere Krankheiten
- (Gewaltsamer) Tod eines Familienangehörigen
- Obdachlosigkeit, Flucht, Krieg, Naturkatastrophen
- Traumatisierung durch Trennung
- Sucht
- Armut
- Körperliche und geistige Behinderung
- Transgenerationale Weitergabe (innerfamiliärer Missbrauch)
- Bindungsrepräsentation

Die **Traumareaktionen** sind folgende Faktoren, die es dem Menschen besonders schwer machen, ein Trauma zu integrieren und lösen mit größerer Wahrscheinlichkeit eine chronische Posttraumatische Belastungsstörung aus, wie

- ein länger andauerndes Ereignis,
- häufige Wiederholung des Ereignisses
- starke körperliche Verletzungen
- Ereignisse, die für das Opfer schwerer zu verstehen sind
- Zwischenmenschliche Gewalt
- Der/Die TäterIn ist ein nahestehender Mensch

- Das Opfer mag oder mochte den/die TäterIn
- Das Opfer fühlt sich mitschuldig
- Eine noch nicht gefestigte oder gestörte Persönlichkeit
- Sexuelle Gewalt
- Sadistische Folter
- Mehrere TäterInnen
- Starke Dissoziationen
- Kein Beistand für das Opfer nach der Tat
- Geheimhaltung des Ereignisses („Ich darf nicht darüber sprechen“)

Menschen erleben die Verarbeitung von Traumatisierungen sehr unterschiedlich. Die Form der Verarbeitung eines traumatischen Erlebnisses ist abhängig von den Mittlerfaktoren (sind die Umstände, unter denen sich das Geschehene abspielt) und den protektiven Faktoren (sind schützende Faktoren und diese verbessern die Möglichkeit der Anpassung an die Umgebung und die spätere Heilung).

**Mittlerfaktoren sind Umstände, unter denen sich das Geschehene abspielt**

- Prätraumatische psychische Ausgangslage
- Geschlechtszugehörigkeit (Mädchen sind resilienter als Buben)
- Alter des Kindes
- Stabilität und Ausgewogenheit der Ich-Funktion
- Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen
- Chronizität und Schwere der Traumatisierung
- Beziehung zum/zur TäterIn
- Stärke der geäußerten Drohungen
- Emotionales Klima in der Familie
- Schwere der Schuldgefühle
- Physische Konstitution
- Entlastung der Bindungspersonen
- Sekundärschädigungen/Begegnungsfehler
- Kultureller Hintergrund

## **Traumapädagogik**

Die Traumapädagogik ist eine Methode, deren **vorrangigstes Anliegen die Schaffung eines äußeren sicheren Ortes** ist. Primär richtet sie sich dabei an Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, denen bislang ein schützendes und sicheres soziales Umfeld gefehlt hat.

Ein äußerer sicherer Ort **bietet ein geschütztes Umfeld mit transparenten Strukturen, in dem eine wertschätzende Kommunikation** vorherrscht. Das Betreuungspersonal vermittelt ein **tragfähiges, stabiles Bindungsangebot**, wobei die **Handlungsweisen von Vorhersehbarkeit** gekennzeichnet sind sowie die **persönlichen Grenzen der Betroffenen respektiert** werden. **Gesellschaftliche Werte und Normen** werden weitervermittelt sowie die **Möglichkeit zur Partizipation** gegeben.

Ein traumapädagogisches Setting ermöglicht das **Kennenlernen von eigenen störenden Verhaltensmustern** sowie **das Erarbeiten von alternativen Handlungsweisen**. Durch das Erleben eines äußeren sicheren Ortes minimieren sich Symptome (Flashbacks, Dissoziationen, selbstschädigendes Verhalten), die auf Grund von Traumatisierungen entstanden sind.

Unter Anleitung und durch Unterstützung der TraumapädagogInnen/BeraterInnen sind Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in der Lage, schrittweise einen inneren sicheren Ort aufzubauen. **Dadurch gelingt die Distanzierung von traumatischen Erfahrungen, was die Grundlage für die Entwicklung neuer Lebenskonzepte darstellt. Die Förderung von Selbstachtsamkeit, Selbstwirksamkeit und Selbstkontrolle steht hierbei im Mittelpunkt.**

Dabei bedient sich die Traumapädagogik des traumarelevanten Wissens und der daraus abgeleiteten Interventionen der Disziplinen der Pädagogik, der Psychotherapie und der Psychotraumatologie.

## **Rahmenbedingungen eines äußeren Sicheren Ortes**

Im Folgenden werden Parameter beschrieben, die einen äußeren sicheren Ort definieren und Qualitätskriterien in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen darstellen.

**Sicherheit:** *Zustand, der frei von unvermeidbaren Risiken ist beziehungsweise als gefahrenfrei angesehen wird*

- Schutz vor weiteren Übergriffen, Distanz zum TäterInnenumfeld
- Orientierung in Raum und Zeit zur Stärkung des Sicherheitsempfindens
- Sicherung der Grundversorgung und -bedürfnisse
- Schutz vor Wiedererleben von traumatischen Erfahrungen
- Keine körperliche Gewalt gegenüber anderen (Verletzen, Schlagen, Treten, Boxen, Waffen, Quälen, einzelne oder organisierte Qual)
- Keine körperlich sexuelle Gewalt (anfassen ohne Erlaubnis)
- Keine verbalen Androhungen von Gewalt (Entwertungen, Entwürdigungen, Drohungen, Erpressungen)

**Geborgenheit:** *Zustand des Sicherheits- und Wohlgefühls. Geborgenheit symbolisiert Nähe, Wärme, Ruhe und Frieden*

- Ordnung
- Sauberkeit
- Wohlfühlatmosphäre (Intaktheit von Mobiliar und Material, Schlafraum als Schutzraum)
- Respektieren der persönlichen Grenzen (Rückzugsort)
- Miteinbeziehung in die Gestaltung der Wohnräume (Partizipation)
- Miteinbeziehung in die Verantwortung für das Reparieren von Schäden

**Klarheit:** *Ausdruck, der von Einfachheit und Eindeutigkeit geprägt ist und keine Missverständnisse und Zweideutigkeiten zulässt*

- Aufstellen von Grundregeln, Konsequenzen deutlich und klar machen, Regelbrüche ziehen
- Konsequenzen nach sich
- Weitergabe von eindeutigen und widerspruchsfreien Informationen, keine Willkür

- Offene Kommunikation: klare, deutliche Sprache, Sichern des Informationsflusses
- In vergleichbaren Situationen verhalten sich MitarbeiterInnen gleichbleibend und einschätzbar

Entlastung: *Handlungsweise, bei der Halt, Sicherheit, Stärke und Unterstützung vermittelt wird, damit ein Blick nach vorne wieder möglich wird*

- Unterbrechen und Beenden von destruktiven Situationen
- Stoppen von selbstschädigendem Verhalten und Erarbeitung von Alternativen
- Spannungsmindernde Aktivität zum Spannungsabbau
- Unterstützung der Handlungsfähigkeit, Erhöhung des Kontrollgefühls
- Akzeptanz von Gefühlen, Gefühle zeigen lassen (Möglichkeit zur Abreaktion geben)
- Benennen, Wiederfinden von Sprache
- Überwindung der Hilflosigkeit, Ansprechen von Schuldgefühlen
- Kümmern um die eigene Befindlichkeit (Mag ich, Mag ich nicht, Was tut mir gut, Was tut mir nicht gut)

Offenheit: *Fähigkeit, aufgeschlossen für neue Sichtweisen zu sein und den Mut aufzubringen, einen neuen Blickwinkel einzunehmen*

- Zulassen und Praktizieren von Offenheit
- Sichtbarmachen von Tagesstrukturen und Dienstplänen
- Direktes Ansprechen von Konflikten
- Entgegenwirken von Geheimhaltung
- Enttabuisierung von Gewalt und sexueller Gewalt

Struktur, Transparenz: *Schaffung sicherer Rahmenbedingungen mit einer transparenten. Alltagsgestaltung und vorhersehbaren Handlungsweisen, Vorherrschen einer offenen und klaren Kommunikation*

- Sichtbarmachen und Leben von Tagesstruktur
- Termine ausmachen und verbindlich einhalten
- Vollständige Informationsweitergabe an das Team, Informationen sind nicht nur einzelnen BetreuerInnen vertraulich vorbehalten

Zusammenhalt: *Die Anforderung an den Einzelnen, in einer Gemeinschaft solidarisch und kameradschaftlich im Miteinander zu agieren*

- Entgegenwirken von Isolation durch Gruppenintegration
- Vom Objektempfinden durch Mit- und Selbstbestimmung zum Subjektempfinden
- Förderung von Eigenmächtigkeit, Individualität

Nähe und Distanz: *Vermittlung eines tragfähigen, stabilen Bindungsangebotes*

- Kontakte im dienstlichen Rahmen der Betreuung
- BetreuerIn ist Mensch und Orientierungshilfe (Mitteilung der eigenen Befindlichkeit, Sichtweisen, Werte und Normen), jedoch keine Information über private und familiäre Umstände
- Keine finanziellen Geschäfte und Transaktionen mit KlientInnen, kein Ausleihen oder Vorlegen von privaten Geldern oder Besitztümern (führt zu Abhängigkeit, die im Konfliktfall mit einem/einer KlientIn zu einer defensiven Haltung zwingt)
- Die Ausgestaltung von Nähe und Distanz muss von einem Teamkonsens getragen werden.

Fachlichkeit: *Wissen über die Qualitätskriterien und Methoden der Traumapädagogik zum besseren Verständnis der Handlungsweisen der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen und die Kompetenz zur Umsetzung im pädagogischen Alltag*

- Fachwissen über die Entstehung und die Auswirkungen von Traumatisierungen
- Wissen über die Dynamiken von Übertragungen und Gegenübertragungen
- Selbstreflexion, Selbstfürsorge

Menschen erleben die Verarbeitung von Traumatisierungen sehr unterschiedlich. Die Form der Verarbeitung eines traumatischen Erlebnisses ist abhängig von den Mittlerfaktoren (sind die Umstände, unter denen sich das Geschehene abspielt) und den protektiven Faktoren (sind schützende Faktoren und diese verbessern die Möglichkeit der Anpassung an die Umgebung und die spätere Heilung).

**Mittlerfaktoren sind Umstände, unter denen sich das Geschehene abspielt**

- Prätraumatische psychische Ausgangslage
- Geschlechtszugehörigkeit (Mädchen sind resilienter als Buben)
- Alter des Kindes
- Stabilität und Ausgewogenheit der Ich-Funktion
- Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen
- Chronizität und Schwere der Traumatisierung
- Beziehung zum/zur TäterIn
- Stärke der geäußerten Drohungen
- Emotionales Klima in der Familie
- Schwere der Schuldgefühle
- Physische Konstitution
- Entlastung der Bindungspersonen
- Sekundärschädigungen/Begegnungsfehler
- Kultureller Hintergrund

**Protektive Faktoren sind schützende Faktoren und diese verbessern die Möglichkeit der Anpassung an die Umgebung und die spätere Heilung**

- Großfamilie, kompensatorische Elternbeziehungen
- Verfügbarkeit über einen tragbaren Halt
- Überdurchschnittliche Intelligenz, robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament
- Kreativität
- Sicheres Bindungsverhalten
- Soziale Förderung (Jugendgruppen, Schule, Kirche...)
- Verlässlich unterstützende Bezugspersonen im Erwachsenenalter
- Dauerhafte, gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson
- Humor
- Parentifizierung
- Möglichkeiten der Realitätsanerkennung



Weiters gibt es noch spezifische Traumatisierungen, wie

-> *Sexuelle Gewalt*

- Erschütterung des Selbstkonzeptes
- Vertrauensverlust
- Scham- und Schuldgefühle
- Verwirrung in Bezug auf sexuelle Identität und Normen (Aufmerksamkeit und Zuneigung wird gegen sexualisierte Handlungen getauscht)
- Sprachlosigkeit
- (Auto-)Aggression
- Gestörter Umgang mit Sexualität

-> *Erzwungene Migration*

- Entwurzelung
- Plötzlicher Verlust der Heimat und des familiären Umfeldes
- Armut
- Sozialisationsfaktoren
- Fremdes Wertesystem

**Die Traumatische Zange**

Gerät ein Mensch in eine lebensbedrohliche Situation, so bleiben ihm zwei Handlungsmöglichkeiten: Flucht (Flight) oder Kampf (Fight). Die Fight- oder Flight-Reaktion sind nicht mit den Großhirnregionen, in denen der Mensch vernunftmäßig denken kann, verbunden. Es handelt sich dabei um Reflexe aus der Frühgeschichte des Menschen. Wenn sich z.B. ein Insekt dem Auge nähert, wird man reflexartig handeln, ohne über die Handlung nachzudenken.

Wenn weder Flucht noch Kampf möglich sind, bleibt dem Gehirn nichts anderes übrig, als in den sogenannten „Freeze“ (Einfrieren) zu verfallen. Dabei wird dem Organismus sozusagen erlaubt, sich innerlich zu distanzieren. Es kommt zu einem „geistigen Wegtreten“ beziehungsweise zur „Neutralisierung“ der akuten Todesangst. Bewegungsunfähigkeit, Erstarren (Einfrieren), Hilflosigkeit und Dissoziation sind unwillkürliche physiologische Reaktionen auf überwältigende Ereignisse. Es handelt sich dabei um eine Verteidigungsreaktion, um das traumatische Erlebnis überstehen zu können.

## **Folgen von Traumatisierungen**

Ein psychisches Trauma hat oft schwerwiegende Folgen für die traumatisierte Person, die von Leid- und Angstgefühlen bis hin zu schwerwiegenden psychischen Störungen reichen. Die Diagnostik von Traumafolgeerscheinungen ist in den beiden Diagnoseschemas ICD-10 und DSM IV festgehalten:

- DSM IV - Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, herausgegeben von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (American Psychiatric Assoziation)
- ICD-10 - International Classification of Diseases, herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (WHO, World Health Organisation).

Die **Posttraumatische Belastungsreaktion** ist die Folge einer extremen psychischen Belastung, für die der Betroffene keine geeignete Bewältigungsstrategie besitzt. Das Gehirn muss nach einem traumatischen Erlebnis damit fertig werden, das es dissoziiert hat. Es war extremen Verwirrtheitszuständen und entfremdetem Erleben ausgesetzt. Eine Erholung braucht Zeit und ist mit erheblichen körperlichen und seelischen Irritationen verbunden. Wesentliche **Elemente einer Belastungsreaktion sind:**

- Angstzustände, erhöhte Schreckhaftigkeit
- Alpträume, Schlafstörungen
- Wiedererleben von Teilen des Traumas
- Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma zu tun haben
- Einsamkeit, Entfremdung, Kontaktunwilligkeit
- Beeinträchtigung der Wahrnehmung der Umwelt, des eigenen Körpers, der eigenen Gefühle
- Konzentrations- und Leistungsstörungen

Sind diese Elemente intensiv, breiten sich eher aus, statt weniger zu werden, und dauern sie länger als vier Wochen, dann kann die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung gestellt werden.

**Bei der Posttraumatische Belastungsstörung war die Person einem traumatischen Ereignis ausgesetzt, bei dem sie mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr für die eigene oder**

**fremde körperliche Unversehrtheit (objektiv) konfrontiert war und die Reaktion von intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen (subjektiv) begleitet war.**

- Zentrales Gefühl ist die Hilflosigkeit** (nicht: Stress, Angst, Trauer)
- Vertrauen und Selbstvertrauen werden erschüttert**
- Schuld:** Gefühl, für das Ereignis oder seinen Ausgang verantwortlich zu sein
- Ärger:** Gefühl der Ungerechtigkeit oder Verletzung persönlicher Regeln durch Andere
- Scham:** Gefühl, eigene bedeutsame Regeln verletzt zu haben
- Trauer:** Gefühl etwas Bedeutsames verloren zu haben
- Numbing (emotionale Taubheit):** Enge emotionale Bindungen mit Familie, Freunden und Kollegen werden vermieden. Die Gefühle sind allgemein vermindert, eingeschränkt, allenfalls werden routinemäßige und 'mechanische' Aktivitäten zu Ende geführt.

#### **Wiedererleben der traumatischen Erinnerung**

- Erinnerung an das Ereignis (Bilder, Gedanken)
- Alpträume
- Flashbacks
- Intensiver Stress bei der Konfrontation des Ereignisses (z.B. Jähnung des Ereignisses)

#### **Anhaltende Vermeidung von Reizen, die an das Trauma erinnern**

- Bemühung zur Vermeidung von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die in Verbindung mit dem Trauma stehen
- Bemühung zur Vermeidung von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die mit dem Trauma zu tun haben
- Unfähigkeit, sich an wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern
- Vermindertes Interesse oder Teilnahme an wichtigen Aktivitäten
- Gefühl der Ablösung oder Entfremdung von Anderen
- Gefühl einer eingeschränkten Zukunft

#### **Zwanghaftes Erinnern bzw. Wieder-Aufsuchen der gefährlichen Situation**

### **Erhöhte Erregbarkeit**

- Anhaltende übertriebene Schreckhaftigkeit
- Reizbarkeit und Wutausbrüche
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Ein- und Durchschlafschwierigkeiten
- Motorische Unruhe

Die Störung verursacht Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

**Akut:** Dauer der Symptome beträgt weniger als 3 Monate

**Chronisch:** Dauer der Symptome beträgt 3 Monate oder mehr

**Mit verzögertem Auftreten:** Auftreten der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Stressor

Sind die Symptome durch ein breites Spektrum kognitiver, affektiver und psychosozialer Beeinträchtigungen gekennzeichnet, die über einen längeren Zeitraum bestehen bleiben, spricht man von einer **komplexen posttraumatischen Belastungsstörung**.

### **Komplexe posttraumatische Belastungsstörung**

**1.) Unterworfenheit** (unter totalitäre Kontrolle) über einen längeren Zeitraum (Monate bis Jahre!): z.B.: Überlebende von familiärer Gewalt, Kindesmisshandlung, sexuellem Kindesmissbrauch und organisierter sexueller Ausbeutung.

**2.) Veränderungen der Affektregulierung:** z.B. chronische Beschäftigung mit Suizidideen, Neigung zu Selbstverletzungen, explosiver oder extrem unterdrückter Wut (evtl. im Wechsel), zwanghafter oder extrem gehemmter Sexualität (evtl. im Wechsel).

**3.) Veränderungen des Bewusstseins:** z.B. Amnesie für traumatische Ereignisse, dissoziative Episoden, Depersonalisation/ Derealisation, Wiedererleben der traumatischen Erfahrungen entweder in Form von Flashbacks, oder in Form von ständigem Grübeln.

**4.) Veränderungen des Selbstbildes:** z. B. mit Gefühlen von Hilflosigkeit und Initiativverlust; Scham, Schuldgefühlen und Selbstanklage; eigener Wertlosigkeit oder Stigmatisierung; Gefühl, völlig verschieden von Anderen zu sein. (Erleben

äußerster Einsamkeit, die Überzeugung, von niemandem verstanden werden zu können.)

**5.) Veränderungen in der Wahrnehmung des Täters:** z.B. die ständige Beschäftigung mit ihm (z.B. in Form von Rachedgedanken); eine unrealistische Sichtweise des Täters als übermächtig; Idealisierung des Täters oder paradoxe Dankbarkeit ihm gegenüber; Übernahme von Weltanschauung oder Rechtfertigungen des Täters.

**6.) Veränderung der sozialen Beziehungen:** z.B. Isolation und Rückzug, Abbruch von intimen Beziehungen, fortgesetzte Suche nach einem/r Retter/in (kann wechseln mit Isolation und Rückzug), ständigem Misstrauen, wiederholtem Versagen beim Schutz der eigenen Person.

**7.) Veränderung von Stimmungslagen und Einstellungen,** wie Verlust und Zuversicht, Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung.

### **Wiedererleben der traumatischen Erinnerung**

- **Intrusion** sind Erinnerungen und Gedanken an ein traumatisches Erlebnis, die sich ins Gedächtnis drängen beziehungsweise in den Alltag einbrechen. Dabei werden „bits und pieces“, von kleinen abgespaltenen Teilen der traumatischen Erinnerung, bis hin zu vollen „Flashbacks“, wiedererlebt.

- **Flashback** ist ein veränderter Bewusstseinszustand, in dem Gedächtnisinhalte aus einer vergangenen Stresssituation Macht über Erleben und Verhalten in der Gegenwart gewinnen. Es handelt sich dabei um intensive Wiedererlebenssequenzen, deren Intensität das aktuelle Wahrnehmen überdeckt und eine „doppelte Wahrnehmung“ oder sogar ein vollkommenes „Wegtreten in die Erinnerung“ erzwingt.

In einem Flashback wird die traumatische Situation durch einen Auslösereiz (Trigger) erneut reaktualisiert.

### **Reorientierung bei einem Flashback: (Zurückführen in die Gegenwart)**

- Anschauen
- Lautes Anreden, Einsatz von hohen Sinnesreizen (Geräusche: laute, schrille Pfeife, Fühlen: Kaltes Wasser)

- Falls notwendig Anfassen (vorher Ankündigen)
- Abfrage von Namen, Uhrzeit, Tag oder Gegebenheiten im Raum (z.B. Farbe der Wand) zur Wiederfindung in Raum und Zeit
- Stabilisieren und Erklären

**Trigger** sind Auslöser (innere und äußere reaktivierende Reize in der Gegenwart), von denen aus assoziative Verbindungen zu traumatischen Erlebnissen bestehen, so dass sie Flashbacks auslösen können. Trigger können auf allen Sinnesebenen aktiviert werden (hören, sehen, fühlen, schmecken, riechen). Zur Minimierung von Flashbacks ist es von Bedeutung herauszufinden, welche Trigger Flashbacks auslösen.

## **Dissoziative Störungen**

### **Dissoziative Störungen nach dem DSM-IV (1996)**

- **Dissoziative Amnesie**

Unter einer dissoziativen Amnesie versteht man eine(n) nicht durch äußere Einwirkungen verursachte(n) „Gedächtnislücke“/Erinnerungsverlust für ein zumeist traumatisches Ereignis. Eine dissoziative Amnesie kann in jedem Lebensjahr und einmalig oder mehrmalig im Laufe des Lebens auftreten, chronisch verlaufen oder aber auch spontan remittieren und von Minuten bis Jahren dauern.

Das DSM-IV (1996) unterscheidet bei der Dissoziativen Amnesie fünf Formen:

- 1) In der *lokalisierten Amnesie* umfasst der Gedächtnisverlust einen eng umschriebenen Zeitabschnitt, gewöhnlich die ersten Stunden nach einem höchst belastenden Ereignis wie einem schweren Autounfall oder dem plötzlichen Tod eines Angehörigen.
- 2) In der selektiven Amnesie kann sich die Person an einige, aber nicht an alle Ereignisse während eines umschriebenen Zeitraums erinnern.
- 3) Die generalisierte Amnesie beinhaltet die Unfähigkeit, sich an sein gesamtes Leben zu erinnern.
- 4) Die *kontinuierliche Amnesie* bezeichnet die Unfähigkeit, sich an Ereignisse von einem bestimmten Zeitpunkt in der Vergangenheit bis in die Gegenwart zu erinnern.

- 5) Bei der *systematischen Amnesie* betrifft der Gedächtnisverlust spezifische Teilbereiche der Erinnerung wie an die eigene Familie oder an bestimmte andere Personen.

Die drei letztgenannten Amnesieformen treten nach DSM-IV (1996) selten auf und können eher als Hinweise auf eine mögliche Dissoziative Identitätsstörung betrachtet werden.

- **Dissoziative Fugue**

Die dissoziative Fugue ist durch ein unerwartetes, zielgerichtetes Weggehen von zu Hause oder vom Arbeitsplatz gekennzeichnet, verbunden mit der Unfähigkeit, sich an Tiele oder die gesamte eigene Vergangenheit zu erinnern. Die Dauer des Weggehens kann von Stunden oder Tagen bis zu Wochen oder Monaten andauern und im Radius stark variieren, wobei die Personen in der Regel psychopathologisch unauffällig bleiben und sich geordnet verhalten. Kehrt die Person an ihren ursprünglichen Ort zurück, kann eine Amnesie für die Zeit der Fugue bestehen. Die Annahme einer neuen (anderen) Identität gilt als eher selten und ungewöhnlich. Das DSM-IV gibt die Prävalenz der Dissoziativen Fugue in der Allgemeinbevölkerung mit 0,2% an.

- **Depersonalisationsstörung**

Unter Depersonalisation versteht man alle Erfahrungen, sich von den eigenen geistigen Prozessen oder dem eigenen Körper losgelöst zu fühlen. Nach Angaben des DSM-IV entwickeln nach einer schweren Belastung ca 50% aller Menschen eine einzelne kurze Episode einer Depersonalisation, im psychiatrischen Kontext berichten ca 40% der PatientInnen von einer vorübergehenden Depersonalisationserfahrung. Es muss sich bei einer derartigen Erfahrung nicht zwangsläufig um eine Störung handeln.

- **Dissoziative Identitätsstörung (DID)**

Personen mit einer dissoziativen Identitätsstörung erleben die Welt als würden verschiedene Personen in ihnen ein eigenständiges Leben führen. Erinnerungslücken sowohl in der Vergangenheit als auch in der Gegenwart sind häufig. Diese können über die Identitäten ungleichmäßig verteilt sein, was als unterschiedliche Co-Bewusstheit bezeichnet wird. Es kann „Innenpersonen“ geben,

die erinnern und bemerken, was andere Identitäten erleben, selber aber im Alltag kaum zum Vorschein kommen, genauso wie es Identitäten gibt, die z.B. ausschließlich den Haushalt erledigen und kein „anderes“ Leben haben. Das DSM-IV macht keine Angaben zur Prävalenz der DID auf, die ICD-10 bezeichnet ihr Vorkommen als selten.

- **Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung**

In diese Kategorie zählt das DSM-IV all die Störungen, deren vorherrschendes Merkmal eine Unterbrechung der integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität und der Wahrnehmung der Umgebung ist, ohne dass die Kriterien für eine andere dissoziative Störung voll erfüllt sind. Es nennt insgesamt sechs Beispiele:

- 1) Ein der DID ähnliches Störungsbild, das entweder keine zwei voneinander abgrenzbaren Persönlichkeitszustände zeigt oder in dem es zu keiner Amnesie für wichtige persönliche Informationen kommt.
- 2) Derealisation ohne Depersonalisation
- 3) Zustände von Dissoziation nach einem langen und intensiven Prozess von Zwangsmaßnahmen zur Veränderung von Einstellungen wie „Gehirnwäsche“, Gedankenbeeinflussung oder Indoktrination in Gefangenschaft.
- 4) Dissoziative Trance-Störung (wie F44.3 in der ICD-10), die keinen Bestandteil einer akzeptierten, kollektiven, kulturellen oder religiösen Praxis darstellt.
- 5) Bewusstseinsverlust, Stupor (F44.2 in der ICD-10) oder Koma, ohne eine zugrundeliegende körperliche Erkrankung.
- 6) Das Ganser Syndrom (F44.80)

### **Dissoziative Störungen nach ICD-10 (1993)**

Die ICD-10 kodiert die dissoziativen Störungen synonym mit den Konversionsstörungen und legt die Betonung auf die körperliche Ausfallsymptome.

- Amnesie
- Fugue
- Dissoziativen Stupor

Die ICD-10 erfasst unter einem dissoziativen Stupor eine beträchtliche Veränderung oder das Fehlen willkürlicher (spontaner und gezielter) Bewegungen und normaler Reaktionen (Z.B: Sprache) auf äußere Reize wie



Licht, Geräusche oder Berührungen, ohne dass eine körperliche Ursache dafür erkennbar wäre.

- Trance- und Besessenheitszustände

Es kommt in der Trance- und Besessenheitsstörung im Alltag der Person zu einem unfreiwilligen oder ungewollten vorübergehenden Verlust der persönlichen Identität und der vollständigen Wahrnehmung der Umgebung, indem sich ein Mensch so verhält, als ob er von einer anderen Persönlichkeit, einem Geist, einer Gottheit, einer „Kraft“ oder auch einem Dämon beherrscht wird, begleitet von einer eingeschränkten und fokussierten Aufmerksamkeit sowie stereotypen Bewegungen, Stellungen oder Äußerungen. In dieser Formulierung der ICD-10 bleibt eine Differentialdiagnose zur dissoziativen Identitätsstörung offen.

- Dissoziativen Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung

Bei diesen Störungen findet sich nach der ICD-10 ein Verlust oder eine Veränderung von Bewegungsfunktionen oder Empfindungen zumeist der Haut, ohne dass eine körperliche Ursache vorliegt und zusätzlich auftretende Schmerzempfindungen oder andere komplexe, durch das Nervensystem vermittelte Empfindungen hinzukommen. Es handelt sich hierbei um die „klassische hysterischen Phänomene“.

Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen Störungen nach ICD-10 (1993) ist der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen, sowie der Kontrolle von Körperbewegungen. Die ICD-10 macht keine Angaben zur Prävalenz von einzelnen Störungen.

Die Dissoziative Identitätsstörung ist nach dem ICD-10 noch unter der „**Multiplen Persönlichkeitsstörung**“ zu finden.

**Resilienz** des Klienten / der Klientin bedeutet in der Traumaberatung, dass die projektiven Faktoren eine wichtige Rolle spielen und diese sind auch erlernbar. Resilienz kann mit der Zeit und unter verschiedenen Umständen variieren. Kein Mensch ist immer gleich widerstandsfähig. Hier spielt besonders die Selbstermächtigung für den Klienten/die Klientin eine Rolle, bzw. steht dies dahinter, denn es gibt immer gute und schlechte Phasen im Leben. Die Wurzeln für die Entwicklung von Resilienz liegen einerseits in der Person des Menschen, andererseits in seiner Lebensumwelt.

### **Resilienzförderung:**

- Förderung von Problemlösefähigkeiten und Konfliktlösestrategien
- Förderung von Eigenaktivität und persönlicher Verantwortungsübernahme
- Förderung von Selbstwirksamkeit und realistischen Zuschreibungen
- Förderung des Selbstwertgefühls
- Förderung von sozialen Kompetenzen, verbunden mit der Stärkung sozialer Beziehungen
- Förderung von effektiven Stressbewältigungsstrategien, wie z.B. die Fähigkeiten, Unterstützung zu mobilisieren oder sich zu entspannen
- Förderung des Umgangs mit Gefühlen

### **Methoden der Prozessplanung und strategische Arbeit**

#### **1. Traumapädagogische Diagnostik**

Sozialanamnese, AAI bzw. CAI, Genogramm, Traumaspezifische Diagnoseverfahren, Beobachtung

#### **2. Auswahl der Methoden der psychischen Stabilisierung**

Imaginationsübungen, Achtsamkeitsübungen, Arbeit am Selbstkonzept, Skills-Training (Module: Stresstoleranz, Umgang mit Emotionen, zwischenmenschliche Fertigkeiten, Achtsamkeit), Gruppenangebote

Psychische Stabilisierung bedeutet das Herstellen einer „inneren Sicherheit“. Unter Anleitung werden betroffene in die Lage versetzt, mit ihren Symptomen umzugehen, ohne dass die traumatische Situation selbst bearbeitet wird. Dabei werden zwei wesentliche Fähigkeiten erarbeitet: a) die Fähigkeit, sich

von belastenden inneren Zuständen zu distanzieren b) die Fähigkeit, positive innere Zustände herbei zu führen.

Arbeit am Selbstkonzept / Selbstwahrnehmung ist die Wahrnehmung des Selbst der eigenen Person. Traumatisierte sind in der Regel damit beschäftigt, die Gefühle und Befindlichkeiten von anderen wahrzunehmen und haben daher eine schlechte Selbstwahrnehmung. Sie lernen ihre Gefühle abzuspalten. Selbstwahrnehmung ist beeinträchtigt durch Verzerrung, Verleugnung und Schuldzuweisung. Diese kann gefördert werden durch die Rahmenbedingungen eines äußeren sichereren Ortes, Klarheit, Transparenz und keine Willkür, sowie eine gewaltfreie Sprache, traumapädagogische Gesprächsführung (Benennen) und Skills-Training (Umgang mit Emotionen).

Die Selbstkontrolle/Selbstregulation umfasst den mentalen Umgang mit Gefühlen, mit körperlichen Manifestationen (Atmung, Körperreaktionen) und einen selbstschützenden Umgang mit Erinnerungsebenen. Das Erkennen von emotionalen Impulsen und bewusste Grenzsetzung, um sich von den Impulsen nicht überwältigen zu lassen. Selbstkontrolle ist beeinträchtigt, da Reinszenierungen, Gefühle wie Wut und Angst unkontrolliert nach außen bringen. Es kommt zu Aggressionsschüben, Selbstverletzendem Verhalten, Essstörungen.

Der Selbstwert ist der Wert und die Würde eines Menschen, und ist das Selbstwertgefühl gut, dann spricht man von Selbstvertrauen, von Selbstakzeptanz oder von Zufriedenheit. Ein schlechtes Selbstwertgefühl äußert sich in Minderwertigkeitsgefühlen, in Unzufriedenheit oder in Scham. Menschen mit geringem Selbstwertgefühl wenden häufig viel Zeit und Mühe auf, um Anerkennung zu bekommen.

Die Selbstermächtigung ist die Fähigkeit für sich selbst und sein Handeln Verantwortung zu übernehmen und eigene Entscheidungen zu treffen. Traumatisierte brauchen Anleitung und Unterstützung, um Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen, da sie mit verwirrten kognitiven Normen und fehlender Moral aufgewachsen sind.

Die Selbstwirksamkeit ist die innere Überzeugung, aufgrund eigener Kompetenzen gewünschte Handlungen erfolgreich selbst auszuführen, um damit im Leben etwas erreichen zu können. Selbstwirksamkeit ist gekoppelt

an dem Selbstwert. Um Selbstwirksamkeit erreichen zu können müssen vorhandene Ressourcen und Kompetenzen gefördert werden.

### **3. Auswahl der Methoden der körperlichen Stabilisierung**

Körperübungen, Sport- und Freizeitangebote, körperliche Aktivitäten, Gesundheitsförderung

Bei der körperlichen Stabilisierung handelt sich um das Bewusstsein über Körperreaktionen in Zusammenhang mit dem Erlebten. Dies würden heilsame Körpererfahrungen durch Wohlbefinden (Körperpflege, Körperliche Aktivitäten, gesunde Ernährung, ...) verbessern. Medizinische Abklärung und Behandlung, sowie Gesundheitsförderung gehören ebenso zur Stabilisierung, denn Traumatisierte leiden nicht nur an psychischen, sondern auch an körperlichen Symptomen.

Körperschema und Körpergedächtnis muss wieder neu gefunden werden und bei der PTBS wird sehr viel über den Körper ausgedrückt. Körperdissoziation ist die Spaltung des Menschen in Kopf und Körper. Dies ist ein Teufelskreis aus der Abspaltung von Gefühlen und Körpererinnerungen und dies verursacht körperliche und psychische Veränderungen und führt zu spezifischen Krankheiten (Psychosomatik). Die Körpersymptome können nicht adäquat wahrgenommen werden und führen zu einer veränderten Wahrnehmung der eigenen Identität.

### **4. Auswahl der Methoden der sozialen Stabilisierung**

Elternarbeit, Umgang mit Täterkontakt, Begleitende/weiterführende Therapieformen, Ärztliche Versorgung – Gesundheit, Existenzsicherung, Schule/Ausbildung, Zukunftsperspektiven

Die soziale Stabilisierung ist der Verlust der äußeren Sicherheit nach einem traumatischen Erlebnis und die (Wieder-) Herstellung der äußeren Sicherheit ist das Ziel der sozialen Stabilisierung, denn ohne äußere keine innere Sicherheit und Stabilität. Zur sozialen Stabilisierung gehören vorallem die Sicherung der finanziellen Ressourcen, Elternarbeit, Vermeidung von Täterkontakt, Sicherung des Wohnumfeldes, Aufbau eines „sozialen Netzwerkes“, Unterstützung bei der Lösung von Konflikten, (Wieder-) Eingliederung in die Schule, Aus- und Weiterbildungen und Beruf, sowie die Unterstützung bei Freizeitaktivitäten und Hobby und Unterstützung durch Zuweisung von Netzwerkpartnern.

**LITERATURTIPPS:**

- Schroll Britta: Bezugsbetreuung für Kinder mit Bindungsstörungen. Ein Konzept für die heilpädagogisch-therapeutische Praxis. Marburg: Tectum 2007.
- Alexander Korittko, Karl Heinz Pleyer: Traumatischer Stress in Familien.
- Christel Lüdecke, Ulrich Sachsse, Hendrik Faure: Sucht-Bindung-Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext.
- Scherwath Corianna, Friedrich Sibylle: Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. 2012.
- Gloger-Tippelt Gabriele: Bindung im Erwachsenenalter. Bern: Hans Huber 2001.
- D'Amelio Roberto, Wolfgang Retz, Alexandra Philipsen und Michael Rösler: Psychoedukation und Coaching ADHS im Erwachsenenalter, Urban & Fischer Verlag
- Alexandra Liedl, Ute Schäfer, Christine Knaevelsrud: Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen, Schattauer Verlag
- Weigel Elke: Körperschemastörungen erkennen und behandeln, der KörperReich-Ansatz und seine Übungen, Klett Cotta Verlag, 2008 (Ohne positives Körpergefühl keine psychische Gesundheit).
- Sack Martin: Schonende Traumatherapie: Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen. Schattauer Verlag 2010
- Wilma Weiß: Philipp sucht sein Ich: Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen (Basistexte Erziehungshilfen)
- Suzette Boon und Kathy Steele: Traumabedingte Dissoziation bewältigen: Ein Skills-Training für Klienten und ihre Therapeuten.
- Erika Lützner-Lay: Trauma und Resilienz in Beratung und Therapie: Wie die Schatten unserer Geschichte uns begleiten und die Lebenskraft...
- Peter A. Levine und Maggie Kline: Verwundete Kinderseelen heilen. 2005
- Peter A. Levine und Silvia Autenrieth: Trauma und Gedächtnis: Die Spuren unserer Erinnerung in Körper und Gehirn - Wie wir traumatische Erfahrungen verstehen. 2016
- Robert Scaer und Peter A. Levine (Vorwort): Das Trauma-Spektrum: Verborgene Wunden und die Kraft der Resilienz. 2014
- ...