Belastungs- und traumasensible Haltung in der Jugendsozialarbeit

Erkenntnisse aus der Traumforschung und Folgen für pädagogisches Handeln

Fachtag „Trauma & Resilienz“,
Köln, 24. Oktober 2016
Kath. LAG Jugendsozialarbeit

Dr. Björn Enno Hermans, Dipl.-Psych.

Sollten wir etwas anders machen?

- Am besten (meistens) nicht
- Vielleicht uns der Stärken unserer Arbeit noch bewusster sein und diese nutzen (das könnte man schon traumasensibel oder traumapädagogisch nennen)
- Etwas Grundlagenwissen über Traumata und außergewöhnliche Belastungen und deren Folgen haben
- In besonderen Einzelfällen Notfallprozedere kennen und gut vernetzen/ kooperieren

Ablauf

- Einstieg ins Thema (Conclusio)
- Trauma/ außergewöhnliche Belastung – was ist das?
- „Psychische Störung“ oder auch nicht
- Ideen zum Vorgehen
- Austausch und eigene Erfahrungen

Trauma – was ist das?

- Beispiel 1:

  Verkehrsunfall auf der Autobahn, bei dem jemand selbst leicht verletzt wird, Schwerverletzte sieht und auch weiß, dass es Tote gegeben hat.
- Beispiel 2:

  Ein Mädchen erfährt vom 8.-12. Lebensjahr sexuelle Gewalt durch ihren Stiefvater

Psychotrauma - Definition

- „Ein psychisches Trauma ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit den Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer, Riedesser)

Psychotrauma - Definition

- „Ein Erlebnis kann dann zu einem psychischen Trauma führen, wenn sich eine Person einer für sie bedeutsamen Situation

  - wehrlos, hilflos und unentrinnbar ausgesetzt fühlt und

  - diese mit ihren bisherigen Erfahrungen nicht bewältigen kann“ (Schubbe, 2004)

Psychotrauma - Definition

- Small-t (katastrophal, jedoch nicht existenziell lebensbedrohlich) und Big-t Traumata (absolut katastrophal und existenziell lebensbedrohlich)
- Differenzierung Typ I – Trauma (kurz dauernde Ereignisse) vs. Typ II – Trauma (länger andauernde und wiederholte Traumata)
- Einfache Traumatisierung (eher einmalig, kurz und nicht direkt durch Menschen verursacht) und komplexe Traumatisierung (sequentiell und interpersonal)

5-Achsen-Modell
(Hanswille & Kissenbeck, 2008)

Einfach traumatisierte Systeme	Achse	Komplex traumatisierte Systeme
Außerfamiliär, apersonal	**I.**	Innerfamiliär, personal
Soziale Unterstützung	**II.**	Sozialer Verrat (z.B. Missbrauch)
Einmaliges Trauma	**III.**	Wiederholtes/ anhaltendes Trauma
Ein Einzelner betroffen	**IV.**	Mehrere betroffen
Kohärente Beziehungsmuster	**V.**	Fragmentierte Beziehungsmuster

Trauma - Auswirkungen

- Verarbeitung fragmentiert im impliziten LZG (BASK-Modell)
- Mechanismen: Akuter Schutz, Schutz vor erneuten Übergriffen, Sortieren und Bewerten der Eindrücke, Auflösung der Speicherung im impliziten LZG (Trotzdem auch Symptome der akuten Belastungsstörung ABS/ASD)
- PTBS (PTSD) bei unzureichenden Bewältigungsmöglichkeiten (protektiven Faktoren)

Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD)

- Wiedererleben, sich aufdrängende Erinnerungen (Flashbacks)
- Träume über Geschehenes, Alpträume
- Übererregung (Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen)
- Teilnahmslosigkeit, Gleichgültigkeit
- Vermeidung von Situationen, die an Geschehenes Erinnern
- Oder aber auch: Aufsuchen solcher Situationen (Reinszenierungsneigung)
- Ängste, depressive Symptome, ggf. Suizidalität

Spezifische Symptome der komplexen PTSD

- Gestörte Affekt- und Impulsregulation
- Dissoziative Symptome
- Somatisierungsstörungen und körperliche Erkrankungen
- Beeinträchtigtes Identitätsgefühl
- Interpersonelle Störungen
- Reaktivierungsneigung
- Allgemeine Sinnverlust

Traumatherapie

- Stabilisierung

  (Distanzierungstechniken, Flashbackkontrolle, Spannungsreduktion)
- Verarbeitung

  (Traumakonfrontation, z.B. EMDR, imaginative Verfahren)
- Integration

  (ggf. Trauerarbeit, Neuorientierung)

Statistik zur Auftretenshäufigkeit einer PTSD

- Eine PTBS entsteht:

  - in ca. 55 % der Fälle nach direkten Kriegserlebnissen mit persönlicher Gefährdung

  - in ca. 50 % der Fälle nach Vergewaltigung und sexueller Gewalt

  - in 3-11 % der Fälle nach Verkehrsunfällen

  - in ca. 5 % der Fälle nach Katastrophen

  - in 2-7 % der Fälle , die Zeuge von Unfällen und Gewalthandlungen wurden

Riskofaktoren und Protektives

- Negative Einflussfaktoren auf Ereignisebene:
  - Dauer des Ereignisses
  - Grad der subjektiven Lebensbedrohung
  - keine Vorhersehbarkeit des Ereignisses
  - mangelnde subjektive Kontrollierbarkeit
  - geringes bzw. fortgeschrittenes Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung
- Persönliche Risikofaktoren:
  - frühere belastende Lebensereignisse
  - frühere psychische Störungen
  - niedrige sozioökonomische Schichtzugehörigkeit

Risikofaktoren und Protektives

- Protektive Faktoren:

  - Kohärenzerleben

  - soziale Unterstützung

  - bestimmte Bewältigungsstile, wie z.B. offene Auseinandersetzung mit dem Trauma

- Neu diskutiertes Risiko: Begünstigung einer PTSD durch „zu viel“ Intervention ?

Daten aus ETI-KJ

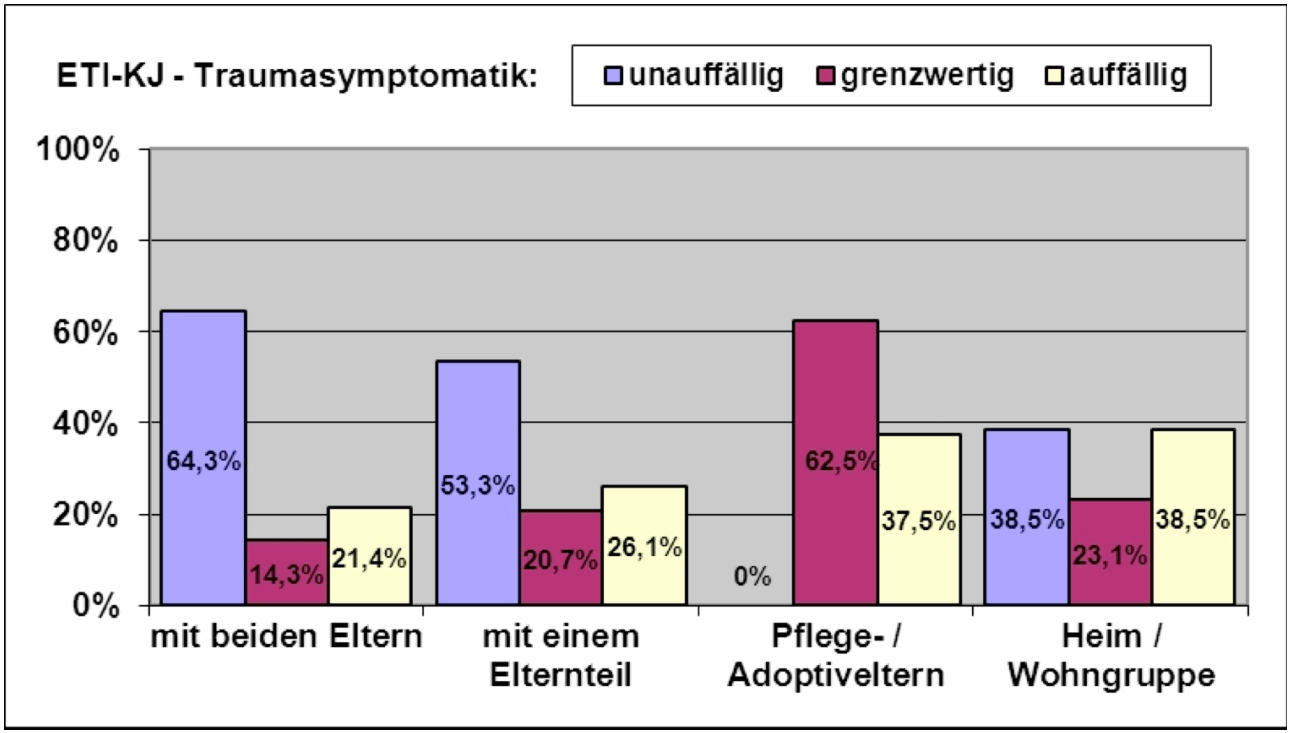
- ETI-KJ = Essener Trauma Inventar für Kinder und Jugendliche

http://www.uni-due.de/rke-pp/EssenerTraumaInventarETI.shtml

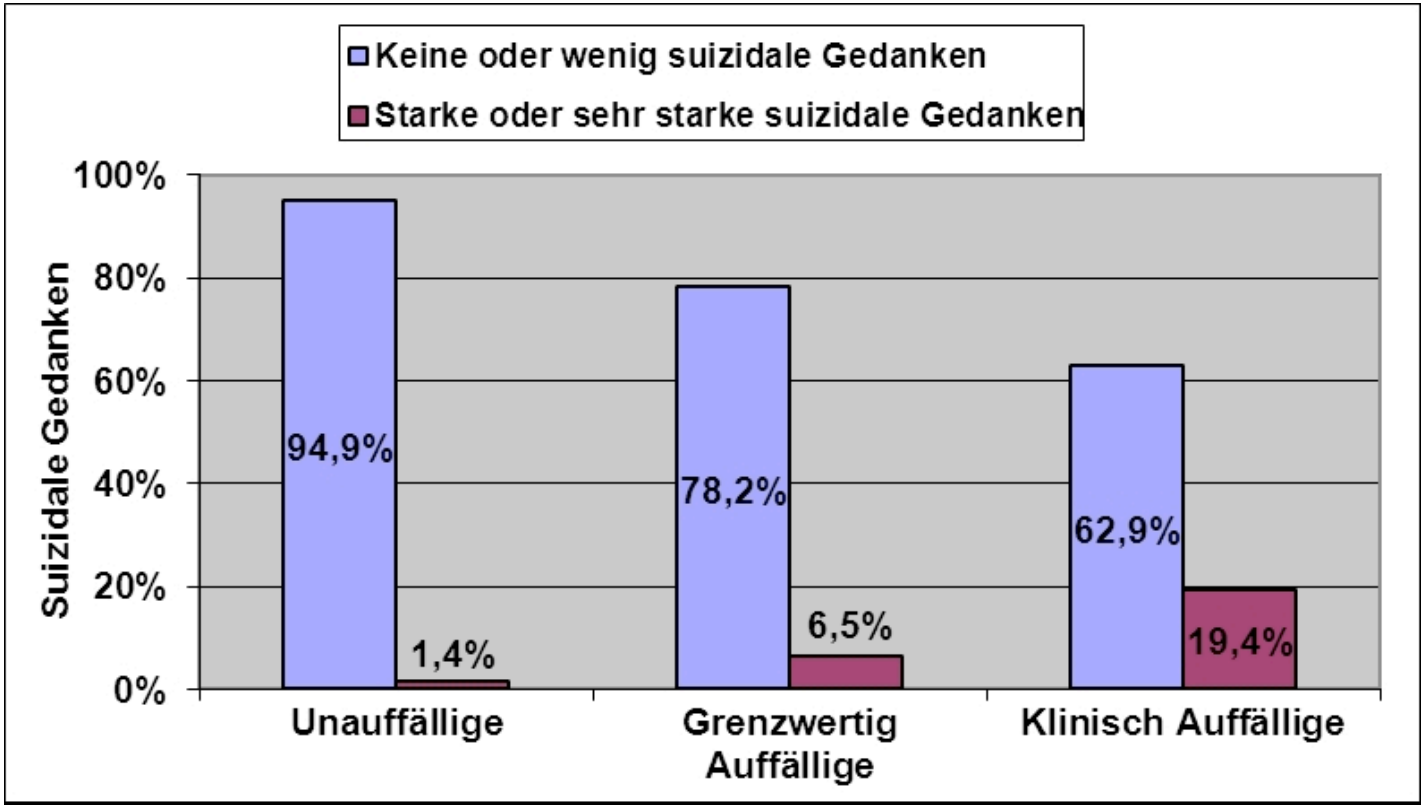
- DSM-IV orientierter Fragebogen (auch als Interview)
- Daten aus 2009/2011: N=276, Traumagruppe n=36, Psychiatriegruppe n=99, Pädiatriegruppe n=38, Schülergruppe n=99

Potentiell traumatische Ereignisse (PTEs)	Total N (%)	Geschlecht			Altersgruppen		
		Mädchen N (%)	Jungen N (%)	p	12-13 Jahre N (%)	14-17 Jahre N (%)	p
1. Naturkatastrophe	70 (25,4)	42 (25,8)	26 (23,4)	0,659	14 (19,7)	56 (27,3)	0,233
2. Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion	93 (33,7)	60 (36,8)	32 (28,8)	0,159	22 (31,0)	71 (34,6)	0,607
3. Schwere Krankheit	142 (51,4)	90 (55,2)	51 (45,9)	0,132	36 (50,7)	106 (51,7)	0,997
4. Gewalttätiger Angriff durch eine fremde Person	91 (33,0)	57 (35,0)	33 (29,7)	0,365	19 (26,8)	72 (35,1)	0,230
5. Gewalttätiger Angriff durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis	64 (23,2)	40 (24,5)	22 (19,8)	0,380	11 (15,5)	53 (25,9)	0,083
6. Tod einer wichtigen Bezugsperson	138 (50,0)	86 (52,8)	50 (45,0)	0,217	29 (40,8)	109 (53,2)	0,083
7. Gefangenschaft	21 (7,6)	15 (9,2)	6 (5,4)	0,242	3 (4,2)	18 (8,8)	0,238
8. Sexueller Missbrauch durch eine fremde Person	30 (10,9)	27 (16,6)	3 (2,7)	0,001	2 (2,8)	28 (13,7)	0,015
9. Sexueller Missbrauch durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis	23 (8,3)	21 (12,9)	2 (1,8)	0,001	4 (5,6)	19 (9,3)	0,374
10. Aufenthalt in einem Kriegsgebiet	7 (2,5)	5 (3,1)	2 (1,8)	0,510	1 (1,4)	6 (2,9)	0,504
11. Vernachlässigung, Verwahrlosung	64 (23,2)	47 (28,8)	16 (14,4)	0,006	15 (21,1)	6 (2,9)	0,658
12. Anderes belastendes Ereignis	122 (44,2)	78 (47,9)	43 (38,7)	0,128	32 (45,1)	90 (43,9)	0,841
Interpersonelle Gewalt / Vernachlässigung (Items Nr.: 4, 5, 7-11)	154 (55,8)	99 (60,7)	53 (47,7)	0,034	35 (50,0)	119 (57,8)	0,258
Unfall / Krankheit / Naturkatastrophe (Items Nr.: 1, 2, 3)	201 (72,8)	120 (73,6)	79 (71,2)	0,655	48 (68,6)	153 (74,3)	0,354
Indirekte Traumata (Item Nr.: 6)	138 (50,0)	86 (52,8)	50 (45,0)	0,217	29 (40,8)	109 (53,2	0,083
Andere Traumata (Item Nr.: 12)	122 (44,2)	78 (47,9)	43 (38,7)	0,128	32 (45,1)	90 (43,9)	0,841

Wohn-/Lebenssituation



Suizidalität



Relevanz von Ressourcen

Ressourcen	ETI-KJ-PTSD-Gesamtwert[1]			ANOVA	
	unauffällig M (SD)	grenzwertig M (SD)	klinisch auffällig M (SD)	F (df)	p
Personale Ressourcen	11,91 (1,73)	11,22 (2,0)	10,59 (1,97)	11,28 (243)	0,001
Soziale Ressourcen	33,81 (6,09)	32,93 (5,97)	30,88 (7,2)	4,52 (243)	0,012
Positiv emotionales Familienklima	34,17 (6,21)	30,64 (6,5)	29,39 (7,73)	12,6 (242)	0,001
Kontrolle (familiär)	14,28 (4,24)	13,78 (4,32)	15,32 (4,55)	1,9 (243)	0,151

Relevanz von Ressourcen II

Ressourcen	Bei Erfüllen des A-Kriteriums DSM-IV Entwicklung einer PTSD		ANOVA	
	ja M (SD)	nein M (SD)	F (df)	p
Personale Ressourcen	10,81 (1,89)	11,74 (1,89)	7,0 (133)	0,009
Soziale Ressourcen	30,18 (7,68)	33,73 (5,92)	8,68 (135)	0,004
Positiv emotionales Familienklima	29,42 (8,47)	33,29 (7,01)	7,85 (135)	0,006
Kontrolle (familiär)	15,56 (4,83)	14,27 (4,37)	2,4 (0,12)	0,124

DTD & komplexe PTSD im Jugendalter

Krüger & Reddemann, 2007

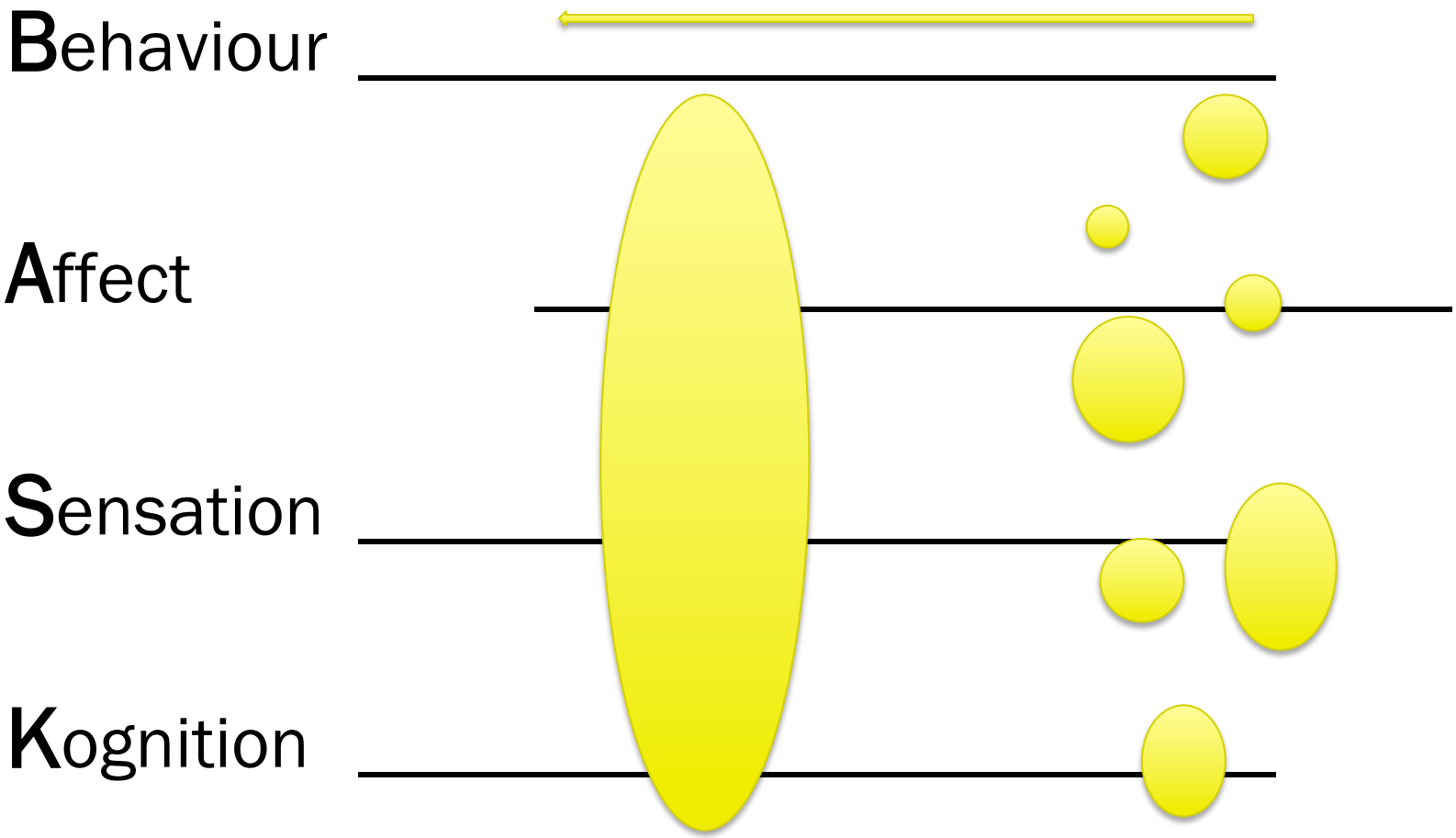
Alter	Typische Symptome
0-1 Jahre	Schreien, vermehrte Schreckhaftigkeit, verminderte Beruhigung, Schlafstörungen, Fütterstörungen, Gedeihstörungen, gestörte Bindungsentwicklung
1-3 Jahre	(siehe Symptome 0-1 Jahre) + Affektlabilität, Hyperaktivität, Unruhezustände, Hyperreagibilität, Hypervigilanz oder Apathie, Angst, ängstlich angespannte Wachsamkeit (frozen watchfulness), Jactatio capitis, Mutismus, regressive Symptome: anklammerndes Verhalten, Entwicklungsretardierung (bezogen auf kommunikative und soziale Fertigkeiten, Sprache, Motorik, Körperwachstum (>psychosozialer Minderwuchs<)
3-6 Jahre	(siehe Symptome 1-3 Jahre) + Somatisierungen (Bauch-, Kopfschmerzen etc.), >traumatisches Spiel< (konkrete Reinszenierungen mit Peers und Spielzeugen), eventuell Äußerungen über intrusives Erleben bei gezielter Exploration, dissoziative Symptome, Tic-Störungen, regressive Symptome: sekundäre und prolongierte Enuresis, Enkopresis, sozialer Rückzug (Eltern, Peers, Geschwister), rückläufige Sprachentwicklung, Verlust bereits erlangter sozialer Kompetenzen, autistoide Symptome, dissoziales Verhalten

6-10 Jahre	(siehe Symptome 1-6 Jahre) + zunehmende Symptome einer PTBS oder anderer Störungsbilder nach traumatischem Stress, Schulleistungsstörungen, Konzentrationsstörungen (z. B. im Zusammenhang mit dissoziativen oder intrusiven Symptomen, vorbestehende Diagnosen i. S. von Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS) / Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS), veränderte pessimistische Sicht auf die Welt, quälende Schuldgefühle, depressive Symptome, Risikoverhalten, selbstverletzendes Verhalten (SVV), Suizidalität, konversive Symptome (psychogene Anfälle, motorische Ausfälle etc.), Zwangssymptome)
10-14 Jahre	(siehe Symptome 6-10 Jahre) + zunehmende Symptome der klassischen Symptomtrias der PTSD oder anderer Störungsbilder nach traumatischem Stress, bei Beziehungstraumatisierungen sog. >Enactment< (ein >Wiederherstellen<) traumatischer Situationen in sozialen Situationen, konversive Symptome, Essstörungen, SVV, vermehrte Suizidalität, gel. früher Drogenkonsum (z. B. Cannabinoide, Alkohol), psychotische Symptome
14-18 Jahre	(siehe Symptome 10-14 Jahre) + Circulus vitiosus des Scheiterns: emotional defizitäre Selbstwahrnehmung, soziales, schulisches Scheitern, (symptombedingte) misslungene erste intime heterosexuelle Beziehungen, Drogenkonsum, Perversionen, weitreichende existentielle Zukunftsängste

Stabilisierung aber wie?

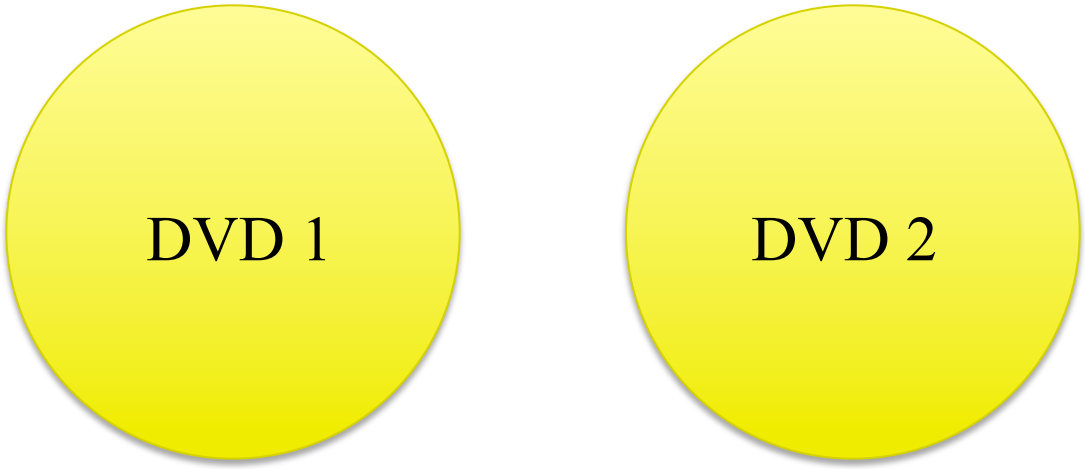
- Psychoedukation: „Was geht da ab in mir?“ (z.B. BASK-Modell, innere DVDs etc.)
- **<u>„Normale“ Reaktion auf unnormale Ereignisse!</u>**
- Äußere Stabilisierung durch einen sicheren, verlässlichen Rahmen (analog Bedürfnispyramide: Unterbringung, Versorgung, Alltagsstruktur usw.)
- Techniken: z.B. Flashback-Kontrolle, Dissoziations-Stop
- „Stabilisierungsanalyse“ im System: Was stabilisiert? Was labilisiert?

BASK-Modell



Innere DVDs

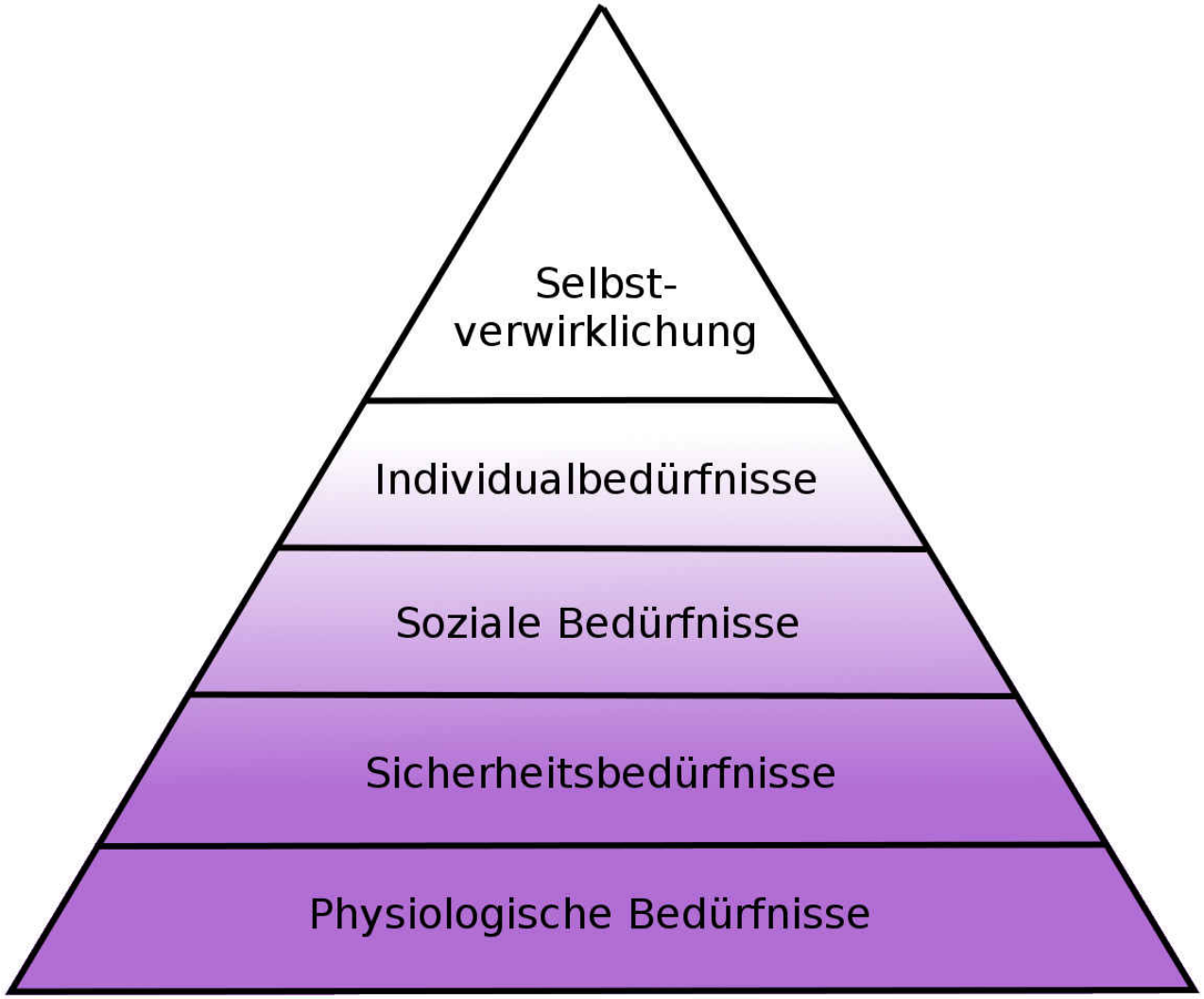
- DVD 1: Erinnerungen/LZG (auch Traumatisches)
- DVD2: Innere Bilder/Vorstellungen/ Imaginationen (z.B. sicherer Ort)



Stabilisierung aber wie?

- Psychoedukation: „Was geht da ab in mir?“ (z.B. BASK-Modell, innere DVDs etc.)
- Äußere Stabilisierung durch einen sicheren, verlässlichen Rahmen (analog Bedürfnispyramide: Unterbringung, Versorgung, Alltagsstruktur usw.)
- Techniken: z.B. Flashback-Kontrolle, Dissoziations-Stop
- „Stabilisierungsanalyse“ im System: Was stabilisiert? Was labilisiert?
- Konsequente Resilienzperspektive

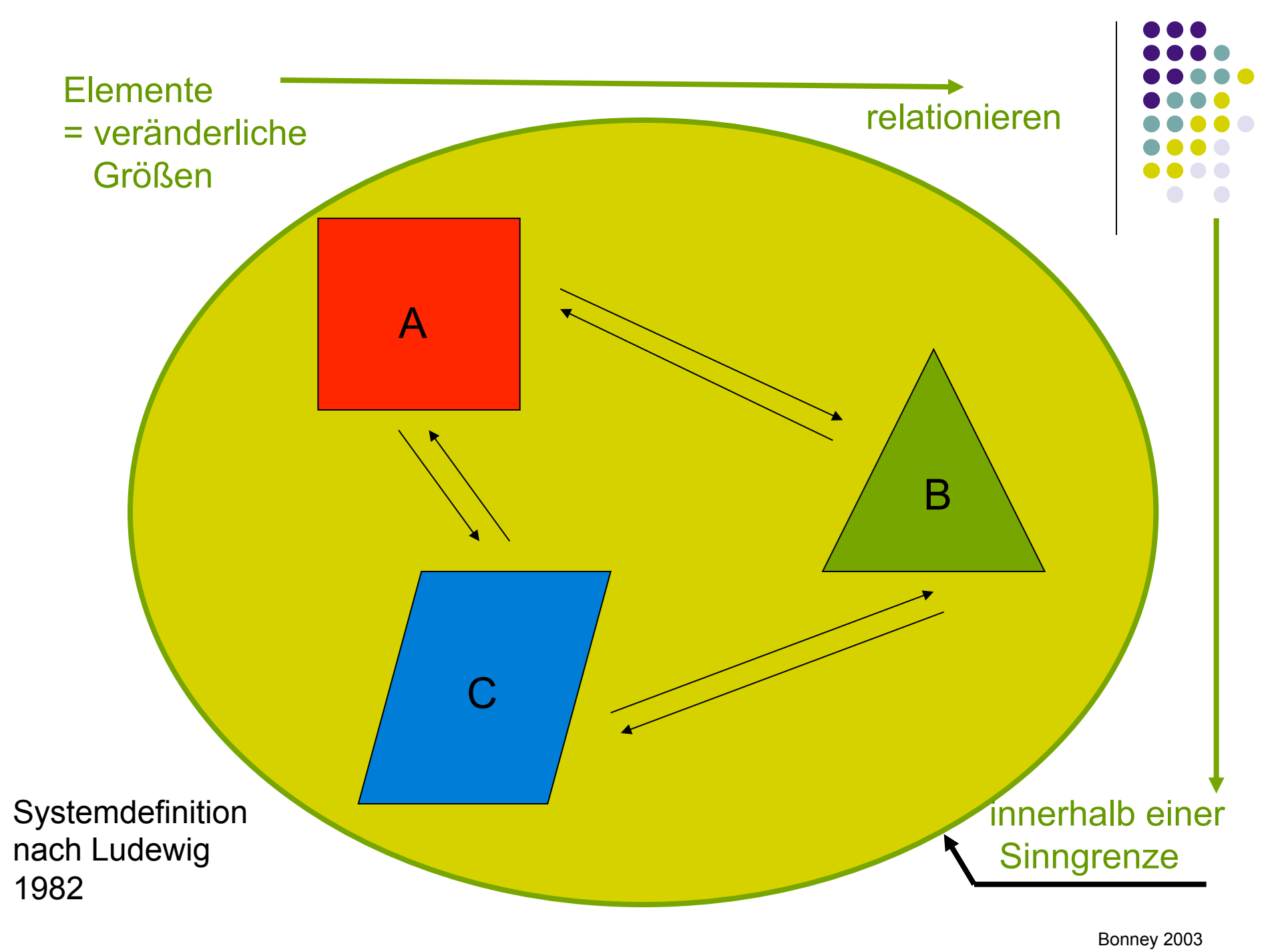
Bedürfnishierarchie (Maslow, A., 1954)



Stabilisierung

L. Hantke, H.-J. Görges „Handbuch Traumakompetenz.

- Ich kann meine Aufmerksamkeit lenken.
- Ich kann meinen Körper regulieren (Verbindung vom limbischen System und Nerokortex).
- Ich kann Nähe und Distanz in Beziehungen regulieren
- (Zusammenleben, soziale Anschlussfähigkeit).
- Ich kann mich (wieder) wahrnehmen und entwickeln
- (Arbeit am Selbstbild).
- Ich kann mein Umfeld und den Raum um mich herum nutzen und wahrnehmen.
- Ich kann mein Erleben auf der Zeitlinie einordnen.
- Ich gebe meinem Erleben Sinn und erlebe mich als Teil der Welt.



Systemdefinition
nach Ludewig
1982

Bonney 2003

„Regeln für die Arbeit in komplex traumatisierten Konstellationen“

(in Anlehnung an Korritko & Pleyer (2010)

- Schutz und Sicherheit organisieren, Traumafolge als normale Reaktion auf abnormale Belastung
- Misstrauen akzeptieren, um Vertrauen zu schaffen
- Das Unakzeptierte akzeptieren
- Bewegen ohne zu dominieren, Halt geben, nicht ausschließlich Information
- Den Blick auf den Kontext lenken (Metaperspektive)
- Den Bindungskräften vertrauen („Blut ist dicker als Wasser“)
- Selbstbeobachtung des Therapeuten (sekundäre Traumatisierung?)
- Bescheidenheit in der Zielsetzung

Sollten wir etwas anders machen?

- Am besten (meistens) nicht
- Vielleicht uns der Stärken unserer Arbeit noch bewusster sein und diese nutzen (das könnte man schon traumasensibel oder traumapädagogisch nennen)
- Etwas Grundlagenwissen über Traumata und außergewöhnliche Belastungen und deren Folgen haben
- In besonderen Einzelfällen Notfallprozedere kennen und gut vernetzen/ kooperieren

Vielen Dank für Ihr Interesse

- Fragen
- Anregungen
- Austausch

Dr. B. E. Hermans, Dipl.-Psych.