

Hochschule Merseburg

Fachbereich Soziale Arbeit.Medien.Kultur

Studiengang Soziale Arbeit

Sommersemester 2022



Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts (B.A.)

Soziale Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen

Vorgelegt von

Vanessa Brunner

Erstgutachter: Prof. Dr. Christian Paulick

Zweitgutachter: Prof. Dr. Jens Borchert

Abgabedatum: 26.08.2022

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	2
2 Trauma	5
2.1 Definition und Traumareaktionen.....	5
2.2 Polyvagaltheorie nach Stephen W. Porges.....	6
2.3 Ursachen und Typen von Traumatisierungen	9
2.4 Schutz- und Risikofaktoren für Traumafolgestörungen	10
3 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung.....	12
3.1 Definition der komplexen PTBS.....	12
3.2 Symptome der komplexen PTBS.....	13
3.3 Heilung der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung.....	14
4 Soziale Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen	16
4.1 Abgrenzung Traumatherapie und Traumaberatung/-pädagogik.....	16
4.2 Arbeitsfelder und Aufgaben	17
4.3 Haltung der traumasensiblen Sozialarbeit	18
4.4 Prinzipien für die Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen	19
4.4.1 Psychodynamische Beziehungsgestaltung	20
4.4.2 Salutogenese und Ressourcenaktivierung	22
4.4.3 Beobachtende Haltung & Verbesserung der Selbstregulation	24
5 Fazit.....	28
6 Literaturverzeichnis.....	31

1 Einleitung

„Ich gucke nach dem Alltag, oder wir machen auch viel Beziehungsarbeit, wobei die Therapie an sich, also die Traumatherapie, das machen ja dann andere (...)“ (Schulze, 2017, S. 116). Diese Aussage stammt von Frau Burg – einer Sozialpädagogin, die im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig ist.

Etwa 30-60% aller Menschen sind in ihrem Leben mit einem oder mehreren traumatischen Erfahrungen konfrontiert. Nicht jede*r entwickelt jedoch eine sogenannte Traumafolgestörung (vgl. Scherwath/Friedrich, 2012, S. 10–11). Häufige Ursachen für diese sind z.B. Gewalterfahrungen, Vernachlässigung in der Kindheit, Kriegs- und Fluchterfahrungen aber auch die Zeugenschaft dieser Ereignisse (vgl. Schulze/Loch/Gahleitner, 2017, S. 12–19).

War das Thema früher eher ein rein psychologisch-psychotherapeutisches Fachgebiet, so zeigt sich heute, dass sich die Soziale Arbeit nicht mehr der Auseinandersetzung mit den Auswirkungen und dem Umgang mit Menschen, die von Traumafolgestörungen betroffen sind, entziehen kann (vgl. Scherwath/Friedrich, 2012, S. 10–11).

Vor allem in Arbeitsgebieten, wie beispielweise in Frauenhäusern, Inobhutnahmen oder Aufnahmestationen für Geflüchtete, in denen Menschen mit massiven Gewalterfahrungen zu den Klient*innen gehören, scheint die Beschäftigung mit dem Thema unausweichlich (vgl. Schulze/Loch/Gahleitner, 2017, S. 12–19). Nicht zuletzt auch, um das Risiko für Sekundärtraumatisierungen des Fachpersonals so gering wie möglich zu halten (vgl. Scherwath/Friedrich, 2012, S. 180–181).

Die Ausprägungen eventuell entstehender Traumafolgestörungen sind mannigfaltig. Häufig weisen Betroffene schwer nachvollziehbares Verhalten, wie nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten oder Abhängigkeiten auf (vgl. Biberacher, 2011, S. 412).

Dies stellt Helfende vor die ein oder andere Herausforderung im Berufsalltag. Die Ausprägung und Arten der Symptome übersteigt bei früh und mehrfach traumatisierten Personen häufig das Spektrum der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (vgl. Reddemann/Wöller, 2019, S. 6). Das ICD-11 führt künftig die Diagnose der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung in den Katalog mit ein. Diese ergänzt die klassische PTBS um weitere Symptombereiche (vgl. World Health Organization 05/2021, Code: 6B41).

Sozialarbeitende sind zwar häufig mit Betroffenen von (komplexen) Traumafolgestörungen konfrontiert und begleiten sie, jedoch rechnen sie sich selbst keinen wirklich relevanten Beitrag an der Bewältigung zu (vgl. Schulze, 2017, S. 115). Sie sehen sich als Alltagsbegleiter, ohne ihrer Arbeit wesentliche Bedeutung an der Genesung der Erkrankung beizumessen.

Es stellt sich die Frage, welchen Einfluss Soziale Arbeit in ihren Arbeitsfeldern im Vergleich zu psychotherapeutischen Ansätzen auf die Genesung von Traumafolgen hat. Aus diesem Grund soll sich die vorliegende Arbeit damit beschäftigen, welche Rolle die Soziale Arbeit im Umgang mit komplex traumatisierten Personen einnimmt. Diese soll mithilfe strukturierter Literaturanalyse bearbeitet werden.

Für eine genauere Betrachtung der Sozialen Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen bedarf es zunächst einer Einführung in die psychotraumatologischen Grundkenntnisse. Es soll geklärt werden, was unter dem Begriff „Trauma“ zu verstehen ist. Dabei muss auch auf psychosomatische Reaktionen auf traumatische Ereignisse eingegangen werden.

Auch neurophysiologische Grundlagen zum Verständnis der Stressreaktionen sind erforderlich. Hierbei soll auch eine Auseinandersetzung mit der Polyvagaltheorie nach PORGES stattfinden, da diese umfangreiche Veränderungen im Verständnis der Traumareaktionen brachte (vgl. van der Kolk, 2019, S. 95–96).

Um die Relevanz Sozialer Arbeit für Betroffene komplexer Traumafolgestörungen darzustellen, wird weiterhin ein Blick auf die Ursachen nötig. Daran lässt sich abschätzen, inwieweit Adressat*innen mit „einfach“ bzw. „komplex“ traumatisierten Menschen zu tun hat. Weiterhin sollen die Typisierungen von Traumatisierungen erläutert werden. Zum Abschluss des Kapitels erfolgt die Ausarbeitung von Schutz- und Risikofaktoren für die Ausbildung von Traumafolgestörungen.

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung als neue Diagnose im ICD-11 soll im Folgenden grundlegend betrachtet, sowie Ursachen und Symptombereiche ausgearbeitet werden. Zum Schluss dieses Kapitels erfolgt eine Betrachtung der Heilungsfaktoren sowie einer Darstellung des möglichen Therapieverlaufes.

Kern der vorliegenden Bachelorarbeit stellt Kapitel 4 dar. In diesem soll die Leitfrage der Arbeit beantwortet werden. Zunächst soll kurz und überblicksartig die Unterscheidung und Abgrenzung von Traumaberatung bzw. -pädagogik von der Traumatherapie erfolgen. Weiterhin sollen Arbeitsfelder und Aufgaben der Sozialen Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen erläutert werden.

Anschließend folgt die Betrachtung der traumasensiblen Haltung, derer sich Felder der Sozialen Arbeit bedienen. REDDEMANN UND WÖLLER stellen in ihrem Buch „Komplexe posttraumatische Belastungsstörung“ (2019) eine Behandlungsempfehlung dieser Erkrankung für Psychotherapeut*innen vor. Ziel der Arbeit ist es, ausgewählte Handlungsprinzipien der psychotherapeutischen Richtlinien auf die Soziale Arbeit zu übertragen und zu vertiefen. Betrachtet werden sollen hierbei die psychodynamische Beziehungsgestaltung, Salutogenese und Ressourcenaktivierung sowie beobachtende Haltung. Letztere soll zudem mit Aspekten der Selbstregulationsfähigkeit ergänzt werden.

2 Trauma

2.1 Definition und Traumareaktionen

Der Begriff „Trauma“ (altgriechisch für Verletzung oder Wunde) wird im Bereich der Psychologie im Falle einer Schädigung der menschlichen Psyche verwendet (vgl. Scherwath/Friedrich, 2012, S. 17). Traumatische Situationen beinhalten laut ICD-11 „the experience of a stressor of an extremely threatening or horrific nature“ (World Health Organization 05/2021).

FISCHER UND RIEDESSE (2020, S. 88) definieren die psychische Traumatisierung als „ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“. Hierbei wird deutlich, dass traumatische Ereignisse nur schwer objektiv definierbar sind. Stattdessen steht das subjektive Erleben der Person im Vordergrund.

Die hochgradig belastenden Ereignisse und Stressfaktoren führen zu einer Überforderung des Verarbeitungssystems des Gehirns (vgl. Huber, 2012, S. 37–38). In Extremsituationen aktivieren sich die entwicklungsgeschichtlich ältesten Areale unseres Gehirns: das Reptiliengehirn im Hirnstamm und das limbische System im Mittelhirn (vgl. van der Kolk, 2019, S. 70–72).

Identifizieren diese eine drohende Gefahr für den Organismus, so wird eine Kettenreaktion ausgelöst, welche dem Körper die Möglichkeit zu Kampf („Fight“) oder Flucht („Flight“) geben soll (vgl. ebd., S. 100). Diese Reaktion ist nicht bewusst steuerbar und fällt je nach Situation und Person unterschiedlich aus (vgl. Huber, 2012, S. 41–42).

HUBER (vgl. ebd., S. 37–38) prägte in diesem Zusammenhang das Bild der „traumatischen Zange“. Ist die Person in der Lage, mithilfe der bereitgestellten Energie die stressreiche Situation zu beenden, wird das Ereignis zwar möglicherweise als sehr belastend, jedoch nicht als traumatisch abgespeichert (vgl. ebd., S. 41). Bringen weder Kampf- noch Fluchtimpulse den nötigen Erfolg oder werden diese Optionen vom Überlebensinstinkt ausgeschlossen, schließt sich die Zange und der Mensch schaltet in eine Art Notzustand, welcher als „Einfrieren“ bzw. „Freeze“ beschrieben wird (vgl. ebd., S. 43).

Die Person kann der belastenden Situation nun nicht mehr entkommen und flüchtet sich nach innen, um sich vom Ereignis abzuspalten. Endorphine, welche als körpereigene Opioide bekannt sind, fluten den Organismus, sodass entstehende Schmerzen sowie die vorherrschende Todesangst betäubt werden. Gleichzeitig wird das Erlebnis vom Gehirn in Teile aufgespalten, was als Fragmentierung bezeichnet wird. Eine kohärente Erinnerung an das Ereignis ist dadurch nicht oder nur schwer möglich (vgl. Huber, 2012, S. 43). Dies wird auch peritraumatische Dissoziation genannt (Böttche, o.J.).

Als Dissoziation im Allgemeinen versteht die Psychotraumatologie den Prozess des Abspaltens. Dabei umfasst der Begriff eine Vielzahl an Symptomen, die in Verbindung mit Traumafolgestörungen auftreten (vgl. Weiß et al., 2014b, S. 13). Es können sowohl Gedächtnisfunktionen, Identitätsgefühl, Körperwahrnehmung sowie Emotionserleben von Störungen betroffen sein (vgl. ebd., S. 17–28).

Neben der Fight-Flight-Freeze Reaktion auf traumatische Ereignisse prägte WALKER (vgl. 2020, S. 21) den Begriff der Unterwerfung („Fawn response“) als vierte Überlebensstrategie, vor allem innerhalb traumatisierender Familienverhältnisse. Hinweise zu täter*innenloyalen und unterwürfigem Verhalten in traumatischen Situationen finden sich beispielsweise im sog. „Stockholm-Syndrom“, bei dem das Entstehen positiver Gefühle des Opfers gegenüber des Aggressors zu beobachten ist (vgl. Völker/Dahms, 2016, S. 193). Besänftigung des Aggressors durch Unterwürfigkeit kann in Situationen, in denen ein Entkommen der Situation nicht möglich ist, eine mögliche Überlebensstrategie darstellen (vgl. Cantor/Price, 2007, S. 380).

2.2 Polyvagaltheorie nach Stephen W. Porges

Die bereits beschriebenen Phänomene der Fight-Flight-Freeze-Fawn Reaktionen in traumatischen Situationen stützen sich auf komplexe neurophysiologische Mechanismen, die den Organismus in Notsituationen unterstützen und so das Leben der Person schützen sollen. Der amerikanische Wissenschaftler Stephen W. PORGES setzte sich als Student mit der Beobachtung der sog. Herzratenvariabilität (HRV) auseinander (vgl. Porges, 2017, S. 15). Diese gilt in der Medizin als Indikator für autonome Aktivierung und Stressanzeiger. Hat eine Person einen niedrigen HRV-Wert, so zeigt sich laut Studienlage u.a. ein erhöhtes Krankheits- und Sterberisiko (vgl. Weber et al., 2008).

PORGES stellte fest, dass eine verringerte HRV nicht nur ein Anzeichen für körperliche Stresszustände, sondern zudem auch für mentale Aktivierung ist. Er konzentrierte sich fortan auf die Frage, in welcher Beziehung diese mit der Regulation von Verhaltensweisen und Aufmerksamkeit steht. Schließlich stellte er seine Erkenntnisse in Form der Polyvagaltheorie vor (vgl. Porges, 2017, 15-17; 20). Diese ist bisher kaum wissenschaftlich widerlegt.

LIEM UND NEUHUBER (vgl. 2021, S. 37) weisen auf anatomische Inkorrektheiten von Porges Erläuterungen hin und kritisieren die Bezeichnung „polyvagal“ als irreführend. Grundsätzlich sei das Konzept aber plausibel und erscheine praxisrelevant. Weitere wissenschaftliche Auseinandersetzungen insbesondere zur Wirksamkeit von Therapiemethoden, die mit Porges Erkenntnissen arbeiten, sind deshalb dringend erforderlich. Erste Studien wie beispielsweise von BROM et al. (vgl. 2017, S. 309) weisen jedoch darauf hin, dass Somatic Experiencing (kurz: SE), welches sich der Elemente der Polyvagaltheorie bedient, bei Menschen mit posttraumatischer Belastungsstörung einen starken Effekt auf traumabezogene- und depressive Symptome hatte. Diese Wirkungen lassen sich jedoch nicht direkt auf die Polyvagaltheorie zurückführen.

Aufgrund der beschriebenen Praxisrelevanz, besonders im Umgang mit Traumatisierten, soll im Folgenden ein genauerer Einblick in grundlegende neurophysiologische Vorgänge sowie die Polyvagaltheorie gegeben werden.

Sämtliche Sinneswahrnehmungen gelangen zunächst in den Thalamus, in dem die eintreffenden Informationen zu einem aktuellen Erleben zusammengefasst werden. Anschließend erfolgt eine Weiterleitung an die Amygdala, die entscheidet, ob die eintreffenden Reize überlebenswichtig sind. Hierbei wird der Erlebnisspeicher der Person im Hippocampus mit einbezogen. Es erfolgt ein Abgleich mit früheren Situationen, die ähnliche Reize enthielten. Parallel dazu werden die Informationen auch an den präfrontalen Cortex weitergeleitet, in welchem eine Betrachtung der Ereignisse aus der Metaperspektive erfolgt und somit die Reflexion über diese möglich wird (vgl. van der Kolk, 2019, S. 75–77).

Die Polyvagaltheorie stützt sich auf die Annahme, das autonome Nervensystem besitze drei verschiedene Pfade bzw. Regulationszustände des Vagusnerven – ein Cranialnerv, der am Hirnstamm entspringt, sich durch den Großteil des Körpers zieht und so direkte Wirkung auf unsere Physiologie nimmt. PORGES (vgl. 2017, 32-33; 36; 38) unterscheidet hierbei zwischen der ventralen, der sympathischen und der dorsalen Aktivierung des Nervensystems.

Der vordere ventrale Ast des Vagusnerv steuert hierbei die Organe oberhalb des Zwerchfells (z.B. Muskeln des Mittelohres, Kehlkopf mit Stimmbändern, Gesichtsmuskeln). Die Aktivierung dieses Teils ermöglicht uns soziale Interaktion und wird deswegen auch System für soziales Engagement (SSE) genannt. Es ist dann aktiv, wenn das Nervensystem zu der Einschätzung gelangt, dass die Umgebung sicher ist (vgl. Porges, 2017, 10; 36-37; 47).

Die anhaltende Kontrolle der Sicherheit und das Suchen des Gehirns nach Gefahren oder Lebensbedrohungen bezeichnet Porges als Neurozeption (vgl. ebd., S. 22). Fühlt sich ein Mensch in seiner Umgebung sicher, so kann empathisch auf andere reagiert werden, der Puls und die Atmung verlangsamen sich und die Person fühlt sich entspannt oder angenehm aktiviert (vgl. van der Kolk, 2019, S. 100).

Identifiziert das Amygdala-Hippocampus-System eine potenziell bedrohliche Situation, so wird das autonome Nervensystem aktiv. Parallel kommt es über die Hypothalamus-Nebennieren-Achse zur Ausschüttung von Stresshormonen, wie Adrenalin und Cortisol. Der Körper macht sich reaktionsbereit und stellt dem Körper mehr Energie zur Verfügung, um Kämpfen oder Flüchten zu können (vgl. Huber, 2012, S. 44–45; van der Kolk, 2019, S. 77).

Dies wird durch den sympathischen Teil des autonomen Nervensystems initiiert. Der Körper entwickelt Bewegungsimpulse, wird unruhig, die Reaktion auf menschliche Stimme nimmt ab, wohingegen bedrohliche Geräusche verstärkt wahrgenommen werden. Die Muskeln werden stärker durchblutet, Atmung und Herzschlag beschleunigen sich (vgl. van der Kolk, 2019, S. 101–102).

Lässt sich die Bedrohung nicht abwenden, aktiviert sich der dorsale Ast des Vagusnerven als endgültige Reaktion auf lebensgefährliche Situationen und die Person erstarrt (vgl. Porges, 2017, S. 35–37). Der Herzschlag wird drastisch heruntergefahren, die Atmung verlangsamt sich ebenso (vgl. van der Kolk, 2019, S. 102).

Dadurch gelangt der Körper in einen Zustand der Immobilität. Diese ist hierbei zunächst tonisch, da der Körper nach wie vor mit Stresshormonen geflutet ist, die die Muskelspannung erhöhen. Dies geht mit intensivem Erleben von Angst einher und kann als Schreckstarre bzw. Erstarrung bezeichnet werden (vgl. Levine, 2011, S. 71–73; Baierl/Frey, 2016, S. 28).

Bei anhaltendem Gefühl von Überwältigung kommt es schließlich zum Kollaps des Systems und zum Erschlaffen der Muskulatur (vgl. Levine, 2011, S. 73). Dadurch verbraucht der Organismus wesentlich weniger Sauerstoff und spart so lebenswichtige Ressourcen ein (vgl. Porges, 2017, 35–37; van der Kolk, 2019, S. 102).

Durch die Ausschüttung von Beta-Endorphinen während der Stressreaktion werden eventuell auftretende Schmerzen gelindert. Das System befindet sich im Zustand der Dissoziation und spaltet sich von der Außenwelt ab (vgl. Fischer/Riedesser, 2020, S. 128). Traumata zeigen sich also nicht nur als rein psychologische Phänomene, sondern wirken in hohem Maße auf den Körper. Um dysregulierte Zustände zu verändern, reicht eine rein verbale Annäherung nicht aus. Für nachhaltige Verbesserungen traumabedingter Symptome müssen dementsprechend auch die entwicklungsgeschichtlich älteren Hirnareale angesprochen werden (vgl. van der Kolk, 2019, S. 243–247).

Porges Theorie lässt sich in der Praxis nutzen, um gemeinsam mit Klient*innen deren Sicherheitsgefühl und Fähigkeit zur Selbstregulation zu verbessern (vgl. Dana, 2020, S. 53). Sie macht traumabezogene Symptome und Probleme erklärbar und gibt Betroffenen die Möglichkeit, ihre scheinbar „verrückten“ Reaktionen in Alltagssituationen einzuordnen (vgl. Porges, 2017, S. 148).

2.3 Ursachen und Typen von Traumatisierungen

Traumatische Erfahrungen werden anhand verschiedener Kriterien eingeteilt. Hierbei unterscheidet man die Situationstypen „man-made disaster“ und „natural disaster“ (vgl. Eichenberg/Zimmermann, 2017, S. 14). Natürliche Katastrophen, wie beispielsweise Flutwellen betreffen hierbei häufig eine große Anzahl an Menschen, weshalb sie auch als „Kollektiverfahrungen“ bezeichnet werden (vgl. Gahleitner/Loch/Schulze, 2017, S. 7). Aber auch einzelne Ereignisse, wie beispielsweise Unfälle oder lebensbedrohliche Erkrankungen können damit beschrieben werden (vgl. Eichenberg/Zimmermann, 2017, S. 13-14).

Man-made disaster bezeichnen dagegen jegliche Formen von Traumatisierungen, die durch andere Menschen herbeigeführt wurden. Hierunter können u.a. sämtliche Formen zwischenmenschlicher Gewalt subsumiert werden (vgl. ebd.). Nicht zu vergessen ist aber auch das Erleben von emotionaler als auch körperlicher Vernachlässigung in der frühen Kindheit. Kleinkinder sind nicht in der Lage, sich selbstständig zu regulieren. Sie sind darauf angewiesen, von außen gespiegelt, beruhigt oder aktiviert zu werden (vgl. van der Kolk, 2019, S. 135–139).

Die (psychische) Abwesenheit von Bezugspersonen führt dazu, dass Kinder lernen, dass sie von außen keine Hilfe erwarten können. Auch dementsprechend kann eine traumabezogene Symptomatik ausgebildet werden (vgl. van der Kolk, 2019, S. 135–139).

TERR (vgl. 1991, S. 11) führte zudem die Zuordnungen Typ I und Typ II Traumata ein. Ein Typ I Trauma beschreibt einmalige Ereignisse, die in der Folge häufig mit Vermeidungsverhalten, Übererregbarkeit und Wiedererleben einhergehen. Weiterhin ist die Erinnerung an das Ereignis meist vollständig vorhanden und detailliert ausgeprägt (vgl. ebd., S. 14–15).

Bei Typ II Traumatisierungen handelt es sich hingegen um lang andauernde oder sich wiederholende Ereignisse, die in der Folge zu Verdrängung und Dissoziation (z.B. des emotionalen Erlebens), Täter*innenidentifikation und Selbstabwertung bzw. Selbstverletzung führen können (vgl. ebd., S. 15–18). Innerhalb der Tätigkeitsfelder Sozialer Arbeit sind vor allem Klient*innen mit Typ II Traumatisierungen vorzufinden. Diese waren oder sind von Formen zwischenmenschlicher Gewalt oder Folgen von soziopolitischen Traumata, z.B. durch Fluchterfahrungen aus Kriegsgebieten betroffen (vgl. Jegodtka et al., 2016, S. 57–58).

2.4 Schutz- und Risikofaktoren für Traumafolgestörungen

Wie bereits erwähnt, führt nicht allein das Erleben einer traumatischen Situation zur Ausbildung von Traumafolgestörungen. Neben der Art und der Dauer der Ereignisse, spielen weitere Faktoren eine Rolle.

Zu den Schutzfaktoren gehören beispielsweise sicheres Bindungsverhalten und verlässliche Bezugspersonen, soziale Förderung, überdurchschnittliche Intelligenz, Kreativität und Humor (vgl. Weiß, 2016, S. 45–46). Generell spielt soziale Eingebundenheit und Zugehörigkeit eine der wichtigsten Rollen bei der Bewältigung traumatischer Erlebnisse (vgl. Loch, 2017, S. 151–152). Die Anwesenheit einer oder mehrerer stabiler Bezugspersonen nach traumatischen Ereignissen führt zu einer Aktivierung von Selbstheilungsprozessen, welche die Wahrscheinlichkeit der Ausbildung einer Traumafolgestörung verringern (vgl. ebd.). Steht niemand dem Opfer unmittelbar nach der Tat bei bzw. wird mit der Person nicht über das Erlebte gesprochen, kommt es häufiger zu signifikanten Folgeerkrankungen (vgl. ebd.). Weiterhin können dysfunktionale Familienstrukturen und ein niedriger sozio-ökonomischer Status die Morbidität erhöhen (vgl. Huber, 2012, S. 83).

Auch können die genetische Disposition für psychische Erkrankungen bzw. das Vorliegen solcher und sekundäre Stressfaktoren (z.B. durch Umzüge, Schulwechsel oder bestehendes Bedrohungserleben durch Täter*innen) Risikofaktoren darstellen (vgl. Huber, 2012, S. 83). Besonders schwere Traumareaktionen sind bei sehr langandauernden und sich wiederholenden Ereignissen (Typ II) in frühen Lebensjahren zu erwarten, vor allem, wenn es sich bei diesen um das (Mit-) Erleben zwischenmenschlicher Gewalt handelt. Dabei treten Traumafolgestörungen häufiger auf, wenn es sich um einen nahestehenden Menschen handelte, welche*r sich übergriffig verhielt (vgl. ebd., S. 75).

So kann beim Erleben sexualisierter Gewalt in der Kindheit durch enge Bezugspersonen (z.B. einem Elternteil) anhand dieser Faktoren von einer hohen Wahrscheinlichkeit der Ausbildung langanhaltender und schwerwiegender Traumafolgestörungen ausgegangen werden.

Zusammenfassend zeigt sich, dass es sich bei traumatischen Reaktionen um hochkomplexe neurophysiologische Vorgänge handelt, die je nach Art, Dauer und Vorliegen von Risiko- bzw. Schutzfaktoren zur Ausbildung von Traumafolgestörungen führen können. Klient*innen in der Sozialen Arbeit sind oder waren oft traumatischen Situationen vom Typ II ausgesetzt, wie z.B. der Flucht vor Krieg, sexualisierte Gewalt in der Familie, Vernachlässigung etc. Vorhandene Risikofaktoren, wie beispielsweise prekäre Lebensverhältnisse mancher Adressat*innen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass diese im Laufe ihres Lebens von Traumafolgestörungen betroffen sein können. Die Profession der Sozialen Arbeit muss sich demnach mit diesem Thema auseinandersetzen.

3 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung

3.1 Definition der komplexen PTBS

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) ist als eine Reaktion auf schwere und langandauernde traumatische Ereignisse vom Typ II zu verstehen. In aller Regel handelt es sich um Erlebnisse von körperlicher, emotionaler, sexueller oder ritueller Gewalt schon in frühesten Kindheit (vgl. Reddemann/Wöller, 2019, S. 5–8; World Health Organization 05/2021, Code: 6B41).

Da diese meistens im familiären Umfeld der Person stattfinden, gibt es für die Betroffenen häufig keine oder nur sehr wenige verlässliche Bindungspersonen (vgl. Huber, 2011, S. 40). Viele entwickeln daraufhin einen desorganisierten Bindungsstil und weisen im Laufe ihres Lebens tiefgreifende Bindungsstörungen auf (vgl. Huber, 2012, S. 95).

Die durch die Gewalterlebnisse entstandene Erschütterung von Selbst- und Weltbild löst bei den Betroffenen ein dauerhaftes Erleben von Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühlen aus (vgl. Tripolt, 2016, S. 35). Besonders Kinder in den frühen Lebensjahren sind noch nicht in der Lage, Erfahrungen zu hinterfragen. In gewaltvollen Familienverhältnissen entstehen so schon früh starke negative Glaubenssätze über die eigene Person (vgl. van der Kolk, 2019, S. 156).

Bei der kPTBS handelt es sich um ein Konglomerat von Symptomen der klassischen PTBS und zusätzlichen Bereichen, welche im ICD-11 erstmalig als eigenständige Diagnose auftaucht (vgl. Reddemann/Wöller, 2019, S. 6).

Bisher müssen einzelne Krankheitszeichen, die mit der kPTBS einhergehen können als zusätzliche Erkrankungen codiert werden. In der Folge kann es in der Therapie zu einer Reduktion auf einzelne Symptombereiche kommen, obwohl es sich hierbei um Traumareaktionen handelt. Dies verlängert mitunter die Therapiedauer. Durch die Zusammenfassung zu einer einzelnen Diagnose können zudem auch die Änderungen in der Persönlichkeit traumatisierter Menschen (z.B. chronische Schuldgefühle und Selbstwertprobleme) als Kern der früheren Bindungstraumatisierung betrachtet und in die Therapie mit einbezogen werden (vgl. ebd., S. 5–8).

3.2 Symptome der komplexen PTBS

Aufgrund der aktuellen Übergangszeit zwischen dem Diagnosemanual des ICD-10 und des ICD-11 wurde in der vorliegenden Arbeit die Verwendung der Neufassung präferiert, da diese die komplexen PTBS erstmals als Diagnose mit aufnimmt. Zuvor stand diese nur als Arbeitsdiagnose zur Verfügung (vgl. Reddemann/Wöller, 2019, S. 19).

Nach HECKER UND MAERCKER (vgl. 2015, S. 549) führen Typ I Traumatisierungen häufiger zur Ausbildung einer PTBS während bei der kPTBS über längere Zeit andauernde Typ II Traumata vorliegen. Die Symptome und Störungsbereiche decken sich zwar mit denen der „einfachen“ PTBS, gehen jedoch weit über diese hinaus.

Die posttraumatische Belastungsstörung findet sich im ICD 11 (vgl. World Health Organization 05/2021) als 6B40 im Bereich „Disorders specifically associated with stress“ unter „06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders“. Die drei Kernsymptome beinhalten:

- Wiedererleben der traumatischen Situationen in Form von intrusiven Erinnerungen, z.B. Flashbacks oder Alpträume, mit denen überwältigende Emotionen und körperliche Empfindungen einhergehen
- Vermeidung von Gedanken und Erinnerungen an das/die Erlebnis/se oder das Vermeiden von Aktivitäten, Situationen oder Menschen, die damit in Verbindung stehen
- Anhaltende Übererregbarkeit und Schreckhaftigkeit, z.B. bei unerwarteten Geräuschen.

Für die Diagnosestellung müssen diese Symptome mindestens einige Wochen bestehen und das Leben in wichtigen Bereichen (z.B. beruflich und sozial) einschränken (vgl. World Health Organization 05/2021, Code: 6B40).

Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung weist neben den Symptomen der PTBS mindestens ein Krankheitszeichen aus den Bereichen Affekt, Selbstkonzept und interpersonelle Beziehungen auf (Reddemann/Wöller, 2019, S. 20). Es finden sich so beispielsweise affektive Einschränkungen bei der Emotionsregulation (z.B. durch Gewaltausbrüche oder selbstschädigendem Verhalten) und eine Tendenz zu Dissoziationen (vgl. ebd.). Diese chronifizierten Zustände zeigen sich beispielsweise in Form von Depersonalisation oder Derealisation (Entfremdungserleben von sich selbst bzw. der Umwelt). Auch die Ausbildung und unkontrollierte Wechsel von Persönlichkeitsanteilen sind möglich (vgl. Huber, 2011, S. 51).

Das negative Selbstkonzept von Menschen mit komplexer PTBS beinhaltet das andauernde innere Gefühl von Machtlosigkeit und Minderwertigkeit. Zudem neigen Betroffene zu ausgeprägten Schuld- und Schamgefühlen hinsichtlich ihrer eigenen Person oder gegenüber Vorkommnissen von außen (vgl. Reddemann/Wöller, 2019, S. 19). Häufig erleben sie durch ihre Störungen im affektiven Bereich (z.B. durch Wutausbrüche) immer wieder das Gefühl von Kontroll- und somit Machtverlust, wodurch die Trauma-Erfahrung immer wieder aktualisiert wird (vgl. Baierl, 2017, S. 80).

Im Bereich der interpersonellen Beziehungen zeigen sich Störung beim Eingehen bzw. Aufrechterhalten von emotionalen Beziehungen, sowie das Vermeiden oder verstärkte Suchen nach Nähe (vgl. Reddemann/Wöller, 2019, S. 20). Die verminderte Fähigkeit zur Selbstregulation kann hierbei z.B. häufiger Anlass für Konflikte sein. Weiterhin fördern das negative Selbstkonzept, Reinszenierungen und Wiedererleben traumatischer Inhalte immer wieder die Schematisierung der Welt als unsicheren Ort (vgl. Weiß, 2016, 57; 63-67).

3.3 Heilung der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung

Zu Behandlungsverlauf, -dauer und -erfolg von komplexen PTBS-Erkrankungen ist bisher noch wenig bekannt (vgl. Hecker/Maercker, 2015, S. 557). Für die Aufarbeitung von Traumafolgestörungen etablieren sich jedoch seit Jahrzehnten verschiedene Phasenmodelle der Traumatherapie, die an dieser Stelle nicht alle einzeln vorgestellt werden können. Der salutogenetische Ansatz wird inzwischen an vielen Stellen der Literatur aufgegriffen (vgl. bspw. Gahleitner/Loch/Schulze, 2017, S. 35–38; Reddemann/Wöller, 2019, S. 25–26), sodass er für ein grobes Konzept der Genesung von komplexen Traumafolgestörungen näher erläutert werden soll.

Die Phasen stellen lediglich eine grobe Richtlinie dar und sind keinesfalls starr aufeinanderfolgend. Sie wechseln sich ab, gehen fließend ineinander über und beeinflussen sich gegenseitig (vgl. Gahleitner/Loch/Schulze, 2017, S. 35).

In der Stabilisierungsphase gilt der Fokus der Erarbeitung und Nutzung von Ressourcen jeglicher Art. Dazu gehört u.a. auch das Erarbeiten des Gefühls von Sicherheit und die Stärkung Ichs, bspw. durch das Auseinandersetzen mit dem eigenen Selbstkonzept oder durch das Erlernen von Emotionsregulationsstrategien (vgl. ebd.; Reddemann/Wöller, 2019, S. 25–26).

Dafür notwendig ist der Aufbau einer stabilen und tragfähigen Beziehung zwischen Klient*in und Therapeut*in bzw. Sozialarbeiter*in. Stabilisierende Maßnahmen, sowie Beziehungsarbeit sind im Laufe der Genesung von Traumafolgestörungen immer wieder notwendig (vgl. Reddemann/Wöller, 2019, S. 25).

Nach ausreichender Stabilisierung folgt die Phase der Auseinandersetzung mit den traumatischen Inhalten bzw. der „Transformation“. Hierbei geht es um die vorsichtige Annäherung an die Erlebnisse und damit einhergehenden Gefühle und Erinnerungen (vgl. Gahleitner/Loch/Schulze, 2017, S. 35–36). Im therapeutischen Kontext werden hierzu meist konfrontative Elemente eingesetzt (vgl. Reddemann/Wöller, 2019, S. 26).

Die dritte und letzte Phase beschreibt die Reintegration. Hierbei stehen die Wiedereingliederung in das soziale Leben sowie die Stärkung der Selbstständigkeit im Vordergrund (vgl. ebd.). Es geht um die Verantwortungsübernahme für das eigene Leben und die Ausarbeitung und Verfeinerung von Interaktionsmustern zum Herstellen stabiler Beziehungen abseits des professionellen Hilfebereichs (vgl. Gahleitner/Loch/Schulze, 2017, S. 36).

Da komplexen Traumatisierungen meist im Zusammenhang mit Verrat und dem übergriffigen Verhalten von anderen Menschen, z.T. aus der eigenen Herkunftsfamilie, entstehen, wird gerade in der letzten Phase ein wesentlicher Teil an Trauerarbeit notwendig. Dabei geht es auch um die Akzeptanz der möglicherweise bleibenden Einschränkungen durch das Erlebte in gleichzeitiger Verbindung zu dem, was neu und anders ist, als Früher (vgl. Reddemann/Wöller, 2019, S. 78–79).

Für die Genesung einer komplexen PTBS braucht es demnach Sicherheit, die Fähigkeit zur Selbstregulation, stabile Beziehungen und Vertrauenspersonen, Annäherungsmöglichkeiten an die traumatischen Erlebnisse, sowie Förderung der Selbstständigkeit.

4 Soziale Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen

4.1 Abgrenzung Traumatherapie und Traumaberatung/-pädagogik

In den letzten Jahren positioniert sich Soziale Arbeit zunehmend zum Umgang mit traumatisierten Personen und plädiert für traumasensible Konzepte. Neben der Fachrichtung der Traumatherapie in psychotherapeutischen Kontexten etablieren sich immer öfter auch Traumaberatung und Traumapädagogik innerhalb sozialarbeiterischer Hilfeformen.

Wie auch beim Diskurs über den Unterschied zwischen Beratung und Therapie entstehen auch bei der Arbeit mit traumatisierten Personen Fragen über die Abgrenzungen zur Fachrichtung der Psychotherapie (vgl. Beushausen/Schäfer, 2021, S. 47–55). In dieser Arbeit kann hierbei nur eine übersichtsartige Darstellung des Problemfeldes erläutert werden, da es sich um ein eigenständiges hochkomplexes Thema handelt, das sich bis hin zu der eigentlichen Definition der Profession Sozialer Arbeit erstreckt.

Laut des Psychotherapeut*innengesetzes dient Psychotherapie der „(...) Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. (...)\", während „(...) Tätigkeiten, die nur die Aufarbeitung oder Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben (...)\", nicht zu diesem Tätigkeitsfeld gehören (§1, Abs. 2 PsychThG).

Während Traumatherapie innerhalb einer dyadischen Beziehungsform auf eine behutsame Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten abzielt, gestalten sich Traumapädagogik und -beratung als dynamische Fachrichtungen. Sie legen den Schwerpunkt auf ein stabiles Beziehungsnetzwerk und die Selbstheilungskräfte der Klient*innen, sowie die Förderung der Bindungsfähigkeit. Traumapädagogik richtet sich hierbei an Kinder und Jugendliche und Traumaberatung eher an Erwachsene (vgl. ebd., S. 75–77).

Traumapädagogik/ -beratung und Traumatherapie verfolgen ein gemeinsames Ziel: Klient*innen sollen in der Veränderung ihrer selbstdestruktiven Verhaltens- und Gedankenmuster, sowie Alltagsbewältigung unterstützt werden (vgl. Biberauer, 2011, S. 417). Dabei bedienen sich alle Fachdisziplinen ähnlicher Interventionen. Traumatherapie ergänzt sie mit Konfrontationsmethoden und aufdeckenden Techniken (vgl. ebd., S. 418).

Gerade bei der Arbeit mit Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen lässt sich daher feststellen, dass eine klare Trennung zwischen sozialarbeiterischen und psychotherapeutischen Bereichen zum einen kaum möglich ist. Die multiprofessionelle Arbeit ist zudem wesentlich für die Bewältigung der Erlebnisse (vgl. Purtscher-Penz, 2015, S.99). Benötigt wird dementsprechend keine Debatte über die Abgrenzung der Berufszweige voneinander, sondern über die sinnvolle Verbindung und Zusammenarbeit der professionellen Helfer*innen (vgl. Beushausen/Schäfer, 2021, S. 55).

4.2 Arbeitsfelder und Aufgaben

Menschen, die von Traumafolgestörungen betroffen sind, gehören zu den Adressat*innen vieler Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit (vgl. Scherwath/Friedrich, 2012, S. 11). Zu nennen sind hierbei z.B. ambulante und stationäre Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Beratungsstellen für von Gewalt betroffene Frauen sowie Frauenhäuser, Einrichtungen für geflüchtete Menschen oder Suchtberatungsstellen (vgl. Loch/Schulze, 2017, S. 54).

Bedenkt man die in Kapitel 2.4 genannten Risikofaktoren, sowie die in 3.1 beschriebenen Ursachen komplexer Traumatisierungen finden sich hier Parallelen zu Biografien von Klient*innen und den Einsatzfeldern Sozialer Arbeit.

Vor allem in betreuenden Tätigkeitsfeldern finden sich viele Menschen mit besonders frühen bzw. komplexen Traumatisierungen, bei denen konfrontative therapeutische Behandlungsmethoden z.T. kontraindiziert sind. Für die Soziale Arbeit gilt es daher traumasensible (Handlungs-) Räume zu schaffen, um auch Menschen zu erreichen, für die direkte Traumabearbeitungen nicht durchführbar sind (vgl. Gahleitner/Loch/Schulze, 2017, S. 36; Loch/Schulze, 2011, S. 388–396).

Dies trifft z.B. auf Personen zu, bei denen weiterhin Täter*innenkontakt besteht oder die nicht die nötige Stabilität für Erinnerungsarbeit erreichen können. In diesen Fällen ist häufig weitere Stabilisierung und ggf. auch medikamentöse Unterstützung indiziert (vgl. Reddemann/Wöller, 2019, S. 26).

Weiterhin sind nicht alle psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Bereiche auf die multidimensionalen Problematiken mancher Adressat*innen (bspw. durch die Kombination mit geistigen oder körperlichen Behinderungen) eingestellt, sodass Betroffene auf die Hilfe von Sozialarbeitenden angewiesen sind (Scherwath/Friedrich, 2012, S. 12).

Sozialarbeitende können durch die Schaffung sicherer Orte und Stabilisierungsarbeit wichtige Grundlagen für psychotherapeutische Behandlungen legen, sowie Wartezeiten aufgrund der bestehenden Mangellage an Therapieplätzen sinnvoll überbrücken (vgl. Scherwath/Friedrich, 2012, S. 12). Konkret können komplex traumatisierte Menschen u.a. in folgenden Bereichen unterstützt werden (vgl. Bai-erl, 2017, S. 72–87; Scherwath/Friedrich, 2012, 93; 117; 126).:

- Psychoedukation und Biografiearbeit
- Stärkung der Bindungs- und Beziehungsfähigkeit
- Herstellen von innerer und äußerer Sicherheit (z.B. Rechtshilfe; Routinen und Strukturierung des Alltags, Begleitung zu Behörden und Ärzt*innen)
- Etablieren und Fördern selbstregulatorischer Fähigkeiten zum Umgang mit traumbezogenen Symptomen
- Arbeit mit inneren Anteilen (Ego-State-Ansätze)
- Ressourcenarbeit

4.3 Haltung der traumasensiblen Sozialarbeit

Ein Großteil der aktuell vorhandenen Literatur widmet sich der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in Form der Traumapädagogik. Bei komplexen Traumafolgestörungen handelt es sich meist um schwere seelische Verletzungen in der Kindheit, die sich bis in das Erwachsenenalter auswirken. In dieser Arbeit wird deshalb nicht explizit zwischen traumapädagogischen und -beraterischen Methoden oder Haltungen unterschieden, da sich der grundsätzliche Umgang mit den Betroffenen kaum unterscheidet. Es muss höchstens eine methodische Anpassung an die Altersgruppe stattfinden.

Zur Aufarbeitung von komplexen Traumafolgestörungen gehört mehr als die reine therapeutische Auseinandersetzung mit den Inhalten der Traumatisierungen. Auch ist Heilung nicht allein von psychiatrisch-psychotherapeutischer sowie ärztlicher Unterstützung abhängig (vgl. Weiß, 2013, S. 14).

PERRY UND SZALAVITZ (2014, S. 290) stellen treffend fest, dass für die Genesung von Traumata „das Wiederherstellen von Vertrauen, das Wiedererlangen von Zuversicht, die Rückkehr zu einem Gefühl von Sicherheit und die Wiederverbindung mit der Liebe“ nötig ist. Hierfür braucht es neben einem multiprofessionellen Therapieansatz vor allem auch die Unterstützung der Gesellschaft (vgl. Gahleitner/Frank/Leitner, 2015, S. 9).

Traumafensible Soziale Arbeit stützt sich auf die Grundpfeiler von Respekt, Verständnis und Bereitschaft zur Beziehung, die dazu beitragen sollen, ein Umfeld zu schaffen, in dem die Heilung vom Schrecken der Kindheit möglich ist und neue Erfahrungen gemacht werden können. Um diese sichere Umgebung erschaffen zu können, braucht es dabei weniger Umsetzung konkreter Techniken oder Methoden, als vielmehr eine bestimmte Haltung den Klient*innen gegenüber (vgl. Weiß, 2016, S. 92).

Nach WEIß (2016, S. 92) stützt sich diese auf folgende Grundannahmen:

- „Ihre [gemeint sind Mädchen und Jungen, die von Traumafolgestörungen betroffen sind] Verhaltensweisen sind normale Reaktionen auf eine extreme Stressbelastung.
- Sie haben für ihre Vorannahmen, Reaktionen und Verhaltensweisen einen guten Grund.
- Sie haben in ihrem Leben bislang viel überstanden und geleistet.
- Wir [gemeint sind die (sozial-)pädagogischen Fachkräfte] unterstützen sie bei der Entwicklung eines guten Lebens.
- Wir stellen unser Fachwissen zur Verfügung (Profis), sie sind die Experten für ihr Leben.“

Diese Haltung findet auch in der Arbeit mit Erwachsenen Anwendung und ist u.a. geprägt von Ressourcenorientierung, Wertschätzung, Resilienzförderung, Lebensweltorientierung und Empowerment. Wesentliche Voraussetzung in der Zusammenarbeit ist die Schaffung einer stabilen Vertrauensbasis und eines sicheren Ortes (vgl. Beushausen/Schäfer, 2021, S. 82-107; 120).

4.4 Prinzipien für die Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen

CLOITRE et al. (vgl. 2012, S. 2) erarbeiteten in der „Complex Trauma Task Force“ innerhalb der International Society of Traumatic Stress Studies (ISTSS) eine Behandlungsempfehlung für komplex traumatisierte Personen. REDDEMANN UND WÖLLER ergänzten die Leitlinien mit einem psychodynamischen Grundverständnis und erarbeiteten allgemeine therapeutische Prinzipien für die Arbeit mit Betroffenen (vgl. Reddemann/Wöller, 2019, S. 24).

Diese sind:

- „psychodynamisches Beziehungsverständnis
- Phasenorientierung
- Förderung salutogenetischer Faktoren und Ressourcenaktivierung
- keine Förderung der Entfaltung der Pathologie in der therapeutischen Beziehung
- Stellenwert von Imaginationen
- Beobachtende Haltung
- Strukturbezogene Interventionen
- Ego-State Arbeit“. (Reddemann/Wöller, 2019)

Die Phasenorientierung bezieht sich dabei auf das im Kapitel 3.3 beschriebene salutogenetische Behandlungskonzept von Menschen mit Traumafolgestörungen. Hier erfolgt eine Einteilung in Stabilisierung, Bearbeitung und Auseinandersetzung mit den traumatischen Inhalten und Integration (vgl. Cloitre et al., 2012, S. 5–9). Da die Phasen mit dem bereits erläuterten Vorgehen annähernd übereinstimmen, werden sie an dieser Stelle nicht noch einmal genauer ausgeführt. Im Folgenden soll sich stattdessen auf die genauere Auseinandersetzung mit dem psychodynamischen Beziehungsverständnis, der Ressourcenaktivierung und Salutogenese sowie dem Erlernen einer beobachtenden Haltung zur Förderung der Selbstregulation konzentriert werden, da hier die höchste Literaturdichte vorhanden ist.

4.4.1 Psychodynamische Beziehungsgestaltung

Positive Bindungserfahrungen gelten als der wohl wichtigste Faktor für die Aufarbeitung von Traumata (vgl. Weiß, 2013, S. 16). Menschen, die von komplexen Traumafolgestörungen betroffen sind, sind in einem unsicheren Umfeld aufgewachsen. Ihr inneres Erleben wird oft durch Flashbacks, Albträume, schwer regulierbare Emotionsausbrüche, Selbstabwertung o.Ä. bedroht. Diese lassen das Trauma immer wieder aufleben. Weiterhin finden sich häufig auch tiefgreifende Bindungsstörungen, sodass zunächst grundlegende neurologische Ebenen für Sicherheit in Beziehungen gelegt werden müssen (vgl. Huber, 2012, S. 95).

Ein wichtiger Faktor hierfür ist der Aspekt der Reziprozität: Mit anderen in Kontakt sein und sich von ihnen wirklich gesehen und gehört fühlen (vgl. van der Kolk, 2019, S. 97). Im Fokus der Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen sollte deshalb der Aufbau und Erhalt einer haltgebenden Beziehung stehen (vgl. Reddemann/Wöller, 2019, S. 25).

Dies gelingt durch Kontinuität und Wiederholbarkeit von Erfahrungen, sowie unmittelbarer Wahrnehmung, korrekter Interpretation und Reflexion von Ausdruck und Verhalten der Klient*innen (vgl. Brisch, 2013, S. 163). Gleichzeitig muss eine hohe Aufmerksamkeit für auftretende Übertragungen und Reinszenierungen traumatischer Inhalte vorhanden sein (vgl. Reddemann/Wöller, 2019, S. 25). Diese Aktualisierungen der Erfahrungen in der Gegenwart durch unbewusste Gedankenmuster und Verhaltensstrategien sind häufig ein typisches Zeichen dafür, dass Betroffene anfangen, sich in einer Beziehung sicher zu fühlen. Sie vertrauen darauf, dass die neue Bindungsperson mit der Reinszenierung umgehen kann und keine Wiederholung der Situationen von früher stattfinden lässt (vgl. Brisch, 2013, S. 163–164).

Sozialarbeiter*innen sollten als kontinuierliche Bezugs- und Ansprechpartner*innen zur Verfügung stehen (vgl. Weiß, 2016, S. 112–115). Dies beinhaltet u.a., dass Erzählungen über die traumatischen Inhalte ermöglicht und ausgehalten werden. Weiterhin gehört dazu, Kontrollverlusten (z.B. in Form von Wutausbrüchen) der Klient*innen sicher zu begegnen und diese zu halten, ohne dabei aus der gemeinsamen Beziehung zu treten (vgl. Baierl, 2017, S. 80–84).

Um dies gewährleisten zu können und dem Gegenüber die Möglichkeit zur Selbstverständnis zu geben, ist die These des guten Grundes für scheinbar unpassende Verhaltensweisen essenziell (vgl. Weiß, 2016, S. 123). Gemeint ist dabei, dass z.B. bei selbst- und fremdgefährdendem Verhalten immer davon auszugehen ist, dass es sich um Überlebensstrategien für das frühere traumatisierende Umfeld handelt (vgl. ebd.).

Diese können gemeinsam mit den Betroffenen, z.B. durch die Frage „Du tust das, weil?“ erkundet werden, um so ein tiefergehendes Verständnis der eigenen Geschichte und das Gefühl von Selbstkontrolle zu erlangen, ohne Schuldgefühle hervorzurufen. Durch die Würdigung der Überlebensleistung kann im Anschluss geschaut werden, ob das Verhalten noch dienlich ist, oder welche Alternativen es gibt, die ausprobiert werden können (vgl. ebd., S. 123–124). Erfahren Klient*innen langfristig sichere und verlässliche Co-Regulation durch eine Bezugsperson, so verbessert sich mit der Zeit die Fähigkeit zur Selbstregulation (vgl. Dana, 2020, S. 20–21).

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, braucht es neben fundierten Fachkenntnissen in der Psychotraumatologie, die Authentizität des Sozialarbeitenden, sowie ein sicheres Rollenverständnis. So können auch Rettungsimpulse und blinder Aktionismus den Klient*innen gegenüber verhindert werden (vgl. Baierl et al., 2017, S. 60–61).

Sehr häufig tauchen in der Arbeit mit traumatisierten Personen Gefühle wie Hilflosigkeit, Ohnmacht, Wut und Hass, Einsamkeit, Verwirrung, sowie Wünsche nach Verschmelzung auf. BAIERL et al. betonen, dass die eigene bewusste Auseinandersetzung mit diesen Emotionen für die Arbeit mit traumatisierten Klient*innen unerlässlich ist (vgl. 2017, S. 61).

Um dies erkennen zu können, ist eine innere und äußere Präsenz des*der Sozialarbeiter*in erforderlich (vgl. Baierl, 2017, S. 78–79). Mit Bezug auf die Polyvagalthorie bedeutet dies, dass Helfende „(...) sich mit ihrem ganzen Sein in ihre Arbeit einbringen (...)“, Klient*innen mit Offenheit begegnen und mit diesen im Hier und Jetzt eingestimmt sind (Porges, 2017, S. 189).

Nur wenn sich die helfende Person im Zustand des sozialen Engagements befindet, ist eine erfolgreiche Co-Regulation des traumatisierten Nervensystems möglich (vgl. Dana, 2020, S. 20–21). Dafür ist der Kontakt zum eigenen gesunden Selbst, Bewusstsein über die eigenen Verletzungen, Erweiterung der eigenen Wahrnehmung und die Absicht des Beistehens des*der Klient*in in seinem*ihrem Heilungsweg erforderlich (vgl. Porges, 2017, S. 192).

4.4.2 Salutogenese und Ressourcenaktivierung

In den verschiedenen Professionen, die Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen begleiten, besteht Einigkeit darüber, dass Stabilisierung im Alltag neben den sicheren sozialen Beziehungen der wichtigste Kernfaktor für die Heilung ist (vgl. Schulze, 2017, S. 120).

Betroffene weisen trotz oder vielleicht auch gerade wegen ihrer schrecklichen Erlebnisse einen hohen Grad an Resilienz auf. Eine Anerkennung dessen, was gut ist, ist in der Arbeit mit Betroffenen genauso gefordert, wie diejenigen Erfahrungen, die schlimm waren (vgl. Baierl, 2017, S. 82).

Ein wichtiger Aspekt ist deshalb die Förderung der Gesundheit durch das Aktivieren bzw. Schaffen von erlebbaren inneren wie auch äußeren Ressourcen. Hierbei kreiert die Soziale Arbeit im Gegensatz zur Therapie einen Raum mitten im Leben der Klient*innen, welcher nicht ausschließlich in einem zeitlich und thematisch abgegrenzten Setting hinter geschlossenen Türen stattfindet (vgl. Schulze, 2017, S. 120). Sie nutzt dabei das Veränderungs- und Stabilisierungspotential alltäglicher Prozesse von Sozialität auch zwischen Klient*innen beispielsweise im (teil-) stationären Setting durch Gruppenarbeit und der Integration in eine Gemeinschaft (vgl. ebd., S. 116–119).

Durch die Schaffung von Routinen, sowie einer haltgebenden Beziehung bekommen betroffene Personen fachbezogene und reflektierte Zuwendung, die das Gefühl von Sicherheit fördern (vgl. ebd., 119-120; 132-133). Die Würdigung der Überlebensleistung und Vertrauen in die Ressourcen und Fähigkeiten der Klient*innen, ermöglicht traumasensibler Sozialer Arbeit die Chance zur Stärkung der Selbstwirksamkeit der Klient*innen (vgl. ebd., S. 126–128).

Bei Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen liegt ein negatives Selbstkonzept vor, das in der Folge zu Verhaltensstrategien führt, die im Alltag einschränken bzw. für Dritte nicht nachvollziehbar sind oder gar als störend empfunden werden (vgl. Weiß, 2016, S. 120). WEIß prägte daher das Konzept der Selbstbemächtigung über die Stärkung von Selbstverstehen, -wahrnehmung, -regulation und -wirksamkeit. Es geht darum, Betroffenen das nötige psychotraumatologische Wissen in Form angemessener Psychoedukation zu vermitteln, um abweichendes Verhalten reflektierbar und erklärbar zu machen (vgl. ebd., S. 125–126).

Durch das Erlernen von Emotionsregulationsstrategien und dem Wahrnehmen von z.B. Gefühlen, Gedankengängen und Körperreaktionen kann die Fähigkeit der Selbstregulation gestärkt werden (vgl. ebd., S. 126–130).

Erleben Klient*innen, dass sie für sich selbst sorgen und auf sich und ihre Umwelt einwirken können entsteht ein starkes Gegengewicht zu den Ohnmachtserfahrungen der Vergangenheit. Sie fühlen sich selbstwirksam (vgl. ebd., S. 133). Weiterhin schafft Transparenz (z.B. über Prozesse innerhalb der Institution) die Möglichkeit der Partizipation und erzeugt dadurch Sicherheit (vgl. ebd., S. 134–135).

Zur Förderung der Gesundheit und Ressourcen ist neben dem Erlernen von z.B. imaginativen Fähigkeiten zur Distanzierung bei Flashbacks und Dissoziationen oder Selbsttröstungstechniken auch die körperliche Stabilität zu beachten. Aufgabe der Sozialen Arbeit kann es u.a. sein, gesunde Ernährung und Bewegung anzuleiten, sowie mit Klient*innen Strategien für schlafbezogene Probleme zu entwickeln (vgl. Baierl, 2017, S. 81).

Durch das Erarbeiten und Stärken von sozialen Kompetenzen (z.B. Problemlösefähigkeit, Umgang mit Konflikten) können in Gruppenkontexten zudem auch weitere Ressourcen entdeckt werden (vgl. ebd., S. 83; Schulze, 2017, S. 118).

Da Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen häufig wenig Freude am Leben empfinden, sollte die Schaffung von Momenten, die Lebensfreude und Lebendigkeit aktivieren können, im Vordergrund stehen (vgl. Baierl, 2017, S. 83). Humor und Kreativität können dabei helfen, emotionale Zustände und Erstarrungen zu lösen, ohne die schrecklichen Erlebnisse zu verharmlosen (vgl. Baierl et al., 2017, 60–61; 83).

4.4.3 Beobachtende Haltung & Verbesserung der Selbstregulation

Wichtige Voraussetzung für die Regulation von Gefühlszuständen und Traumasymptomen ist die Fähigkeit zur achtsamen Selbstbeobachtung (vgl. Reddemann/Wöller, 2019, S. 29–30). Um auch in schwierigen Situationen (z.B. bei Konfrontation mit Triggern) handlungsfähig zu bleiben, ist es nötig, auch schwache körperbezogene Gefühle wahrzunehmen. Dies wird als Interozeption bezeichnet (vgl. van der Kolk, 2019, S. 117). Für die Genesung von komplexen Traumafolgestörungen ist diese Fähigkeit demnach primär förderungswürdig.

Betroffene fühlen sich in ihrem Körper meistens unwohl und werden von Emotionen überflutet. Sie haben Angst vor ihrem inneren Erleben und neigen dazu, sich von ihrem Erleben abzuschneiden. Notwendig ist es daher, dass diese Menschen lernen, sich wieder auf die Vorgänge in ihrem Körper zu fokussieren und sich bewusst zu halten, dass diese Zustände nicht von Dauer sind (vgl. ebd., 118; 249). Weiterhin gilt es, sie darin zu bestärken, dass vieles an ihrem Gefühlserleben normal ist. Es geht darum, Veränderungen wahrzunehmen, zu erkennen und zuzulassen (vgl. Baierl, 2017, S. 81).

Hierbei benötigen Betroffene häufig Unterstützung, da sie meist nur einzelne Emotionen voneinander unterscheiden können oder nur verschiedene Spannungszustände des Körpers kenne (vgl. Reddemann/ Wöller, 2019, S. 48). Um ihnen einen Zugang zu ermöglichen kann ein Wortschatz für Körperempfindungen zur Verfügung gestellt werden (z.B. „kalt/warm“, „hart/ weich“, „leicht/schwer“) (vgl. Weiß et al., 2014, S. 125).

Da Menschen mit komplexer PTBS häufig von übermächtigen Gefühlen geflutet werden, die zu Kontrollverlusten führen, erleben sie die traumaassoziierte Ohnmacht regelmäßig wieder. Zur Regulation starker Emotionen können Sozialarbeitenden mit den Klient*innen z.B. Techniken zur Distanzierung, Selbstberuhigung und Externalisierung erarbeiten und an die jeweiligen Bedürfnisse anpassen (vgl. Baierl, 2017, S. 80–81).

Eine Möglichkeit der Distanzierung bspw. bei intrusiven Symptomen ist das Implementieren einer inneren beobachtenden Instanz. Diese kann über Imaginations-techniken entdeckt und gestärkt werden. Die Fähigkeit, sich in triggernden Situationen bewusst vom eigenen Erleben abzuspalten und die Geschehnisse von außen zu betrachten, ermöglicht ihnen eine räumliche, manchmal auch zeitliche Distanz von überwältigenden Gefühlen (vgl. Reddemann/Wöller, 2019, S. 29–30). Die so-wieso meist vorhandene Fähigkeit zur Dissoziation wird so zur Ressource in der Traumabewältigung.

Durch das Einüben von Selbstwahrnehmung und -beobachtung ergibt sich im weiteren Verlauf die Möglichkeit zur Selbstregulation (vgl. Weiß, 2016, S. 126–129). Das BASIC-Modell nach DANA (vgl. 2020, S. 49) bietet hierbei einen körper- und ebenfalls phasenorientierten Rahmen, welche mit Erkenntnissen der Polyvagaltheorie arbeitet. Die Schritte des Konzeptes dienen der Entwicklung autonom-regulatorischer Fertigkeiten des Nervensystems, um so die Reaktionsflexibilität und die Resilienz von Klient*innen zu verbessern (vgl. ebd.).

Der Aufbau ist als linear zu verstehen, jedoch ist es manchmal erforderlich, andere Dinge vorweg zu nehmen (vgl. ebd., S. 52) „BASIC“ bezeichnet dabei die Schritte **B**efriending, **A**ttending, **S**haping, **I**ntegrate und **C**onnect (vgl. ebd., S. 50). Im ersten Schritt, dem „Befriending“, geht es um die Fähigkeit, den aktuellen autonomen Zustand über das Körpergefühl zu erkennen und sich z.B. mittels kreativer Techniken mit diesem vertraut zu machen (vgl. ebd., 50; 56-76).

Durch angemessene Psychoedukation können Sozialarbeitende Klient*innen bspw. das Konzept der Polyvagaltheorie erläutern und mit ihnen gemeinsam passende Wörter finden, die die verschiedenen Körperempfindungen, Gefühle und Gedanken in den Aktivierungszuständen beschreiben (vgl. Dana, 2020, S. 57). Durch das Einordnen kann zudem eine Distanz geschaffen und die Handlungsfähigkeit der Personen verbessert werden (vgl. Scherwath/Friedrich, 2012, S. 119). Weiterhin kann hierzu auch das gemeinsame Erforschen von Triggern, die Traumasymptome auslösen (z.B. in Form eines Triggertagebuchs), gehören (vgl. ebd., S. 145).

Im zweiten Schritt („Attending“) geht es darum, die autonomen Zustände und deren Wechsel zu erkennen und genauer zu erforschen (vgl. Dana, 2020, S. 50). Es gilt zu lernen, den aktuell bestehenden Zustand des Nervensystems über bestimmte Techniken zu verändern und die Fähigkeit der Verankerung im ventralen Aktivierungsbereich zu stärken („Shaping“) (vgl. ebd.).

Hierbei kann die Soziale Arbeit Klient*innen Regulationstechniken (z.B. Entspannungsübungen) näherbringen und diese gemeinsam mit ihnen üben (vgl. Baierl, 2017, S. 81). Gerade bei hochdissoziativen Betroffenen gilt es, dabei auch kreativ zu werden. So beschreibt RAHM (vgl. 2019, S. 127), wie sie mit einer komplex traumatisierten Frau begann, Kraniche zu falten, um sie aus hochaktivierten Bereichen zurück zu regulieren.

„Integrating“ meint, die Aufmerksamkeit auf die neu entstandenen autonomen Muster und Resilienzen zu legen, sowie Reaktionsstrategien für Herausforderungen im Alltag zu erarbeiten. Dies kostet sehr viel Zeit und muss lebenslang weiterverfolgt werden (vgl. Dana, 2020, 50; 155). Das Erarbeiten und Einüben von Konflikt- und Stressbewältigungsstrategien mit den Klient*innen stellen hier eine wesentliche Aufgabe der Sozialen Arbeit dar, die z.B. in deren gruppenbezogenen Bereichen (wie stationären Wohnformen) generell im Alltag gefordert sind (vgl. Baierl, 2017, S. 81–82)

Die letzte Phase beschreibt „Connect“, also die Fähigkeit sichere und stabile Verbindungen zu anderen Menschen herstellen und halten zu können. Dies gelingt vor allem durch die zuvor erlernte Möglichkeit der Selbstregulation (vgl. Dana, 2020, S. 51). Auch hier kann Soziale Arbeit komplex traumatisierten Menschen durch die Kreierung eines sicheren Ortes in Gruppenkontexten, das Erleben neuer Bindungen und Beziehungen ermöglichen (vgl. Baierl, 2017, S. 83–84).

Durch schrittweise Reintegration in den Alltag z.B. durch Rückkehr zu Schule und Beruf, sowie Förderung der Normalität in einer lebensfreundlichen Atmosphäre, die auch die Überlebensleistungen würdigt, können Sozialarbeitende einen wichtigen Beitrag für die Neuorientierung ins Leben leisten (vgl. Baierl, 2017, S. 83–84).

Zusammenfassend zeigt sich, dass die von REDDEMANN UND WÖLLER vorgestellten Prinzipien zur Begleitung von komplexen traumatisierten Menschen auch in der Sozialen Arbeit umsetzbar sind. In Kombination mit einer traumasensiblen Haltung können Sozialarbeitende einen stabilisierenden und integrationsfördernden Beitrag für Betroffene leisten.

5 Fazit

In der vorliegenden Arbeit sollte der Frage nachgegangen werden, welche Rolle die Soziale Arbeit bei der Begleitung von Menschen mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung spielt.

Hierzu erfolgte zunächst eine grundlegende Betrachtung des Trauma-Begriffs und der neurophysiologischen Vorgänge in Anlehnung an die Polyvagaltheorie nach PORGES. Dabei zeigte sich die Komplexität von Reaktionen auf stressreiche Ereignisse, sowie die subjektive Komponente von Belastungserfahrungen. Festzuhalten gilt, dass Traumafolgestörungen als psychosomatische Erscheinungen zu verstehen sind, die immer auch das Einbeziehen der Körperebene benötigen.

Es folgten Ausführungen über verschiedene Ursachen für die Ausbildung von Traumafolgestörungen, sowie deren Typen. Unterschieden wird dabei zwischen „natural disaster“ und „man-made-disaster“, sowie Typ I und Typ II Traumatisierungen nach TERR. Während erstere einmalige traumatische Ereignisse bezeichnen, sind letztere langfristige und sich wiederholende Erlebnisse. Bei Adressat*innen der Sozialen Arbeit finden sich häufig Typ II Traumatisierungen vor.

Soziale Eingebundenheit stellte sich als wesentlicher Faktor zur Bewältigung als auch Schutzfaktor vor der Ausbildung von Traumafolgestörungen dar. Klient*innen Sozialer Arbeit weisen jedoch Risikofaktoren, wie beispielsweise niedriger sozioökonomischer Status und dysfunktionale Familienverhältnisse auf.

In Kapitel 3 folgte die Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung als neu inkludierte Diagnose im ICD-11. Diese ergibt sich aus langandauernden man-made Traumatisierungen vom Typ II nach TERR (1991), deren Symptome sich zwar mit denen einer einfachen PTBS decken, jedoch zusätzlich in den Bereichen Affekt, interpersonelle Beziehungen und Selbstkonzept Störungen aufweisen. Es ergab sich, dass die Faktoren Sicherheit, Selbstregulation, Bindung und Beziehung zu Vertrauenspersonen, Annäherungsmöglichkeiten an traumatische Erlebnisse, sowie Förderung der Selbstständigkeit für eine erfolgreiche Bewältigung dieser Erkrankung am wichtigsten ist.

Im Anschluss folgte die Auseinandersetzung mit der Frage, welche Rolle die Soziale Arbeit bei der Begleitung komplex traumatisierter Menschen spielen kann. Zunächst wurde dabei untersucht, wie sich Traumatherapie von Traumaberatung bzw. -pädagogik unterscheidet.

Die Auseinandersetzung mit der Abgrenzung zur Psychotherapie fiel nur sehr kurz aus. Festzuhalten gilt, dass der häufig geführte Diskurs über die Trennung der Fachbereiche nicht sinnvoll ist, sondern eine interdisziplinäre Zusammenarbeit angestrebt werden sollte. Die Fachdisziplinen, die in die Begleitung traumatisierter Personen involviert sind, sollten in Austausch über multiprofessionelle Konzepte kommen. Besonders Menschen mit kPTBS könnten davon profitieren.

Sozialarbeitende sind in vielen Arbeitsfeldern mit komplex traumatisierten Personen konfrontiert. Sie kann und muss in einigen Fällen sogar wichtige Aufgaben zur Stabilisierung und Reintegration beitragen. Dazu braucht es neben fundierten Kenntnissen in der Psychotraumatologie auch eine traumasensible Haltung. Diese ist von Ressourcenorientierung und Wertschätzung geprägt und stellt das Herstellen einer sicheren Bindung zu den Klient*innen in den Vordergrund.

Zum Schluss folgten Ausführungen zu drei Prinzipien des vorgeschlagenen Behandlungsvorschlags der kPTBS nach REDDEMANN UND WÖLLER. Diese wurde in konkreten Bezug zur Sozialen Arbeit gesetzt. Es zeigte sich, dass positive Bindungserfahrungen für Betroffene von komplexen Traumafolgestörungen ein wichtiger Kernaspekt in der Traumabewältigung darstellt. Der Aufbau einer haltgebenden und sicheren Beziehung sollte daher im Fokus der Arbeit stehen.

Um auch in herausfordernden Situationen die Bindung zu den Klient*innen halten zu können, ist neben fundiertem Fachwissen auch persönliche Reflexion eigener Traumata und Gefühle nötig. Weiterhin sollten sie in der Lage sein, sich selbst zu regulieren, um adäquate Co-Regulation für die Betroffenen anbieten zu können.

Ergänzend sei hier darauf hingewiesen, dass eine weitere Auseinandersetzung mit dem Thema Psychohygiene und Selbstfürsorge nötig ist, um Sekundärtraumatisierungen im Sozialarbeiter*innenberuf vorzubeugen.

Soziale Arbeit spielt eine große Rolle im Bereich der Salutogenese und Ressourcenaktivierung. Dies dient Betroffenen als Stabilisierung im Alltag, was als wichtigster Kernfaktor für die Heilung von komplexen Traumafolgestörungen darstellt. Durch gruppenbezogene Settings wird ihnen zudem auch die Integration in eine Gemeinschaft ermöglicht, die über alltägliche Erfahrungen Veränderungsprozesse fördern kann. Sozialarbeitende können durch das Erarbeiten und Einüben verschiedener Techniken (z.B. zur Externalisierung, Distanzierung, Emotions- und Stressregulation) zur Genesung beitragen.

Die Förderung der Selbstregulationsfähigkeit von Menschen mit komplex traumatisierten Menschen ist ein weiterer wichtiger Aspekt der Traumabewältigung. Durch das Erlernen und Festigen einer beobachtenden Haltung (Interozeption) im Bereich der Sozialen Arbeit können Betroffene ihr inneres Erleben besser wahrnehmen, verstehen und im letzten Schritt auch verändern.

Die Selbstwahrnehmung kann durch geeignete psychoedukative Maßnahmen unterstützt werden. Durch Näherbringen von Regulationstechniken und Co-Regulation im Rahmen der haltgebenden Beziehung können auch starke Aktivierungen bewältigt werden.

Die weiteren Prinzipien der Behandlung von kPTBS Patient*innen nach REDDEMANN UND WÖLLER wurden in dieser Arbeit nicht vertieft. Eine Auseinandersetzung mit dem Stellenwert von Imaginationen, strukturbezogenen Interventionen sowie der Arbeit mit Ego-States konnte aufgrund der Komplexität nicht weiter ausgeführt werden. Diese stellen ebenso wichtige Faktoren dar, die in Hinblick auf die Soziale Arbeit betrachtet werden sollten.

Soziale Arbeit kann in der Begleitung komplex traumatisierter Menschen eine entscheidende Rolle spielen. Sie kann Unterstützung durch kontinuierliche und verlässliche Beziehungsangebote, Ressourcenorientierung und durch Hilfe z.B. beim Erlernen von selbstbeobachtenden und selbstregulatorischen Techniken bei der Stabilisierung sein. Die Verbindung von Traumatherapie, -beratung und -pädagogik sollte gefördert und weiter ausgebaut werden, um eine multiprofessionelle Behandlung zu ermöglichen.

6 Literaturverzeichnis

Baierl, M. (2017): Traumaspezifische Bedarfe von Kindern und Jugendlichen. In: *Gahleitner, Hensel, Baierl, Kühn und Schmid (Hg.): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. 3. unveränderte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 72–87.*

Baierl, M.; Frey, K. (Hg.) (2016): Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. 3. Auflage. Göttingen, Bristol, Conn.: Vandenhoeck & Ruprecht (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Pädagogik).

Baierl, M.; Götz-Kühne, C.; Hensel, T.; Lang, B.; Strauss, J. (2017): Traumaspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In: *Gahleitner, Hensel, Baierl, Kühn und Schmid (Hg.): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. 3. unveränderte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 59–66.*

Beushausen, J.; Schäfer, A. (2021): Traumaberatung in psychosozialen Arbeitsfeldern. Eine Einführung für Studium und Praxis. Opladen, Toronto, Stuttgart, Germany: Verlag Barbara Budrich; utb GmbH (utb-studi-e-book Soziale Arbeit/Sozialpädagogik, 5606). Online verfügbar unter <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.36198/978383855606>, zuletzt geprüft am 20.08.2022.

Biberacher, M. (2011): Traumaberatung in der Sozialarbeit. In: *Michaela Huber (Hg.): Viele sein. Ein Handbuch; Komplextrauma und dissoziative Identität – verstehen, verändern, behandeln. Paderborn: Junfermann (Reihe Fachbuch dissoziative Identitätsspaltung), S. 416–432.*

Böttche, M.(o.J.): Peritraumatische Dissoziation. Hg. v. DeGPT. Koblenz. Online verfügbar unter <https://www.degpt.de/informationen/fuer-betroffene/trauma-und-traumafolgen/wie-%C3%A4u%C3%9Ffern-sich-traumafolgest%C3%B6run-gen/dissoziative-beschwerden/peritraumatische-dissoziation.html#:~:text=Eine%20Erinnerung%20an%20das%20Geschehen,man%20als%20%22peritraumatische%20Dissoziation%22.>, zuletzt geprüft am 20.08.2022.

Brisch, K. H. (2013): „Schütze mich, damit ich mich finde“. Bindungspädagogik und Neuerfahrung nach Traumata. In: *Weiß und Kühn (Hg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. durchgesehene Auflage. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe, S. 150–166.*

Brom, D.; Stokar, Y.; Lawi, C.; Nuriel-Porat, V.; Ziv, Y.; Lerner, K.; Ross, G. (Juni 2017): Somatic Experiencing for Posttraumatic Stress Disorder. A Randomized Controlled Outcome Study. In: *Journal of Traumatic Stress* 30, S. 304–312. Online verfügbar unter <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jts.22189>, zuletzt geprüft am 20.08.2022.

Cantor, C.; Price, J. (2007): Traumatic Entrapment, Appeasement and Complex Post-Traumatic Stress Disorder: Evolutionary Perspectives of Hostage Reactions, Domestic Abuse and the Stockholm Syndrome. In: *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 41 (5), S. 377–384.

Cloitre, M.; Courtois, C. A.; Ford, J. D.; Green, B. L.; Alexander, P.; Briere, J.; Herman, J. L. (2012): The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines For Complex PTSD In Adults. Online verfügbar unter <https://terrorvictim-response.ca/wp-content/uploads/ISTSS-Expert-Concesnsus-Guidelines-for-Complex-PTSD-Updated-060315.pdf>, zuletzt geprüft am 20.08.2022.

Dana, D. (2020): Arbeiten mit der Polyvagal-Theorie. Übungen zur Förderung von Sicherheit und Verbundenheit. Unter Mitarbeit von Stephen W. Porges. 1. Auflage. Lichtenau/Westfalen: G.P. Probst Verlag.

Eichenberg, C-; Zimmermann, P- (2017): Einführung Psychotraumatologie. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag (PsychoMed compact, Band 10).

Fischer, G-; Riedesser, P- (2020): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 5. aktualisierte und erweiterte Auflage. München: Reinhardt (utb-studi-e-book). Online verfügbar unter <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.36198/9783838587691>, zuletzt geprüft am 20.08.2022.

Gahleitner, S. B.; Frank, C.; Leitner, A. (Hg.) (2015): Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. 1. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.

Gahleitner, S. B.; Frank, C.; Leitner, A. (2015): Zur Einführung. In: *Gahleitner, Frank und Leitner (Hg.): Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. 1. Auflage Weinheim: Beltz Juventa, S. 9–18.*

Gahleitner, S.B.; Hensel, T.; Baierl, M.; Kühn, M.; Schmid, M. (Hg.) (2017): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. 3. unveränderte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Gahleitner, S. B.; Loch, U.; Schulze, H. (2017): Psychosoziale Traumatologie - eine Annäherung. In: *Schulze, Loch und Gahleitner (Hg.): Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. 3. Auflage.* Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren (Grundlagen der Sozialen Arbeit, Band 28), S. 6–53.

Hecker, T.; Maercker, A. (01.11.2015): Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. Beschreibung des Diagnosevorschlags und Abgrenzung zur klassischen posttraumatischen Belastungsstörung. In: *Die Psychotherapie*, 01.11.2015 (06/2015), S. 547–561. Online verfügbar unter <https://www.springer-medizin.de/komplexe-posttraumatische-belastungsstoerung-nach-icd-11/8286554>, zuletzt geprüft am 20.08.2022.

Huber, M. (Hg.) (2011): Viele sein. Ein Handbuch; Komplextrauma und dissoziative Identität – verstehen, verändern, behandeln. Paderborn: Junfermann (Reihe Fachbuch dissoziative Identitätsspaltung).

Huber, M. (2012): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.

Jegodtka, R.; Luitjens, P.; Pleyer, K. H.; Weiß, W.; Sriram, R. (2016): Systemische Traumapädagogik. Traumasensible Begleitung und Beratung in psychosozialen Arbeitsfeldern. 1. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Levine, P. A. (2011): Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt. 9. Auflage. München: Kösel.

Liem, T.; Neuhuber, W. (2021): Kritik an der Polyvagaltheorie. In: *DO – Deutsche Zeitschrift für Osteopathie* 19, 2021 (2), S. 34–37. Online verfügbar unter <https://www.osteopathie-liem.de/blog/kritik-an-der-polyvagaltheorie/>, zuletzt geprüft am 23.05.2022.

Loch, U. (2017): Professionelle Beziehungen gestalten mit AdressatInnen nach traumatischen Erfahrungen. In: *Schulze, Loch und Gahleitner (Hg.): Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. 3. Auflage.* Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren (Grundlagen der Sozialen Arbeit, Band 28), S. 151–165.

Loch, U.; Schulze, H. (2017): Zum Forschungsdesign. In: *Schulze, Loch und Gahleitner (Hg.): Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. 3. Auflage.* Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren (Grundlagen der Sozialen Arbeit, Band 28), S. 54–58.

Perry, B. D.; Szalavitz, M. (2014): Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde. Was traumatisierte Kinder uns über Leid, Liebe und Heilung lehren können; aus der Praxis eines Kinderpsychiaters. 6. Auflage. München: Kösel.

Porges, S. W. (2017): Die Polyvagal-Theorie und die Suche nach Sicherheit. Gespräche und Reflexionen: Traumabehandlung, soziales Engagement und Bindung. Lichtenau/Westfalen: G.P. Probst Verlag.

Purtscher-Penz, K. (2015): Traumatisierung in der Kindheit und Jugend. Hilfe durch Psychotherapie und Traumapädagogik. In: *Gahleitner, Frank et al. (Hg.)* 2015 – Ein Trauma ist mehr als ein Trauma, S. 95–105.

Rahm, Dorothea (2019): Vom Kraniche-Falten und anderen heilsamen Prozessen bei hochgradiger Dissoziation. Ein persönlicher Erfahrungsbericht über die Arbeit mit Frau M. In: *Rahm und Meggyesy (Hg.):* Somatische Erfahrungen in der psychotherapeutischen und körpertherapeutischen Traumabehandlung. Wie wir durch heilsame Begegnungsprozesse lernen können, unsere Nervensysteme zu regulieren und uns wieder sicher und aufgehoben zu fühlen. Lichtenau: G. P. Probst Verlag, S. 111–134.

Reddemann, L.; Wöller, W. (2019): Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung. 2. unveränderte Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag (Praxis der psychodynamischen Psychotherapie, Band 11).

Scherwath, C.; Friedrich, S. (2012): Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. Mit 7 Tabellen. München, Basel: E. Reinhardt.

Schulze, Heidrun (2017): Alltag als Kerndimension Sozialer Arbeit mit traumatisierten Menschen. In: *Schulze, Loch und Gahleitner (Hg.):* Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. 3. Auflage. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren (Grundlagen der Sozialen Arbeit, Band 28), S. 115–150.

Schulze, H.; Loch, U.; Gahleitner, S.B. (Hg.) (2017): Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. 3. Auflage. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Terr, L. C. (01/1991): Childhood Traumas. An Outline and Overview. In: *American Journal of Psychiatry*, 01/1991 (Vol. 148), S. 10–20. Online verfügbar unter https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4899-1034-9_18, zuletzt geprüft am 20.08.2022.

Tripolt, R. (2016): Bewegung als Ressource in der Traumabehandlung. Praxis- handbuch IBT - Integrative Bewegte Traumatherapie. Stuttgart: Klett-Cotta (Leben Lernen, 287).

van der Kolk, B. A. (2019): Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann. 6. Auflage. Lichtenau/Westfalen: Probst.

Völker, B.; Dahms, P. (2016): Psychologische Aspekte bei Geiselnahmen. In: *Organisationsberatung, Supervision, Coaching (Organisationsberatung, Supervi- sion, Coaching)* 23 (2), S. 189–199.

Walker, P. (2020): Posttraumatische Belastungsstörung - vom Überleben zu neuem Leben - ein praktischer Ratgeber zur Überwindung von Kindheitstraumata. 4. deutsche Ausgabe. Kandern: Unimedica.

Weber, C.; Thayer, J. F.; Rudat, M.; Perschel, F. H.; Deter, H. C. (2008): Herz- ratenvariabilität und Erholung nach Stress. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 58 (02), 46. Online verfügbar unter [https://www.thieme- connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2008-1061552](https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2008-1061552), zuletzt ge- prüft am 20.08.2022.

Weiß, W. (2013): „Wer macht Jana wieder ganz?“. Über Inhalte von Trauma-be- arbeitung und Traumaaarbeit. In: *Wilma Weiß und Martin Kühn (Hg.): Traumapäda- gogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis*. 3. durchgesehene Auflage. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe, S. 14–23.

Weiß, W. (2016): Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Trau- mata in den Erziehungshilfen. 8. durchgesehene Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Basistexte Erziehungshilfen).

Weiß, W.; Friedrich, E. K.; Picard, E.; Ding, U. (Hg.) (2014): „Als wär ich ein Geist, der auf mich runter schaut“. Dissoziation und Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

World Health Organization (05/2021): ICD-11 for Mortality and Morbidity Statis- tics. ICD-11. Online verfügbar unter <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f991786158>, zuletzt geprüft am 20.08.2022.

Selbstständigkeitserklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die hier vorgelegte Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch nicht als Prüfungsleistung eingereicht und ist noch nicht veröffentlicht. Alle wörtlich oder sinngemäß aus anderen Quellen übernommenen Stellen habe ich kenntlich gemacht. Andere als die angegebenen und kenntlich gemachten Quellen und Hilfsmittel habe ich nicht genutzt.

Ich bin mir bewusst, dass ein Verstoß gegen diese Versicherung prüfungsrechtliche Folgen haben wird.

Ort, Datum: Halle, 25.08.2022

Unterschrift: