

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

(Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper** † 26.9.2020, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Hückeswagen)

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 04/2021

Möglichkeiten und Grenzen der Sozialen
Arbeit im Umgang mit traumatisierten Menschen
„Perspektiven der *Integrativen Therapie*“ *

Silke Eßer, Herne

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, (Prof. Dr. phil. Johanna Sieper † 26.9.2020). Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).

Weiterbildung: „Traumapädagogik im Integrativen Verfahren“.

Dieser Arbeit legte Frau Eßer ihre Bachelor-These an der FH Münster zugrunde, die hier ergänzt und erweitert wurde.
GutachterInnen/BetreuerInnen: Bettina Mogorovic, MSc/Prof. Dr. Hilarion G. Petzold.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung

2. Psychotrauma

2.1 Begriffsbestimmung Psychotrauma

2.2 Entstehung eines Traumas

2.3 Direkte Traumareaktion und traumatischer Prozess

3. Symptombildung als Folge eines Traumas

3.1 Posttraumatische Belastungsstörung

3.2 Komorbide Störungen

4. Risikofaktoren und protektive Faktoren

4.1 Risikofaktoren

4.2 Protektive Faktoren und Resilienz

5. Möglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit

5.1 Beratung

5.2 Traumapädagogik

5.3 Psychoedukation

5.4 Trauma und Familie

5.5 Selbstfürsorge der Fachkräfte als Schutz vor Belastungen

6. Fazit

7. Zusammenfassung / Summary

8. Literaturverzeichnis

1. Einleitung

Zunächst sollte mit der These begonnen werden, dass der Mensch von seiner evolutionsbiologischen Entwicklung her dafür ausgerüstet und ausgestattet ist, Traumata zu verarbeiten. Traumatische Erfahrungen sind für den Menschen der Evolutionsgeschichte schlimme, aber “normale” Erfahrungen. Dies wird hier anfänglich erwähnt, weil sich eine neue Welle in der Szene der professionellen Helfer zeigt, die der Posttraumatischen Belastungsstörung. Hierbei ist die Fehlannahme, dass das Erleben eines traumatischen Ereignisses immer oder häufig gleichbedeutend sei mit einem Trauma. Die Traumaerfahrung wird oftmals pathologisiert, entweder als eine psychische Traumatisierung, die regelhaft spätere Neurosen oder Psychosomatiken entwickelt oder gar eine “Posttraumatische Belastungsstörung” (die Abkürzung PTBS wird im weiteren Verlauf verwendet). Die Mehrzahl der Menschen verarbeiten ihre Traumata erfolgreich. Nur eine kleine Zahl von Betroffenen bildet eine PTBS aus. Sehr viele gesunde Menschen haben in ihren Biografien traumatische Ereignisse erlebt (vgl. *Petzold* 2019, S. 1). Dies wird an dieser Stelle erwähnt, um der Hysterie und Ängste im Umgang mit Menschen, die traumatische Erlebnisse in ihrer Lebensgeschichte erfahren haben, entgegenzuwirken.

In den vielfältigen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit begegnen Fachkräfte fortlaufend Menschen mit Traumatisierung und es bedarf an Wissen und Methoden, mit den dazugehörigen Phänomenen umgehen zu können. Viele Praktiker¹ und Studierende der Sozialen Arbeit ordnen den fachgerechten Umgang mit traumatisierten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ausschließlich psychotherapeutischen und/oder medizinischen Behandlungssettings zu (vgl. *Schulze, Loch, Gahleitner* 2017, S. 115). Die sozialpolitische Ebene der Sozialen Arbeit schließt „Trauma“ aus der grundlagentheoretischen Betrachtung für Disziplin und Profession sogar aus, da dem Begriff eine Reduzierung auf den Opferstatus von Menschen zugeschrieben wird (vgl. *ebd.* 2017, S. 115). Der Auftrag einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit ist jedoch, Menschen in ihrer Selbstbemächtigung und Selbstkompetenz zu stärken. Da durch Traumatisierung die Gewissheit in die Lebenswelt, in die eigene Person, das Vertrauen in die Welt sowie in andere Menschen verloren geht, kann dieses

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Thema aus der Sozialen Arbeit schwer ausgeschlossen werden (vgl. *Schulze, Kühn* 2017, S. 168). Insbesondere im Zusammenhang mit Traumatisierung hat das Verständnis von Sozialer Arbeit als Menschenrechtsprofession, bei der Wiederherstellung von Würde durch Wertschätzung, Verständnis und Wahrung von Rechten, eine besondere Bedeutung. Ein wissenschaftliches Ethos von Professionalität verlangt daher, dass die Soziale Arbeit von der Person und Situation, der Problemlage sowie den Ressourcen der Adressaten denkt, handelt und theoretisiert (vgl. *Staub-Bernasconi* 2003, S. 26f.) und somit die Traumatisierung einbezieht. Dies bestätigt den Bedarf der Profession, Kenntnisse über Traumata und deren Folgen zu erlangen. Die oberste Maxime sollte auch für die Soziale Arbeit sein, an der Verhinderung von Traumatisierungen des Lebendigen, der Natur, der Menschen und Tiere mitzuwirken (Petzold, Ellerbrock, Hömberg 2018).

Ein Risikofaktor für Betroffene zeichnet sich auch durch Fachkräfte ab, die nicht sensibel handeln, weil Soziale Arbeit häufig in hochsensiblen Kontexten stattfindet und schwerwiegende Folgen für Betroffene entstehen können. Hinzu kommt, dass die Auswirkungen der Traumatisierung, in den Beziehungen traumatisierter Menschen und Fachkräften reproduziert werden können und es hier zu existenziellen Kämpfen um Anerkennung sowie stetigem Ringen um Grenzen und zwischen Distanz und Distanzlosigkeit kommt (vgl. *Schulze, Loch, Gahleitner* 2017, S. 7f.). Von daher bedarf Professionalität in hohem Maße an fachlichem Wissen, Handlungsgeschick und Selbstreflexionsfähigkeit (vgl. *Müller* 2012, S. 969).

Sozialarbeiterische Fachkräfte, die mit der Zielgruppe arbeiten, bewerten ihre berufseigene Handlungsdimension sowie die eigene Berufserfahrung weniger spezifisch relevant, als medizinisch-psychotherapeutische Zugänge (vgl. *Schulze* 2017, S. 115). Dies gilt insbesondere in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie in medizinisch-therapeutischen Einrichtungen, wo professioneller Bezug im Alltag, in nicht methodisch vorstrukturierten Begegnungen wie bspw. bei der Beziehungsgestaltung und der Gestaltung des institutionellen Alltags, stattfindet (vgl. *ebd.* 2017, S. 115). Familiäre Gewalt, in Form von psychischer und physischer Misshandlung bis hin zum sexuellen Missbrauch von Kindern, nimmt regelmäßig große Teile der täglichen Nachrichten- und Berichterstattung in Anspruch. Hinzukommt, mit Blick auf die Weltsituation, dass weltpolitisch wie auch im engeren europäischen, dass die Welt weder friedlicher noch gerechter geworden ist. Enorme Auswirkungen auf das Helfersystem haben auch Menschen, die durch Unrecht und Ungerechtigkeit geschädigt,

traumatisiert, entwurzelt und erkrankt sind mit ihren Lebenswelten, die verwüstet, vermint und zerstört worden sind. Zum einen stehen helfende Berufe vermehrt vor der Aufgabe, Menschen, die aus belasteten, chaotisierten, traumatischen Kontexten durch Flucht oder Vertreibung gekommen sind, zu unterstützen. Zum anderen sind alle professionellen Helfer aber auch Privatpersonen mit Phänomenen „subtiler kollektiver Beunruhigung“ konfrontiert, denen die Menschen – Gesunde wie Kranke – in aller Welt ausgesetzt sind. Die Phänomene (Gewalt, Terrorismus, Migration, Fundamentalismus usw.) haben enorme Auswirkungen auf Fachkräfte und stellen für sie theoretisch und praxeologisch erhebliche Herausforderungen dar, die noch viel zu wenig angegangen werden (vgl. *Neuenschwander, Sieper, Petzold 2018, S. 2*).

Zugleich zeigt sich, dass der Bedarf an Unterstützungsmöglichkeiten für Opfer nicht ausreichend gedeckt ist. Die durchschnittlichen Wartezeiten bis zum Beginn einer Richtlinienpsychotherapie liegen in Deutschland bei ca. 5 Monaten (vgl. *Bundespsychotherapeutenkammer 2018, S. 14*). Die Kontaktaufnahme zu Unterstützungsmöglichkeiten setzt voraus, dass eine Traumatisierung durch Betroffene erkannt wurde. In den meisten Fällen werden die Auffälligkeiten und die Bedürfnisse dieser traumatisierten Menschen in den sozialarbeiterischen Handlungsfeldern, wie Kita, Schule, Jugendeinrichtungen, ambulanten Hilfen, Beratungsstellen, der Behindertenhilfe, der Flüchtlingsarbeit, der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, deutlich (vgl. *Scherwarth, Friedrich 2016, S. 18*). Von daher ist es unabdingbar, dass Fachkräfte sich mit dem Thema Trauma auseinandersetzen, um Betroffene, die unter den Folgen biografischer Verwundungen leiden, professionell unterstützen zu können. Es gilt Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen zu identifizieren, die signalisieren, dass sie akut von emotionaler, körperlicher, sexueller oder (gar) ritueller Gewalt betroffen sind (vgl. *ebd. 2016, S. 18*).

Die vorliegende Arbeit verfolgt den Zweck einen Beitrag zur Professionalisierung der Sozialen Arbeit, unter den Aspekten der Möglichkeiten und Grenzen in der Arbeit mit traumatisierten Menschen, aus der Perspektive der Integrativen Therapie, zu leisten.

Dies erfordert zunächst einen theoretischen Blick auf diese spezifische Zielgruppe und dazugehörige Theorie- und Methodenbestände. Beachtung erfahren hierbei jeweils die Dimensionen der Begriffsbestimmung, der Entstehung, der Folgen sowie Risiko und Schutzfaktoren bei Traumatisierung (Kapitel 2 bis 4). Diese Ausführungen dienen dazu, den Begriff „Trauma“ als theoretischen Grundbegriff der Arbeit

näher zu bestimmen, um die Implikation für die Soziale Arbeit deutlich werden zu lassen. Das sich anschließende Kapitel (Kapitel 5) der Arbeit beschreibt und erörtert die Möglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit mit traumatisierten Menschen, indem untersucht wird, welche Erfahrungen auf dem jetzigen Stand des Diskurses für Möglichkeiten der Sozialen Arbeit sprechen bzw. welche Erfahrungen sich zeigen, die für eine einschränkende Möglichkeit bzw. Grenzen sprechen und welche Schlussfolgerungen sich insgesamt aus beiden Richtungen ergeben. Es folgt das Fazit (Kapitel 6), in welchem noch einmal die zentralen Erkenntnisse aus den vorangegangenen Kapiteln zusammenfassend miteinander in Beziehung gesetzt werden.

2. Psychotrauma

2.1 Begriffsbestimmung Psychotrauma

Der Begriff Trauma stammt aus dem griechischen und bezeichnet eine Wunde bzw. eine physische oder psychische Verletzung. Im medizinischen Kontext bezieht sich Verletzung zunächst auf eine Schädigung des Körpers. In der Psychologie wird Trauma als Verletzung der menschlichen Psyche, daher Psychotrauma, bezeichnet (vgl. *Scherwarth/Friedrich* 2016, S. 20). Nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ der WHO, kurz ICD, wird der Begriff (Psycho-)Trauma als „kurz- oder lang anhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“ definiert (vgl. *Pausch, Matten* 2018, S. 4). Auffällig ist an dieser Stelle, dass sich die Definition von (Psycho-)Trauma, ausschließlich auf ein Ereignis bezieht. Das in den USA eher gebräuchliche Klassifikationssystem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM; Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen) charakterisiert ein Trauma durch die tatsächliche oder drohende Konfrontation mit dem Tod, schwerer Verletzung oder sexueller Gewalt. Jedoch wird an dieser Stelle noch genauer unterschieden, da die Art und Weise wie ein Ereignis stattfindet: durch direkte Erfahrung, persönliche Zeugenschaft, in der nahen Familie bzw. bei nahen Freunden und/oder durch die wiederholte Konfrontation mit aversiven Details auch von hoher Relevanz ist (vgl. *Pausch, Matten* 2018, S. 5). Ein Trauma kann also nicht als Eigenschaft beschrieben werden, die einem Ereignis unmittelbar anhaftet. Entscheidend ist vielmehr die Relation von Ereignis und dem subjektiven Erleben des

Betroffenen bzw. es ist ein subjektiv unerträgliches Ereignis, welches die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten überschreitet (vgl. *Fischer, Riedesser*, 2009, S. 63).

Fischer und Riedesser (ebd. 2009, S. 84) definieren ein psychisches Trauma als ein:

„vitaler 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“ (*Fischer, Riedesser* 2009, S. 84).

Traumata können folglich durch Ereignisse, abhängig von ihrer Plötzlichkeit, ihrer Heftigkeit und ihrer Ausweglosigkeit auftreten. Der Vorgang einer Traumatisierung kann nicht ausschließlich objektiv oder äußerlich beschrieben werden, sondern beinhaltet vielmehr eine subjektive Dimension, da die angeborenen menschlichen Selbstschutzstrategien - Flucht oder Widerstand - sowie erlernte Hilfsstrategien als nicht wirksam erlebt werden. Wenn das Handeln keinen Sinn mehr hat, ist das Selbstverteidigungssystem des Menschen überlastet (vgl. *Herman* 2010, S. 54). Zusammenfassend setzt sich die traumatische Erfahrung aus der Korrelation objektiver Faktoren und subjektiver Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsaspekte zusammen. Der Neurobiologe *Gerald Hüther* beschreibt die hirnorganische Relevanz und definiert Trauma wie folgt:

„Demnach lässt sich ein Trauma als eine plötzlich auftretende Störung der inneren Struktur und Organisation des Gehirns beschreiben, die so massiv ist, dass es in Folge dieser Störung zu nachhaltigen Veränderungen der von einer Person bis zu diesem Zeitpunkt entwickelten neuronalen Verschaltungen und der von diesen Verschaltungen gesteuerten Leistung des Gehirns kommt. (...) Im Fall einer psychischen Traumatisierung wird die Störung durch eine überstarke Aktivierung stress-sensitiver, kortikolimbischer Netzwerke und hypothalamischer neuro- endokriner Regelkreise ausgelöst, die durch keine der bisher entwickelten, ... Bewältigungsstrategien unter Kontrolle gebracht werden kann.“ (*Hüther* 2004, S. 29f., zit. n. *Csallner* 2015, S. 7).

Dies verdeutlicht, dass unbewältigbare Situationen/Belastungen zu Destabilisierung bzw. Auflösung bisheriger stabiler neuronaler Verschaltungen führen und langfristige Schädigungen hervorrufen können (vgl. *Scherwarth, Friedrichs* 2016, S. 24f.).

Neben den subjektiven Faktoren muss, unter Berücksichtigung einer ökologischen Perspektive, die traumatische Erfahrung aus dem wechselseitigen Bezug von Person und Umwelt begriffen werden. Sie ist ein Zusammenspiel der inneren und äußeren Perspektive, der traumatischen Umwelt und subjektiver Bedeutungszuschreibung von Erleben und Verhalten (vgl. *Fischer/Riedesser* 2009, S. 64). Die aufgeführten Definitionen stehen somit nicht im Widerspruch zueinander. Vielmehr tragen die verschiedenen Blickwinkel zu einer Erweiterung des Begriffes bei und darf folglich

nicht ausschließlich eindimensional betrachtet werden. Vielmehr bedarf es eines integrativen Traumaverständnisses, welches das Geschehen als Prozess betrachtet, subjektive und objektive Komponenten berücksichtigt und (neuro-)biologische sowie ökologisch-didaktische Aspekte einbezieht (vgl. *Fischer/Riedesser* 2009, S. 63f.). Im Integrativen Ansatz ist das Traumaverständnis, den Körper als “Angriffspunkt” der traumatischen Erfahrung zu sehen, der Körper, der verletzt, gefoltert, vergewaltigt, eingekerkert wird. *Der Körper ist der ultimative Ort der Gewalt, seine Zerstörung, Zerstückelung, Tötung, die ultimative Gewalttat* (vgl. *Petzold* 2019i). Traumata sind stets mit ”embodiments” verbunden, bei denen nicht nur Wunden und Narben im Materiell-körperlichen Bestand haben, sondern auch im Transmateriell-leiblichen (*Petzold* 2009c). Physiologisches und Psychologisches sind verschränkt. Die traumatische Erinnerung bleibt durch “interiorisierende Verleiblichung” Gegenwart, sie “vergestrigt” nicht. Traumatas zeigen sich z. B. als Intrusion, als erschüttertes Leib- und Lebensgefühl aufgrund dysregulierter Interozeptionen, die die Grundlage des Selbst, des “Leibselbsts” bilden. Traumatisierung betrifft die Körperlichkeit und hat eine “körperlich-leibliche”, deregulierte biochemischen, neurohumorale, ggf. neuroanatomische Seite und ist somit verbunden mit dem “seelisch-leiblichen” Selbst des subjektiven Erlebens von Unruhe und Erschütterter-Sein, in dem Körperphänomene wie Schmerzen und irritierenden innerlichen Gefühlen und Ereignissen, bspw. sich in Form von unverständlichen Energien und Bildern sowie leib-seelische Resonanzphänomene wie Angst, Entsetzen, Panik in “ganzleiblichem Erleben” verbinden. Hinzu können körperliche Reaktionen wie Hyperarousal/Übererregung, Numbing/Abstumpfung und mannigfaltige ökopsychosomatische Reaktionen kommen. Leibhaftig meint in diesem Zusammenhang, dass Traumatisierung am Leibe/im Leibe fest haften – traumatische Geschichten, body narratives, haben sich in den Leib eingeschrieben (vgl. *Petzold* 2019i).

2.2 Entstehung eines Traumas

Aufbauend auf der Definition des Begriffes „Trauma“, soll folgend auf auslösende Ereignisse für Traumatisierung eingegangen werden. In diesem Kontext ist es zunächst wichtig die Art, Umstände und Dauer der auslösenden Faktoren zu betrachten.

Bei der Entstehung von Traumata kann von verschiedenen Ebenen ausgegangen werden, die bei der Entwicklung von Traumatisierung wirksam werden.

Die Typisierung der ersten Ebene beschreibt traumatische Ereignisse danach, ob sie einmalig oder mehrmals aufgetreten sind.

Trauma-Typ-I: Einmaliges traumatisches Ereignis, welches durch akute Lebensgefahr erlebt und unerwartet geschieht.

Beispiele: Naturkatastrophen, Unfälle, schwere Erkrankung, operative Eingriffe, Todesfälle, technische Katastrophen, kriminelle und/oder körperliche Gewalt, einmalige Vergewaltigungen, zivile Gewalterlebnisse.

Trauma-Typ-II: Durch kumulative Ereignisse gekennzeichnet, d.h. ein komplexes, traumatisches Geschehen mit unvorhersehbarem Verlauf.

Beispiele: sexueller Missbrauch, Gewalterfahrungen über längere Zeit, Vernachlässigung, Mobbing, chronische Traumatisierung durch Krieg, Folter etc.

(vgl. *Bogyi* 2012, S.125f.).

Die Dimension der zweiten Ebene trennt das Ereignis nach der verursachenden Instanz.

Akzidentielle Traumata: Ereignisse, welche zufällig und/oder durch die Natur verursacht werden.

Man-made-disaster: Ereignisse, welche durch andere Menschen willentlich und absichtlich hervorgerufen werden (vgl. *Pausch, Matten* 2018, S. 5).

Die vielfältigen Entstehungsprozesse und Entwicklungsfaktoren haben Einfluss auf die Verarbeitung der Traumatisierung. Traumatische Ereignisse, welche zufällig auftreten und/oder durch die Natur verursacht werden, können besser verarbeitet werden als jene, die im Kontext einer Beziehungstraumatisierung auftreten. Kumulative Erfahrungen bzw. wiederholte Gewalt und/oder Missbrauch entsteht häufig in Bezugssystemen (Bspw. Familie, näheres soziales Umfeld etc.). Die Typ-II-Traumatisierung ist wesentlich komplexer und diffuser als die Typ-I-Traumatisierung und auch schwerwiegender in ihren Folgen für die Betroffenen. Maßgeblich ist hierbei die Zerstörung des Vertrauens in andere Menschen. Besonders gravierend ist, wenn der Verursacher aus der Familie oder dem näheren Freundeskreis kommt (vgl. *Huber* 2003, S. 76 f). An dieser Stelle kommt es häufig zur

Auffächerung der traumatischen Belastung in unterschiedliche Problemlagen und insbesondere auch zu Spaltungsprozessen (Dissoziationen). Es kann dazu führen, dass traumatische Erlebnisse in der Kindheit, bei Heranwachsenden und/oder Erwachsenen, so abgespalten sind, dass sie nicht mehr im Bewusstsein zur Verfügung stehen (vgl. *Schulze, Loch, Gahleitner 2017, S. 7f.*). Sofern die Betroffenen nicht über Anerkennung und Unterstützung durch das soziale Umfeld verfügen, kann erschwerend das Selbst- und Weltverständnis massiv beeinträchtigt werden, da es zu einer nachhaltigen Erschütterung des Gerechtigkeitsempfindens kommt (vgl. *Reddemann 2017, S. 2*).

Viele Traumatisierungen, die der Sozialen Arbeit begegnen, sind eine Reaktion auf zwischenmenschliche Gewalt und nicht adäquate soziale Bedingungen (vgl. *Schulze, Loch, Gahleitner 2017, S. 12*). Zwischenmenschliche Gewalt beschreibt eine nicht zufällige Schädigung, die Menschen jeden Alters in Familien und Institutionen (Bspw. Kindergärten, Einrichtungen der Jugendhilfe, Schulen, Gefängnissen, therapeutischen Einrichtungen, Altenheime etc.) und/oder zwischen Peers zugefügt wird. Wenn diese Ereignisse zu Verletzungen, Entwicklungsverzögerungen oder zum Tode führen, sind die Rechte eines Menschen beeinträchtigt und/oder bedroht (vgl. *ebd. 2017, S. 12*). Es kann zwischen physischer, psychischer, sexueller Gewalt und Vernachlässigung unterschieden werden.

Weiterhin wird zwischen:

- Bindungstrauma (z.B. als Folge von unverarbeiteten Verlusterfahrungen)
- Beziehungstrauma (z.B. als Folge von pathologischen Beziehungserfahrungen)
- Gewalttrauma (als Folge von physischer, psychischer oder sexualisierter Gewalt)

unterschieden (vgl. *Schay, Liefke 2009, S. 43*).

2.3 Direkte Traumareaktion und traumatischer Prozess

Die mit der traumatischen Situation einhergehende direkte Traumareaktion kann als eine komplexe Abwehrreaktion verstanden werden und durchläuft, nach *Mardi Jon Horowitz (1976)*, mehrere Phasen, die in einer normalen und einer pathologischen Deutung unterschieden werden können, wobei die normale Reaktion als Stressant-

wort und die pathologische Version als traumatische Reaktion verstanden wird (vgl. Fischer, Riedesser 2009, S. 97).

1. *Die peri-traumatische Expositionsphase:* Aufschrei, Angst, Trauer und Wut wären hier die **normalen** Reaktionen. Bei der **pathologischen** Reaktion kommt es zu Überflutung von überwältigenden Eindrücken. Die Betroffenen werden von den unmittelbaren Emotionen überschwemmt und befinden sich noch lange Zeit im Anschluss in einem Zustand von Panik und/oder Erschöpfung.
2. *Verleugnungsphase:* Die **normale** Reaktion würde Erinnerungen an die Situation abwehren. Das **pathologische** extreme Vermeidungsverhalten würde in dieser Phase evtl. unterstützt durch den Konsum von Drogen und/oder Medikamenten, um den seelischen Schmerz nicht wahrnehmen zu müssen.
3. *Integrationsphase:* Gedanken und Bilder erreichen bzw. dringen in die Betroffenen in der **normalen** Variante ein. Bei der **pathologischen** Reaktion werden Betroffene von Intrusionen überflutet, d.h. aufdrängende Gedanken und Erinnerungsbilder an das traumatische Erlebnis.
4. *Erlebnisphase:* Die **normale** Reaktion kann als Auseinandersetzungsprozess verstanden werden, bei dem die Betroffenen sich mit den Ereignissen und den daraus folgenden persönlichen Reaktionen auseinandersetzen und in das eigene Weltbild integrieren. Die **pathologische** Reaktion wäre Erstarrung mit psychosomatischen Symptomen, verbunden mit dem Verlust von Hoffnung, diese Erfahrung durcharbeiten und abschließen zu können. Des Weiteren kann eine Charakterveränderung hinzukommen, die als Versuch verstanden werden kann, mit dieser Erfahrung leben zu können (Bspw. Störung der Arbeits- bzw. Liebesfähigkeit)
5. *Verhältnismäßiger Abschluss:* Die **normale** Reaktion beschreibt die Fähigkeit der Betroffenen, die Situation erinnern zu können, ohne immer wieder ungewollt daran denken zu müssen. Die **pathologische Reaktion** bleibt weitgehend übereinstimmend mit den in Phase 4 beschriebenen Reaktionen. (vgl. Fischer, Riedesser 2009, S. 97f.).

Diese Folge der Phasen ergibt sich aus dem Streben des Organismus, anhaltende Panikzustände zu vermeiden und sie mit den möglichen und zur Verfügung stehenden Abwehrkräften zu beenden (vgl. ebd. 2009, S. 98).

Aufbauend auf die aufgeführten Phasen nach Horowitz ergänzen Fischer und Riedesser (2009) dies wie folgt:

Phase 1: Aufschrei und Reizüberflutung. Abwehrversuche, die zum Ziel haben, überschießende Affekte zu kontrollieren oder modulieren.

Phase 2: Wird die Vermeidungsphase fixiert, kommt es zu Gefühlsabstumpfung (Numbing). D.h. Erstarrung der Persönlichkeit, was durch die übermäßige Abwehr der vorausgegangenen und/oder drohenden Reizüberflutung bedingt ist.

Phase 3: Bei Lockerung der Abwehr oder bei Abwehrschwäche, kommt es zu einem Intrusionszustand (aufdrängende Bilder, Gedanken und Körperempfinden). Ein gesundes Kontrollsystem, welches aus Coping und Abwehrmechanismen besteht, verhindert den Zustand pathologischer Reizüberflutung. Die traumatische Erfahrung kann kontrolliert erinnert und dann integriert werden.

(vgl. ebd. 2009, S. 99f.).

Es kann davon ausgegangen werden, dass es drei Verlaufsmöglichkeiten bzw. Ausgänge des Prozesses der traumabezogenen Verarbeitung gibt:

1. Abschluss: die traumatische Erfahrung wurde in das Selbst- und Weltverständnis integriert.
2. Vorzeitige Unterbrechung: In der Folge zeigen sich keine Symptome, jedoch wird auf traumabezogene Reize mit Schrecken und Vermeidungsverhalten reagiert. Somatisierung ist charakteristisch.
3. Chronisches Fortbestehen der traumatischen Reaktion, welches zur Posttraumatischen Belastungsstörung führen kann (vgl. ebd. 2009, S. 101f.).

Neben der Betrachtung der Reaktion auf Traumatisierung ist eine Beschreibung des zeitlichen Verlaufes des Prozesses für Fachkräfte eine hilfreiche Orientierungsmöglichkeit, da diese Hinweise auf die aktuelle Situation der Betroffenen zur Verfügung stellen.

1. Schockphase: Dauer ca. 1 Std. bis zu 1 Woche. Das Gefühl von Unbeweglichkeit mit der damit einhergehenden Verleugnung. Betroffene glauben nicht was geschehen ist.

2. Einwirkungsphase: Sie kann bis zu zwei Wochen dauern. Charakteristisch für die Einwirkungsphase ist für die Betroffenen das Gefühl von Ärger. Der Ärger betrifft Außenstehende, denen die Verantwortung übergeben wird. Damit einhergehen starke Selbstzweifel, Schlafstörungen, Schuldgefühle, Depressionen und Ohnmacht.

3. Erholungsphase: An dieser Stelle ist es wichtig Ruhe, Entspannung und Entfernung aus der traumatischen Umgebung herzustellen. Bei fortbestehender Symptomatik wie bspw. Angst, Depressionen oder Schlafstörungen, nach Ablauf der Einwirkungsphase, ist es wichtig professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Eine Konfrontation mit Stressoren sowie dieser Umgebung sollte in dieser Phase vermieden werden, bis sie wirksam durchlaufen wurde. Eine dauerhafte Unterbrechung dieser Erholungsphase kann zu chronischen Erschöpfungszuständen führen, die evtl. mit Symptomen eines chronischen Posttraumatischen Belastungssyndroms verbunden sein können. (vgl. *Fischer, Riedesser* 2009, S. 170f.).

Festzustellen ist, dass Hyperarousal und Numbing zwei wichtige Reaktionen sind, die eine protektive Funktion haben. Sie schützen und bewahren das psychophysiologische Funktionieren des Menschen. Aus diesem Grund sollten diese Reaktionen, ähnlich wie die Mechanismen der Dissoziation, oder der Verdrängung nicht pathologisiert werden. Diese Mechanismen sind evolutionsbiologisch konsistent entwickelt worden und wurden nicht ausselektiert. Sie sind daher zunächst einmal als sinnvoll zu bewerten und sollten nur, wenn sie die Entwicklungen verhindern, etwa dadurch, dass sie sich generalisieren oder überakzentuiert weiterwirken, modifiziert werden: Bspw. Hyperarousal zu Aufmerksamkeit, Wachsamkeit und Numbing zu Ruhe und Gelassenheit (vgl. *Petzold* 2019, S. 21).

3. Symptombildung als Folge eines Traumas

Kumulative Traumatisierungen (Trauma-Typ-II, vgl. Kapitel 2.2), die bei der Sozialen Arbeit im Vordergrund stehen, sind häufige Ursache bei der Entstehung von charakteristischen Reaktionen und Persönlichkeitsveränderungen (vgl. *Schulze, Loch, Gahleitner* 2017, S. 25). Zwei Drittel der Menschen, die von traumatischen Situationen betroffen sind, überstehen das Ereignis ohne langfristige Folgen. Ein Drittel entwickelt eine traumabedingte Folgestörung. Dies definiert sich, wenn noch drei Monate nach der posttraumatischen Akutreaktion eine Beeinträchtigung vorhanden ist, wie bspw. eine Depression (vgl. *Huber* 2003, S. 22).

Vielfach wird in diesem Zusammenhang die Posttraumatische Belastungsstörung bewusst nicht als Begriff verwendet, sondern Traumafolgestörung. Diese Bezeichnung ist weiter gefasst und beinhaltet unterschiedliche Formen an Symptomen, Syndromen und Störungen (vgl. *Pausch, Matten* 2018, S. 7). Die Posttraumatische Be-

lastungsstörung stellt eine spezifische Form einer Traumafolgestörung dar. Weitere Spezifizierungen und Beschreibungen werden im nachfolgenden Kapitel vorgenommen.

3.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Traumatische Erlebnisse können zu Reaktionen führen, die gemäß der internationalen Klassifikationsschlüssel für psychische Störungen als „Posttraumatische Belastungsstörung“ oder „Post-Traumatic-Stress-Disorder (PTSD)“ bezeichnet werden. Die posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) ist eine verzögerte psychophysiologische Reaktion auf ein einziges belastendes Ereignis oder mehrere traumatische Ereignisse (vgl. *Streeck-Fischer et al.* 2009, S. 311).

Menschen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung kommen nicht mehr zur Ruhe, bleiben alarmiert oder doch so sensibilisiert, dass schon kleine Belastungen und geringfügige Auslösereize die „Stressphysiologie“, ein Hyperarousal auslösen. Dabei werden oft auch Phänomene „nicht-bewusst“ wahrgenommen (vgl. *Petzold* 2019, S. 18).

Die PTBS ist eine mögliche Folgereaktion, auf ein traumatisches Ereignis, welches die Betroffenen an sich selbst oder aber auch an fremden Personen erleben können. Häufig kommt es zum Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses (vgl. *Flatten et al.* 2011, S.203).

Die PTBS ist geprägt durch:

- aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen) oder Erinnerungslücken (Bilder, Alpträume, Flashbacks, partielle Amnesie)
- Übererregungszustände/Hyperarousal (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, erhöhte Wachsamkeit etc.)
- Vermeidungsverhalten/Numbing (Vermeidung traumabedingter Stressoren, emotionale Taubheit, Rückzug, Interessenverlust, Teilnahmslosigkeit)
- Verlust der Fähigkeit zur Selbstregulation
- im Kindesalter kann es zu einer veränderten Symptomatik kommen (Bspw. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Ereignisses, Verhaltensauffälligkeiten, aggressive Verhaltensmuster)

Das Auftreten der Symptome zeigt sich meist innerhalb von 6 Monaten nach dem traumatischen Ereignis. Auch ein Auftreten mit Verzögerung (z.T. mehrjährig) nach dem traumatischen Geschehen ist möglich (verzögerte PTBS) (vgl. *Flatten et al. 2011, S.203*).

Von einer PTBS wird gesprochen, wenn die Symptome über mehrere Monate anhalten. Ab 3 Monaten wird von einer chronischen Belastung gesprochen. Langjährig vorhandene Symptomatiken gehen zumeist auf frühe und/oder mehrfache Traumatisierungen zurück und können eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach sich ziehen, welche das gesamte Spektrum sozialer, psychosomatischer und psychiatrischer Störungen umfassen kann (vgl. *Schulze, Loch, Gahleitner 2017, S. 25*). Die PTBS ist durch eine psychische Fragmentierung charakterisiert. Die Fragmentierung dient der Auflösung der Verbindung von Erleben, Erinnern, Wissen und Fühlen in der traumatischen Situation und ist eine ursprüngliche Überlebensstrategie. Diese Überlebensstrategie besteht jedoch weiterhin fort, obwohl sie zwischenzeitlich ihre Funktion verloren hat. Betroffene können, aufgrund der Affektgeladenheit der Erinnerungen, hirnpfysiologische Schwierigkeiten haben, die fragmentierten Erinnerungen und Bilder mit Sprache zu verbinden. Erst die Versprachlichung führt jedoch zu einer kognitiven Zuordnung (vgl. *Schulze, Loch, Gahleitner 2017, S. 26*).

3.2 Komorbide Störungen

Der Begriff der Komorbidität muss bei Traumafolgestörungen aufmerksam betrachtet werden. Komorbidität bedeutet das Vorkommen von zwei oder mehr unterscheidbaren Erkrankungen eines Menschen. Diese Störungsbilder sind ein anderer Ausdruck einer komplexen Traumafolgepathologie und bedürfen gleichermaßen der Beachtung, da sie auch bei der PTBS regelhaft vorzufinden sind (vgl. *Reddemann, Wölter 2017, S. 12*). Epidemiologische Studien konnten nachweisen, dass das Erleben von traumatisierenden Situationen ein massiv hohes Risiko für die Entwicklung einer komorbiden Störung/Erkrankung mit sich bringt (vgl. *Grabe, Mahler 2012, S. 12*). In der „National Comorbidity Survey“ (Kessler et al., 1995) wurde bei 88 % der Männer und bei 79 % der Frauen mit einer PTBS komorbide Störungen verschiedener Ausprägungen gefunden, bspw. depressive Störungen, Substanzmissbrauch und Sub-

stanzabhängigkeit, Angsterkrankungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Zwangssymptome (vgl. *ebd.* 2017, S. 12).

In einer Studie von Ruth Nathan 2003 (vgl. *Fischer, Riedesser* 2009, S. 127) wurden PatientInnen einer psychosomatischen Station auf den Entwicklungsverlauf von Traumata untersucht und typische Verlaufsmuster entdeckt. In die Stichprobe der Studie (N=52) wurden die Patienten aufgenommen, die relativ hohe Ansammlung an Faktoren durch psychotraumatische Belastungen aufwiesen (vgl. *Fischer, Riedesser* 2009, S. 127). Das Ergebnis der Studie ergab folgende Verlaufsformen:

Der **Sucht-Verlaufstyp** versucht mit Hilfe von Suchtmittelmissbrauch traumatische Angst und intrusive Erinnerungen zu unterdrücken. Dies stellt zum einen eine Form der Selbstmedikation dar und zum anderen stellt der Konsum eine kurzfristige Möglichkeit der Gefühlsregulation und als ein Mittel, um mit der Umgebung Kontakt aufnehmen zu können, ohne eine bedrohliche Nähe entstehen zu lassen. Der Konsum kann folglich als Wiederherstellungsversuch der Wahrnehmungs- und/oder Handlungskontrolle verstanden werden (vgl. *Fischer, Riedesser* 2009, S. 127).

Der **PTBS-Angst-Typ**, mit traumabedingten Ängsten war in der Minderheit, da die Angststörung i.d.R., unter einer eigenen Diagnose häufig bereits früher behandelt wird, jedoch meist ohne PTBS Hintergrund (vgl. *ebd.* 2009, S. 127f.)

Der **PTBS-Vermeidungstyp** versucht Angstzustände durch unterschiedliches Vermeidungsverhalten zu verhindern. Das Vermeidungsverhalten führt oftmals zu somatisierter Angst. Die Verbindung zwischen diesen somatischen Symptomen und dem Trauma kann nicht hergestellt werden, da Erinnerungen an Intrusionen unkenntlich geworden sind (vgl. *ebd.* 2009, S. 127f.)

Der **Dissoziations-Verlaufstyp** ist durch Traumaverarbeitung mit Hilfe unterschiedlicher Formen der Dissoziation gekennzeichnet. Amnesie (Gedächtnisverlust), Derealisation und Depersonalisation sowie rasche Wechsel (switchen) in unterschiedliche Erlebniszustände sind die Hauptsymptome. Dissoziation dient der Wiederherstellung von Wahrnehmungs- und Handlungskontrolle (vgl. *ebd.* 2009, S. 128).

Der **leistungskompensatorische Verlaufstyp** versucht sich mit Hilfe von übermäßigem Arbeiten oft über Jahre, vor intrusiven Erinnerungen zu schützen. Die Folge sind häufig somatoforme Störungen in Form von psychogenen Schmerzzuständen und depressiven Verstimmungen (vgl. *ebd.* 2009, S. 128f.).

Der **dissoziationsarme Typ** mit neurotischer Konfliktverarbeitung ist durch ein Fehlen von Dissoziation bei der Verarbeitung von Trauma gekennzeichnet. Neurotische Konfliktverarbeitungsmuster, die bereits in der Kindheit entstehen, reproduzieren sich insbesondere in belastenden Beziehungen (vgl. *ebd.* 2009, S. 129).

Häufig kommt es zu einer Problematik in diversen Lebensbereichen, die sich neben Alpträume, Phobien, Konzentrationsstörungen, auch durch psychosomatische sowie Zwangsstörungen äußern kann. Die in der traumatischen Situation erlebte Ohnmacht wird begleitet von einer Angst-Aggression, die in der Situation selbst abgespalten werden muss. Die Fähigkeit zur Regulation der Gefühle geht verloren. In der Folge fühlen sich Betroffene zumeist schutzlos ausgeliefert. Insbesondere im Kindes- und Jugendalter können (Auto-)Aggressionen, Affektkontrollstörungen und dissoziales Verhalten die Folge sein (vgl. *Schulze, Loch, Gahleitner* 2017, S. 31). Jungen und Männer spalten unkontrollierbare Ängste oftmals ab, was zu Risikoverhalten in gefährlichen Situationen und pyromanischem Verhalten führen kann. Mädchen und Frauen entwickeln hingegen häufig eine (Auto-)Aggression. Dieses Verhalten äußert sich in Selbstverletzung, suizidalen Handlungen oder auch extremer Leistungsbereitschaft als Ausdruck des Bedürfnisses sich selbst zu bestrafen. Selbstverletzung kann aber ebenfalls, in dissoziativen Zuständen, eine Möglichkeit darstellen, über den Schmerz Kontakt zu sich selbst und anderen herzustellen (vgl. *ebd.* 2017, S. 31). Folgeerscheinungen des Traumas können als Versuch verstanden werden, das Geschehen zu verarbeiten bzw. das Überleben zu sichern.

4. Risikofaktoren und protektive Faktoren

Wie bereits in Kapitel 3 aufgeführt, entwickelt nicht jeder Betroffene eine Traumafolgestörung infolge eines belastenden Ereignisses. Zum Verständnis der Entwicklung einer Folgestörung ist es von besonderer Relevanz, Risiko- und Schutzfaktoren zu betrachten, die Einfluss auf die Traumatisierung bzw. auf ihre Bewältigung haben. Bedeutender als lediglich die ungünstigen Bedingungen, im Sinne eines Defizitmodells zu fokussieren, ist es Ressourcen, insbesondere das Vorhandensein protektiver Faktoren, im Sinne des salutogenetischen Ansatzes zu betrachten (vgl. *Egle* 2012, S. 148). An dieser Stelle ist das Wechselspiel zwischen Risikofaktoren, Vulnerabilität, Ressourcen und Resilienzen von hoher Bedeutung, worauf im folgenden Kapitel näher eingegangen wird.

4.1 Risikofaktoren

Faktoren, die als Indikator für die Entwicklung von physischen, psychischen oder/und psychosomatischen Störungen gelten, werden als Risikofaktoren bezeichnet. Das Auftreten mehrerer Faktoren erhöht das Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung. Lebensgeschichtliche und psychosoziale Umstände sind in diesem Kontext von hoher Bedeutsamkeit, da sie situationsverschlimmernd wirken (vgl. *Scherwarth, Friedrichs* 2016, S. 54). An dieser Stelle wird zwischen Risikofaktoren und traumatischen Faktoren unterschieden.

Empirisch gesicherte Risikofaktoren für die Entwicklung einer Stressvulnerabilität und einer Vulnerabilität für eine Traumafolgestörung sind nach *Egle et al.* 2002:

- Niedriger sozioökonomischer Status der Herkunftsfamilie
 - Arbeitslosigkeit der Eltern
 - Mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr
 - Schlechte Schulbildung der Eltern
 - Große Familien und sehr wenig Wohnraum
 - Kontakte mit Einrichtungen der „sozialen Kontrolle“ (bspw. Jugendamt)
 - Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils
 - Chronische Disharmonie/Beziehungspathologie in der Familie
 - Unsicheres Bindungsverhalten nach 12./18. Lebensmonat
 - Psychische Störungen der Mutter oder des Vaters
 - Schwere körperliche Erkrankungen der Mutter/des Vaters
 - Alleinerziehende Mutter
 - Autoritäres väterliches Verhalten
 - Verlust der Mutter
 - Häufig wechselnde frühe Bezugspersonen (Bspw. Unterbringung in Einrichtung der stationären Jugendhilfe)
 - Sexueller und/oder aggressiver Missbrauch
 - Schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen
 - Altersabstand zum nächsten Geschwister ist kleiner als 18 Monate
 - Jungen sind vulnerabler als Mädchen
- (vgl. *Egle* 2012, S. 148).

Vulnerabilitätsfaktoren, wie biologische und psychologische Dispositionen, in Kombination mit den o.g. Risikofaktoren, können bei der Entstehung einer Traumafolge-

störung als Katalysator wirken. In Prä- und perinatalen Situationen, können Faktoren auf ein ungeborenes Kind einwirken, wie bspw. Extremstresserfahrungen, Unfälle der schwangeren Mutter sowie Geburtstraumata, die die Regulationsmöglichkeiten des Kindes überschreiten können. Es besteht eine hohe Vulnerabilität gegenüber traumatischen Ereignissen in der frühen Kindheit, da aufgrund fehlender Lebenserfahrung, eingeschränkter Handlungskompetenzen und Verarbeitungsmöglichkeiten der traumatischen Situation wenig entgegengesetzt werden kann (vgl. *Scherwarth, Friedrichs* 2016, S. 55). Weitere Vulnerabilitätsfaktoren sind Chronische Erkrankungen (z. B. Asthma), unsicheres Bindungsverhalten, geringe kognitive Fertigkeiten sowie geringe Fähigkeiten zur Selbstregulation von Anspannung und Entspannung (vgl. *Scherwarth, Friedrichs* 2016, S. 55ff.).

4.2 Protektive Faktoren und Resilienz

Protektive Faktoren sind externale Einflüsse, wie soziale Unterstützung und internale Faktoren, wie kognitive sowie emotionale Kompetenz, die den Entwicklungsverlauf eines Menschen unterstützen. Sie sind Einflussgrößen, die einem Menschen ermöglichen, belastende Situationen und Traumata unbeschadeter zu verarbeiten (vgl. *Petzold* 2012, S. 226).

„Protektive Faktoren sind einerseits ... Persönlichkeitsmerkmale und verinnerlichte positive Erfahrungen, andererseits ... Einflussgrößen des sozioökologischen Mikrokontextes ... , Mesokontextes ... und Makrokontextes ... , die im Prozess ihrer Interaktionen miteinander und mit vorhandenen Risikofaktoren Entwicklungsrisiken für das Individuum und sein soziales Netzwerk weitgehend vermindern. ... Sie fördern und verstärken aber auch als salutogene Einflussgrößen die Selbstwert- und Kompetenzgefühle und –kognitionen sowie die Ressourcenlage und ‚supportive Valenz‘ sozioökologischer Kontexte ... , so dass persönliche Gesundheit, Wohlbefinden und Entwicklungschancen über ein blosses Überleben hinaus gewährleistet werden“ (Müller, Petzold 2002, 76-77)

Empirisch gesicherte Schutzfaktoren sind nach *Egle et al.* 2002:

- Dauerhafte, gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson
- Großfamilie/kompensatorische Elternbeziehungen
- Entlastung der Mutter (insbesondere, wenn alleinerziehend)
- Gutes Ersatzmilieu nach frühem Mutterverlust
- Überdurchschnittliche Intelligenz
- Robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament
- Sicheres Bindungsverhalten
- Soziale Förderung (z.B. Jugendgruppen, Vereine, Schule, Kirche)
- Verlässlich unterstützende Bezugsperson/en im Erwachsenenalter

- Lebenszeitlich späteres Eingehen „schwer auflösbarer Bindungen“
- Geringere Risikogesamtbelastung
- Mädchen weniger vulnerabel als Jungen (vgl. *Egle* 2012, S. 149).

Das Vorhandensein zahlreicher Schutzfaktoren kann das Einwirken von Risikofaktoren auffangen. Zumindest eine unterstützende und zugleich fürsorgliche Bezugsperson kann schwere Belastungen durch andere belastende Bezugspersonen ausgleichen. Unterstützende und hilfreiche soziale Beziehungen in der Lebensgeschichte tragen dazu bei, dass belastende Erfahrungen die Ausprägung der Störung nicht entstehen lassen (vgl. *Fischer, Riedesser* 2009, S. 160f.).

Neben protektiven Faktoren trägt die Resilienz maßgeblich zu der Verarbeitung traumatischer Belastungen bei. Unter Resilienz wird eine Fähigkeit verstanden, die den Menschen schwere Krankheiten, den Verlust nahestehender Personen oder andere traumatische Belastungen weitergehend ohne Beeinträchtigungen überstehen lässt. Gemeint ist an dieser Stelle die psychische Widerstandsfähigkeit. Resiliente Menschen haben eine innere Überzeugung, das Leben selbst zu bestimmen. Sie entwickeln realistische Ziele, ergreifen Möglichkeiten, nutzen soziale Kontakte und können somit die Opferrolle verlassen. (vgl. *Beckrath-Wilking et. al* 2013, S. 156 f.).

Das Resilienzkonzept sollte jedoch mit Achtsamkeit betrachtet und differenziell gesehen werden. Erfahrungen, Lebenserfahrungen mit schwierigen Situationen können einerseits zu einer Stärkung von Überlebensstrategien führen, zum anderen kann es auch sein, dass Menschen auf Dauer dekompensieren, wenn die Belastungen zu groß werden und es nicht mehr möglich ist, sie auszugleichen (vgl. *Petzold* 2019, S. 27).

5. Möglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit

Die Arbeit mit traumatisierten Menschen tangiert die Soziale Arbeit in den vielfältigen Handlungsfeldern und dort in unterschiedlichen Settings. Die Hilfeanlässe der Betroffenen sind meist zunächst soziale Nöte und Bedarfe, welche im Zusammenhang mit biografischen Verletzungen und Mangelenerfahrungen entstanden sind und gehen oftmals mit Verhaltensauffälligkeiten einher (vgl. *Scherwarth, Friedrich* 2016, S. 64). Fachkräfte neigen in diesem Zusammenhang oftmals dazu, diese Verhaltensauffälligkeiten in den Fokus zu nehmen, anstatt das dahinterstehende Leid. Traumatisierungen führen zu einer hohen persönlichen Belastung, die Auswirkung auf Beziehungen, Alltagsbewältigung sowie Arbeitssituation haben kann.

Auch auf Grund ethischer Argumente sucht das Integrative Verfahren nach neuen Wegen mit Traumatisierung umzugehen jenseits der Traumakonfrontation.

Diese Wege beinhalten:

1. grundsätzlich ressourcenorientiertes und lösungszentriertes Arbeiten,
2. Interventionen, die das „soziale Netzwerk“ reorganisieren und stärken,
3. Copingfähigkeiten aufbauen und stärken,
4. Entspannungsfähigkeit und psychophysiologische Selbstregulation aufbauen durch Entspannungs-, Atem- und Sport-/Lauftherapie,
5. symptomvermindernd arbeiten (z.B. bei Intrusionen durch Arbeit mit Distraktoren, psychophysiologischen Umstimmungstechniken),
6. „Durcharbeiten“ der Traumaereignisse und ihrer Kontexte auf einer generellen Ebene, falls gewünscht und indiziert, auch auf einer spezifischen,
7. Arbeit an der Konsolidierung des Wertesystems, Förderung von Überwindungsprozessen und engagierter Haltung,
8. Selbstbehauptungstraining und Förderung „persönlicher Souveränität“,
9. entl. unterstützende Medikation,
10. sozialtherapeutische und sozialintegrative Maßnahmen (vgl. *Petzold* 2019, S. 31f.).

„In der Traumatherapie, insbesondere in der PTSD-Behandlung ist das Paradigma der „Event-Konfrontation“, des „Aufdeckens“ und „Durcharbeitens“ wegen der Retraumatisierungsrisiken und dem zuweilen anzutreffenden Übergehen des Patientenauftrages und -willens problematisch. Stützung, Beruhigung, Klärung, psychophysiologische Spannungsregulation und Strukturierung der Lebenssituation, Ressourcenaktivierung, Resilienzförderung und lösungs-, zukunfts- und sinnorientierten therapeutischen Maßnahmen ist der Vorzug zu geben, weil sie in der Regel vollauf ausreichen.“ (Petzold 2004, S. 9)

Die Integration des Traumas wird vor allem durch soziale Unterstützung ermöglicht, was in Kapitel 4, bei der Bedeutung protektiver Faktoren, veranschaulicht wurde. Der Auftrag der Sozialen Arbeit besteht darin, Integrationsprozesse zu unterstützen. Dies kann durch Beratung, Traumapädagogik und/oder Psychoedukation erfolgen, was in den folgenden Kapiteln verdeutlicht wird. Des Weiteren wird der Fokus auf die Grenzen der Fachkräfte gelegt sowie auf die Notwendigkeit der Selbstfürsorge.

5.1 Beratung

Beratungsstellen werden von Menschen genutzt, die zunächst wegen aktueller sozialer Probleme und/oder Problemen in Beziehungen Hilfe und Unterstützung suchen. Die Beratung dient dazu, mit Hilfe von Informationen und Vermittlungen Möglich-

keiten für die Bewältigung ihrer Probleme aufzuzeigen. Der Grund der Kontaktaufnahme ist zunächst nicht die traumatische Erfahrung, da in den meisten Fällen noch ein Bewusstsein hierüber fehlt. Vielmehr sind es meist heftige Lebenskrisen oder prekäre Lebenssituationen, in denen mögliche traumatische Vorerfahrungen aktiviert werden können.

„**Prekäre Lebenslagen** sind zeittextendierte Situationen eines Individuums mit seinem *relevanten Konvoi* in seiner sozioökologischen Einbettung und seinen sozioökonomischen Gegebenheiten (Mikroebene), die dieser Mensch und die Menschen seines Netzwerkes als *'bedrängend'* erleben und als *'katastrophal'* bewerten (kognitives *appraisal*, emotionale *valuation*), weil es zu einer Häufung massiver körperlicher, seelischer und sozialer Belastungen durch Ressourcenmangel oder -verlust, Fehlen oder Schwächung *'protektiver Faktoren'* gekommen ist. Die Summationen *'kritischer Lebensereignisse'* und bedrohlicher Risiken lassen die Kontroll-, Coping- und Creatingmöglichkeiten der Betroffenen (des Individuums und seines Kernnetzwerkes) an ihre Grenzen kommen. Eine *Erosion* der persönlichen und gemeinschaftlichen Tragfähigkeit beginnt. Ein progredienter Ressourcenverfall des Kontextes ist feststellbar, so daß eine Beschädigung der persönlichen Identität, eine Destruktion des Netzwerkes mit seiner *'supportiven Valenz'* und eine Verelendung des sozioökologischen Mikrokontextes droht, eine *destruktive Lebenslage* eintritt, sofern es nicht zu einer Entlastung, einer substantiellen *'Verbesserung der Lebenslage'* durch Ressourcenzufuhr kommt und durch infrastrukturelle Maßnahmen der Amelioration, die die Prekarität *dauerhaft* beseitigen und von *Morenos* (1923) Fragen ausgehen: *'Was hat uns ins diese Lage gebracht? Worin besteht diese Lage? Was führt uns aus dieser Lage heraus?'*“ (Petzold 2000h).

Beratung wird in der Integrativen Therapie als polylogische „Methodologie der Konnektivierung und Distribution von Wissen“ in interpersonalen Diskursen gesehen, die auf gesellschaftliche Wissensbestände und auf die damit verbundene soziale Repräsentation zugreifen kann. Beratung ist eine fachliche Dienstleistung. Beratung und Therapie haben, was die Dimension der Beziehung und das Prinzip des „komplexen Lernens“ betrifft, einige grundsätzliche Gemeinsamkeiten aber auch spezifische Unterschiede. Therapie arbeitet auf allen Tiefungsebenen. Beratung hat eine deutlich individuell gestaltete Orientierung und fokussiert sich nicht nur auf Problem- und Konfliktbereiche (vgl. Ebert, Köneke-Ebert 2004, S. 211).

Oftmals kommt es im Beratungssetting zu einem längeren Beratungsverlauf, in welchem die dahinterstehenden Problemlagen bzw. Traumatisierungen offenbart werden können (vgl. Schulze 2017, S. 64). Von daher ist es wichtig, dass Fachkräfte über ein

traumaspezifisches Wissen verfügen, da sich Hilfesuchende zunächst nicht als traumatisiert bezeichnen würden und sich aus diesem Grund nicht an dafür ausgerichtete Angebote wenden (vgl. *ebd.* 2017, S. 64). Das niedrigschwellige und offene Konzept vieler Beratungsstellen bietet die Möglichkeit, dass Betroffene Hemmungen bzw. Schwellenängste überwinden können. Eine mögliche Stigmatisierung bzw. Reduzierung auf eine Diagnose, wie bspw. die PTBS, ist in diesem Kontext nicht erforderlich und hilft Betroffenen, nicht erneut - wie in der traumatischen Situation - in den Opferstatus zu regredieren. Die Krisen der Betroffenen zu unterstützen bedeutet in diesem Zusammenhang, Hilfesuchende aufzufangen, zu begleiten und zu stützen. Es bedarf einer Offenheit gegenüber den Erfahrungen der Hilfesuchenden und zeitgleich der Herstellung eines Schutzraumes, in welchem es nicht zu Überflutung von Erinnerungen und Bildern kommt (vgl. *Schulze* 2017, S. 65f.). Trotz des fehlenden institutionellen Auftrages und der Tatsache, dass Beratung keine Therapie ist, kommt es dennoch zu therapieähnlichen Prozessen. Die Hilfesuchenden kommen durch die Betrachtung ihrer problematischen Situation, in eine innere und/oder äußere Bewegung. Konfrontation mit der traumatischen Situation sollte hier dennoch vermieden werden. Wie in Kapitel 2.2 beschrieben, verfügen Betroffene oftmals nicht über Anerkennung und Unterstützung durch das soziale Umfeld. Das Selbst- und Weltverständnis, welches durch die traumatische Situation im Zusammenhang mit dem Gerechtigkeitsempfinden massiv beeinträchtigt wird, führt zu einer Verurteilung der traumatischen Situation und oftmals auch der eigenen Person (vgl. *Reddemann* 2017, S. 2). Die sozial legitimierte Anerkennung der traumatischen Erfahrung bzw. Annahme der daraus resultierenden Gefühle durch Fachkräfte in Beratungskontexten, ermöglicht Betroffenen eine Verankerung in die Lebenswelt mit der damit einhergehenden gesellschaftlichen Einbindung und Zugehörigkeit (vgl. *Schulze*. 2017, S. 65). In einem Vertrauen auf die Kompetenz der Hilfesuchenden ist es möglich, dass ein ressourcenorientierter Blickwinkel hergestellt wird. Die Möglichkeit der Wiederherstellung des Weltverständnisses kann bedeuten, dass das Ereignis als Unrecht definiert und die Tat angezeigt werden kann. Zu beachten ist jedoch, dass das Strafrecht vorwiegend täterzentriert ist und das „Opfer“ als Individuum, mit seinen traumatischen Belastungen, in den Hintergrund rückt, was wiederum erneut in die schon vorher erlebte Hilflosigkeit und somit auch zu einer Retraumatisierung führen kann (vgl. *Doering-Striening* 2004, S. 303).

In Beratungskontexten sollte immer zwischen Begleitung und Bewältigung unterschieden werden. Sowohl in traumaunspezifischen (bspw. Sucht- und Erziehungsberatungsstellen etc.) als auch in traumaspezifischen Beratungsstellen (bspw. Opfer- und Zeugenberatungsstellen), sollten traumatisierte Menschen in Therapie vermittelt werden, sobald sich komplexe Traumatisierungen und deren Folgen in Form einer Posttraumatischen Belastungsstörung zeigen oder entwickeln. Dies ist darin begründet, dass hier oftmals fachliche und institutionelle Grenzen aufgezeigt sind. An dieser Stelle ist es hilfreich Kooperationspartner zur Verfügung zu haben, die diese Störungsbilder fachgerecht behandeln können (vgl. *Schulze*. 2017, S. 68f.).

Es wird deutlich, wie wichtig niedrigschwellige Angebote sind, damit traumatisierte Menschen einen Zugang zu helfenden Institutionen finden. Dies erfordert jedoch, dass sich Beratungsstellen reflektieren und teilweise neu konzipieren, um auf die Anforderungen sensibel und fachgerecht eingehen zu können. An dieser Stelle ist es von hoher Bedeutung, dass Soziale Arbeit sich seiner Informalität und Lebensweltnähe theoretisch begründeten Professionalität bewusst ist, da dies für eine traumasensible Arbeit notwendig ist (vgl. *Schulze*. 2017, S. 70). Durch diese Informalität kann ein alltagsweltlicher Kontakt zu Hilfesuchenden aufgebaut werden, ohne einen spezifischen problemfokussierten Blickwinkel auf das Trauma zu legen. Vielmehr bedarf es - unabhängig vom Handlungsfeld - eines Wissens um mögliche Traumatisierung, welches als Möglichkeit mitgedacht werden sollte, um einen alltagsnahen Zugang bzw. Bezug zum Verlust der persönlichen sowie lebensweltlichen Sicherheit der Betroffenen herstellen zu können (vgl. *Schulze*. 2017, S. 70f.).

5.2 Traumapädagogik

In Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, wie bspw. der stationären Jugendhilfe, Pflege- & Erziehungsstellen, Ambulante Hilfen, Schule, Behindertenhilfe, Kinder Tagesstätten etc. begegnet die Soziale Arbeit Kindern und Jugendlichen, die unter traumatischen Erlebnissen und/oder Traumafolgestörungen leiden. Im Jahr 2018 kam es zu 61.400 Inobhutnahmen (vgl. *Statistisches Bundesamt* 2018). Bei fremdplatzierten Kindern- bzw. Jugendlichen sind traumatische Erfahrungen häufig vorzufinden. Meist sind es Gründe wie Vernachlässigung, Überforderung der Elternteile, sexueller Missbrauch oder die unbegleitete Einreise aus dem Ausland. Diese Kinder und Jugendlichen fallen durch Verhaltensauffälligkeiten auf, welche die Fachkräfte i.d.R. überfordern (vgl. *Bausum et. al.* 2013, S. 7). Traumapädagogik hat sich in den 1990er

Jahren in stationären und teilstationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe entwickelt, wobei sie mittlerweile bereits in vielfältigen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit zur Anwendung kommt. Ausgehend von der stationären Jugendhilfe wurde die Traumapädagogik auch für andere Arbeitsfelder weiterentwickelt und erschlossen. Psychotraumatisches Wissen gewinnt auch in Einrichtungen der Primärerziehung, der Bildung etc. zunehmend an Bedeutung (vgl. *ebd.* 2013, S. 7f.). Traumapädagogik ist eine Möglichkeit Kinder und Jugendliche zu erreichen, die in pädagogischen Arbeitskontexten nur unzureichend oder nicht erreicht werden konnten.

Traumapädagogik ist als Traumabearbeitung vor allem ein Prozess der Selbstbemächtigung, den die Kinder- und Jugendlichen in den sozial bedeutsamen Bezügen ausführen.

Dies beinhaltet

- die Veränderungen von dysfunktionalen Einstellungen und Überzeugungen,
- die Möglichkeit, das Geschehene in die eigene Lebensgeschichte einzuordnen,
- die Chance, im Leben, im „Heute“ einen Sinn zu finden,
- die Entwicklung von Körperwahrnehmung und Körperfürsorge,
- die Selbstregulation von traumatischen Erinnerungen und von traumatischem Stress,
- die Entwicklung von Vertrauen in Beziehungen,
- die Entwicklung einer respektvollen Haltung gegenüber eigenen Wunden, Schwierigkeiten und Beeinträchtigungen
- die Wahrnehmung von Chancen für soziale Teilhabe (vgl. Weiß 2016, S. 20f.).

Traumapädagogik ist Bestandteil der Pädagogik sowie der Sozialen Arbeit, da die Fachkräfte mit Abstand den größten Anteil der Traumaversorgung leisten. Es gibt zahlreiche Möglichkeiten belastende traumatische Lebensereignisse durch eine positive Bewältigung zu unterstützen (vgl. *Gahleitner et. al.* 2014, S. 10).

Die theoretische und praktische Arbeit, im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, muss grundsätzlich auf einer wertschätzenden und respektvollen Grundhaltung beruhen. Die Traumapädagogik sieht das Verhalten traumatisierter Kinder und Jugendlicher durch die Vergangenheit geprägt, wobei diese Verhaltens-

weisen zumeist neurologisch und psychotraumatologisch erklärbar sind (vgl. *Weiß* 2016, S. 95 f.).

In allen Konzepten findet sich eine gemeinsame Haltung:

- Die Annahme des guten Grundes: *„Alles, was ein Mensch zeigt, macht Sinn in seiner Geschichte“*. Gemeint ist die Würdigung und Wertschätzung dieser notwendig gewordenen Verhaltensweisen, die den Kindern und Jugendlichen ermöglicht, ihr belastendes Verhalten zu reflektieren und alternative Verhaltensweisen zu etablieren (vgl. *BAG Traumapädagogik* 2011, S. 5).
- Wertschätzung: *„Es ist gut so, wie du bist“*. Durch das Erleben von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Willkür wird bei Kindern und Jugendlichen ein Bewusstsein entwickelt, dass sie keinen Sinn und keinen Wert in sich und ihrem Handeln sehen können. Übertragung von Gefühlen, Gedanken und Beziehungsinhalte der traumatisierenden Situationen auf die aktuelle Situation sind häufig vorzufinden. Von daher müssen sie die Möglichkeit haben, sich und das, was sie tun, mehr als wertvoll zu erleben, mit dem Ziel ihr Selbstwertgefühl und ihr Selbstbewusstsein wachsen zu lassen. Hinzu kommt die Notwendigkeit, das traumatische Geschehen in die eigene Lebensgeschichte einzuordnen und traumatische Erinnerungsebenen selbst regulieren zu können (vgl. *BAG Traumapädagogik* 2011, S. 5f.).
- Partizipation: *„Ich traue dir was zu und überfordere dich nicht“*. In ihrem Lebensumfeld, welches von Gewalt, Vernachlässigung und/oder Missbrauch geprägt war, haben traumatisierte Kinder und Jugendliche eine extreme, existentielle Form des Kontrollverlustes erfahren. Von daher leben sie in der Annahme, keinen Einfluss auf sich oder ihr Umfeld zu haben. Ihre Selbstwirksamkeitserwartung ist massiv beeinträchtigt. Von daher ist es unabdingbar Strukturen und Ansätze zu schaffen, die dem Entwicklungsstand entsprechend, die höchstmögliche Teilhabe zu gewährleisten (vgl. *ebd.* 2011, S. 6).
- Transparenz: *„Jeder hat jederzeit ein Recht auf Klarheit“*. Kinder und Jugendliche mit traumatischen Erfahrungen, haben meist Macht und Hierarchie als etwas Missbräuchliches erlebt und der Umgang damit wurde als willkürlich erfahren. Von daher ist es von hoher Relevanz, dass sie einen transparenten verantwortungsvollen Umgang mit Hierarchien, Strukturen und Macht-

verhältnissen als „sicheren Ort“ erleben und erlernen (vgl. *BAG Traumapädagogik* 2011, S. 6f.).

- Spaß und Freude: „*Viel Freude trägt viel Belastung*“ Die extremen Gefühlen der Angst, Ohnmacht, Scham, Trauer, Wut und Ekel gehen mit einer traumatisch erlebten Situation einher. Von daher besteht ein erhebliches Ungleichgewicht in der Waage der Emotionen. Aus diesem Grund muss die positive Seite belebt und einen besonderen Schwerpunkt gegeben werden, damit die Belastung und Widerstandsfähigkeit ins Gleichgewicht gebracht werden kann. Hinzu kommt, dass Spaß und Lachen die Serotoninausschüttung erhöht und somit ein Gegengewicht zu der erhöhten Adrenalinausschüttung, welche bedingt ist durch ein erhöhtes Stresslevel hervorgerufen durch das traumatische Ereignis, ermöglicht (vgl. *ebd.* 2011, S. 7).

Positive Beziehungserfahrungen sind der wesentlichste Beitrag für eine gelingende Traumabearbeitung. Alle Konzepte verweisen auf die Bedeutung von Bindung. In den Konzeptionen werden diverse Schwerpunkte gesetzt, die jedoch ineinanderfließen und sich ergänzen. Eine Balance zwischen distanzierter professioneller Reflexion und persönlichem Engagement ist hier zentral. Menschen mit kumulativen traumatischen Erfahrungen verfügen meist nicht über soziale Ressourcen, wie in Kapitel 2.2 beschrieben. Insbesondere wenn das traumatische Geschehen von der Herkunftsfamilie ausgeübt wurde, sind Kinder und Jugendliche hiermit allein gelassen (vgl. *Loch* 2017, S. 152). Hier ist die Aufgabe der Sozialen Arbeit Beziehungen anzubieten, auch wenn die Menschen erst Jahre später Zugang zum Hilfesystem finden. Diese Beziehungsangebote ermöglichen, die Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf das Leben positiv zu beeinflussen. Traumatisierte Kinder und Jugendliche nutzen Beziehungsvielfalt. Bestmöglich leben sie in einem Raum stabiler, sozialer Beziehungen, in einer gesunden Gemeinschaft. Fachkräfte werden hierbei zum zentralen Werkzeug mit ihren individuellen Persönlichkeiten und den personalen Kompetenzen. Es bedarf hier der emotionalen Verfügbarkeit, der Herzlichkeit, der Selbst- und Stressregulation und der Selbstreflexion (vgl. *Scherwarth, Friedrich* 2016, S. 99).

Von hoher Bedeutung ist an dieser Stelle auch, den körperlich orientierten Ansatz hinzuzufügen, der die Missregulationen, die dem Körper anhaften, aufzulösen bzw. zu regulieren. Der Integrative Ansatz zeigt den Weg leibtherapeutischer

Spannungsregulation, durch Integrative Bewegungstherapie und Psychomotorik sowie poesie- und kreativtherapeutischer Methoden. Im narrativen Klima sicherer Gruppen und wohltuenden Naturkontexten, in heilsamer “embeddeness” in einen Sicheren Ort als protektiven Erfahrungsraum, sind neue, benigne und heilsame “body narratives” möglich und können hier verankert werden. Dies ermöglicht neue und alternative Verkörperlichung in sicherer Einbettung in das Selbst, welches zu einer ermächtigten Befähigung des Handelns im Leben führt und somit zu neuen Zukunftshorizonten. Diese Erweiterung des Selbstes ermöglicht ein proaktives, zukunftsgeichtetes Handeln für sich selbst in Richtung gelingender persönlicher Lebenskunst und somit für die Welt, die Natur, die Lebewesen, Tiere und Menschen (vgl. *Petzold* 2019i).

Die Kombination aus fachlichem Wissen über Traumata, der Persönlichkeit und pädagogischen Methoden wirkt sowohl stabilisierend auf die Kinder als auch stabilisierend auf die Berufsidentität der Helferperson. Fachkräfte erleben Traumapädagogik oftmals als Bestätigung für ihre Arbeit, die sie bereits leisten und in den Methoden der Sozialen Arbeit verankert ist, wie bspw. im Verständnis über Partizipation (vgl. *Weiß* 2013, S. 27f.).

5.3 Psychoedukation

Psychoedukation hat zum Ziel, Betroffene und ihre Angehörigen bei der Verbesserung der Selbstmanagementkompetenzen zu unterstützen. Der Begriff wurde zunächst in den USA für Behandlungsansätze chronisch psychisch kranker Menschen verwendet. In dieser Behandlung sollten zwei wesentliche Aspekte erreicht werden: die Verbesserung der Behandlungsbereitschaft für eine medikamentöse Therapie, sowie die insgesamt Verbesserung der Erkrankung (vgl. *Beckrath-Wilking et. al.* 2013, S. 159). Nachdem Psychoedukation zunächst ausschließlich der Informationsvermittlung diente, zeigte sich im Verlauf, dass ein gemeinsamer Austausch mit den Betroffenen über das Erleben der Erkrankung sowie der gemeinsamen Erarbeitung möglicher Bewältigungsstrategien die Effizienz erhöhte. Nachgewiesene Effekte der Psychoedukation sind bspw. Wissenserweiterung, Verbesserung der Behandlungsbereitschaft, mehr Lebensqualität sowie die Verbesserung der Beratungs- und/oder Behandlungszufriedenheit (vgl. *ebd.* 2013, S. 159). In der Beratung und Behandlung traumatisierter Menschen hat die Psychoedukation vor allem das Ziel zum Verstehen

und Verändern der Krankheitsgeschichte beizutragen, Ängste abzubauen, ein positives Selbstbild zu fördern, sowie die Autonomie der Hilfesuchenden zu stärken. Symptome werden oftmals als beängstigend oder beschämend erlebt und die Betroffenen befürchten verrückt zu werden. Die Veränderungen in der Wahrnehmung sowie im Erleben, Verlust von Gefühlen, Nervosität und Gereiztheit und eine Häufung aggressiver Verhaltensweisen können oftmals von den Betroffenen nicht als Folge eines Traumas eingeordnet werden (vgl. *Beckrath-Wilking et. al.* 2013, S. 160). Häufig werden hier Scham und Schuldgefühle („ich bin nichts wert“) sowie der Verlust der Selbstwirksamkeit („ich bin ausgeliefert“) erlebt. Die Psychoedukation soll hier einen Beitrag leisten die Ohnmacht und Angst vor der Erkrankung zu mildern, die Symptomatik in einen verstehbaren Zusammenhang einzuordnen und somit zur Entlastung beizutragen (vgl. *ebd.* 2013, S. 160). Psychoedukation bewirkt eine „Entpathologisierung“. Inhalte der Psychoedukation sollten daher sein:

1. Erläuterung der PTBS und deren Symptome;
2. Entpathologisierung der Symptomatik;
3. Generelle Informationen zum spezifischen Trauma

(vgl. *Landolt* 2009, S. 619).

Psychoedukation ist in diesem Kontext ausgerichtet auf Selbstakzeptanz, Distanz herstellen und der Selbstbemächtigung. Sie fokussiert sich altersentsprechend auf die Aufklärung von Trauma und Folgen und unterstützt Prozesse kognitiver Umdeutung und Sinnverstehen. Hierbei sind von hoher Bedeutung, die Effekte des Traumas verstehbar zu machen. Die Vermittlung traumaspezifischen (Fach)Wissens steht hier zunächst im Vordergrund. Dieser rationale Zugang, über Entstehung und Verlauf, führt oftmals zu einer großen Entlastung bei den Betroffenen, da ein Bewusstsein entsteht, dass die Symptome und das aus dem Trauma resultierende Verhalten medizinisch erklärbar sind (vgl. *Scherwarth, Friedrich* 2016, S. 127). Es bedarf der Herstellung und Vermittlung einer Nachvollziehbarkeit, dass die posttraumatische Belastungsstörung eine normale Reaktion auf eine unnormale Situation darstellt. Ein weiteres Ziel ist, dass die Betroffenen die automatischen Abläufe im Körper als Symptomatik verstehen und dies somit als Selbsthilfeversuch des Körpers anzuerkennen. Dabei wird der Hilfesuchende in Folge des vermittelten Wissens, zum Experten seiner Erkrankung (vgl. *Beckrath-Wilking et. al.* 2013, S. 160). Im Einzelsetting kann sehr hilfreich sein, dass die Fachkraft über das Erleben und die damit einhergehenden Bewertungen anderer Betroffener berichtet. Zugleich sollte die gemeinsame Erarbei-

tung von Bewältigungsstrategien, wie der Erarbeitung von Skills, maßgeblich in den Fokus genommen werden, damit Hilfesuchende handlungsfähig sind und selbstbestimmt mit der Symptomatik umgehen können. Die Möglichkeiten der Affektmodifikation des Betroffenen mit der Wissensvermittlung über möglich „Trigger“ stehen an dieser Stelle im Vordergrund. An dieser Stelle sollte vermittelt werden, dass zuerst der Körper reagiert, da als erstes das Stammhirn, traumaassoziierte Aktivitäten anregt, wie bspw. zittern, Gänsehaut, verstärkter Herzschlag, eingeengte Atmung etc.. Erst danach entsteht die Emotion, hervorgerufen durch das limbische System und der damit wahrgenommen Angst, Wut und Trauer. Erst danach kommt es zu einem Handlungsimpuls vor welchem der Betroffene oftmals die größte Angst hat (Kampf, Flucht, Erstarrung, Dissoziation). (vgl. *Korritko* 2016, S. 188). Wenn es gelingt, den Betroffenen die ersten körperlichen Reaktionen bewusst zu machen, bestehen möglicherweise andere Handlungsoptionen, die bewusst gesteuert werden können. Sogenannte Dissoziationsstopps können dann vermittelt werden.

An dieser Stelle sollte ein Bewusstsein vorhanden sein, dass Psychoedukation keine Traumatherapie darstellt und daher daraus keine Aufarbeitung der erlittenen Traumatisierungen resultieren kann (vgl. *Beckrath-Wilking et. al.* 2013, S. 160).

5.4 Trauma und Familie

Trauma hat einen infektiösen Charakter innerhalb von familiären Beziehungen und auch über Generationen hinweg in Form von transgenerationaler Weitergabe. Bei Traumatisierung ist nicht nur der einzelne Mensch betroffen, sondern auch die engsten Familienmitglieder. Traumatisierte Menschen leiden nach akuten traumatischen Ereignissen massiv, wodurch auch die Angehörigen und Freunde einem erhöhten Stress und Hilflosigkeit ausgesetzt sind. Das Einbeziehen der wichtigsten Bezugspersonen ist somit essenziell, falls sie nicht die Ursache der Traumatisierung sind. Das familiäre System kann ebenso Störungen entwickeln, die der Posttraumatischen Belastungsstörung des Betroffenen entsprechen (vgl. *Korritko* o.J., S. 1). Familienmitgliedern hilft es, Formen von Dissoziationsstopps zu erlernen, damit Streitmuster, infolge von Überforderungen in der Familie, unterbrochen werden können. Diese Streitigkeiten können insbesondere durch das ungewollte Wiedererleben von traumatischen Situationen des Betroffenen und der damit einhergehenden Überforderung der Angehörigen entstehen. Dies entsteht oftmals dadurch, dass der Betroffene in

dieser Situation Schwierigkeiten hat, mit anderen in der Gegenwart zu kommunizieren. Des Weiteren kann emotionale Taubheit und/oder Vermeidungsverhalten Gefühle zu spüren und sie angemessen zum Ausdruck zu bringen, die Familie beeinflussen. (vgl. *Korritko* 2016, S. 189). Hinzu kommt, dass eine mögliche Übererregung des Körpers die Fähigkeit des traumatisierten Menschen beeinflussen kann, zu anderen Sicherheit und Vertrauen zu entwickeln. Diese erlebte Erregbarkeit kann zu Isolation führen, um andere vor Ausbrüchen zu schützen. Oftmals ist die Folge eine eingeschränkte Intimität zwischen Partnern. Nicht traumatisierte Partner neigen in der Folge oftmals zu einer Überreaktion bezüglich Hausarbeit, Übernahme familiärer Aufgaben und Verantwortung, Kindererziehung und beruflicher Entwicklung. Je mehr diese Aufgaben innerhalb und außerhalb der Familie übernommen werden, umso mehr zieht sich der Traumatisierte zurück und befindet sich in einem Prozess der Entfremdung von der Familie (vgl. *ebd.* 2016, S. 189). Wie in Kapitel 5.3 beschrieben kann die Psychoedukation helfen, dass Familienmitglieder ein Wissen und Verständnis über die Traumadynamik erlangen, um somit besser einordnen zu können was in Flashbacksituationen passiert.

Die Folgen von Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen können bei Eltern zu einer Hilflosigkeit führen, so dass oftmals ein Konfliktvermeidungsverhalten im Umgang mit den Symptomen der Kinder besteht und die Erziehungsverantwortung tendenziell umgangen oder an andere delegiert wird. Eltern reagieren oftmals mit Hemmungen, Blockaden im Bereich der Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, emotionalen Verfügbarkeit und intuitiven Verhaltensbereitschaft. (vgl. *Reishagen* 2016, S. 198).

Von daher ist es in der Arbeit mit traumatisierten Systemen wichtig, eine hohe Achtsamkeit zu haben. Die Arbeit der Fachkräfte muss in der Zusammenarbeit mit Institutionen und gegenüber der Familie absolut transparent gestaltet werden (vgl. *Reishagen* 2016, S. 193).

Weiß (2014) empfiehlt in der Arbeit mit Familien fünf Phasen:

- Vermittlung von psychotraumatologischem Grundwissen
- traumabezogene Zielklärung im gemeinsamen Prozess
- Selbstbemächtigung und Systemstabilisierung
- Begleitung der Traumabegegnung, die in der Therapie stattfindet
- Integration und Perspektivenentwicklung (vgl. *Weiß* 2014, S. 147 ff.)

Hier sollte, wie in der allgemeinen Psychoedukation, ein Wissen über Trauma und dessen Folgen auch neurobiologisch vermittelt werden. Hinzu kommt die Vermittlung von traumareaktiven Mustern in der Familie, welche die plötzlich auftretende elterliche Hilflosigkeit sein kann und/oder Situationen, in denen vermieden wird mit Konflikten umzugehen. Erfahrungen von Ohnmacht im gegenseitigen Agieren sowie Flashbacks, Übererregungen, Erstarrung, Isolation und Dissoziation sollten bei der Familienberatung in den Fokus gestellt werden (vgl. *Korritko* 2016, S. 188). Hierbei muss, festgestellt bzw. festgelegt werden, wo die Behandlungsfokusse liegen müssen. Damit verbunden ist, mit der Familie die Bedeutung und den Stellenwert der Traumaerfahrung im konkreten familiären Zusammenhang wahrzunehmen, zu erfassen und zu verstehen, um zu sehen, ob eine mittel- oder längerfristige Therapie, eine Beratung oder auch ein Coaching der Familie bzw. des Netzwerkes indiziert ist (vgl. *Petzold, Josić, Ehrhardt* 2003, S. 11). Orientierungspunkte sind hierbei u.a. Größe und Dichte des Netzwerkes, Erreichbar- und Verfügbarkeit von protektiven Personen, Intensität, Qualität, Häufigkeit, Nähe/Distanz der Beziehungen sowie der Grad und das Ausmaß der Traumatisierung in der Familie oder der Familie als Ganzes. Möglicherweise sind nur einzelne Familienmitglieder in der Traumasituation, jedoch kann dies auch alle Mitglieder betreffen. Auch ist zu klären, ob ein Einzelner oder mehrere Mitglieder ein positiv diagnostiziertes PTSD haben. Des Weiteren muss überprüft werden welche Art ist die PTSD-Symptomatik der Einzelnen vorliegt und wie sie sich auf der Ebene der Familie auswirkt. Dies sind wesentliche diagnostische Fragestellungen (vgl. *Petzold, Josić, Ehrhardt* 2003, S. 11).

Der Einbezug von Personen des sozialen und institutionellen Umfeldes kann von großer Relevanz sein, jedoch immer nur unter der Voraussetzung der Bereitschaft und dem Einverständnis der Familie. Insbesondere Lehrkräfte, Betreuer und Trainer der Kinder und Jugendlichen können flankierend die Arbeit der Fachkräfte unterstützen. Dies setzt jedoch voraus, dass ein Verständnis über mögliche anstrengende Verhaltensmuster und aufkommende Gefühlsspitzen durch die Fachkräfte vermittelt wurde. Traumapädagogische Familienhilfe hat zum Ziel die Integrationschancen der von Trauma betroffenen Familien zu verbessern (vgl. *Reishagen* 2016, S. 199).

5.5 Selbstfürsorge der Fachkräfte als Schutz vor Belastungen

Psychosoziale Arbeit mit traumatisierten Menschen berührt, da sich der Helfende immer wieder mit dem Leid, welches Betroffene durch andere Menschen erfahren haben, auseinandersetzen muss. Fachkräfte begegnen immer wieder den weitreichenden Folgen auf individueller, sozialer und struktureller Ebene der Betroffenen, welche durch diese traumatischen Situationen entstanden sind. Die Begegnungen mit Ereignissen und Folgen traumatisierender Überwältigung von Menschen werfen oftmals existenzielle Fragen über den „Sinn des Menschseins“ auf. Dies kann bewirken, dass eine „Erosion der persönlichen Tragfähigkeit“ (Petzold, Petzold 1996) eintreten kann, die Grenzen der Fachkräfte durchlässig werden, Sinn verloren geht und/oder durch die starke Belastung vermehrt Supervision (professionelle!) notwendig wird. Da es hier für eine sogenannte „sekundäre Traumatisierung“ jedoch zu wenig gesicherte Forschungsergebnisse gibt und auch eine vermehrte Burn-Out-Population unter den BehandlerInnen nicht gesichert und nachweisbar ist, werde ich hier nicht weiter auf diese Thematik eingehen. Burnout entsteht nicht durch die traumatischen Berichte von Betroffenen, es sei denn bei den BehandlerInnen liegt schon eine eigene Traumatisierung oder sonstige Überforderung vor, wie durch dauerhafte Überbelastungen und unzureichende organisationale Bedingungen.

Ein achtsamer, wertschätzender und einfühlsamer Umgang mit sich selbst ist im Kontext der Arbeit mit traumatisierten Menschen ist notwendig, um die Schwere der Themen mittragen und halten zu können. (vgl. *Reishagen* 2016, S. 195). Neben einem fundierten Wissen über Trauma und seiner Zusammenhänge ist die Psychohygiene bzw. Selbstfürsorge, d.h. der Sicherstellung von inneren Ressourcen, von hoher Relevanz, um als Fachkraft selbst körperlich und psychisch gesund zu bleiben. Diese Selbstfürsorge kann folgendes beinhalten:

- Akzeptieren der Relevanz der Selbstfürsorge, d.h. sich selbst erlauben für sich zu sorgen,
- Wahrnehmung von Möglichkeiten der Reflexion, um Belastungsgrenzen zu erkennen,
- Anwendung von Methoden zur Distanzierung und Stabilisierung, sowie Möglichkeiten der Regeneration,
- Achtsamer Umgang mit dem eigenen Körper,

- Auseinandersetzung mit Fragen bspw. was die Arbeit mit der eigenen Persönlichkeit macht, was das Thema mit einem selbst zu tun hat, was der persönliche Sinn in dieser Arbeit ist,
- Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung zu ethischen Fragen, insbesondere im Umgang mit dem Leid der Betroffenen sowie zur Haltung gegenüber struktureller Gewalt usw.,
- Inanspruchnahme von Supervision, um Teamkonflikten, Problemkreisläufen und Fragmentierung entgegenwirken zu können,
- Freude und Spaß
(vgl. *Jegodtka* 2016, S. 139).

Des Weiteren ist die Auseinandersetzung mit der eigenen beruflichen sowie persönlichen Identität als Fachkraft ein zentraler Aspekt in der Prävention und für den Erhalt der eigenen Gesundheit unter den belastenden Bedingungen in diesem Arbeitsfeld (wie etwa auch bei Feuerwehrleuten, Unfallsanitätern etc.). Die Arbeit mit traumatisierten Menschen bedeutet, sie beim Weiterleben in einer noch unsicheren Welt so zu begleiten, dass auch die eigene Souveränität, und Gesundheit keinen Schaden nimmt, keinen „Erosion der persönlichen Tragfähigkeit“ eintritt (Petzold, Petzold 1996) sowie Resilienz und professionelle Kompetenz bzw. Performanz wachsen.

6. Fazit

Das Ziel dieser Arbeit war, ein professionelles Traumaverständnis zu entwickeln, um daran anschließend Aufgaben bzw. Möglichkeiten sowie Grenzen der Sozialen Arbeit mit traumatisierten Menschen aufzuzeigen. Aus dem gewonnenen Verständnis über die Entstehung und Entwicklung von Trauma leiten sich verschiedene Perspektiven auf die unterschiedlichen Handlungsfelder der Sozialen Arbeit ab. Traumatisierte Menschen begegnen der Sozialen Arbeit in den unterschiedlichsten Kontexten. Von daher, wie in den vorangegangenen Kapiteln erwähnt, bedarf es eines traumasensiblen Fachwissens, um Symptome der Betroffenen, die auf physischen, psychischen und sozialen Ebenen erscheinen können, einordnen zu können sowie einen fachlichen Umgang damit zu finden.

Wie in Kapitel 2.2 beschrieben ist die Vulnerabilität einer Traumatisierung abhängig von persönlichen, sozialen und situationsbedingten Faktoren. Dabei zählen vor allem unterstützenden Beziehungen, wie in Kapitel 4.2 beschrieben, zu den wichtigsten

protektiven Faktoren, die zur Bewältigung bzw. zur Verhinderung der traumatischen Folgeerkrankung beitragen können. Von daher bedarf es Räume, in denen ein Bewusstsein bzw. ein Schutzraum den Betroffenen zur Verfügung steht, in denen es möglich ist, diese Menschen bei der Bewältigung ihrer Problemlagen zu unterstützen. Die Möglichkeit der Beratung, der Traumapädagogik, der Psychoedukation sowie der Unterstützung von Familien traumatisierter Menschen kann in Teilbereichen in vielen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit einfließen. Hierbei ist kritisch anzumerken, dass die Traumapädagogik ein Marketingbaustein für Träger und Einrichtungen geworden ist. Einrichtungen, die nicht ausschließlich mit dem „Traumaaspekt“ werben und dennoch auf die Problemlagen der Hilfesuchenden eingehen, fallen oftmals im Ranking zurück oder heraus (vgl. *Strauß* 2016, S. 455).) – das ist leider auch eine „industry“ geworden, wie einst das „debriefing“, dessen Unwirksamkeit und potentielle Schädlichkeit inzwischen nachgewiesen wurde..

Trauma und Gewalt muss als gesamtgesellschaftliches Problem angegangen werden. Dies erfordert selbstreflexive Fachkräfte und Einrichtungen, da ein Helfersystem, welches Fachkräfte und Hilfebedürftige in einen Opferstatus bringt, keinen emanzipatorischen Anspruch hat. Davon ausgehend, dass 80 Prozent der Kinder und Jugendlichen in den „Hilfen zur Erziehung“ traumatische Erfahrungen gemacht haben, ergibt sich letztlich das Recht auf adäquate Fürsorge (vgl. *ebd.* 2016, S. 456). Dabei ist zu berücksichtigen, dass von einem traumasensiblen Anspruch im Allgemeinen für Fachkräfte gesprochen werden muss. Dies gilt nicht nur für die Kinder- und Jugendhilfe, auch in bspw. der Kranken- und Altenbetreuung, in niedrighwelligen Beratungsangeboten, bei der Betreuung von Inhaftierten etc. begegnet die Soziale Arbeit Menschen mit möglicher Traumatisierung.

Das in dieser Arbeit entwickelte Traumaverständnis soll einen Anhaltspunkt bieten, um die Theorien über Traumata sowie unterschiedliche Methoden für die Soziale Arbeit zu integrieren und handhabbar zu machen. Insbesondere soll auch eine Aufmerksamkeit bezüglich Begleiterkrankungen bzw. der vielfältigen Symptome entstehen, um nicht in der Auseinandersetzung mit traumatisierten Menschen, die Verhaltensauffälligkeiten in den Fokus zu nehmen, sondern das dahinterstehende Leid zu betrachten. Grenzen in der täglichen Arbeit mit traumatisierten Menschen entstehen auf unterschiedlichen Ebenen. An dieser Stelle bedarf es insbesondere der Wahrnehmung der eigenen Grenzen der Fachkräfte, um nicht aus der eigenen Souveräni-

tät/Professionalität zu fallen oder selbst krank zu werden Hier bedarf es immer wieder guter, professioneller Supervision (Schigl et al 2020). Des Weiteren konnte aufgezeigt werden, dass niedrigschwellige Angebote von hoher Bedeutung sind, damit traumatisierte Menschen einen Zugang zu helfenden Institutionen finden können. An dieser Stelle werden ebenfalls die Grenzen deutlich, da in Kontexten der Beratung zwischen Begleitung der Betroffenen und Bewältigung des Traumas unterschieden werden muss. Der institutionelle Rahmen bzw. Auftrag darf nicht außer Acht gelassen werden, da Menschen mit einer komplexen traumabedingten Folgeerkrankung in entsprechende adäquate Therapien vermittelt werden müssen. Eine besondere Aufmerksamkeit sollte auch die Psychohygiene bzw. Selbstfürsorge der Fachkräfte bekommen. Hier bedarf es einer regelmäßigen und zugleich kontinuierlichen Wahrnehmung und Reflexion, sowie Supervision als Unterstützung. Die Arbeit mit schwer traumatisierten Menschen bietet vielfältig zu differenzierenden Herausforderungen für die Soziale Arbeit und bedarf der sensiblen Auseinandersetzung mit der spezifischen Problematik.

Mit diesem Hintergrund können massive Bedarfe durch die Soziale Arbeit erkannt und formuliert werden. Es erfordert zugleich ein gesellschaftliches Umdenken sowie Veränderungen von Zugangs- und Behandlungsbedingungen und konzeptionelle Erneuerungen, da diese aktuell aus humanistischer und sozialwissenschaftlicher Sicht den Bedarfen der Menschen mit Traumatisierung nicht gerecht werden. An dieser Stelle muss auf strukturelle und gesellschaftliche Bedingungen aufmerksam gemacht werden, die das Leid der Betroffenen produzieren. Es bedarf einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung, Traumatisierung zu verhindern und traumatisierte Menschen zu unterstützen (vgl. *Scherwarth/Friedrich* 2016, S. 190f.).

Somit läuft der ausschließliche Fokus auf das Thema (Psycho-)Trauma jedoch Gefahr, dass das derzeit herrschende Menschenbild des funktionstüchtigen Menschen, mit dem damit einhergehenden Selbstoptimierungsanspruch, zu unterstützen. Hier sollte berücksichtigt werden, dass der Mensch seit mehreren tausend Jahren inwohnende Tragik mit Erfahrungen von Tod, Krankheit und Leid erlebt und durchlebt hat. Daher muss sich diesen Themen zentral und gesellschaftspolitisch gestellt werden, statt ausschließlich problemfokussiert (vgl. *Strauß* 2016, S. 455).

Traumatisierung ist unter humangeschichtlicher Perspektive eine „unendliche Geschichte“. Die paläoanthropologische vor- und frühgeschichtliche Feststellung ist, dass wir Menschen schon immer durch harte, oft traumatische Zeiten gegangen sind. Oftmals haben Menschen anderen Menschen solche katastrophalen individuellen und kollektiven Traumaerfahrungen zugefügt, wie bspw. durch Kriege, Genozide, Pogrome, Folterexzesse von der Frühzeit über die Menschheitsgeschichte hin bis heute. In diesen Katastrophen haben Menschen indes immer wieder auf individueller und auch kollektiver Ebene zu „Überwindungserfahrungen“ gefunden (vgl. *Petzold* 2019i).

Der Integrative Ansatz sieht den Menschen als „Traumaüberwinder“, aufgrund der langen Geschichte des Themas im Integrativen Ansatz. Der Ansatz hat sich mit Quellen, der patristischen Seelsorge und mit der antiken „Seelenführung“ - insbesondere in der jüngeren Stoa eines *Seneca*, *Epiktet* und *Marc Aurel* - auseinandergesetzt und für die Praxis fruchtbar zu machen gesucht. Denn der Diskurs der praktischen Weisheitsliebe lässt sich durchaus nutzen und erweist sich als anschlussfähig an kognitivistische und neurowissenschaftliche Konzepte. Die Praxis der leiborientierten Behandlung und Begleitung von traumatisierten Menschen sowie einer narrativen und kreativen Methodik, d.h. an ein differentielles und integriertes Arbeiten mit Menschen in heilender und fördernder Absicht. Mithilfe einer phänomenologisch-hermeneutischen Betrachtungsweise ist eine ganzheitliche Sicht von Mensch und Welt, Subjekt und Natur als Gesamt (*ensemble*) zu erfassen und bleibt dabei zugleich differenzierbar als Vielfalt in der Einheit und Einheit in der Vielfalt (*Petzold* 2019d).

Das gute Zusammenspiel verschiedener Fachleute, Multiprofessionalität und Interdisziplinarität sind eine Vorbedingung für die Auseinandersetzung mit dem Traumathema und somit auch für die Soziale Arbeit in Theorie, Praxeologie und praktisch-konkreter Hilfeleistung. Die Grundlage dieser Arbeit in diesem bedrückenden, aber lohnenswerten Feld, die Basis jedes Tuns mit traumatisierten Menschen, ist diesen eine zutiefst wertschätzende Haltung vor der *Andersheit des Anderen*, entgegen zu bringen sowie das Wissen darum, dass man die Traumaerfahrungen eines Anderen nie ganz nachvollziehen kann, selbst wenn man eigene Traumatisierungen erleben musste. Menschen, denen Überwindungsleistungen nicht oder noch nicht gelingen und die daher unter akuten oder chronifizierten Traumasymptomen leiden, bspw. in Form eines klinischen Störungsbildes, einer posttraumatischen Belastungsstörung,

einer Borderlinepersönlichkeitstörung, von psychosomatischen Beschwerden, sei es in Form *sozialen Problemen* wie beschädigtem sozialem Netzwerk, fehlendem Konvoi, prekärer Lebenslage oder sei es durch eine Form menschlichen Daseins, einer Weise menschlicher Existenz, die durch eine belastete Gemütslage, durch Verzweiflung an den Menschen, Verlust der Hoffnung, des Lebenssinns, der Liebe gekennzeichnet ist. Hier ist nur mitmenschliche Präsenz gefragt, eine Zugewandtheit, dass dieser Mensch den Weg nicht allein gehen muss (vgl. *Petzold* 2019j).

7. Zusammenfassung / Summary

Zusammenfassung: Möglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit im respektvollen Umgang mit traumatisierten Menschen „Perspektiven der Integrativen Therapie.“

In der folgenden Arbeit wird erörtert, inwieweit SozialarbeiterInnen Kenntnis über Traumatisierung und deren Folgen haben müssen. Es werden Theorien über Traumatisierung in den Fokus genommen, um daraus abzuleiten, welche Möglichkeiten Fachkräfte der Sozialen Arbeit haben, traumatisierte Menschen zu begleiten. Die Arbeit möchte einen Beitrag zur Professionalisierung der Sozialen Arbeit leisten, unter dem Blickwinkel der Integrativen Therapie.

Schlüsselworte: *Integrative Therapie*, Traumatisierung, Soziale Arbeit, Möglichkeiten, Grenzen.

Summary: Possibilities and limits of social work in respectful treatment with traumatized people "Perspectives of Integrative Therapy"

The following text discusses the extent to which social workers need to know concepts about traumatization and its consequences. The focus is on theories of traumatization in order to deduce what possibilities social work professionals have for accompanying traumatized people. The text aims to contribute to the professionalization of social work, from the point of view of Integrative Therapy.

Keywords: *Integrative Therapy*, traumatization, social work, possibilities and limitations.

8. Literaturverzeichnis

- Beckrath-Wilking, Ulrike; Biberacher, Marlene; Dittmar, Volker; Wolf-Schmid, Regina (2013):* Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch zur Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann
- Bogyi, Gertrude (2012):* Entwicklungsverläufe nach Traumatisierung im Kindesalter. In: *Özkan, Ibrahim/Sachsse, Ulrich/Streeck-Fischer, Annette (Hg.):* Zeit heilt nicht alle Wunden. Kompendium zur Psychotraumatologie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 124 - 142.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (2011):* Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Gnarrenburg: BAG Traumapädagogik. Online verfügbar unter: www.bag-traumapaedagogik.de/index.php/standards.html (Zugriff: 18.04.2019).
- Bundespsychotherapeutenkammer (2018):* Ein Jahr nach der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018. Online verfügbar unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf. (Zugriff: 18.03.2019)
- Csallner, Maria (2015):* Herausforderung traumatisiertes Pflegekind. Anforderungen an die Pflegeeltern und die Soziale Arbeit. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Döring-Striening, Gudrun (2004):* Opferanwaltstätigkeit nach traumatischen Ereignissen: Typische Belastungen nach traumatischen Ereignissen – Was können Opferanwälte tun? In: *Lüdke, Christian/Clemens Karin (Hg.):* Vernetzte Opferhilfe. Handbuch der psychologischen Akutintervention. Bergisch Gladbach: EHP. S. 296 – 312.
- Ebert, Wolfgang; Könnecke-Ebert, Barbara (2004):* Einführung in die Integrative Beratung und Therapie. In: *Petzold, Hilarion; Schay, Peter; Ebert, Wolfgang (Hg.) (2004):* Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften S. 173 - 220.

- Fischer, Gottfried/Riedesser, Peter* (2016): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. aktualisierte und erweiterte Auflage. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Flatten, Guido/ Gast, Ursula/Hofmann, Arne/ Knaevelsrud, Christine/ Lampe Astrid/ Liebermann, Peter/ Maercker, Andreas/ Reddemann Luise/ Wöllern Wolfgang* (2011): S3–Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F43.1. In: Trauma und Gewalt, Heft 3. S. 202 - 210.
- Gahleitner, Silke Birgitta/Hensel, Thomas/Baierl, Martin/Kühn, Martin/Schmid, Marc* (Hg.) (2017): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. 3., unveränderte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Grabe, Hans Jürgen/Mahler, Jessie* (2012): Traumatisierung, Genetik und Posttraumatische Belastungsstörung. In: *Özkan, Ibrahim/Sachsse, Ulrich/Streeck-Fischer, Annette* (Hg.): Zeit heilt nicht alle Wunden. Kompendium zur Psychotraumatologie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 11 - 21.
- Herman, Judith Lewis* (2010): Die Narben der Gewalt. Paderborn: Junfermann.
- Huber, Michaela* (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und die Folgen. Teil 1. Paderborn: Junfermann.
- Jegodtka, Renate* (2016): Sekundäre Traumatisierung Existenzielle Berührung und Selbstfürsorge in pädagogischen Arbeitsfeldern Psychosoziale Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. In: *Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/ Gahleitner, Silke Birgitta* (Hg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz. S. 139 - 153.
- Korittko, Alexander* (o.J.): Das erstarrte Mobilé: Trauma und Familie. Online verfügbar unter:<https://www.dgsf.org/service/wissensportal/Das%20erstartete%20Mobile.Trauma%20und%20Familie%20-2012.pdf>. (Zugriff: 18.04.2019)
- Korittko, Alexander* (2016): Der gute Grund im Dort und Damals. Trauma-sensible pädagogische Arbeit mit Familien. In: *Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/ Gahleitner, Silke Birgitta* (Hg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz. S. 184 - 192.

- Kühn, Martin* (2013): „Macht Eure Welt endlich wieder mit zu meiner!“ Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In: *Bausum, Jacob/Besser, Lutz Ulrich/ Kühn, Martin/ Weiß, Wilma* (Hg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3 Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. S. 24 - 37.
- Müller, Burkhard* (2012): Professionalität. In: *Thole, Werner* (Hg.) (2012): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag. S. 955 - 972.
- Landolt, Martin* (2009): Posttraumatische Belastungsstörung. In: *Schneider, Silvia; Margraf, Jürgen* (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Störungen im Kindes- und Jugendalter. Band 3. Heidelberg: Springer. S. 609 - 628.
- Lang, Birgit* (2013): Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag. In: *Bausum, Jacob/Besser, Lutz Ulrich/ Kühn, Martin/ Weiß, Wilma* (Hg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3 Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. S. 272 - 281.
- Loch, Ulrike* (2016): Professionelle Beziehungen gestalten mit AdressatInnen nach traumatischen Erfahrungen. In: *Schulze, Heidrun/ Loch, Ulrike/Gahleitner, Silke Birgitta* (Hg.): Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. 3. Auflage. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren. S. 151 - 165.
- Neuenschwander, Bernhard; Sieper, Johanna; Petzold, Hilarion G.* (2018): Gerechtigkeit in der Integrativen Therapie - Gerechtigkeit für das Lebendige. In: Polyloge 25/2018. Online unter: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/25-2018-neuenschwander-b-sieper-j-petzold-h-g-gerechtigkeit-in-der-integrativen-therapie.html>
- Müller, Lotti., Petzold, Hilarion G.* (2002): Gerontotherapie: Psychotherapie mit älteren und alten Menschen – Forschungsergebnisse, protektive Faktoren, Resilienzen. Grundlagen für eine Integrative Praxis (Teil 1). Integrative Therapie, S. 52-90.

Pausch, Markus/Matten, Sven (2018): Trauma und Traumafolgestörung. In Medien, Management und Öffentlichkeit. Wiesbaden: Springer.

Petzold, Hilarion G. (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theoriebildung in der Integrativen Therapie“ für ihre biopsychosoziale Praxis der Hilfe in „komplexen Lebenslagen“ (Chartacolloquium III). Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Überarbeitet 2002 in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit - 01/2002.

Petzold, Hilarion G. (2004): Integrative Traumatherapie und „Trostarbeit“ – ein nicht-exponierender, leibtherapeutischer und lebenssinnorientierter Ansatz risikobewusster Behandlung. In: Polyloge 03/2004. Online unter: https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_Petzold-Trauma-Trost-Polyloge-03-2004.pdf

Petzold, Hilarion G. (2009c): Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie – Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. Online unter: https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_pdf-petzold-2009c-koerper-seele-geist-welt-verhaeltnisse-in-der-integrativen-therapie.pdf

Petzold, Hilarion G. (2012): „Natürliche Resilienz“ - wieder aufstehen nach Schicksalsschlägen. In: Bonanno, George A (2012): Die andere Seite der Trauer. Verlustschmerz und Trauma aus eigener Kraft überwinden. Bielefeld: Aisthesis. S. 226 - 227.

Petzold, Hilarion G. (2019): Body narratives – Traumatische und Posttraumatische Erfahrungen aus Sicht der Integrativen Therapie. In: Polyloge 12/2019. Online unter: <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-1999i-2000c-2000i-body-narratives-traumatische-posttraumatische-erfahrungen-polyloge-12-2019pdf.pdf>

Petzold, Hilarion G. (2019i): Trauma „embodied“ braucht „korrekatives embodiment“, eingebettet in „safe places“, braucht Selbstwirksamkeit „enacted“ und

Lebenssinn „extended“. Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. In: Polyloge 2019.

Petzold, Hilarion G. (2019j): Trauma, Zuspruch, Erzählung, „Überwindung“ – Aspekte einer „stoischen Therapeutik“ in der Integrativen Traumatherapie. Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit.

Petzold, Hilarion G.; Ellerbrock, Bettina; Hömberg, Ralf (2018a): Die neuen Naturtherapien. Handbuch der Garten-, Landschafts-, Waldtherapie und Tiergestützten Therapie, Green Care und Green Meditation. Bd. I. Bielefeld: Aisthesis

Petzold, Hilarion., Josić, Zorica, Ehrhardt, Jutta (2003): Integrative Familientherapie als „Netzwerkintervention“ bei Traumabelastungen und Suchtproblemen. In POLY-LOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Online unter: <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-03-2003-petzold-h-g-josic-z-erhardt-j.html>

Petzold, Hilarion G., Petzold, Christa (1996): Erosion persönlicher Tragfähigkeit, traumatischer Jobstreß - Ursachen „malignen Burnouts“ in helfenden Berufen (1996). Düsseldorf: Fritz Perls Institut. Neueinstellung: Supervision 9/2017. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-nr-09-2017-hilarion-g-petzold-christa-petzold-1996.html>

Reddemann, Luise/Wöller, Wolfgang (2017): Komplexe posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe

Reinshagen, Jürgen (2016): Traumapädagogische Familienhilfe. Alltagsentlastendes Arbeiten in traumatisierten Systemen. In: *Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/ Gahleitner, Silke Birgitta* (Hg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz. S. 193 - 199.

Schay, Peter; Liefke, Ingrid (2009): Sucht und Trauma. Integrative Traumatherapie in der Drogenhilfe. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Scherwath, Corinna/Friedrich, Sibylle (2016): Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. 3. aktualisierte Auflage. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

- Schigl, Brigitte et al (2020):* Supervision auf dem Prüfstand. Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation. Wiesbaden: Springer.
- Schulze, Heidrun (2017):* Alltag als Kerndimension Sozialer Arbeit mit traumatisierten Menschen. In: Schulze, Heidrun/Loch, Ulrike/Gahleitner, Silke Birgitta (Hg.): Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psycho-soziale Traumatologie. 3. Auflage. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren. S. 115 - 150.
- Schulze, Heidrun/ Loch, Ulrike/Gahleitner, Silke Birgitta (Hg.) (2017):* Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. 3. Auflage. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Schulze, Heidrun/Kühn, Martin (2017):* Psychosoziale Traumatologie-eine Annäherung. In: *Schulze, Heidrun/ Loch, Ulrike/Gahleitner, Silke Birgitta (Hg.):* Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. 3. Auflage. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren. S. 6 - 53.
- Schulze, Heidrun/Kühn, Martin (2017):* Traumaarbeit als institutionelles Konzept: Potenziale und Spannungsfelder. In: *Schulze, Heidrun/ Loch, Ulrike/Gahleitner, Silke Birgitta (Hg.):* Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. 3. Auflage. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren. S. 166 - 185.
- Statistisches Bundesamt (2018):* 61 400 Inobhutnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen im Jahr 2017. Pressemitteilung Nr. 311 vom 22. August 2018. Online verfügbar unter:
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/08/PD18_311_225.html. (Zugriff: 07.04.2019)
- Staub-Bernasconi, Silvia (2003):* Soziale Arbeit als (eine) „Menschenrechtsprofession“. In: Sorg, Richard (Hg.): Soziale Arbeit zwischen Politik und Wissenschaft. Ein Projekt des Fachbereichs Sozialpädagogik der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Fachtagung. Münster, Westf.: Lit Verlag. S. 17 - 54.

Strauß, Jochen-Wolf (2016): Grenzen der Traumapädagogik – kritische (Nach-)Fragen. In: *Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/ Gahleitner, Silke Birgitta* (Hg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz. S. 449 - 457.

Streeck-Fischer, Annette/Fegert, Jörg M./Freyberger, Harald J. (2009): Posttraumatische Belastungsstörung. In: *Fegert, Jörg M./Streeck-Fischer, Annette/Freyberger, Harald J.* (Hg.): Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Stuttgart: Schattauer. S. 311 - 327

Tiber Egle, Ulrich (2012): Bindung, Trauma, Schmerz. In: *Özkan, Ibrahim/Sachsse, Ulrich/Streeck-Fischer, Annette* (Hg.): Zeit heilt nicht alle Wunden. Kompendium zur Psychotraumatologie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 143 - 160.

Weiß, Wilma (2016): Traumapädagogik. Entstehung, Inspirationen, Konzepte. In: *Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/ Gahleitner, Silke Birgitta* (Hg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz. S. 20 - 32.