

Anja Thom

Traumatisierung in der Kindheit und ihre Folgen

Anforderungen an die soziale Arbeit

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

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

Dieses Werk sowie alle darin enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsschutz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlanges. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen, Auswertungen durch Datenbanken und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe (einschließlich Mikrokopie) sowie der Auswertung durch Datenbanken oder ähnliche Einrichtungen, vorbehalten.

Copyright © 2008 Diplomica Verlag GmbH
ISBN: 9783836624978

Anja Thom

Traumatisierung in der Kindheit und ihre Folgen

Anforderungen an die soziale Arbeit

Anja Thom

Traumatisierung in der Kindheit und ihre Folgen

Anforderungen an die soziale Arbeit

Anja Thom
Traumatisierung in der Kindheit und ihre Folgen
Anforderungen an die soziale Arbeit

ISBN: 978-3-8366-2497-8

Herstellung: Diplomica® Verlag GmbH, Hamburg, 2009

Zugl. Universität Lüneburg, Lüneburg, Deutschland, Diplomarbeit, 2008

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtes.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden und der Verlag, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

© Diplomica Verlag GmbH
<http://www.diplomica.de>, Hamburg 2009

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Das Leben mit dem Trauma- Danach ist nichts mehr wie es vorher war!	5
2.1 Terminologie	5
2.1.1 Psychotraumatologie	5
2.1.2 Trauma	6
2.1.3 Terminologische Abgrenzung: Trauma- Stress- belastendes Lebensereignis	9
2.1.4 Klassifikationssysteme in der Traumatologie	14
2.1.4.1 Die Klassifikation der Traumatologie im ICD-10	16
2.1.4.2 Die Klassifikation der Traumatologie im DSM-IV-TR	18
2.1.4.3 Sonstige Klassifikationen in der Psychotraumatologie	20
3. Die historische Entwicklung der Psychotraumatologie	22
4. Epidemiologie- Häufigkeit und Ausmaß frühkindlicher Traumatisierungen	34
5. Formen von Traumata	39
6. Ursachen von kindlichen Traumatisierungen	42
6.1 Die physische Gewalt	42
6.2 Die psychische Gewalt	44
6.3 Vernachlässigung	44
6.4 Verwahrlosung und Hospitalismus	46
6.5 Die Deprivation	47
6.6 Sexuelle Gewalt	49

6.7 Die häusliche Gewalt	52
6.8 Bindungsstörungen	53
6.9 Trennung und Scheidung	57
6.10 Kinder psychisch kranker Eltern	61
6.11 Tod und Verlust von Bezugspersonen	62
6.12 „Kinder vor Gericht“- Trauma und Belastungen im Gerichtsverfahren	63
6.12.1 Terminologische Abgrenzung: Kind, Jugendlicher, Erwachsener	64
6.12.2 Das Kind vor dem Familiengericht	66
6.12.3 Das Kind vor dem Vormundschaftsgericht	69
6.12.4 Das Kind und das Strafverfahren	70
6.13 Exkurs: Traumatische Erlebnisse in einer globalisierten Welt	71
7. Die Folgen von unverarbeiteten frühkindlichen Traumatisierungen und ihre Auswirkungen im Erwachsenenalter	75
7.1 Komorbide Störungen	76
7.2 Dissoziative Störungen	79
7.3 Borderline- Persönlichkeitsstörung	82
7.4 Autoaggressives Verhalten	83
7.5 Suizidalität	85
8. Resilienz und Trauma	86
8.1 Terminologie: Resilienz	86
8.2 Terminologie: Vulnerabilität	88
8.3 Empirische Forschungsbefunde der Risiko- und Resilienzforschung	89
8.3.1 Die Kauai-Längsschnittstudie	89

8.3.2 Die Mannheimer Risikokinderstudie	92
8.3.3 Die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie	94
8.4 Entwicklungsprobleme (Risikofaktoren) und Bewältigungsstrategien (Schutzfaktoren) in der Entwicklung von Kindern	95
8.5 Exkurs: Coping und Coping- Strategien	98
9. Behandlung von frühkindlichen Traumatisierungen	101
9.1 Grundlagen für eine erfolgreiche Traumabehandlung	101
9.2 Diagnose und Anamnesenerhebung in der Traumatherapie	108
9.3 Traumatherapie und die unterschiedlichen Behandlungsansätze	112
9.3.1 Die kognitiv-behaviorale Therapie	113
9.3.2 EMDR	116
9.3.3 KIDNET – Narrative Expositionstherapie (NET) für Kinder	122
9.3.4 Die traumazentrierte Spieltherapie	125
9.3.5 Die psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT)	127
9.3.6 Die mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen (MPTT-KJ)	131
9.3.7 Die Hypnotherapie	134
9.3.8 Die Gruppenpsychotherapie	137
9.3.9 Die Pharmakotherapie	139
10. Trauma und Sozialarbeit	142
10.1 Konkrete Arbeitsfelder und Aufgabengebiete von Sozialarbeitern, die mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Kontakt kommen	142
10.1.1 Frauenhaus	143
10.1.2 Suchtberatung	145
10.1.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie	147
10.1.4 Die Jugendhilfe	149

10.1.4.1 Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)	153
10.1.4.2 Erziehungsberatungsstellen	154
10.1.4.3 Stationäre und teilstationäre Hilfen und Pflegefamilie	155
10.1.5 „Kinder vor Gericht“	157
10.1.5.1 Die Vernehmung des Kindes oder des Jugendlichen und der Einsatz von Video- und Tonbandaufzeichnungen	159
10.1.5.2 Zeugenbegleitprogramme	161
10.2 Methoden von Sozialarbeitern in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen	165
10.2.1 Die psychosoziale Beratung	166
10.2.2 Empowerment	168
10.2.3 Einzelfallhilfe	170
10.2.4 Die soziale Netzwerkarbeit	171
10.2.5 Prävention und Öffentlichkeitsarbeit	175
10.3 Grenzen der Sozialarbeit- rechtliche Rahmenbedingungen	177
10.4 Exkurs: „Wenn der Beruf zum Alptraum wird“- SozialarbeiterInnen erfahren durch die Arbeit traumatische Erlebnisse am eigenem Leib- Die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen in der sozialen Arbeit, um trotz der Belastungen weiterhin „gesund“ zu bleiben.	180
11. Interview mit einem Richter und einer Richterin	184
11.1 Angaben zur Person	184
11.1.1 Das Interview	184
11.2 Angaben zur Person	206
11.2.1 Das Interview	207
12. Interview mit einer Sozialarbeiterin	216
12.1 Angaben zur Person	216
12.1.2 Das Interview	217

13. Interview mit dem Leiter des WEISSEN RINGES Lübeck	230
13.1 Angaben zur Person	230
13.1.2 Das Interview	230
14. Auswertung der Interviews	252
15. Fazit	257
Quellenverzeichnis	260
Abbildungsverzeichnis	268
Tabellenverzeichnis	269
Anhang	

1. Einleitung

„Es sind nicht die Ereignisse, die Menschen beunruhigen, sondern die Vorstellung von diesen Ereignissen.“

(Epiktet, 50-138 n. Chr.)

"Die Menschen werden nicht durch die Dinge selbst verwirrt, sondern durch die Art, wie sie über sie denken."

(Albert Ellis, Psychotherapeut)

Wir leben in einer Welt voller Wunder und zugleich voller Übel. Schon immer haben Menschen auf traumatische Ereignisse reagiert und an ihnen gelitten. Die Welt wird immer wieder heimgesucht von Erdbeben, Überschwemmungen, Wirbelstürmen und anderem Unheil. Schlägt man die Tageszeitung auf, so liest man täglich Schlagzeilen wie z.B. *„Lübecker erschlägt seine Ex-Frau mit dem Beil- Sohn (4) und Tochter (7) warteten vergeblich auf ihre Mutter“*, *„Bluttat auf offener Straße: Er schlug zu, als sie mit dem Fahrrad fuhr“*, *„24 Jahre im Kellerverlies: Inzest-Drama in Österreich schockt die Welt“*, *„Grausiger Fund in der Tiefkühltruhe: Sohn (18) entdeckt drei Babyleichen“*, *„Junge (12) vergewaltigt Mädchen (8)“* oder *„Zyklon Myanmar: Birmesen kämpfen ums Überleben- Leichen treiben im Wasser, Hungernde stürmen Läden, Junta schikaniert Helfer“*, *Ostholstein: 13- jährige Skaterin vergewaltigt- Unbekannter überfällt Mädchen auf Radweg am frühen Abend“* (LN- Lübecker Nachrichten 2007/ 2008).

Psychische Traumata sind die Folgen plötzlicher oder anhaltender bedrohlicher, extrem ängstigender und auswegloser Ereignisse. Sie hinterlassen unbehandelt oft lebenslang Spuren in Form von zahlreichen psychischen und körperlichen Symptomen mit unterschiedlich einschneidenden Beeinträchtigungen von Lebensqualität und Lebensgestaltungsmöglichkeiten und können der jeweiligen Biografie eines Menschen eine neue, unvorhergesehene Richtung geben.

Während meines Studiums konnte ich viele Erfahrungen in der Krisenintervention machen. Ich arbeitete vor allem mit Frauen und Kindern zusammen, die von unterschiedlichen Traumatisierungen betroffen waren, z.B. verursacht durch häusliche Gewalt, Vergewaltigung, Flucht, Verfolgung und Missbrauch. Viele dieser belastenden Ereignisse die zu Traumata führen, spielen sich im „Stillen“ ab und sind weniger spektakulär. Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sind von diesen „weniger spektakulären Traumata“ in ihrem Arbeitsfeld oftmals betroffen. In Einrichtungen wie z.B. dem Kinderschutzbund, Frauenhäusern, Jugendämtern oder Sozialpädagogischen Familienhilfen arbeiten Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen, deren Klientel oftmals traumatische Erlebnisse erfahren haben.

Am 28. Dezember 2007 wurde auf offener Straße und am helllichten Tage eine 36-Jährige Frau von ihrem Ex-Mann hinterrücks und brutal durch einen Schlag mit dem Beil in den Nacken erschlagen. Seither berichten Tageszeitungen, TV-Sender und Radiosender vom „Beil-Mord in Lübeck“. Der Täter wurde von einer zufällig vorbeikommenden Polizistin an der Flucht gehindert. Die Polizistin war privat, in zivil, ohne Waffe und Handy mit ihren zwei Kindern (10 Jahre und 8 Jahre) im Auto unterwegs. Die Kinder der Polizistin mussten diese schrecklichen Geschehnisse ebenfalls, wie viele andere Passanten auch, miterleben. Ich persönlich war ebenfalls direkt am Tatgeschehen vor Ort. Ich arbeitete zu diesem Zeitpunkt in meiner Projektstelle, dem Autonomen Frauenhaus Lübeck, welches unmittelbar direkt am Tatort liegt. Da unsere Klientinnen mit ihren Kindern selber akut von Gewalt betroffen sind, kam es nach dieser Tat zu enormen physischen und psychischen Zusammenbrüchen unserer Klientinnen und ihrer Kinder. Wir als Sozialarbeiterinnen waren in der Kriseninterventionsstelle gefragt wie nie zuvor. Ich habe miterleben müssen, wie neben den unmittelbar Betroffenen auch Polizisten, Berater/ Beraterinnen und Anwesende von Traumatisierungen betroffen sein können (siehe Punkt 10.4).

Der Anlass für das Thema *„Traumatisierung in der Kindheit und ihre Folgen- Anforderungen an die Soziale Arbeit“* ergab sich aus diesem Geschehnis, meinen gemachten Erfahrungen und den vielen anderen schockierenden Kindeswohlgefährdungen aus den Nachrichten. Mein Studienschwerpunkt beinhaltete vor allem Vorlesungen aus der Psychologie und aus dem Rechtsgebiet. Prüfungen absolvierte ich u.a. im Bereich Kindeswohlgefährdungen und Entwicklungspsychologie, welches für die Soziale Arbeit eine enorm wichtige Bedeutung darstellt.

„Wer wünscht seinen Kindern nicht eine glückliche Kindheit? Mit allem, was dazugehört: Unbeschwertheit, Gesundheit, Liebe, Freundschaften, Vertrauen und Zuversicht. Doch leider können auch die besten Eltern ihr Kind nicht vor allen Gefahren beschützen und immer wieder passieren Dinge, die Kinder aus der Bahn werfen können“ (Eckardt, Jo 2005: 7). Kinder sind zunächst auf Zuwendung und Unterstützung von Erwachsenen angewiesen. Die Persönlichkeitsstruktur ist bei Kindern noch nicht so gefestigt, so dass bereits geringe Auslöser genügen, um sie zu traumatisieren. Nicht jedes Kind reagiert gleich auf Ereignisse. Kinder, die noch nicht sprechen können, haben es besonders schwer, da sie das Erlebnis überhaupt nur auf der sprachlichen und kognitiven Ebene wahrnehmen und es somit nur schwer verarbeiten können. Manche Kinder entwickeln Ängste, andere reagieren mit Rückzug, Verleugnung, wieder andere zeigen aggressives Verhalten oder verletzen sich selbst. Es ist wichtig, dass Eltern, Erzieher, Lehrer und vor allem Sozialarbeiter lernen, die gewichtigen Anhaltspunkte einer Störung, sowie die Bedürfnisse von Kindern zu erkennen und auf sie einzugehen.

In meiner Diplomarbeit möchte ich auf folgende Fragestellungen näher eingehen und in diesem Zusammenhang einen ausführlichen Überblick über die Aufgabengebiete eines Sozialarbeiters schaffen:

- Welche Traumatisierungen gibt es?
- Welche Folgen entwickeln sich aus Traumatisierungen, die in der Kindheit gemacht wurden?
- Wie verarbeiten Kinder traumatische Erlebnisse?
- Welche Bedeutungen und Auswirkungen haben Traumatisierungen auf Erwachsene?
- Welche Folgen von unverarbeiteten frühkindlichen Traumatisierungen sind bekannt?
- Welches Aufgabengebiet haben Sozialarbeiter in der Arbeit mit kindlichen Traumatisierungen?
- „Kinder vor Gericht“- Welche Rollen nehmen Kinder bei Polizei und Gericht ein?
- Welche Auswirkungen von Verfahrensabläufen, z.B. durch Scheidungen, sind bei Kindern bekannt?
- Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein, dass betroffene Kinder nicht erneut Opfer von traumatischen Erlebnissen werden?

Ebenfalls notwendig sind für mich das Aufzeigen der Grenzen der Sozialarbeit im rechtlichen Bereich und die Darlegung der Grenzen von sozialer Arbeit und Therapie.

Abgerundet wird meine Diplomarbeit am Ende mit vier Interviews zur Thematik. Ich freue mich sehr darüber, einen vorsitzenden Richter vom Landgericht Stade, Herrn Rolf Armbrecht; eine Familienrichterin aus Stade, Cordula Anlauf; Heidrun Steegen, eine Frauenhausmitarbeiterin und Kinder- und Jugendtherapeutin aus Hamburg/Lübeck sowie Detlef Hardt vom WEISSEN RING Lübeck, zur Thematik interviewen zu dürfen.

2. Das Leben mit dem Trauma- Danach ist nichts mehr wie es vorher war!

2.1 Terminologie

Zu Beginn meiner Diplomarbeit möchte ich mit oft verwendeten Termini beginnen, diese erläutern und differenzieren. Dieses halte ich für unerlässlich, um eine gute Arbeitsgrundlage für die vorliegende Thematik zu schaffen. Ich möchte dem Leser Orientierung und zugleich ein besseres Verständnis beim Lesen geben.

2.1.1 Psychotraumatologie

Unter Psychotraumatologie wird die Lehre der Erforschung und Behandlung von Traumata verstanden, die mit seelischen Verletzungen einhergehen. Sie beschäftigt sich mit den Auswirkungen von psychischer Traumatisierung auf Entstehung und Verlauf von Krankheiten, psychischen und psychosomatischen Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Fischer, G./Riedesser, P. 1998: 15).

Der Kinderpsychiater Donovan benutzte im Jahre 1990 den Begriff der „Traumatology“ und definierte diesen wie folgt: *„Traumatologie ist das Studium der natürlichen und vom Menschen hervorgerufenen Traumata (vom natürlichen Trauma, von Unfällen und Erdbeben bis hin zu den Schrecken unbeabsichtigter oder auch beabsichtigter menschlicher Grausamkeit), von deren sozialen und psychobiologischen Folgen und den prädiktiven/präventiven/interventionistischen Regeln, die sich aus dem Studium ergeben“* (Donovan 1991: 434, zitiert in Fischer, G./Riedesser, P. 1998: 17).

In Deutschland wäre der Terminus „Traumatologie“ nicht sinnvoll gewählt, da dieser Begriff im medizinischen Bereich, speziell der Chirurgie, bereits seine Anwendung gefunden hat.

„Die Erkennung und Behandlung von Unfall- und Verletzungen gehört zu den ältesten Zweigen ärztlicher Tätigkeit. Verletzungen des Menschen durch Unfälle als Folge menschlicher Auseinandersetzungen sind so alt wie die Menschheit selbst, und in der Notwendigkeit, dem verletzten Mitmenschen zu helfen, liegt die Wurzel jeder Traumatologie“ (Kuner und Schlosser 1988, zitiert in Fischer, G./Riedesser, P. 1998: 17).

Der Begriff der Psychotraumatologie wurde im Jahre 1991 in Deutschland eingeführt und stellt die Grundlage für jede Traumatherapie dar.

2.1.2 Trauma

Der Begriff „Trauma“ stammt aus dem Griechischen und wird mit „Verletzung“ und „Wunde“ ins Deutsche übersetzt. In der Literatur lässt sich der Begriff in zahlreichen Kontexten wiederfinden. In meiner Diplomarbeit handelt es sich vor allem um Traumen mit psychologischem Schwerpunkt, wie die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), die sich aufgrund von schweren Belastungen entwickeln kann.

Der Psychologie Brockhaus definiert den Begriff Trauma mit *„1) in der Medizin eine körperliche Verletzung durch von außen einwirkende mechanische, physikalische oder chemische Faktoren“ und „2) in der Psychologie eine psychische oder nervöse Schädigung aufgrund seelischer Belastungen, die einmalig oder andauernd derart auf einen Menschen einwirken, dass sie nicht mehr bewältigt werden können und eine anhaltende Störung des seelischen Gleichgewichts bewirken“ (F.A. Brockhaus 2001: 624f).*

Das klinische Psychologie- Psychotherapie- Lehrbuch beschreibt ein Trauma als ein Ereignis, das für eine Person entweder in direkter persönlicher Betroffenheit oder in indirekter Beobachtung eine intensive Bedrohung des eigenen Lebens, der Gesundheit und körperlichen Integrität darstellt und Gefühle von Grauen, Schrecken und Hilflosigkeit auslöst (vgl. Perrez, M./Baumann, U. 2005: 970).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Trauma bzw. die posttraumatische Belastungsstörung im ICD 10, im Kapitel F43.1. Ein Trauma bzw. die posttraumatische Belastungsstörung wird dort als *„eine verzögerte (...) Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz- oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“*, beschrieben. *„Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein“* (WHO 2005: 169).

In der Definition des amerikanischen Klassifikationssystems, dem DSM-IV-TR, wird Trauma bzw. die posttraumatische Belastungsstörung (309.81) wie folgt beschrieben:

„Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die folgenden Kriterien vorhanden waren:

- 1. Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.*
- 2. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen“* (Saß, Henning/Wittchen, Hans-Ulrich/Zaudig, Michael/Houben, Isabel: 2003: 195f).

Ein Trauma beinhaltet also das direkte persönliche Erleben einer belastenden Situation und kann sich durch viele Ereignisse ergeben, wie z.B. durch Tod, Androhung des Todes, eine schwere Verletzung, Kidnapping, schwere Unfälle, Naturkatastrophen, gewaltsame Angriffe, Vergewaltigung, Folter, Terrorismus oder durch eine Gefangenschaft.

Michaela Huber gilt als eine Pionierin auf dem Gebiet der Traumaforschung. In ihrem aktuellen Buch „Trauma und die Folgen“, welches bereits in der 3. Auflage erschienen ist, beschreibt sie sehr prägnant, worum es sich bei einem Trauma handelt: *„Ein Trauma ist überwältigend; lebensgefährlich; über alle Maßen erschreckend; etwas, das man eigentlich nicht verkraften kann; ein Ereignis außerhalb dessen, was der Mensch sonst nicht kennt; verbunden mit der Überzeugung, dass man es nie verwindet; so schlimm, dass man nachher denkt, das könne nicht passiert sein; mit enormen seelischen und/oder körperlichen Schmerzen verbunden; etwas, das von unserem Gehirn aufgesplittet oder ganz verdrängt wird“* (Huber 2007: 38).

Einem Trauma ausgesetzt zu sein, bedeutet also für die Betroffenen immer, im direkten Erlebnis extremem Stress ausgesetzt zu sein. Ein Trauma tritt plötzlich und unerwartet auf und geht mit einer starken Überforderung in der Bewältigung des Ereignisses einher. Für Kinder sind traumatische Erlebnisse am schlimmsten, da sie noch nicht über ausreichende Möglichkeiten des Schutzes und der Verarbeitung verfügen. Bei Kindern kommt es neben der extremen Hilflosigkeit und Ohnmachtgefühlen darüberhinaus zu Gefühlsüberflutungen, Panik und Todesängsten (vgl. Reddemann, L./Dehner-Rau, C. 2004: 14ff).

Die folgende Abbildung gibt eine allgemeine Zusammenfassung darüber, welche Bedingungen vorhanden sein müssen, damit von einem psychischen Trauma ausgegangen werden kann. Es ist jedoch wichtig zu unterscheiden, dass nicht jedes belastende, stressbesetzte Ereignis traumatisch wirken muss.

Abbildung: Traumaformel

$$\begin{array}{c} \text{Traumaformel} \\ \text{Ein objektiv belastendes Ereignis,} \\ \text{das außerhalb der üblichen} \\ \text{menschlichen Erlebniswelt liegt} \\ + \\ \text{das subjektive Erleben von absoluter} \\ \text{Hilflosigkeit, Ohnmacht, Entsetzen} \\ \text{Verbunden mit Flucht- und Kampfpulsen} \\ = \\ \text{Psychische Traumatisierung.} \\ \text{nach Fischer, Riedesser, 1998} \end{array}$$

2.1.3 Terminologische Abgrenzung: Trauma- Stress- belastendes Lebensereignis

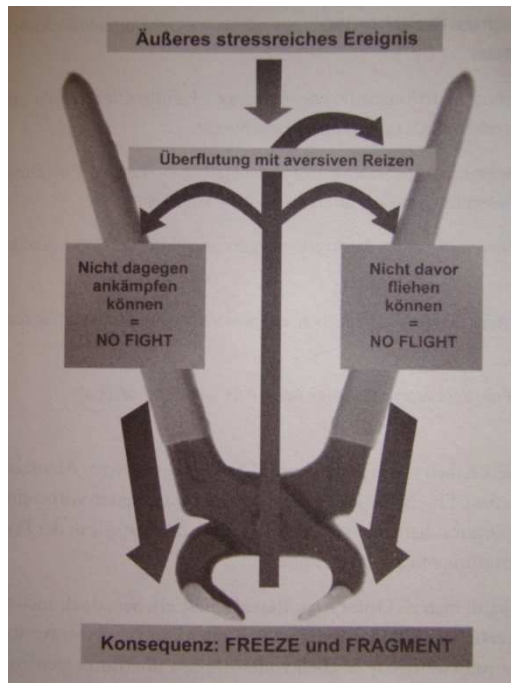
Nicht jedes belastende Lebensereignis ist gleichzusetzen mit einem Trauma. Wie bereits unter Punkt 2.1.2 beschrieben, handelt es sich bei einer Traumatisierung um ein tatsächliches, extremes, stressreiches, äußeres Ereignis, das mit seelischen und/oder körperlichen Schmerzen verbunden und vom Menschen eigentlich nicht zu verkraften ist. Ein Trauma entsteht aufgrund einer seelischen oder körperlichen Verletzung, verbunden mit Leiden und Kranksein. Traumatische Ereignisse sind z.B. katastrophale Unfälle, Überfälle, Wirbelstürme oder Kriege.

Stress hingegen unterscheidet sich vom Trauma darin, dass hierbei ein eher kognitiver Zustand des Menschen beschrieben wird, der alltäglich sein kann und die Menschen in irgendeiner Art und Weise damit zurechtkommen lässt. Stress kommt aus dem Englischen und wird mit „Druck“, „Belastung“, „Beanspruchung“ und „Anspannung“ übersetzt. Menschen fühlen immer dann eine gewisse Bedrohung, wenn sie mit Forderungen oder Anlässen konfrontiert sind, die schwerwiegende Änderungen von ihnen verlangen. Dieses wird in der Literatur „Stresszustand“ genannt. Er besteht aus einem „Stressor“, dem Ereignis, das die Anforderungen erzeugt und einer „Stressreaktion“, der spezifischen Reaktion einer Person auf diese Anforderungen. Stressoren sind z.B. alltägliche Belastungen wie Berufsverkehr oder plötzlich erscheinende, unerwartete Gäste zu Hause. Ein belastendes Lebensereignis stellt immer die Grundlage eines Traumas dar. Hierbei handelt es sich in der Regel um länger andauernde Probleme wie z.B. Armut oder eine schwache Gesundheit (vgl. Comer, Ronald J. 1995: 192).

Die Traumatherapeutin Michaela Huber macht in ihren Büchern deutlich, dass ein belastendes Lebensereignis erst dann zum Trauma wird, wenn eine Dynamik in Gang gesetzt wird, die das Gehirn buchstäblich „in die Klemme bringt“ und es geradezu dazu nötigt, auf besondere Weise mit diesem Ereignis umzugehen. Sie spricht in diesem Zusammenhang von

der „traumatischen Zange“, die in der folgenden Abbildung verdeutlicht wird.

Abbildung: Die „traumatische Zange“



Bildquelle: Huber, Michaela: Trauma und die Folgen 2007: 39

Die Abbildung zeigt, dass das Informationssystem des Gehirns und die vorhandenen Stressbewältigungsmechanismen eines Menschen bei einem äußeren, stressreichen Ereignis überfordert sind und das Erlebte nicht verarbeitet werden kann. Es wird hier auch von „Überflutung mit aversiven Reizen“ gesprochen. Von aversiven Reizen spricht man, wenn bestimmte Reize feindlich oder nicht bewältigbar erscheinen. Ein aversiver Reiz kann z.B. sein dass ein Mensch die unvorhergesehene Nachricht eines Arztes hört, unheilbar krank zu sein, da er an einem Tumor mit Metastasen leide. Ein anderer aversiver Reiz wäre, zusehen zu müssen, wie jemand völlig außer Kontrolle ist und eine andere Person verletzt oder gar tötet. In diesem Moment reagiert man häufig mit Ohnmacht, Scham und Verzweiflung darüber nicht eingreifen zu können (vgl. Huber, Michaela 2007: 40f).

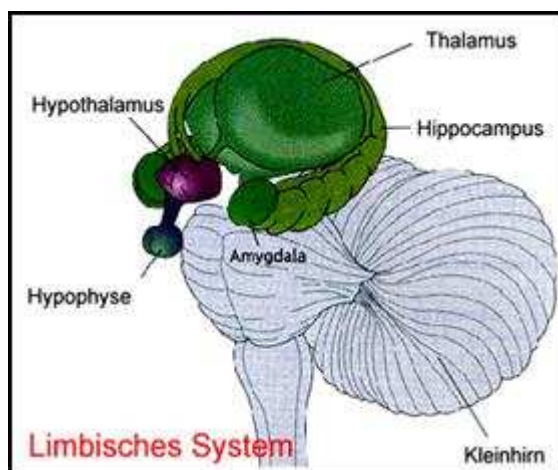
„Kämpfe gegen den Stressor an (*fight*) oder fliehe davor (*flight*)“ (Cannon, Walter, zitiert in Huber, Michaela 2007: 41). Eine Fight-or-Flight- Reaktion ist situations- und personenabhängig. Bei der Fight-or-Flight- Reaktion handelt es sich um Reflexe von Menschen, die vom Stammhirn gesteuert werden. Das Gehirn als zentrales Informationsverarbeitungssystem versucht auf schnelle und wirksame Weise, mit Stresssituationen zurechtzukommen. Dieses geschieht bei jedem Menschen individuell, denn jeder Mensch reagiert anders auf belastende Lebensereignisse. Wie er reagiert, hängt davon ab, über welche Stressbewältigungs- und Verarbeitungsmechanismen er verfügt. So ist es z.B. möglich, dass ein Opfer eine extreme Situation nicht verarbeiten kann und es bei ihr zu einer Traumatisierung kommt, während ein anderes Opfer in derselben Situation diese besser bewältigt und das Geschehene ein belastendes Lebensereignis bleibt. Eine Fight- Reaktion kann z.B. sein, wenn ein Junge, der Zeuge der Misshandlung seiner Mutter wird, wegläuft und Hilfe holt oder sich zwischen die Eltern stellt und den Täter irritiert oder abdrängt und damit die Katastrophe verhindern oder mildern kann. Eine Flight- Reaktion wäre z.B. wenn jemand sich weg duckt oder um Hilfe oder Gnade fleht bzw. sich von einem Angreifer lösen kann und dann schnell wegläuft. Durch die Fight-or-Flight- Reaktion kann es dem Menschen gelingen, mit dieser Situation umzugehen und sie (nur) als belastendes Lebensereignis zu verarbeiten. Wenn die Fight-or-Flight- Reaktion nicht umgesetzt werden kann, dann reagiert das Gehirn mit dem Mechanismus „Freeze“ und „Fragment“. Freeze bedeutet „Einfrieren“/„Erstarren“. Es handelt sich dabei um eine Lähmungsreaktion. Diese Reaktion wird dann als Trauma verarbeitet und es handelt sich schließlich um mehr als ein belastendes Lebensereignis. Wenn es nicht gelingt, die aversiven Reize unschädlich zu machen, dann distanziert sich der Organismus davon. Viele körpereigene Endorphine (z.B. Adrenalin und Noradrenalin) werden ausgeschüttet und es kommt zu einem „geistigen Wegtreten“ und zu einer „Neutralisierung“ akuter Todesangst. Der Mensch reagiert mit einer „Entfremdung vom Geschehen“, er unterwirft sich der Situation. Viele Menschen bekommen oftmals erst sehr viel später die Reaktionen des Geschehens mit, wenn die Gefahr vorüber ist und sie sich in Sicherheit

befinden. In diesem Moment löst sich die Lähmungsreaktion wieder und häufig reagieren die Menschen dann mit Weinen, Schreien, Schmerzempfindungen und Zusammenbrüchen. Wird das Erlebte nicht mehr vollständig wahrgenommen und kann nicht mehr genau wiedererinnert werden, dann spricht man von Fragment (vgl. Huber, Michaela 2007: 41ff).

Exkurs: Was passiert bei einem Trauma im Gehirn?

Das limbische System im Gehirn ist entscheidend bei der Erstbewältigung und späteren Erinnerung extrem stressreicher Ereignisse. Es dient der Verarbeitung von Emotionen und besteht aus der Amygdala, dem Hippocampus und dem Hypothalamus, wie die folgende Abbildung verdeutlicht.

Abbildung: Das limbische System

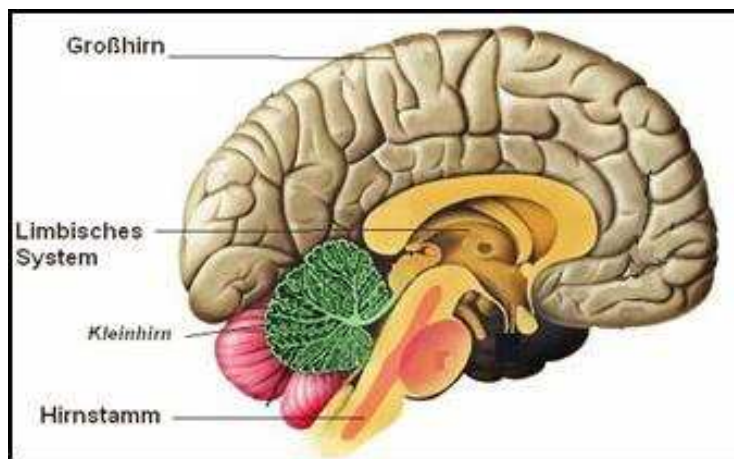


Bildquelle: <http://www2.uni-wuppertal.de>, zugegriffen am 12. Juni 2008

Das limbische System ist über den Hypothalamus mit dem darunterliegenden Stammhirn und über den Thalamus mit dem darüber liegenden Großhirn verknüpft. Es wird auch das „emotionale Gehirn“ genannt, das für die Ausschüttung von Endorphinen und körpereigenen Morphinen verantwortlich ist, und Prozesse, wie z.B. den Hormonhaushalt, Blutdruck, Herzfunktionen, Verdauung und das

Immunsystem, steuert. Es beeinflusst und bestimmt des Weiteren das Angriffs-, Abwehr-, Angst- und Sexualverhalten (vgl. F.A. Brockhaus 2001: 349). Alle Hirnregionen sind direkt mit dem limbischen System verschaltet (die rechte Gehirnhälfte allerdings stärker als die linke), wie die folgende Abbildung des Hirnstamms zeigt.

Abbildung: Der Hirnstamm



Bildquelle: <http://www2.uni-wuppertal.de>, zugegriffen am 12. Juni 2008

Der Hirnstamm verbindet das Gehirn mit dem Rückenmark. Hier laufen alle Informationen zusammen und überkreuzen sich im unteren Teil. Aufgrund dieser Überkreuzung wird die rechte Körperhälfte von der linken Gehirnhälfte gesteuert und umgekehrt. Der Hirnstamm ist für die allgemeinen Lebensfunktionen zuständig. Seine Strukturen kontrollieren die Herzfrequenz, den Blutdruck und die Atmung (vgl. <http://www.gesundheit.de/>, zugegriffen am 12. Juni 2008). Beim Hippocampus handelt es sich um das sogenannte „Archiv“ unseres Gedächtnisses. Es sorgt dafür, dass Menschen Ereignisse biografisch, episodisch und narrativ erinnern können. Das biografische Erinnern meint, dass Menschen sich genau daran erinnern können, was ihnen selbst geschehen ist (z.B. dass ihrem selbst ein Unfall passiert ist). Das episodische Erinnern bedeutet, dass Menschen Ereignisse zu bestimmten Zeiten zuordnen können (z.B. am Tag X ist der Unfall Y passiert); das narrative Erinnern bedeutet, dass Menschen über

Erinnerungen reden können und dabei nicht sprachlich blockiert sind. Die Amygdala ist wesentlich an der Entstehung von Angst beteiligt. Sie bestimmt, ob es zu einer Reaktion auf Stress kommt oder nicht (vgl. F.A. Brockhaus 2001: 34). Ist die Amygdala zerstört, führt dieses zum Verlust von Furcht- und Aggressionsempfinden und schließlich zum Zusammenbruch der lebenswichtigen Warn- und Abwehrreaktionen. Die unmittelbar körperlichen und seelischen Reaktionen werden aufgesplittet (Fragment) und es kommt häufig zu Entfremdungsgeschehen (z.B. kurzzeitiger Schmerzunempfindlichkeit oder emotionaler Taubheit). In traumatischen Situationen dominiert also die Amygdala kurzfristig. Die Funktionen des Hippocampus fallen dadurch teilweise aus und schalten sich ab, so dass häufig bewusste Erinnerungen an Ereignisse ganz oder teilweise fehlen (Freeze). Die Amygdala und der Hippocampus arbeiten parallel und schaffen es also nicht, gemeinsam die extremen Ereignisse innerpsychisch zu verarbeiten. Dieses führt dann am Ende zu traumatischen Reaktionen und anhaltenden Stressreaktionen (vgl. Huber, Michaela 2007: 46ff).

2.1.4 Klassifikationssysteme in der Traumatologie

Neurologen, Psychiater, Psychologen und Psychotherapeuten benutzen in ihrer Arbeit Klassifikationssysteme, die es ihnen ermöglichen, durch schnelles Nachschlagen in Untersuchungssituationen das Vorhandensein oder das Fehlen störungsspezifischer Symptome zu prüfen. Die Klassifikationssysteme dienen als Kriterienliste und als Richtlinie. Klare Beschreibungen dienen des Weiteren dazu, dass sich Kliniker und Forscher untereinander verständigen können. In Deutschland ist der ICD-10 das offiziell anerkannte diagnostische Klassifikationssystem. Der DSM-IV bzw. DSM-IV-TR wurde von der American Psychiatric Association (APA) entwickelt (siehe Punkt 3.).

In meiner Diplomarbeit gehe ich auf diese beiden Klassifikationssysteme ein, da sie für eine differenzierte Darstellung der Symptomatik und für die Diagnose von Störungen unerlässlich sind und beide in der heutigen Praxis Anwendung finden. Für die soziale Arbeit sind diese beiden Klassifikationssysteme ebenfalls von großer Bedeutung und finden in der Praxis immer mehr Anwendung. Die Zusammenarbeit mit Institutionen und Fachpersonen, wie z.B. mit Kliniken und Ärzten, ist dadurch beispielsweise erleichtert worden. Diese beiden Systeme werden u.a. in psychosozialen Beratungsstellen angewendet, da sie einheitliche und systematische Definitionen beinhalten. Das einheitliche Vokabular erreicht, dass u.a. die Diagnosen von Ärzten von Sozialarbeitern in der Praxis besser verstanden werden und schneller Möglichkeiten gefunden werden können, Beratungsziele und –inhalte zu erarbeiten.

Aus meiner eigenen Praxis kann ich berichten, dass wir uns innerhalb der Beratung mit der Symptomatik bestimmter Störungen in den Klassifikationssystemen vertraut gemacht haben. Wir konnten einige Symptome durch Beobachtungen bei einer Klientin feststellen. Über diese Beobachtungsinhalte und Vermutungen aus der Sicht der Beratung haben wir mit der Frau gesprochen und anschließend gemeinsam Rat bei Ärzten eingeholt. Mit ihnen führten wir einen transparenten Austausch. Die Frau wurde in einer psychiatrischen Klinik untergebracht und schließlich von Ärzten behandelt, die im Gegensatz zu uns Sozialarbeiterinnen eine genaue Diagnose erstellen und therapeutische Arbeit leisten können (siehe Punkt 10.3).

Wie bereits unter Punkt 2.1.2 und Punkt 2.1.3 beschrieben, möchte ich die traumatischen Störungen der Klassifikationssysteme ausführlicher und operationalisierter beschreiben, um einen Gesamtüberblick in der Terminologie zu ermöglichen. Beide Klassifikationssysteme verwenden ein Codierungssystem. Dieses beinhaltet jeweils diagnostische Codeziffern. Jede Codeziffer bezeichnet eine Störung und enthält jeweils dazu eine Kriterienliste. Der DSM-IV-TR hat zusätzlich die offiziellen

Codierungsziffern des ICD-10 mit in das Handbuch aufgenommen und in Klammern hinter die eigenen Codeziffern gesetzt.

2.1.4.1 Die Klassifikation der Traumatologie im ICD-10

Im ICD-10 wird die Psychotraumatologie den „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)“ zugeordnet. Die Störungen in diesem Kapitel sind abhängig von Faktoren wie z.B. einem außergewöhnlichen, belastenden Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion hervorruft bzw. eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat und schließlich eine Anpassungsstörung hervorruft. Der ICD-10 beschreibt, dass die aufgeführten Störungen des Kapitels F43 immer als direkte Folge der belastenden Ereignisse oder der andauernden, unangenehmen Situationen ausschlaggebend sind und auftreten. Ohne die Einwirkungen der unangenehmen Situationen würden diese Störungen nicht entstehen.

Als akute Belastungsstörung (F43.0) wird laut dem ICD-10 als eine „*vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche körperliche oder seelische Belastung entwickelt, und im allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt,*“ bezeichnet. „*Die individuelle Vulnerabilität (Verwundbarkeit) und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (Coping-Strategien) spielen beim Auftreten und beim Schweregrad der akuten Belastungsreaktion eine Rolle*“ (WHO 2005: 168).

Symptome der akuten Belastungsstörung beginnen häufig mit einer Art von Betäubung. Weitere Symptome sind z.B. das eingeeengte Bewusstsein, die eingeschränkte Aufmerksamkeit, Reize können nicht mehr verarbeitet werden und es kommt zu Desorientiertheit. Hinzu kommen Symptome wie z.B. Rückzug, Unruhe, Überaktivität, Flucht, Schwitzen, Erröten und Zeichen von panischer Angst. Die Symptome treten in der Regel innerhalb von Minuten nach dem belastenden

Lebensereignis auf und klingen innerhalb weniger Tage (2-3 Tage) bzw. innerhalb weniger Stunden wieder ab (vgl. WHO 2005: 168).

Die akute Belastungsstörung wird in der Literatur mit ABS abgekürzt. Sie stellt ein erhöhtes Risiko für die Ausbildung einer posttraumatischen Belastungsstörung dar.

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; PTB oder PTSD) wird wie bereits unter 2.1.2 definiert als *„eine verzögerte (...) Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz- oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“*, beschrieben (WHO 2005: 169).

Zu ihren Symptomen zählen das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Flashbacks), Gefühle von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, übermäßige Schreckhaftigkeit, Schlaflosigkeit, Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, sowie Furcht und Vermeidung von Stichworten und Gegebenheiten, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Des Weiteren kann es zu dramatischen akuten Ausbrüchen von Panik, Angst oder aggressiven Verhaltensweisen kommen, die ebenfalls durch ein plötzliches Erinnern oder Wiedererleben des Traumas oder der ursprünglichen Reaktion ausgelöst werden. Depressionen, übermäßiger Alkoholkonsum, Drogenmissbrauch und Suizidgedanken sind bei der PTBS nicht selten.

„Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen bis Monate dauern kann (doch selten mehr als 6 Monate nach dem Trauma). Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Bei wenigen Patienten nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf (...)“ (WHO 2005: 170).

Der ICD-10 ordnet die PTBS als eine „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ ein, wenn die Folgen noch nach Jahren auftreten und chronifiziert sind. Die PTBS gehört dann im ICD-10 zu der Codierungsziffer F62.0. Sie wird zu den andauernden Persönlichkeitsänderungen, nicht als Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns, klassifiziert.

2.1.4.2 Die Klassifikation der Traumatologie im DSM-IV-TR

Im DSM-IV und DSM-IV-TR werden die Traumata den Angststörungen zugeordnet.

Die akute Belastungsreaktion besitzt die Codierungsziffer 308.3 und enthält Kriterien wie z.B. die Konfrontation mit einem oder mehreren extrem belastenden Ereignissen, die den tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit am eigenen Leib oder von anderen Personen beinhaltet, sowie mit Reaktionen wie Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzten einhergeht. Personen, die an einer akuten Belastungsstörung leiden, weisen Symptome auf wie z.B. ein subjektives Gefühl der „Taubheit“, ein Losgelöstsein oder ein Fehlen emotionaler Reaktionsfähigkeit, ein deutlich vermindertes Interesse oder eine verminderte Teilnahme an Aktivitäten, Derealisationserleben (eine zeitweilige oder dauerhafte abnorme oder verfremdete Wahrnehmung der Umwelt), Depersonalisationsleben, dissoziative Amnesien (z.B. die Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern), Angst, Schlafstörungen, Reizbarkeit, Wutausbrüche, übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz), Konzentrationsschwierigkeiten, übertriebene Schreckreaktionen, motorische Unruhe, sowie Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Die betroffenen Personen weisen ein Gefühl einer eingeschränkten Zukunft auf. Sie erwarten z.B. nicht Karriere, Ehe, Kinder oder ein normales langes Leben zu haben. Sie erleben das traumatische Ereignis häufig auch erneut wieder, z.B. in Form von wiederkehrenden Bildern, Gedanken, Träumen, Illusionen und