

Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel¹ die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid
Rektor

¹ Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

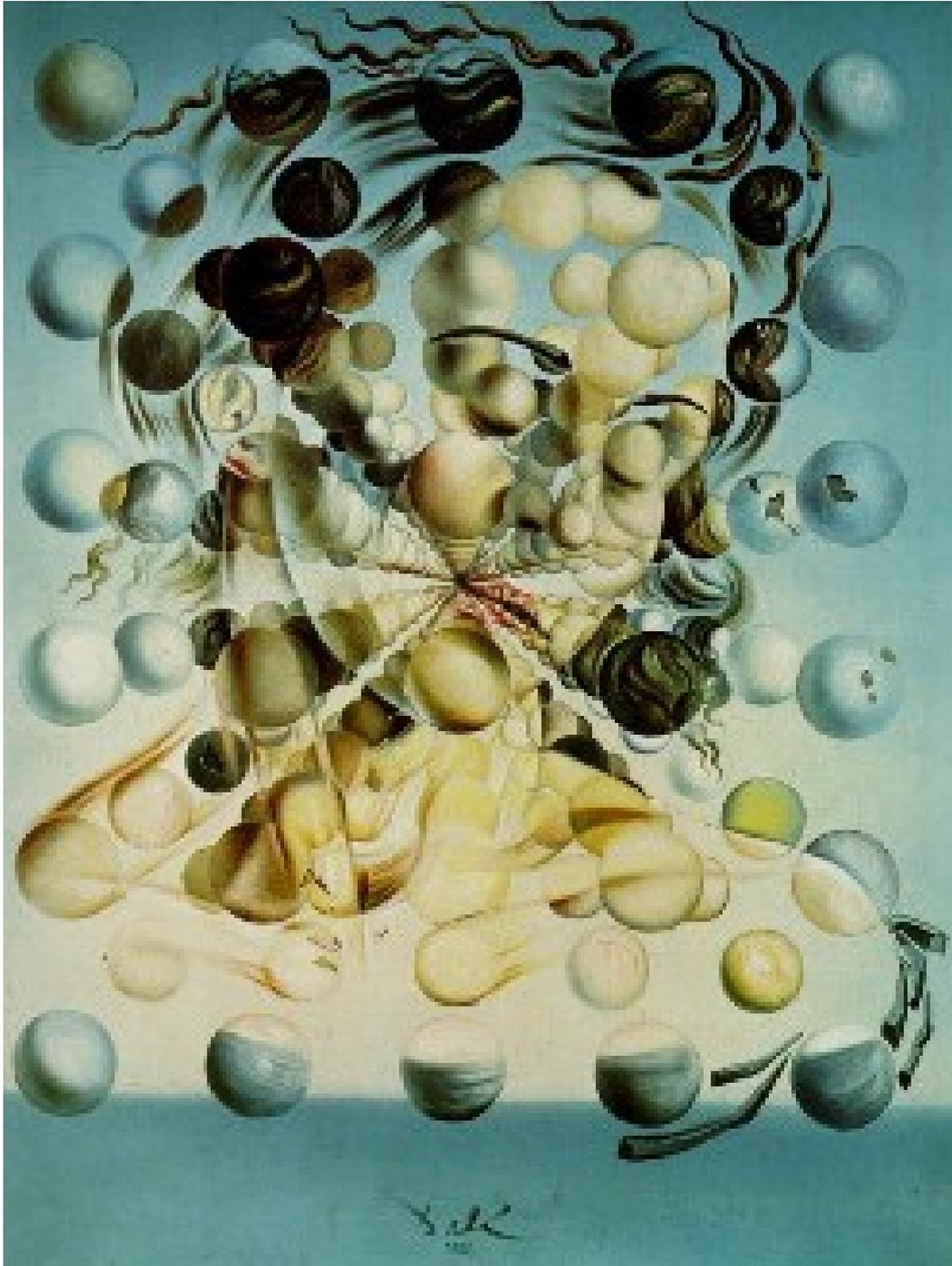
Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

empfiehlt diese Bachelor-Arbeit

besonders zur Lektüre!

Traumasesensible Sozialarbeit

Sozialarbeiterische Unterstützung bei der Traumabewältigung



Titelblatt: Salvador Dalí, Sphärische Galatea

**Livia Huwyler
Nicole Blum**

Bachelorarbeit
Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
Januar 2014

Bachelor-Arbeit

Ausbildungsgang: Sozialarbeit

Kurs VZ/TZ 2009 – 2014

Livia Huwyler & Nicole Blum

Traumasensible Sozialarbeit

Sozialarbeiterische Unterstützung bei der Traumabewältigung

Diese Bachelor-Arbeit wurde eingereicht im Januar 2014 in 4 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für Sozialarbeit.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiterinnen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2014

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit richtet sich an Sozialarbeitende aller Arbeitsfelder und hat zum Ziel, diese für traumaspezifische Symptome bei erwachsenen Adressatinnen und Adressaten zu sensibilisieren und aufzuzeigen, welche konkreten Beratungs- und Interventionsansätze im Umgang mit den Betroffenen hilfreich sind.

Ein Trauma kann mit Bedürfnisverletzungen einhergehen und daher das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden der Betroffenen massiv beeinträchtigen. Dadurch können sich im Leben der Betroffenen soziale Probleme ergeben, wodurch eine Zuständigkeit der Sozialarbeit gegeben ist. Soziale Probleme können sich innerhalb der Ausstattungs-, Austausch-, Macht- und Kriterienkategorie nach Silvia Staub-Bernasconi manifestieren. Diese Bachelorarbeit richtet den Fokus besonders auf Auswirkungen und Interventionsansätze bezüglich der sechs Ausstattungsdimensionen innerhalb der Ausstattungskategorie.

Damit Beratungs- und Interventionsansätze in der Traumabewältigung hilfreich sind und das Wohlbefinden der traumatisierten Adressatinnen und Adressaten steigern, sollten sie sich auf Konzepte beziehen, die im Kern Aspekte beinhalten, die sich an Fähigkeiten und Ressourcen des Individuums orientieren oder die den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung begünstigen. Darauf basierend ergeben sich für die Autorinnen dieser Bachelorarbeit acht Beratungs- und Interventionsschwerpunkte: Die Förderung des Verstehens, das Herstellen von Sicherheit, die Ressourcenorientierung, die Förderung von tragfähigen Beziehungen, die Unterstützung von Prozessen der Selbstwirksamkeit und Selbstakzeptanz, den Umgang mit Traumasymptomen sowie die Steigerung des körperlichen Wohlbefindens.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	V
Dank	VII
1 Einleitung	1
1.1 Zentrale Begriffe und deren Verwendung	1
1.2 Ausgangslage	2
1.3 Ziel der Arbeit und Adressatenschaft.....	3
1.4 Fragestellungen	4
1.5 Motivation.....	4
1.6 Abgrenzung.....	4
1.7 Aufbau der Bachelorarbeit.....	5
2 Traumatheoretische Grundlagen	6
2.1 Definition Trauma.....	6
2.2 Traumatische Ereignisse	7
2.3 Traumatypen	8
2.4 Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung	10
2.4.1 Traumatische Situation.....	10
2.4.2 Traumatogene Reaktion.....	11
2.4.3 Traumatischer Prozess	12
2.5 Objektive und subjektive Einflussgrößen.....	13
2.6 Formen von Traumafolgestörungen	13
2.6.1 Akute Belastungsstörung	13
2.6.2 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	15
2.6.3 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung	16

3	Auswirkungen eines Traumas.....	17
3.1	Prozessual-systemische Denkfigur nach Staub-Bernasconi.....	17
3.1.1	Ausstattungsprobleme.....	18
3.1.2	Austauschprobleme	20
3.1.3	Machtprobleme	20
3.1.4	Vergesellschaftlichte Werte – Kriterienprobleme	21
3.2	Auswirkungen eines Traumas auf die vier Kategorien sozialer Probleme nach Staub-Bernasconi.....	21
3.2.1	Auswirkungen in der Ausstattungskategorie.....	21
3.2.2	Auswirkungen in der Austauschskategorie.....	29
3.2.3	Auswirkungen in der Machtkategorie.....	30
3.2.4	Auswirkungen in der Kriterienkategorie	30
4	Handlungsauftrag für die Soziale Arbeit.....	31
5	Unterstützende Konzepte zur Traumabewältigung.....	33
5.1	Salutogenese	34
5.1.1	Definition	34
5.1.2	Gesundheit und Krankheit im Blickfeld der Salutogenese	35
5.1.3	Das Konzept des Kohärenzgefühls	35
5.2	Ressourcenorientierung	37
5.2.1	Definition	37
5.2.2	Interne und externe Ressourcenerschliessung.....	37
5.3	Resilienz	39
5.3.1	Definition	39
5.3.2	Die sechs übergeordneten Resilienzfaktoren	40
5.4	Coping	41
5.4.1	Definition	41

5.4.2	Coping-Strategien	42
5.5	Empowerment	43
5.5.1	Definition	43
5.5.2	Die sechs Bausteine des Modells der Menschenstärken	43
5.6	Konzept der Feinfühligkeit	44
6	Beratungs- und Interventionsansätze der Sozialarbeit	46
6.1	Traumasympptome verstehen	47
6.1.1	Der verstehensorientierte Zugang	47
6.1.2	Drei wesentliche Aspekte eines verstehensorientierten Zugangs	47
6.2	Professionelle Beziehungsgestaltung mit traumatisierten Klientinnen und Klienten	49
6.2.1	Förderliche Aspekte für den Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung	50
6.2.2	Hinderliche Aspekte für den Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung	53
6.3	Adäquate Beratungs- und Interventionsansätze der Sozialarbeit in Bezug auf die sechs Ausstattungsdimensionen nach Staub-Bernasconi	55
6.3.1	Symbolische Dimension	57
6.3.2	Soziale Beziehungen und Mitgliedschaften	61
6.3.3	Erkenntniskompetenzen	62
6.3.4	Handlungskompetenzen	65
6.3.5	Sozioökonomische und sozialökologische Dimension	70
6.3.6	Körperliche Dimension	71
6.4	Selbstfürsorge	72
7	Schlussfolgerungen	74
7.1	Beantwortung der Fragestellungen	74
7.2	Berufsrelevante Schlussfolgerungen	77
7.3	Ausblick	78
8	Literatur- und Quellenverzeichnis	80

Anhang A: Traumatheoretische Grundlagen.....	85
Anhang B: Coping-Strategien	91
Anhang C: Erkenntniskompetenzen	92
Anhang D: Handlungskompetenzen	93

Die gesamte Arbeit wurde von den Autorinnen Livia Huwyler und Nicole Blum gemeinsam verfasst.

Abbildungsverzeichnis

Titelbild: Salvador Dalí, Sphärische Galatea	
Abb. 1: Mögliche Ausstattungsdefizite in Folge eines Traumas	29
Abb. 2: Sechs übergeordnete Resilienzfaktoren	40
Abb. 3: Interne Ressourcenerschliessung in den einzelnen Ausstattungsdimensionen	56
Abb. 4: Stärkung der sechs übergeordneten Resilienzfaktoren in den einzelnen Ausstattungsdimensionen.....	57
ANHANG C und D:	
Abb. 5: Triggeranalyse (C)	92
Abb. 6: Ressourcenlandkarte (D.1).....	94
Abb. 7: Ressourcenhand (D.1)	94

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Drei verschiedene Ausgänge der traumatogenen Reaktion.....	12
Tab. 2: Hauptsymptome von Traumafolgestörungen	14
Tab. 3: Die drei Komponenten des Kohärenzgefühls.....	36
Tab. 4: Vier Ebenen der internen Ressourcenerschliessung	38
Tab. 5: Die vier Hauptaufgaben des Copings	42
Tab. 6: Sechs Bausteine des Modells der Menschenstärken.....	44
Tab. 7: Die vier wesentlichen Aspekte des feinfühligem Interaktionsverhaltens.....	45
Tab. 8: Ressourcenorientierte Interpretation von Symptomen	59
Tab. 9: Vier relevante Aspekte für eine gelingende Selbstfürsorge.....	73
ANHANG A, B, D:	
Tab. 10: Auflistung potenziell traumatischer Ereignisse (A.1)	85
Tab. 11: Objektiver Zugang zum Trauma (A.2).....	85
Tab. 12: Subjektiver Zugang zum Trauma (A.3)	87

Tab. 13: Diagnostische Kriterien für 309.81 (F43.1) Posttraumatische Belastungsstörung (A.4)	88
Tab. 14: Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (A.5).....	89
Tab. 15: Drei Bereiche der problemlösenden Coping-Strategien (B)	91
Tab. 16: Tresorübung (D.2)	95
Tab. 17: Vorstellung einer Fernbedienung (D.2).....	95
Tab. 18: Atemübungen (D.3)	95
Tab. 19: Körperübungen (D.3).....	96
Tab. 20: Ablenktechnik (D.3)	96
Tab. 21: Stufenplan zur Reorientierung (D.5)	97

Dank

An dieser Stelle möchten die Autorinnen dieser Bachelorarbeit ein grosses Dankeschön an folgende Personen aussprechen:

- Elke Brusa, Maria Solèr und Mario Störkle, Dozierende der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, für die fachlichen und unterstützenden Inputs.
- Udo Schleissinger, Psychotherapeut, für das aufschlussreiche Experteninterview.
- Lucia Huwiler und Carla Denoth für das Korrekturlesen und die wertvollen Hinweise.

1 Einleitung

In diesem Kapitel werden die zentralen Begriffe und deren Verwendung erläutert sowie die Ausgangslage und die Ziele der Arbeit dargelegt. Daraus resultierend wird auf die Fragestellungen eingegangen. Das Kapitel schliesst mit den Unterkapiteln Motivation, Abgrenzung und Aufbau der Bachelorarbeit.

1.1 Zentrale Begriffe und deren Verwendung

Im Folgenden werden zentrale Begriffe der vorliegenden Bachelorarbeit erläutert. Dabei handelt es sich um Begriffe, die über alle Kapitel hinweg verwendet werden. Alle weiteren relevanten Begriffe werden innerhalb der einzelnen Kapitel definiert.

Soziale Arbeit – Sozialarbeit

Soziale Arbeit steht gemäss Gregor Husi und Simone Villiger (2012) in der Deutschschweiz als Überbegriff für die drei Berufsfelder Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Soziokulturelle Animation (S. 45). Husi und Villiger definieren die drei Berufsfelder folgendermassen:

- „Sozialarbeit ist nachrangige Inklusionshilfe und bearbeitet individuelle äussere Lebensgrundlagen, die veränderungswert scheinen.
- Sozialpädagogik ist nachrangige Sozialisationshilfe und bearbeitet Subjektivität, die veränderungswert scheint.
- Soziokulturelle Animation ist nachrangige Kohäsionshilfe und bearbeitet Zusammenleben, das veränderungswert scheint“

(ib., S. 55).

Die konkrete Definition Sozialer Arbeit erfolgt im Kapitel 4 „Handlungsauftrag für die Soziale Arbeit“. Wie im Unterkapitel 1.3 „Ziel der Arbeit und Adressatenschaft“ ersichtlich werden wird, richtet sich diese Bachelorarbeit an Professionelle der Sozialarbeit. Folglich wird der Begriff Sozialarbeit gemäss der Definition nach Husi und Villiger (siehe oben) verwendet. Wenn jedoch im Rahmen dieser Bachelorarbeit von Sozialer Arbeit die Rede ist, gehen die Autorinnen, in Anlehnung an Husis und Villigers Auslegung Sozialer Arbeit, wonach diese alle drei Berufsfelder beinhaltet, davon aus, dass die entsprechenden Ausführungen immer auch für die Sozialarbeit relevant sind.

Traumatisierte Menschen

Wenn im Rahmen dieser Bachelorarbeit von traumatisierten Menschen respektive traumatisierten Personen respektive traumatisierten Klientinnen und Klienten respektive traumatisierten Adressatinnen und Adressaten die Rede ist, sind damit Personen gemeint, die eine Form von Traumafolgestörung, wie sie im Unterkapitel 2.6 erläutert werden, entwickelt haben.

1.2 Ausgangslage

Gemäss Luise Reddemann und Cornelia Dehner-Rau (2008) kamen weltweite Forschungsstudien zum Ergebnis, dass bis zu 75 Prozent aller Menschen in ihrem Leben eine traumatische Erfahrung machen. 25 Prozent davon leiden in der Folge an einer Traumafolgeerkrankung (S. 26). Michaela Huber (2012) weicht in ihrer Aussage ein wenig von diesen Zahlen ab. Sie geht davon aus, dass 30 bis 60 Prozent aller Menschen in ihrem Leben mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert werden. Zwei Drittel von ihnen tragen keinen längerfristigen Schaden davon. Einem Drittel jedoch geht es in der Folge schlecht. Das heisst, die posttraumatische Akutreaktion geht in ein chronisches Leiden über (S. 22). Obwohl die genannten Autorinnen in ihren Aussagen hinsichtlich der weltweiten Häufigkeit eines Traumas leicht voneinander abweichen, geben die Zahlen einen ungefähren Eindruck darüber, wie viele Menschen von einem Trauma betroffenen sind. Die Auswirkungen eines solchen Leidens sind vielfältig und können das Leben der Betroffenen massiv beeinträchtigen.

Professionelle der Sozialarbeit kommen seit jeher in unterschiedlichen Arbeitsfeldern mit traumatisierten Menschen in Kontakt. So zum Beispiel im Asylwesen, in der Opferhilfe, in der Drogenhilfe oder auf polyvalenten Sozialdiensten. Traumatisierte Menschen sind somit potenzielle Klientinnen und Klienten in allen sozialarbeiterischen Arbeitsfeldern. Trotzdem denken viele beim Thema „Trauma“ in der Regel nicht als erstes an Sozialarbeit. Vielmehr wird der Begriff mit Psychologie oder Medizin in Verbindung gebracht. Gemäss Heidrun Schulze (2012) erachten auch ein Grossteil der Professionellen der Sozialen Arbeit sowie Fachpersonen anderer Fachgebiete den professionellen Umgang mit traumatisierten Menschen als medizinisch-psychotherapeutisches Hoheitsgebiet und verweisen Betroffene an entsprechende Einrichtungen (S. 115).

Im Rahmen des 2012 von Heidrun Schulze, Ulrike Loch und Silke Birgitta Gahleitner erschienen Buches „Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Pläydoyer für eine Psycho-soziale Traumatologie“ befragten Loch und Schulze (2012) sowie Studierende der Alice-Salomon-Hochschule Berlin und der Hochschule RheinMain Wiesbaden Professionelle verschiedener Arbeitsfelder Sozialer Arbeit aus Deutschland und Österreich nach ihren Erfahrungen aus der Arbeit mit traumatisierten Personen (S. 54-55). Diese Befragung hat gemäss Schulze (2012) unter anderem zum Ergebnis, dass Fachkräfte der Sozialen Arbeit vielfach ihr berufseigenes Handeln „(. . .) für weniger spezifisch relevant halten als medizinisch-psychotherapeutische Zugänge“ (S. 115). Sie betont, dass selbst Fachpersonen mit gebührenden beruflichen Erfahrungen psychotherapeutischen Settings einen wirkungsvolleren Effekt in der Behandlung von traumatisierten Betroffenen beimessen (ib.).

Nach den vorangegangenen Ausführungen erstaunt es wenig, dass die Soziale Arbeit laut Schulze, Loch und Gahleitner (2012) innerhalb des wissenschaftlichen Diskurses des deutschen Sprachraums im Allgemeinen lediglich die Rolle einer „(. . .) zuarbeitenden Berufsgruppe (. . .)“ zugesprochen wird (S. 1).

Gemäss Jürgen Soyler (2006) nimmt die Psychologie bei der Behandlung von traumatisierten Menschen hauptsächlich intrapsychische Prozesse in den Blick. Sie definiert das Trauma anhand von klinischen Klassifikationsrastern. Soziale Aspekte eines Traumas bleiben dabei in der Regel unberücksichtigt (S. 231). Des Weiteren hebt Schulze (2012) hervor, dass sich Traumata in einem gesellschaftlichen Kontext ereignen:

Eine Delegation der Traumaarbeit ins ‚Klinische‘ und in eine Fremddisziplin wie die der Psychotherapie bedeutet ein Herausdefinieren aus dem Gesellschaftlichen und damit aus dem Ort der Entstehung, weg von einer traumatisierenden Welt in eine abgeschottete Behandlungswelt, mit dem unterstellten Effekt: dem Erhalt einer normativen – störungsverursachenden, aber störungsgereinigten – ‚Normalität‘. (S. 150)

Diese Ausführungen lassen erahnen, dass ein Trauma nicht lediglich intrapsychische, sondern auch soziale und gesellschaftliche Aspekte beinhaltet. Diese Aspekte müssen bei der Traumabewältigung mitberücksichtigt werden. An dieser Stelle kann die Sozialarbeit eine tragende Rolle einnehmen, wie im Rahmen dieser Bachelorarbeit noch näher erläutert wird.

1.3 Ziel der Arbeit und Adressatenschaft

Wie im Kapitel Ausgangslage deutlich wurde, ist die Beschäftigung mit dem Thema Trauma nicht bloss für Fachpersonen der Psychologie, sondern auch für Sozialarbeitende von hoher Relevanz.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist zum einen Sozialarbeitende für traumaspezifische Symptome im Berufsalltag zu sensibilisieren. Zum anderen soll aufgezeigt werden, wie Fachpersonen der Sozialarbeit eine hilfreiche Beziehung zu traumatisierten Adressatinnen und Adressaten aufbauen können und welche konkreten Beratungs- und Interventionsansätze es im Umgang mit der Traumabewältigung der Betroffenen gibt. Mittels der genannten Ziele soll ein Beitrag zur fachlichen Weiterentwicklung von Sozialarbeitenden aller Berufsfelder geleistet werden.

Die Bachelorarbeit richtet sich an Sozialarbeitende aller Arbeitsfelder und setzt den Schwerpunkt auf Beratungssettings.

1.4 Fragestellungen

Aufgrund der Ausgangslage und der definierten Ziele, ergeben sich für diese Bachelorarbeit folgende zentrale Fragestellungen:

-
1. Was versteht man unter einem Trauma und welche Auswirkungen hat dieses auf das Leben von betroffenen Personen?

 2. Inwiefern ergibt sich für die Sozialarbeit eine Zuständigkeit im Zusammenhang mit traumatisierten Menschen?

 3. Welche Konzepte eignen sich aus welchen Gründen, um traumatisierte Adressatinnen und Adressaten im Umgang mit dem Trauma zu unterstützen?

 4. Wie können Sozialarbeitende adäquate Beratungs- und Interventionsansätze gestalten, um die Betroffenen optimal im Umgang mit dem Trauma zu unterstützen?
-

1.5 Motivation

Ausschlaggebend für die Wahl des Themas der vorliegenden Bachelorarbeit war die Aussage von Udo Schleissinger, einem externen Dozenten, im Rahmen des Kurses „Sozialarbeit oder Psychologie?“ im Modul „Tanz der Kompetenzen“. Dieser meinte, dass ein Grossteil der Klientel in der Sozialen Arbeit traumatisiert sei. Diese Aussage stimmte uns nachdenklich, da wir mit dieser Thematik bis zu diesem Zeitpunkt im Rahmen der Ausbildung kaum in Berührung gekommen waren. Im Austausch mit Mitstudierenden sowie mit Mitarbeitenden der jeweiligen Praktikumsstellen haben wir festgestellt, dass viele die Meinung vertreten, dass die Bewältigung eines Traumas ausschliesslich mit Hilfe von Fachpersonen der Psychologie gewährleistet werden kann. Einen Handlungsauftrag für die Sozialarbeit bezüglich dieser Thematik sahen die meisten als nicht gegeben. Dies veranlasste die Verfasserinnen dieser Arbeit, sich mit dem Thema Trauma und einer möglichen Zuständigkeit der Sozialarbeit zu befassen.

1.6 Abgrenzung

Die vorliegende Arbeit

- setzt den Fokus auf erwachsene Adressatinnen und Adressaten, die von einem Trauma betroffen sind.
- richtet sich in erster Linie an Sozialarbeitende aller Arbeitsfelder und nicht ausschliesslich an Professionelle eines spezifischen Arbeitsfeldes.
- geht nicht auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit der betroffenen Berufsgruppen ein.

1.7 Aufbau der Bachelorarbeit

Die vorliegende Bachelorarbeit beinhaltet sieben Kapitel. Im Folgenden werden die Kapitel 2 bis 7 kurz beschrieben.

Im Kapitel 2 wird das Thema Trauma aus den Perspektiven der Bezugswissenschaften Medizin und Psychologie beschrieben. In einem ersten Schritt werden die Begriffe Trauma und traumatische Ereignisse definiert. Danach erfolgt eine Beschreibung von möglichen Traumtypen sowie des Verlaufs eines Traumas. Anschliessend werden objektive und subjektive Faktoren bei der Traumabewältigung beschrieben. Das Kapitel schliesst mit Ausführungen zu psychischen Traumafolgestörungen.

Im Kapitel 3 werden die Auswirkungen eines Traumas auf das Leben der Betroffenen erläutert. Zur systematischen Erfassung dieser Auswirkungen bedienen sich die Autorinnen dieser Bachelorarbeit der prozessual-systemischen Denkfigur nach Staub-Bernasconi. In einem ersten Schritt erfolgt daher im Unterkapitel 3.1 eine vertiefte Erläuterung dieser Denkfigur. Im Kapitel 3.2 werden schliesslich auf der Grundlage dieser Systematik die möglichen Auswirkungen eines Traumas dargelegt und gleichzeitig erklärt, weshalb es zu diesen Auswirkungen kommen kann. Hierzu werden Wissensbestände aus den Bezugsdisziplinen der Sozialarbeit herangezogen. Die Kapitel 2 und 3 befassen sich dementsprechend mit der ersten Fragestellung.

Im Kapitel 4 wird basierend auf den Kapiteln 2 und 3 sowie anhand der Gegenstandsdefinition Sozialer Arbeit nach Staub-Bernasconi sowie anhand des Berufskodexes der zweiten Fragestellung nachgegangen, ob sich hinsichtlich traumatisierter Personen ein Handlungsauftrag für Professionelle der Sozialarbeit ableiten lässt.

Im Kapitel 5 werden verschiedene Konzepte erläutert und erklärt, warum diese sich eignen, um traumatisierte Adressatinnen und Adressaten im Umgang mit dem Trauma zu unterstützen. Dieses Kapitel widmet sich somit der dritten Fragestellung.

Das Kapitel 6 befasst sich mit möglichen sozialarbeiterischen Beratungs- und Interventionsansätzen hinsichtlich traumatisierten Klientinnen und Klienten. Dabei wird Bezug genommen auf die Erkenntnisse aus den Kapiteln 2, 3 und 5. Dieses Kapitel beschäftigt sich folglich mit der vierten Fragestellung.

Im Kapitel 7 werden die zentralen Fragestellungen nochmals aufgegriffen und abschliessend beantwortet. Zudem werden berufsrelevante Schlussfolgerungen auf der Handlungsebene zusammengefasst. Das Kapitel schliesst mit einem Ausblick auf weiterführende Fragestellungen hinsichtlich der bearbeitenden Thematik.

2 Traumatheoretische Grundlagen

Dieses Kapitel befasst sich mit grundlegendem Fachwissen bezüglich Traumata aus den Perspektiven der Bezugswissenschaften Medizin und Psychologie. Dieses Wissen bildet die Basis für alle weiteren Kapitel.

2.1 Definition Trauma

Gemäss Lydia Hantke und Hans-Joachim Görge (2012) stammt der Ausdruck Trauma aus dem Griechischen und heisst wörtlich übersetzt „Verletzung“ oder „Wunde“. Im medizinischen Kontext wird das Wort für eine körperliche Verletzung oder Schädigung verwendet. In der Psychologie hingegen steht es im Zusammenhang mit seelischen Verletzungen. Es gibt daher die klinische Differenzierung in "Psychotrauma", wenn es sich um die Verletzung der Psyche handelt. Umgangssprachlich ist es jedoch üblich, von Trauma zu sprechen, wenn von der seelischen Verletzung die Rede ist (S. 53). Der Einfachheit halber wird auch im Rahmen dieser Bachelorarbeit auf diese Kurzform zurückgegriffen.

Reddemann und Dehner-Rau (2008) stellen fest, dass der Begriff Trauma im alltäglichen Sprachgebrauch häufig für gewöhnliche Alltagsbelastungen und Kränkungen verwendet wird. Diese begriffliche Zweckentfremdung erachten sie als problematisch, da dadurch das Furchtbare und Tragische von Traumata verharmlost wird (S. 25).

Wie lautet denn nun aber die Definition von Trauma? In der Fachliteratur der Psychotraumatologie findet sich keine einheitliche Definition des Traumabegriffs. Von unterschiedlichen Autorinnen und Autoren wird er jeweils verschieden definiert. Während einige Trauma mit einem äusseren bedrohlichen Ereignis gleichsetzen, verstehen andere darunter mögliche seelische Verletzungen, im Sinne von Erkrankung oder Störungen, als Folge auf ein solches Ereignis.

Laut Gahleitner, Loch und Schulze (2012) wird die Traumadefinition von Gottfried Fischer und Peter Riedesser im deutschsprachigen Raum am häufigsten verwendet (S. 6). Die vorliegende Bachelorarbeit wird den Traumabegriff deshalb im Sinne der Traumadefinition von Fischer und Riedesser verwenden. Zumal die Definition aus Sicht der Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit sehr differenziert erscheint.

Gottfried Fischer und Peter Riedesser (2009) vertreten den Standpunkt, dass Trauma sowohl objektiv als auch subjektiv definiert werden muss. Sie betonen, dass die Begriffe Trauma und traumatisches Ereignis nicht miteinander gleichgesetzt werden dürfen. Das traumatische Ereignis ist lediglich ein Teilaspekt des Traumas. Mit dem Ende des traumatischen Ereignisses ist das Trauma nicht vorüber. Das traumatische äussere Ereignis stellt nach ihrem Verständnis die objektive Dimension eines Traumas dar, während das persönliche Erleben und die individuelle Bedeutungszuschreibung eines solchen Ereignisses die subjektive Dimension ausmacht. Das Trauma entsteht schliesslich aus einem Zusammenspiel von trau-

matischem Ereignis und erlebendem Subjekt (S. 63-64). Fischer und Riedesser (2009) setzen Trauma mit traumatischer Erfahrung gleich und definieren Trauma konkret als:

„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“ (S. 84).

Aus dieser Definition wird nochmals deutlich, dass sowohl „bedrohliche Situationsfaktoren“, im Sinne von äusseren objektiven Ereignissen, als auch die subjektiv erlebte Hilflosigkeit und Handlungsunfähigkeit angesichts des bedrohlichen Ereignisses, zentrale Aspekte eines Traumas darstellen. Wie sich das traumatische Ereignis auf das Opfer auswirkt, ist gemäss Wolfgang Wöller (2013) davon abhängig, wie dieses das Geschehen auslegt und bewertet (S. 22). Trauma im Sinne von Fischer und Riedesser deutet Wöller (2013) demnach als „(. . .) relationaler Begriff, der ein äusseres Ereignis mit dessen spezifischen Folgen für die innere Realität verknüpft“ (S. 23). Als direkte Folge auf die innere Realität des Individuums kann dabei die „(. . .) dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis (. . .)“ angeführt werden. Fischer und Riedesser (2009) verstehen darunter sowohl Vertrauensverlust in die eigene Person als auch in die soziale Umwelt, welcher als Folge eines Traumas eintreten kann (S. 90). Dieser Punkt wird im Unterkapitel 3.2.1 weiter beleuchtet.

Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit halten an dieser Stelle fest: Ein potenziell traumatisches Ereignis für sich alleine bewirkt noch kein Trauma. Ein Trauma ergibt sich erst aus einem Zusammenspiel von objektiven und subjektiven Faktoren.

2.2 Traumatische Ereignisse

Wie im vorangegangenen Unterkapitel ersichtlich wurde, ist ein Ereignis nicht von sich aus traumatisch. Das subjektive Erleben der betroffenen Person muss bei einem Trauma stets mitberücksichtigt werden. Gleichwohl merken Hantke und Görges (2012) an, dass es Ereignisse gibt, die ein grösseres traumatisierendes Potenzial aufweisen als andere (S. 54). Sowohl in der Fachliteratur als auch in der deutschen Bearbeitung des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV-TR) finden sich Versuche, traumatische Ereignisse zu charakterisieren.

In der Fachliteratur werden traumatische Ereignisse in der Regel als solche beschrieben, die unter anderem mit Gewalt- oder Todeserfahrungen einhergehen. Für Judith Lewis Herman (2010) beispielsweise ist die unmittelbare Konfrontation der betroffenen Person mit Tod und Gewalt und die damit einhergehende Gefahr für Leib und Leben das charakteristische Merkmal eines traumatischen Ereignisses. Weiter nennt sie auch Gefühle von Hilflosigkeit und Furcht als Merkmale eines solchen Ereignisses (S. 53-54). Reddemann und Dehner-Rau (2008) erachten ebenfalls das Lebensbedrohliche sowie die ausgeprägten Angst- und Ohnmachtsgefühle in der Situation als wesenseigen für ein traumatisches Ereignis (S. 16).

In der deutschen Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR) nach Henning Sass, Hans-Ulrich Wittchen, Michael Zaudig und Isabel Houben (2003) findet sich eine ähnliche Definition von traumatischen Ereignissen. Sie werden beschrieben als Ereignisse,

„(1) (...) 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“
(S. 520).

Hält man sich an dieser Stelle das im Unterkapitel 2.1 erläuterte Traumaverständnis nach Fischer und Riedesser vor Augen, wird deutlich, dass Herman, Reddemann und Dehner-Rau sowie das DSM-IV-TR streng genommen nicht ein traumatisches Ereignis definieren, sondern ein Trauma. Sie beschreiben in ihren Definitionen nämlich sowohl objektive Aspekte (lebensbedrohliches Ereignis) als auch subjektive Aspekte (Gefühle der Angst und Hilflosigkeit). Damit setzen sie ein traumatisches Ereignis mit Trauma gleich. Die drei Beispiele zeigen auf, wie schwierig es ist, die objektiven und die subjektiven Komponenten eines Traumas auseinanderzuhalten. Trotzdem ist dies, wie im Unterkapitel 2.1 erläutert wurde, im Sinne der Traumadefinition von Fischer und Riedesser zwingend notwendig.

Abgesehen vom Versuch, traumatische Ereignisse zu umschreiben und zu charakterisieren, werden in der Fachliteratur auch konkrete Beispiele von Ereignissen genannt, die eine traumatische Wirkung in sich bergen. Reddemann und Dehner-Rau (2008) haben eine exemplarische Auflistung potenziell traumatischer Ereignisse vorgenommen (S. 17). Diese sind dem Anhang A.1 zu entnehmen.

2.3 Traumtypen

In der Fachliteratur finden sich unterschiedliche Konzepte, um Traumata zu klassifizieren. Je nach Konzept werden Kriterien wie Dauer, Schwere oder Verursacher des Traumas zur Einteilung herangezogen.

Wöller (2013) schlägt vor, Traumata entlang von zwei Dimensionen zu systematisieren. Zum einen mittels der Dimension „personale und apersonale Traumata“, welche sich auf die verursachende Bedingung bezieht. Zum anderen danach, ob die Traumatisierung einmalig (Typ-I-Traumata) oder über einen längeren Zeitraum hinweg (Typ-II-Traumata) stattfindet (S. 23-24).

Reddemann und Dehner-Rau (2008) dagegen nehmen lediglich eine Unterscheidung entlang der ersten Dimension vor, differenzieren diese jedoch noch weiter aus in eine dritte Kategorie „Kollektive Traumata“ (S. 13).

Reinert Hanswille und Annette Kissenbeck (2010) schliesslich sehen eine weitere Unterteilung der Typ-II-Traumata vor. Sie untergliedern diese in sequentielle und kumulative Traumata (S. 26).

Die drei genannten Klassifikationssysteme werden im Folgenden von den Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit miteinander kombiniert, da dadurch die verschiedenen, in der Literatur angetroffenen Typisierungen, nach Meinung der Autorinnen am umfassendsten und differenziertesten abgebildet werden.

(1) Dimension 1: Personale, apersonale und kollektive Traumata

Personale Traumata sind gemäss Wöller (2013) solche, die durch den Menschen herbeiführt werden. Beispiele hierfür sind Vergewaltigungen, Gewalt, Kindesmissbrauch oder Folter (S. 24). Reddemann und Dehner-Rau (2008) bezeichnen diese Traumaart auch als „Man-made-Traumata“. Sie kommt am häufigsten vor und ist zugleich diejenige, die sich am gravierendsten auf die Betroffenen auswirkt (S. 13-14).

Apersonale Traumata sind nach Wöller (2013) folglich solche, die nicht durch Mitmenschen verursacht werden (S. 23). Sie können laut Reddemann und Dehner-Rau (2008) auch mit den Begrifflichkeiten „Naturkatastrophen/Schwere Schicksalsschläge“ umschrieben werden. Als Beispiele genannt werden Erdbeben und schwere Erkrankungen. Diese Traumata können in der Regel besser bewältigt werden als „Personale Traumata“, da sich der Mensch nicht auf persönlicher Ebene angegriffen oder verraten fühlt. Es besteht das Wissen darum, dass solche Schicksalsschläge oder Naturkatastrophen im Laufe des Lebens passieren können (S. 13-14).

Von einem **kollektiven Trauma** spricht man laut Reddemann und Dehner-Rau (2008), wenn eine grosse Anzahl von Menschen davon betroffen ist und das Trauma zugleich durch andere Menschen herbeigeführt wird, wie dies beispielsweise bei einem Krieg der Fall ist. Da dieses Geschehen einem Kollektiv widerfährt und nicht in einem individuellen Kontext stattfindet, kann ein solches Trauma in der Regel besser bewältigt werden, als ein personales Trauma (S. 13-14).

(2) Dimension 2: Typ-I-Traumata versus Typ-II-Traumata

Innerhalb dieser Dimension steht als Unterscheidungsmerkmal die Frage im Zentrum, ob Traumata plötzlich und einmalig oder ob sie über längere Zeit und chronisch auftreten. In Anlehnung an Leonore Terr (1991) unterscheidet Wöller (2013) in Typ-I- und Typ-II-Traumata (S. 23).

Typ-I-Traumata oder Schock-Traumata beschreiben laut Wöller (2013) einmalige, plötzliche überwältigende Geschehnisse, die eine jähe Unterbrechung des bisherigen Lebens darstellen. Darunter fallen beispielsweise Naturkatastrophen, Verkehrsunfälle und Vergewaltigungen. Unter **Typ-II-Traumata** werden über eine längere Zeit hinweg überdauernde Umstände verstanden, im Sinne einer dauerhaften Belastung (S. 24).

Wie eingangs dieses Unterkapitel erwähnt, können Typ-II-Traumata laut Hanswille und Kissenbeck (2010) weiter in sequentielle und kumulative Traumata unterteilt werden (S. 26). Die **sequentiellen Traumata** bezeichnen gemäss Hans Keilson (1979) über eine gewisse Zeit hinweg mehrfach erfolgte Traumatisierung gleicher Art. Als Beispiele werden Foltererfahrungen oder sexueller Missbrauch in der Familie angeführt (zit. in Hanswille & Kissenbeck, 2010, S. 26). **Kumulative Traumata** hingegen beschreiben nach Mohammed Masud Rasa Khan (1963) die Summe von Ereignissen, von denen jedes für sich kein Trauma zur Folge hätte. Erst die Summe derselben wirkt traumatisierend. Unter diese Kategorie fallen beispielsweise Mobbing oder Bedrohungserlebnisse (zit. in Hanswille & Kissenbeck, 2010, S. 26-27).

Typ-I-Traumata und Typ-II-Traumata können sich auf unterschiedliche Weise auf den Menschen auswirken. Während Typ-I-Traumata nach Wöller (2013) eine „Posttraumatische Belastungsstörung“ (siehe 2.6.2) auslösen können, haben Typ-II-Traumata in der Regel gravierendere Folgen. Dauerhafte Traumata können zur Ausbildung einer „Komplexen posttraumatischen Belastungsstörung“ (siehe 2.6.3) führen (S. 8).

Reddemann und Dehner-Rau (2008) weisen darauf hin, dass sich gewisse Traumata nicht immer eindeutig einer bestimmten Kategorie zuweisen lassen und manchmal auch Mehrfachzuweisungen möglich sind (S. 14).

2.4 Verlaufmodell der psychischen Traumatisierung

Wie bereits im Unterkapitel 2.1 festgehalten wurde, ist ein Trauma mit dem Ende des traumatischen Ereignisses nicht vorbei. Betroffene versuchen bisweilen gemäss Fischer und Riedesser (2009) ihr ganzes Leben lang nach einem traumatischen Ereignis, „(. . .) die überwältigende, physisch oder psychisch existenzbedrohende und oft unverständliche Erfahrung zu begreifen, sie in ihren Lebensentwurf, ihr Selbst- und Weltverständnis zu integrieren (. . .)“ (S. 65). Fischer und Riedesser (2009) begreifen Trauma auch als prozessualen Verlauf. Um diese Prozesshaftigkeit abzubilden, haben sie ein „Verlaufmodell der psychischen Traumatisierung“ entwickelt. Das Modell umfasst die drei Phasen: Traumatische Situation, traumatogene Reaktion und traumatischer Prozess. Die einzelnen Phasen stehen in Wechselwirkungen zu einander und sollten nicht als isolierte Einheiten verstanden werden (S. 66). Die drei Phasen werden im Folgenden näher erläutert.

2.4.1 Traumatische Situation

In dieser Phase steht laut Fischer und Riedesser (2009) das unmittelbare traumatische Geschehen im Zentrum der Betrachtung. Äusserliche bedrohliche objektive Situationsfaktoren treffen auf ein Subjekt. Die objektive und subjektive Dimension stehen in wechselseitiger Beziehung zueinander. Traumatische Situationen sind dabei solche, in welchen ein Individuum nicht adäquat auf ein äusseres Ereignis reagieren kann, obwohl dies, zum Teil aus Überlebensgründen, unbedingt erforderlich wäre. Diese Phase ist somit von einem paradoxen

Element geprägt: die Situation erfordert eine Reaktion durch das Individuum, lässt diese aber nicht zu (S. 63-65). Was sich in einer solchen Situation im Organismus abspielt, wird im Folgenden dargestellt.

Bei Bedrohung oder akuter Gefahr schaltet der Körper laut Hantke und Görge (2012) auf die sogenannte „Notfallreaktion“ um. Das bewusste Denken wird eingestellt oder wenigstens reduziert. Sämtliche Energie wird für Kampf oder Flucht bereitgehalten. Puls, Atmung und Muskelanspannung sind auf Höchstleistung eingestellt (S. 59-63).

Wenn weder Flucht noch Kampf hilft oder angewendet werden kann, bedeutet dies laut Herman (2010) eine Überforderung des menschlichen „Selbstverteidigungssystem“ (S. 54). Der Mensch gerät dabei nach Huber (2012) in die Schutzlosigkeit der „Traumatischen Zange“. Dabei wird das Informationsverarbeitungssystem im Gehirn so massiv überschwemmt, dass die betroffene Person das Gefühl erhält, sie würde in einen Abgrund fallen oder sie müsse jetzt sterben (S. 38-39). Der Körper wechselt in diesem Moment in den „Freeze“-Zustand über. „Freeze“ meint wörtlich übersetzt „Einfrieren“, es bedeutet jedoch auch eine Lähmungsreaktion. Ab Beginn der Freeze-Reaktion findet sich der Mensch in einem Trauma wieder (ib., S. 43). Laut Hantke und Görge (2012) stellt der Freeze-Zustand die letzte mögliche Überlebensaktik des Menschen dar. Alle Körperfunktionen werden so weit wie möglich heruntergefahren. Die zuvor aufgebaute Spannung wird eingefroren. Der Zugriff auf die Muskulatur bleibt verwehrt (S. 62). Der Organismus wird zudem gemäss Huber (2012) mit schmerzunterdrückenden Opiaten überschwemmt. Da der Mensch der Situation physisch nicht entkommen kann, distanziert sich der Organismus im Weiteren auf innerliche Weise vom Geschehen (S. 43). Dieser Vorgang wird in der Fachsprache nach Hantke und Görge (2012) als „Dissoziation“ beschrieben. Dissoziation bedeutet „auseinandernehmen, nichtverbinden, distanzieren von etwas“. Es handelt sich dabei um einen zentralen Bewältigungsmechanismus, der es dem Menschen in einer Bedrohungssituation möglich macht, das verstandesmäßige Denken abzuschalten. Da hierdurch die Verbindung zum bewussten Denken heruntergefahren oder gekappt wird, wird das Geschehen im Hirn jedoch ungeordnet und unverarbeitet in Form von Erinnerungsfragmenten – ohne Zuordnung zu Raum und Zeit – gespeichert (S. 73-78).

2.4.2 Traumatische Reaktion

Auf die traumatische Situation folgt gemäss Fischer und Riedesser (2009) die traumatische Reaktion. Diese Phase wird auch Einwirkungsphase genannt. Auch wenn die eigentliche Gefahr überstanden ist, befinden sich die Betroffenen noch lange danach unter dem Einfluss des traumatischen Geschehens (S. 97).

Die traumatische Reaktion kann man sich gemäss Fischer und Riedesser als Wundheilungsprozess der verletzten Psyche vorstellen. Der Organismus unternimmt hier den Versuch „(. . .) einen eingedrungenen Fremdkörper (. . .) entweder zu vernichten und auszuschneiden oder aber zu assimilieren“ (ib.). Eine dritte Option besteht laut Fischer und Rie-

desser (2009) darin, mit der nicht integrierbaren traumatischen Erfahrung zu leben. Diese Möglichkeit ist für die dritte Phase, den traumatischen Prozess, kennzeichnend (S. 97).

In der traumatischen Reaktion kann gemäss Reddemann und Dehner-Rau (2008) zwischen verschiedenen Phasen unterschieden werden. Nach Phasen des Aufschreis, des Verleugerns und wiederkehrenden Erinnerungen – welche sich in Form einer akuten Belastungsstörung äussern können (siehe 2.6.1) – folgen bei einem erfolgreichen Verarbeitungsprozess Phasen des Bearbeitens und der Integration, das heisst, es kommt zu einer Einordnung der traumatischen Erinnerungsfragmente in einen Gesamtzusammenhang. Gelingt dieser Prozess nicht, weil der natürliche Verarbeitungsprozess verlängert oder blockiert wird, kann es zunächst zur Entstehung einer posttraumatischen Belastungsstörung (siehe 2.6.2) kommen. (S. 49). Fischer und Riedesser (2009) merken an, dass der Selbstheilungsprozess in jeder Phase „entgleisen“ oder „einfrieren“ kann. Wissenschaftliche Antworten auf die Frage, wann es dazu kommen kann, blieben bisher aus (S. 101).

Je nach Verlauf sind laut Fischer und Riedesser (2009) drei verschiedene Ausgänge der traumatogenen Reaktion möglich (S. 101-102). Diese sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Drei verschiedene Ausgänge der traumatogenen Reaktion

- (1) Der Verarbeitungsprozess konnte erfolgreich beendet werden und der Person gelingt es, die traumatische Erfahrung in ihr Selbst- und Weltkonzept zu integrieren. Die Symptome stellen sich ein.

- (2) Es kommt zu einem vorzeitigen Abbruch des Verarbeitungsprozesses. Dies hat zur Folge, dass die Person zwar keine Symptome mehr aufweist, sie jedoch unterschwellig von der traumatischen Erfahrung eingenommen wird.

- (3) Die traumatische Reaktion hält chronisch an und geht über in den traumatischen Prozess (siehe 2.4.3).

Tab. 1: Drei verschiedene Ausgänge der traumatogenen Reaktion (eigene Darstellung in Anlehnung an: Fischer & Riedesser, 2009, S. 101-102)

2.4.3 Traumatischer Prozess

In der Phase des traumatischen Prozesses unternehmen betroffene Personen gemäss Fischer und Riedesser (2009) den Versuch, sich an eine traumatische Erfahrung anzupassen und mit dieser zu leben, ohne sich mit ihr auseinandersetzen zu können (S. 143). Betroffene kämpfen dabei oft ihr ganzes Leben damit, die traumatische Erfahrung zu verstehen und sie in ihr Selbst- und Weltkonzept einzupassen (ib., S. 65). Im traumatischen Prozess kann es zur Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung respektive einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung kommen (ib., S. 102). Diese werden im Unterkapitel 2.6 erläutert.

2.5 Objektive und subjektive Einflussgrössen

Welchen Verlauf der Prozess des psychischen Traumas nimmt in Bezug auf Form und Ausmass, hängt gemäss Fischer und Riedesser – wie bereits im Eingangskapitel 2.1 erwähnt – von objektiven und subjektiven Einflussgrössen ab.

Mit „objektivem Zugang“ ist gemäss Fischer und Riedesser (2009) die Betrachtung des Ereignisses an sich gemeint. Inwieweit ein äusseres Ereignis traumatisierendes Potenzial aufweist oder nicht, hängt von Kriterien ab, wie Schweregrad, Dauer und Häufigkeit, Art der Betroffenheit, Verursachungsfaktoren, Art der Beziehung zwischen Opfer und Täter sowie klinisch relevanten Situationsdynamiken (S. 149-153). Eine genaue Erläuterung zu den verschiedenen Kriterien findet sich im Anhang A.2.

Unter dem „subjektiven Zugang“ zum Trauma verstehen Fischer und Riedesser (2009) diejenigen subjektiven Faktoren, die sich positiv respektive negativ auf den Traumaverlauf auswirken können. Dazu zählen die „aktuelle Disposition, protektive Faktoren, korrektive Faktoren, Risikofaktoren sowie differenzielle physiologische Dispositionen“ (S. 159-164). Konkrete Ausführungen zu diesen Kriterien sind dem Anhang A.3 zu entnehmen.

2.6 Formen von Traumafolgestörungen

Wie aus den vorangegangenen Unterkapiteln ersichtlich wurde, ist es von unterschiedlichen Faktoren abhängig, wie sich eine traumatische Erfahrung auf ein Individuum auswirkt. Je nach Verlauf eines Traumas kann es zu unterschiedlichen psychischen Traumafolgestörungen kommen. Silke Birgitta Gahleitner (2005) merkt an, dass sich psychische Symptome nach dem Verlaufsmodell von Fischer und Riedesser als Selbstheilungsversuche erklären lassen (S. 49). Die verschiedenen Traumafolgestörungen werden im Folgenden ausgeführt.

2.6.1 Akute Belastungsstörung

Gemäss Clemens Hausmann (2006) handelt es sich bei der akuten Belastungsstörung um eine „(. . .) vorübergehende Störung von beträchtlichen Schweregrad, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine aussergewöhnliche körperliche oder seelische Belastung entwickelt“ (S. 55). Gemäss der deutschen Bearbeitung des DSM-IV-TR nach Sass et al. (2003) dauert die Störung wenigstens zwei Tage, jedoch maximal vier Wochen. Sie zeigt sich innert vier Wochen nach dem traumatischen Ereignis (S. 525).

Die deutsche Bearbeitung des DSM-IV-TR nach Sass et al. (2003) nennt folgende Symptome als charakteristisch für die akute Belastungsstörung: Während oder nach dem traumatischen Ereignis erleidet die betroffene Person mindestens drei dissoziative Symptome: Subjektives Gefühl von emotionaler innerer Leere; Einschränkung der bewussten Wahrnehmung; Derealisationserleben (neben sich stehen); Depersonalisationserleben (es ist nicht Wirklichkeit, nur ein Traum); Erinnerungslücken. Zudem ist die Störung verbunden mit Wie-

dererleben des traumatischen Ereignisses. Die Person meidet ausserdem Reize, die Erinnerungen an das Geschehene wachrufen. Weiter sind Symptome von Angst und erhöhter Erregung auszumachen. Die betroffene Person ist überdies nur eingeschränkt funktionsfähig, sodass notwendige Aufgaben im sozialen, beruflichen oder anderweitigen Kontext nicht oder nur teilweise ausgeführt werden können (S. 524-525).

Die drei wesentlichen Hauptsymptome der akuten Belastungsstörung, die sich auch bei der posttraumatischen Belastungsstörung und der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung wiederfinden, sind gemäss Herman (2010) Übererregung, Intrusion und Konstriktion (S. 56). Die Symptome werden im Folgenden näher erläutert.

Hauptsymptome von Traumafolgestörungen	
Hauptsymptome	Erläuterung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Übererregung 	<p>Nach einer traumatischen Erfahrung ist der Organismus in einem Zustand unaufhörlicher Alarmbereitschaft. Der Körper befindet sich unablässig auf einem hohen Erregungsniveau. Betroffene erschrecken schnell, reagieren aufbrausend auf nur unerheblichen Ärger und leiden unter Schlafstörungen. Traumatische Ereignisse haben einschneidende Auswirkungen auf das menschliche Nervensystem.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intrusion (Wiedererleben) 	<p>Da das traumatische Ereignis im Zeitpunkt des Geschehens nicht geordnet und integriert, also nicht regelkonform, im Gedächtnis hinterlegt wurde, können Erinnerungsfetzen der traumatischen Situation jederzeit – ausgelöst durch äussere Reize, sogenannte Trigger – mit voller Wucht ins Bewusstsein treten. Traumatisierte erleben dadurch vergangene traumatische Situationen oder Ausschnitte davon so, als ob es im Hier und Jetzt geschehen würde (Flashbacks). Auslöser („Trigger“) für Flashbacks kann grundsätzlich alles sein, was – meist unbewusst – mit der traumatischen Erfahrung in Verbindung gebracht wird, wie beispielsweise Gerüche, Geräusche, ein konkreter Geschmack, Gefühle oder ein spezifischer physischer Zustand.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konstriktion (Vermeidung) 	<p>Darunter ist die Vermeidung von Reizen gemeint, welche eine Erinnerung an das Trauma hervorrufen (zum Beispiel, Gedanken, Gefühle, Gespräche, Aktivitäten, Orte oder Personen). Vermeidungsverhalten kann sich unter anderem durch sozialen Rückzug, emotionale Leere, Suchtmittelmissbrauch sowie dissoziative Phänomene bemerkbar machen.</p>

Tab. 2: Hauptsymptome von Traumafolgestörungen (eigene Darstellung in Anlehnung an: Herman, 2010, S. S. 56-65; Reddemann & Dehner-Rau, 2008, S. 60; DSM-IV-TR nach Sass et al., 2003, S. 520; Hanswille & Kissenbeck, 2010, S. 47)

Sofern der Verarbeitungsprozess gemäss Reddeman und Dehner-Rau (2008) erfolgreich ist, spricht es zu einer Einordnung der traumatischen Erinnerungsfragmente in einen Gesamtzu-

sammenhang kommt, klingen die Symptome der akuten Belastungsstörung immer mehr ab und verschwinden schliesslich ganz. Gelingt dieser Prozess jedoch nicht, kann die akute Belastungsstörung in eine Posttraumatische Belastungsstörung übergehen (S. 48-49).

2.6.2 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Wenn sich die drei wesentlichen Symptome der akuten Belastungsstörung – Übererregung, Intrusion und Konstriktion – verstärken, ausbreiten und länger als vier Wochen andauern, kann laut Huber (2012) eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) angenommen werden (S. 69).

Fischer und Riedesser (2009) geben jedoch zu bedenken, dass eine PTBS auch erst Monate oder Jahre später auftreten kann. Dies kann dann der Fall sein, wenn das frühere Erlebnis retrospektiv als existenziell bedrohlich eingestuft wird. Auslöser hierfür können Lebenskrisen oder -übergänge wie beispielsweise Elternschaft sein, die eine Wiederholung von Teilaspekten der traumatischen Situation bewirken. Ein nur oberflächlich verarbeitetes Trauma kann auf diese Weise reaktiviert werden und Symptome der PTBS hervorrufen. Man spricht in diesem Zusammenhang von einer verzögerten PTBS (S. 50). Auch in der deutschen Ausgabe des DSM-IV-TR nach Sass et al. (2003) findet sich ein Hinweis darauf, dass es zu einer PTBS mit verzögertem Beginn kommen kann (S. 521).

Das DSM-IV-TR nach Sass et al. (2003) unterscheidet zudem zwischen einer akuten und einer chronischen PTBS. Eine akute PTBS liegt vor, wenn die Symptome weniger als drei Monate anhalten, eine chronische PTBS hingegen wird diagnostiziert, wenn die Symptome länger als drei Monate fortbestehen (S. 521). Huber (2012) merkt an, dass zirka ein Drittel der Menschen mit einer traumatischen Erfahrung eine chronische PTBS entwickeln (S. 22).

Laut der deutschen Bearbeitung des DSM-IV-TR nach Sass et al. (2003) weist die Posttraumatische Belastungsstörung dasselbe Symptombild auf wie die akute Belastungsstörung. Der einzige Unterschied besteht darin, dass die Symptome bei der akuten Belastungsstörung nach vier Wochen wieder abklingen (S. 519). Eine detaillierte Übersicht über die diagnostischen Kriterien für eine PTBS aus dem DSM-IV-TR nach Sass et al. (2003) ist dem Anhang A.4 zu entnehmen.

Diese sogenannte einfache Posttraumatische Belastungsstörung ist gemäss Reddemann und Dehner-Rau (2008) selten. Lediglich zirka 20 Prozent aller Personen, bei denen eine PTBS festgestellt wurde, sind von dieser einfachen Form betroffen. Viel häufiger entwickeln traumatisierte Personen eine komplexere Form von posttraumatischer Störung. Sie leiden unter der sogenannten komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (S. 55). Diese wird im folgenden Unterkapitel näher beleuchtet.

2.6.3 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung

Laut Herman (2010) leiden Personen von langanhaltender und wiederholter Traumatisierung unter einer deutlich komplexeren Symptomatik als Opfer von einmaligen traumatischen Erfahrungen. Die aktuellen diagnostischen Kriterien für eine PTBS werden dem Spektrum psychischer Belastungsfolgen von langdauernder, wiederholter Traumatisierung ihrer Ansicht nach nicht gerecht (S. 166). Zwar zeigen sich gemäss Wöller (2013) auch bei Betroffenen vom Typ-II-Traumata Symptome der einfachen PTBS wie Intrusionen, Vermeidungsverhalten und so weiter, zusätzlich treten jedoch noch weitergehende Symptome in Erscheinung (S. 8). Judith Herman und Bessel van der Kolk sahen es deshalb gemäss Fischer und Riedesser (2009) als notwendig an, ein erweitertes Konzept der Posttraumatischen Belastungsstörung zu erarbeiten, welche die Folgen langanhaltender und wiederholter Traumatisierung mit berücksichtigt. Herman und van der Kolk haben hierfür das Konzept des „Komplexen psychotraumatischen Belastungssyndroms“ entwickelt (S. 51). Herman (2010) verwendet hierfür die Bezeichnung „Komplexe posttraumatische Belastungsstörung“. Sie benennt sechs Symptomgruppen, die sich bei einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung äussern können: „Störungen der Affektregulation, Bewusstseinsveränderungen, gestörte Selbstwahrnehmung, gestörte Wahrnehmung des Täters, Beziehungsprobleme sowie Veränderung des Wertesystems“ (S. 167-170). Weitere Erläuterungen zu den genannten Symptomgruppen sind dem Anhang A.5 zu entnehmen.

3 Auswirkungen eines Traumas

Im vorangegangenen Kapitel wurde grundlegendes Beschreibungswissen zum Thema Trauma aus Sicht der Medizin und der Psychologie vermittelt. Dieses Kapitel öffnet nun den Blickwinkel, widmet sich den möglichen Auswirkungen eines Traumas auf das Leben der Betroffenen und erklärt, wie es zu diesen kommt. Ein Trauma kann dabei sowohl auf der biologischen, psychologischen und sozialen Ebene Belastungen herbeiführen. Im Folgenden werden daher alle drei Aspekte berücksichtigt.

Um die vielgestaltigen Auswirkungen eines Traumas aufzuzeigen, bedienen sich die Verfasserinnen der vorliegenden Bachelorarbeit der „Prozessual-systemischen Denkfigur“ nach Silvia-Staub-Bernasconi als methodisches Systematisierungsraster. Entscheidend für die Wahl der prozessual-systemischen Denkfigur war, dass es sich dabei um ein gängiges Erfassungsinstrument aus der Sozialen Arbeit handelt, dass sowohl biologische, psychische und soziale Aspekte umfasst und gleichzeitig auf einer systemisch-bedürfnisorientierten Grundlage beruht (siehe 3.1).

In einem ersten Schritt erfolgt im Unterkapitel 3.1 eine vertiefte Erläuterung dieser Denkfigur. Im Unterkapitel 3.2 werden schliesslich auf der Grundlage dieser Systematik die möglichen Auswirkungen eines Traumas dargelegt und gleichzeitig erklärt, weshalb es zu diesen Auswirkungen kommen kann. Hierzu werden Wissensbestände aus den Bezugsdisziplinen der Sozialarbeit herangezogen.

3.1 Prozessual-systemische Denkfigur nach Staub-Bernasconi

Gemäss Kaspar Geiser (2013) hat Staub-Bernasconi „(. . .) mit der ‚Prozessual-systemischen Denkfigur‘ (PSDF) ein Modell entwickelt, das Dimensionen sozialer Probleme, wie sie sich in der Sozialen Arbeit manifestieren, erfassen und beschreiben lässt“ (S. 22). Er führt weiter aus, dass es sich bei der systemischen Denkfigur um ein kognitives und praktisches Hilfsmittel zur Bearbeitung professioneller Aufgaben der Sozialen Arbeit handelt. Sie hilft Fachpersonen dabei, Informationen aus dem Gegenstandsbereich Sozialer Arbeit zu erfassen, zu ordnen, zu beschreiben und zu bewerten (ib., S. 25). Manfred Neuffer (2009) merkt zudem an, dass sich mittels dieses Instruments die bio-psycho-soziale Dimension eines Individuums sowie seine Bezüge innerhalb des Klientinnen- respektive Klientensystems oder anderer sozialer Systeme untersuchen lässt. Überdies kann es zur Erfassung von Klientinnen- und Klientensystemen und anderer Sozialsysteme herangezogen werden (S. 82). Laut Geiser (2013) beinhaltet die prozessual-systemische Denkfigur vier Elemente (S. 26). Diese vier Elemente widerspiegeln die vier Kategorien sozialer Probleme, welche Silvia Staub-Bernasconi (1998) folgendermassen definiert: „(1) Ausstattungsprobleme, (2) Austauschprobleme, (3) Machtprobleme, (4) Kriterienprobleme“ (S. 14). Gemäss Ernst Engelke, Stefan Borrmann und Christian Spatscheck (2009) können diese vier Problemkategorien sowohl einzeln als auch in Wechselwirkung zueinander in Erscheinung treten (S. 456).

Wie aus diesen Ausführungen ersichtlich wird, deutet Staub-Bernasconi (2007) soziale Probleme vor dem Hintergrund einer bedürfnis- und systemtheoretischen Sichtweise (S. 182). Demnach ist laut Staub-Bernasconi (2010) alles Existierende entweder ein System oder Element eines Systems. Die einzelnen Elemente eines Systems stehen dabei in Beziehung zueinander. Jeder Mensch ist Teil von wenigstens einem sozialen System, beispielsweise einem Familiensystem, gewöhnlich jedoch von etlichen Systemen (S. 270-271). Menschen zeichnen sich gemäss Staub-Bernasconi (2007) ausserdem dadurch aus, dass sie Bedürfnisse haben (S. 170). Werner Obrecht (2005) definiert Bedürfnisse als

(. . .) interner Zustand (. . .) weg vom für den Organismus befriedigenden Zustand (Wohlbefinden), der innerhalb des Nervensystems registriert wird und davon (. . .) ausgehend den Organismus (. . .) zu einer Kompensation des entstandenen Defizits ein nach aussen gerichtetes Verhalten motiviert. (zit. in Staub-Bernasconi, 2007, S. 170)

Nicht befriedigte Bedürfnisse wirken sich gemäss Staub-Bernasconi (2007) negativ auf das persönliche Wohlbefinden aus und können zudem auch negative Folgen für das soziale Umfeld des Individuums haben (S. 171). Obrecht (2005) unterscheidet zwischen drei Hauptklassen von Bedürfnissen: biologischen, psychischen und sozialen (zit. in Staub-Bernasconi, 2007, S. 171). Soziale Probleme aus einer systemisch- und bedürfnisorientierten Perspektive sind demnach gemäss Staub-Bernasconi (2007) „(. . .) sowohl Probleme von Individuen als auch Probleme einer Sozialstruktur und Kultur in ihrer Beziehung zueinander“ (S. 182).

In den folgenden Unterkapiteln werden die vier Problemkategorien sozialer Probleme respektive die vier Elemente der prozessual-systemischen Denkfigur nach Staub-Bernasconi näher erläutert.

3.1.1 Ausstattungsprobleme

Staub-Bernasconi (1998) beschreibt soziale Probleme im Bereich der Ausstattung als „(. . .) qualitative wie quantitative Ausstattungsdefizite bzw. -überschüsse primär von Individuen (. . .)“ (S. 17). Traumatisierte Personen leiden in der Regel nicht unter Ausstattungsüberschüssen, sondern unter Ausstattungsdefiziten. In der vorliegenden Bachelorarbeit wird deshalb lediglich auf Ausstattungsdefizite eingegangen.

Ausstattungsdefizite ergeben sich gemäss Staub-Bernasconi (1998) dann, wenn Individuen an den „(. . .) medizinischen, psychischen, sozialen und kulturellen Ressourcen oder Errungenschaften einer Gesellschaft (. . .)“ nicht ausreichend teilhaben können (S. 15). Dies bedeutet, dass diese Individuen laut Staub-Bernasconi (2007) nicht in der Lage sind, die Befriedigung ihrer Bedürfnisse kraft eigener Bemühungen sicherzustellen, was sich negativ auf ihr persönliches Wohlbefinden auswirkt (S. 183).

Staub-Bernasconi (1998) unterscheidet sechs Ausstattungsdimensionen (S. 15-17). Diese werden nachfolgend erläutert:

(1) Symbolische Ausstattung

Diese Dimension bezieht sich gemäss Staub-Bernasconi (1998) auf Begrifflichkeiten, Aussagen und Systeme von Aussagen. Sie differenziert hier in unterschiedliche Wissensarten: „Bilder als Beschreibungswissen; Codes als Erklärungswissen und Werte/Ziele als Wertewissen; Pläne, Normen/Regeln als Handlungswissen (. . .)“ (S. 16).

Defizite innerhalb dieser Dimension äussern sich nach Staub-Bernasconi (2007) in negativen „Selbst-, Fremd- und Gesellschaftsbildern“. Als Beispiele genannt werden Entwertung der eigenen Person oder Dritter, Vorurteile und fehlende Perspektiven. Solche Defizite verletzen insbesondere das Bedürfnis nach Lebenssinn, nach persönlich bedeutsamen Zielen sowie nach sozialer Anerkennung (S. 183).

(2) Ausstattung mit sozialen Beziehungen und Mitgliedschaften

Zu dieser Dimension gehören nach Staub-Bernasconi (1998) unterschiedlichen Arten von sozialen Kontakten und Mitgliedschaften (S. 17). Soziale Isolation widerspricht laut Staub-Bernasconi (2007) dem Bedürfnis nach sozialer Zugehörigkeit sowie nach Fremdbestätigung (S. 183).

(3) Ausstattung mit Erkenntniskompetenzen

Die Erkenntniskompetenz beinhaltet gemäss Staub-Bernasconi (1998) „(. . .) Prozesse des Empfindens, Fühlens, der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, der Wahrnehmung, des Lernens, Denkens, der Begriffsbildung- und Verknüpfung einschliesslich des Bewertens von Sachverhalten, der Bildung von Zielen und Plänen – und schliesslich als übergeordnete Funktion: die Ermöglichung von (Selbst) Bewusstsein (. . .)“ (S. 15). Zudem umfasst diese Dimension „übergeordnete Grundorientierungen“ und „Erlebensmodi“ (ib., S. 15-16).

Eine ungenügende Ausstattung im Bereich der Erkenntniskompetenz verletzt Staub-Bernasconi (2007) zufolge unter anderem das Bedürfnis nach Verstehen, was innerhalb und ausserhalb der eigenen Person geschieht (S. 183).

(4) Ausstattung mit Handlungskompetenzen

Hierunter begreift Staub-Bernasconi (1998) verschiedene Arten des Handelns, wie beispielsweise eingeübtes, rollenbezogenes oder mit dem Verstand kontrolliertes Verhalten, welches im Laufe der Sozialisation ausgebildet und erweitert worden ist (S. 16-17).

Eine unzureichende Ausstattung mit Handlungskompetenzen beeinträchtigt laut Staub-Bernasconi (2007) das Bedürfnis nach Fähigkeiten und nach Regeln zur Erledigung und Bewältigung sowohl von sich wiederholenden sowie von nicht vorhersehbaren Anforderungen (S. 183).

(5) Sozioökonomische und sozialökologische Ausstattung

Diese Dimension umfasst gemäss Staub-Bernasconi (1998) die Bereiche Bildung, Beschäftigung, Einkommen und Vermögen. Von diesen Bereichen lassen sich die soziale Stellung, das Konsumverhalten, das Ausmass der sozialen Sicherheit und ferner die Wohnqualität und das Wohnumfeld eines Individuums ableiten (S. 15). Indikatoren für eine unzureichende Ausstattung innerhalb dieser Dimension sind nach Staub-Bernasconi (2007) Erwerbslosigkeit, Armut, Verschuldung, niedriges Beschäftigungs- und Einkommensniveau sowie unzureichende oder fehlende Schulabschlüsse (S. 183).

(6) Körperliche Ausstattung

Kriterien für eine unzureichende körperliche Ausstattung sind Staub-Bernasconi (2007) zufolge mangelnde Ernährung, beeinträchtigter Gesundheitszustand, Behinderung sowie sich daraus ergebende psychische und soziale Folgeprobleme. Auch körperliche, seelische und soziale Folgen durch Gewalteinwirkung können zu Defiziten innerhalb dieser Dimension führen. Ferner können sich auch physische Eigenschaften, die nicht der Gesellschaftsnorm entsprechen, negativ auf die körperliche Ausstattung auswirken. Eine mangelhafte Ausstattung innerhalb dieser Dimension verletzt unter anderem das Bedürfnis nach körperlicher Integrität sowie nach sozialer Anerkennung (S. 183).

3.1.2 Austauschprobleme

Soziale Probleme können sich gemäss Staub-Bernasconi, wie eingangs des Unterkapitels 3.1 erläutert, auch in Form von Austauschproblemen manifestieren. Menschen sind nach Staub-Bernasconi (1998) zur Befriedigung ihrer psychischen, sozialen und kulturellen Bedürfnisse auf den Austausch mit anderen Menschen angewiesen. Die Ausstattung eines Individuums stellt die Grundlage für den Austausch mit anderen Menschen dar. Das Ausmass der Ausstattung ist entscheidend dafür, welchen Tauschwert ein Mensch in einer Gesellschaft hat. Die persönliche Ausstattungsdimension dient hierbei als Tauschmedium. Menschen mit zahlreichen Ausstattungsdefiziten gelten dabei nicht als attraktive Tauschpartnerinnen und Tauschpartner (S. 20-23). Eine mangelnde individuelle Ausstattung kann laut Staub-Bernasconi (2007) problematische Austauschbeziehungen mit sich bringen. Diese zeigen sich in Form von asymmetrischen Interaktionen, was bedeutet, dass eine der Interaktionspersonen benachteiligt oder abhängig ist. Der Austausch ist in diesem Fall weder gegenseitig noch gleichwertig. Problematische Austauschbeziehungen können sich in allen sechs Dimensionen der Ausstattungskategorie (siehe 3.1.1) zeigen (S. 184).

3.1.3 Machtprobleme

Abgesehen von Ausstattungs- und den Austauschproblemen definiert Staub-Bernasconi, wie im Unterkapitel 3.1 dargelegt, auch eine dritte Kategorie sozialer Probleme: Machtprobleme. Laut Staub-Bernasconi (1998) hängt der Zugang zu Ressourcen sowie zu gesellschaftlichen Teilsystemen (Bildung und so weiter), nicht nur von individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen, sondern auch von der Verfügbarkeit von Quellen der Macht ab. Bedeutsame Machtquel-

len sind beispielsweise körperliche Stärke, ökonomisches Kapital, Bildungskapital, soziale Beziehungen. Der Einsatz von Machtquellen führt zu vertikalen Abstufungen in der Gesellschaftsstruktur. Dies bedeutet, dass diejenigen, die über Machtquellen verfügen, eigene Ziele und Anweisungen erzwingen können, während die anderen, deren Anweisungen ausführen müssen (S. 24). Wie auf der Austauschebene kommt der individuellen Ausstattung somit gemäss Staub-Bernasconi (2007) auch hinsichtlich der eigenen Machtposition eine elementare Rolle zu (S. 184).

3.1.4 Vergesellschaftlichte Werte – Kriterienprobleme

Soziale Probleme können laut Staub-Bernasconi (1998) auch im Zusammenhang mit vergesellschafteten Werten stehen. Werte, welche von vielen Personen geteilt und weiter vermittelt werden, sind Bestandteil einer Kultur. Kriterien wiederum sind solche Werte, die eine Gesellschaft in Prozessen der Aushandlung für alle oder für spezifische Gesellschaftsgruppen als verpflichtend definiert hat und deren Einhaltung überwacht werden (S. 35). Soziale Probleme in dieser Kategorie können Staub-Bernasconi (1998) zufolge dann entstehen, wenn für gewisse problematische Bereiche Kriterien fehlen, oder vorhandene Kriterien nach Belieben oder nicht angewandt werden. Als Beispiel können hier die Lohnunterschiede zwischen Frau und Mann angeführt werden, trotz gesetzlich verankerter Gleichberechtigung (zit. in Engelke, Borrmann & Spatscheck, 2009, S. 456).

3.2 Auswirkungen eines Traumas auf die vier Kategorien sozialer Probleme nach Staub-Bernasconi

Nachdem im Unterkapitel 3.1 die prozessual-systemische Denkfigur und damit die vier Kategorien sozialer Probleme nach Staub-Bernasconi erläutert wurden, werden nachfolgend, auf der Grundlage dieser Denkfigur, die möglichen Auswirkungen eines Traumas aufgezeigt. Zugleich erfolgen Erklärungsansätze bezüglich der Entstehung traumaspezifischer Auswirkungen.

3.2.1 Auswirkungen in der Ausstattungskategorie

In diesem Unterkapitel werden die Auswirkungen eines Traumas auf die sechs Dimensionen der Ausstattungskategorie beleuchtet.

(1) Symbolische Dimension

Gemäss der Traumadefinition von Fischer und Riedesser (siehe 2.1) kann ein Trauma eine „dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses“ zur Folge haben.

Ronnie Janoff-Bulmann (1985) bezeichnet diesen Aspekt eines Traumas als „(. . .) ‚shattered assumptions‘, eine fundamentale Erschütterung grundlegender Überzeugungen wie die eigene Unverletzbarkeit, die Gerechtigkeit der Welt und die positive Selbstwahrnehmung der eigenen Person (. . .)“ (zit. in Gahleitner; Loch & Schulze, 2012, S. 29). Gemäss Janoff-Bulmann (1992) verfügt jeder Mensch über gewisse Grundannahmen, die sich kritisch be-

trachtet als unrealistisch erweisen. Zugleich sind solche Annahmen jedoch lebenswichtig. Ein Beispiel hierfür ist der illusorische Glaube, dass der Tod weit entfernt ist und dass beispielsweise die nächste Autofahrt schadlos überstanden wird (zit. in Fischer & Riedesser, 2009, S. 90). Durch ein Trauma können laut Jens Gräbener (2013) solche Grundüberzeugungen zerstört werden. Dies ist damit zu erklären, dass die Betroffenen zum Zeitpunkt der traumatischen Situation eine lebensbedrohliche Erfahrung machen, welche mit Hilflosigkeit und fehlender Handlungsfähigkeit einhergeht. Eine solche Erfahrung kann, wenn sie sich evident von bisherigen Erfahrungen unterscheidet, die Sichtweise auf die eigene Person und die Welt revidieren (S. 67-68). Janoff-Bulmann (1992) bezeichnet diesen Prozess bei der betroffenen Person als eine unvergleichliche Desillusionierung. Folge davon sind Perspektivlosigkeit und Hoffnungslosigkeit, welche bei einem Grossteil der traumatisierten Personen auszumachen sind. Die Zerstörung des Selbst- und Weltbildes ist jedoch nicht immer so umfassend, wie angesichts einer tödlichen Bedrohung. Naturkatastrophen beispielsweise zerstören in der Regel die illusionäre Annahme, dass die Natur bezwingbar ist. Durch Mitmenschen verursachte Traumata zerschlagen dagegen die Überzeugung in eine vertrauenswürdige und verlässliche soziale Welt (zit. in Fischer & Riedesser, 2009, S. 90).

Im Weiteren untergräbt ein Trauma laut Schulze (2012) die Annahme über eine gemeinsame Welt. Das Erleben totaler Ohnmacht und allfälliger Gewalt zum Zeitpunkt der traumatischen Situation ist nach Schulze eine Erfahrung, welche „(. . .) nicht mehr Teil der Welt der ‚anderen‘ ist, insofern nicht mehr als mit-erlebbar und teilbare Wirklichkeit erscheint, eine Verständigung darüber kaum mehr möglich ist“ (S. 147). Laut Rosmarie Hubschmid und Maria Solèr (1998) weckt dies bei den Betroffenen das Gefühl von Andersartigkeit respektive die Vorstellung, nicht dazuzugehören (S. 16).

(2) Soziale Beziehungen und Mitgliedschaften

Abgesehen von Folgeproblemen in Bezug auf die symbolische Dimension sehen sich traumatisierte Menschen gemäss Clemens Hausmann (2006) oft auch mit Problemen in der sozialen Interaktion konfrontiert. Probleme zeigen sich insbesondere in den Bereichen Familie, Freunde, Freizeit. So kann es innerhalb des Familiensystems zu Konflikten in der Partnerschaft kommen. Auch häusliche Gewalt, Scheidungen und Erziehungsprobleme treten vermehrt in Erscheinung. Freundschaften können durch ein Trauma ebenfalls in Mitleidenschaft gezogen werden, in dem sich Betroffene aus dem Freundeskreis zurückziehen. Auch das Freizeitverhalten verändert sich. Frühere Freizeitaktivitäten werden oft nicht mehr ausgeübt, was die soziale Isolation zusätzlich verstärken kann (S. 68).

Christine Knaevelsrud und Andreas Maercker (2008) deuten diese Probleme in der sozialen Interaktionsgestaltung unter anderem als Folge der für die bei einem Trauma charakteristischen Folgewirkungen wie beispielsweise fehlendes Vertrauen gegenüber Mitmenschen, schnellere Reizbarkeit sowie Gefühle der Andersartigkeit (S. 933).

Auch das im Unterkapitel 2.6.1 beschriebene Vermeidungsverhalten kann sich negativ auf zwischenmenschliche Beziehungen auswirken. Hanswille und Kissenbeck (2010) gehen

nämlich davon aus, dass insbesondere bei Personen mit einer komplexen Traumafolgestörung zwischenmenschliche Nähe Gefühle der Angst auslösen und Flashbacks bewirken können, da Nähe Erinnerungen an das Trauma weckt (S. 122). Um Trigger und somit Flashbacks zu entgehen, ziehen sich traumatisierte Personen laut Loch (2012) deshalb häufig aus sozialen Kontakten zurück (S. 152).

Im Weiteren kann laut Corinna Scherwath und Sibylle Friedrich (2012) auch eine Bindungsstörung, die aufgrund eines Traumas in der Kindheit ausgebildet wurde, die Beziehungsfähigkeit von betroffenen Personen beeinträchtigen (S. 39). Um diesen Sachverhalt zu verdeutlichen, erfolgt an dieser Stelle ein kleiner Exkurs in die Grundlagen der Bindungstheorie.

Laut Karl Heinz Brisch und Theodor Hellbrügge (2012) geht die Bindungstheorie auf den englischen Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby zurück (S. 7). Diese Theorie geht laut Reddemann und Dehner-Rau (2008) davon aus, dass jedes Individuum über ein „Bindungssystem“ verfügt. In einer bedrohlichen Situation wird dieses aktiv. Ein Kleinkind sucht dann Schutz bei einer Vertrauensperson, zum Beispiel bei der Mutter, zu der es eine spezielle Bindung entwickelt (S. 19). Colin Murray Parkes, Joan Stevenson-Hinde und Peter Marris (1991) definieren dabei Bindung als „(. . .) ein emotionales Band, das sich während der Kindheit entwickelt, dessen Einfluss aber nicht auf diese frühe Entwicklungsphase beschränkt ist, sondern sich auch auf alle weiteren Lebensabschnitte erstreckt,“ (zit. in Karl Heinz Brisch, 2011, S. 34). Für die Entwicklung einer sicheren Bindung ist es nach Brisch (2011) bedeutsam, dass sich die jeweilige Bezugsperson dem Kind gegenüber feinfühlig verhält (S. 37). Wenn ein Kind jedoch gemäss Karl Heinz Brisch (2009) „(. . .) in der frühen Entwicklungszeit traumatische Erfahrungen mit seinen potentiellen Bindungspersonen gemacht hat, die eigentlich für Schutz und Sicherheit zuständig sind, entwickelt es eine Bindungsstörung“ (S. 148).

Laut Brisch (2009) sowie Alexander Korittko und Karl Heinz Pleyer (2010) wirken sich frühe Bindungsstörungen zumeist auch auf die soziale Interaktionsgestaltung in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter aus. Erwachsene, die aufgrund eines Traumas im Kindesalter Bindungsstörungen ausgebildet haben, weisen in der Regel eine unzulängliche Beziehungsfähigkeit auf, geben sich in konfliktiven Situationen selten prosozial und tendieren dazu, Beziehungstraumata an die eigenen Kinder zu überliefern (zit. in Scherwath & Friedrich, 2012, S. 39).

Herman (2010) ist darüber hinaus davon überzeugt, dass sich jedes Trauma negativ auf die Beziehungsgestaltung auswirken kann (S. 187). Nach Herman ersuchen Opfer in Situationen der Gefahr automatisch Hilfe bei denjenigen, die ihnen früher Geborgenheit und Schutz zusicherten. Verletzte Soldaten beispielsweise, rufen nach ihren Müttern oder nach Gott. Wenn dieser Hilferuf unerwidert bleibt, hat dies die Zerstörung des Urvertrauens zur Folge. Das heisst, Betroffene fühlen sich vollkommen einsam und verstossen. Sie erleben sich als nicht mehr zugehörig zu jedweder Beziehung (ib., S. 78). Dies wirkt sich auf alle künftigen Beziehungen aus (ib., S. 188).

Vor dem Hintergrund der vorangegangenen Erläuterungen gibt Gräbener (2013) zu bedenken, dass alle Menschen ihre bisherigen Interaktionserfahrungen auch auf künftige Beziehungserfahrungen anwenden. Im Fachjargon wird dieser Vorgang als „Übertragung“ bezeichnet. Dies bedeutet, dass traumatisierte Personen ihre traumatischen Erfahrungen auch auf die professionelle Beziehung anwenden können. In der Arbeit mit traumatisierten Personen können drei Arten von Übertragungen auftreten (S. 107).

Eine erste Form von Übertragung kann sich gemäss Gräbener (2013) in Form von Misstrauen äussern (S. 107). Herman (2012) merkt an, dass in anderen professionellen Beziehungskonstellationen ein Mindestmass an Vertrauen von Beginn an angenommen werden kann. Nicht so dagegen in der Arbeit mit traumatisierten Personen (S. 190). Gräbener (2013) betont, dass viele Betroffene anfänglich davon ausgehen, dass die Fachkraft ihre Situation nicht zu verstehen vermag oder diese nicht verstehen will. Weiter befürchten sie, dass sie nicht ernst genommen werden oder dass ihre Bedürfnisse missachtet werden könnten. Zudem kann es sein, dass sie im Falle einer involvierten Täterin oder des Täters annehmen, dass die Fachkraft für diese Partei ergreifen wird. Es kann auch vorkommen, dass Klientinnen oder Klienten der Fachperson unterstellen, lediglich aus materialistischen oder voyeuristischen Beweggründen zu agieren (S. 108).

Eine zweite Form der Übertragung kann sich durch eine mögliche Suche des Opfers nach einem rettenden Engel ergeben (ib.). Diese Rolle wird laut Herman (2010) häufig der Fachperson zugeteilt. Dies kann zu überhöhten Erwartungen seitens der Klientinnen und Klienten führen. Können diese Erwartungen nicht erfüllt werden, ist eine mögliche Reaktion Wut und Verzweiflung (S. 188-189).

Eine dritte Form der Übertragung kann sich nach Gräbener (2013) bei Klientinnen und Klienten zeigen, die aufgrund sexueller Gewalterfahrungen im Kindesalter traumatisiert wurden (S. 108). Solche Klientinnen oder Klienten sind laut Herman (2010) unter Umständen davon überzeugt, dass sie für Mitmenschen, namentlich für Menschen in einer erhöhten Machtstellung, ausschliesslich als sexuelles Objekt von Bedeutung sind. Werden professionelle Helferinnen und Helfer mit sexuell gefärbten Interaktionsangeboten konfrontiert und weisen sie diese von sich, können Betroffene dies dahingehend deuten, dass sich die Fachperson weder für sie noch für ihr Wohlbefinden interessiert (S. 192).

(3) Erkenntniskompetenzen

Wie im Unterkapitel 2.4.1 ausgeführt, ist traumatisierten Personen gemeinsam, dass das traumatische Geschehen in der Regel ungeordnet und unverarbeitet in Form von Erinnerungsfragmenten im Hirn abgelegt ist. Traumatische Erinnerungen unterscheiden sich somit gemäss Herman (2010) in erheblichem Mass von gewöhnlichen Erinnerungen. Sie sind nicht als verbale und zusammenhängende Erzählungen abgespeichert, die sich in die fortlaufende Lebensgeschichte einfügen. Anstelle dessen sind sie häufig in Form von Bildern oder Empfindungen hinterlegt (S. 59-60). Dies hat laut Reddemann und Dehner-Rau (2008) fatale Auswirkungen auf das Erinnerungsvermögen der Betroffenen. Traumatische Erfahrungen

können häufig nur als Bilder, Gefühlsfragmente oder körperliche Reaktionen erinnert werden, nicht aber als zusammenhängendes Ereignis im Zusammenhang mit der traumatischen Situation (S. 34). Die Erinnerungsfähigkeit bei traumatisierten Personen ist nach Heidrun Schulze und Martin Kühn (2012) folglich spürbar beeinträchtigt (S. 180).

Da das traumatische Geschehen nicht regelkonform im Hirn abgelegt wurde, kann dieses – wie im Unterkapitel 2.6.1 erläutert – durch äussere Reize, sogenannte Trigger, jederzeit und unerwartet wieder ins Bewusstsein der Betroffenen rücken. Das heisst, die vergangene traumatische Erfahrung oder Teile davon werden gedanklich im Hier und Jetzt erneut durchlebt. Gemäss Herman (2010) werden traumatische Erinnerungen begleitet durch Gefühle der Angst und Wut. Diese unterscheiden sich jedoch in ihrer Intensität von gewöhnlicher Angst und Wut. Sie sind um ein vielfaches konzentrierter und übersteigen somit das menschliche Vermögen, Gefühle zu ertragen (S. 65).

Angst ist laut Gahleitner, Loch und Schulze (2012) des Weiteren insbesondere bei Personen, welche über längere Zeit und durch Mitmenschen traumatisiert sind, häufig ein ständiger Begleiter ihrer selbst. Sie fühlen sich oft nirgendwo mehr sicher. Sie durchlebten eine Atmosphäre ständiger Gefahr, in welcher sie den geringsten Hinweis auf eine Bedrohung wahrzunehmen gelernt haben und sich deshalb auf einem unablässig hohen Erregungszustand befanden. Angstsymptome können sich im Verlaufe der Zeit auf weitere Bereiche ausdehnen. Es kann unter anderem zu Albträumen, Konzentrationsproblemen und Zwangsstörungen kommen (S. 31). Weitere Ausführungen zu Zwangsstörungen folgen im Punkt „Körperliche Ausstattung“ dieses Unterkapitels.

Ausser Angst können traumatisierte Personen nach Gahleitner, Loch und Schulze (2012) auch (auto-)aggressives und dissoziales Verhalten erkennen lassen. Dies erklärt sich damit, dass zum Zeitpunkt der traumatischen Situation neben der Angst auch Gefühle der Aggression entstehen, welche jedoch in der eigentlichen Situation keinen Ausdruck finden und vom Hirn, ohne Zuordnung zu Raum, Zeit oder Ereignis, abgelegt werden. Folge davon können unkontrollierbare Wutausbrüche sein. Zudem ist es auch möglich, dass das Gefühl von Angst so lähmend wirkt, dass es aggressive Verstimmungen hervorbringt. Es gilt zu beachten, dass insbesondere weibliche Opfer Aggressionen häufig nicht nach aussen tragen, sondern gegen sich selber richten (S. 31). Ausführungen zu selbstbeschädigenden Verhaltensweisen folgen im Punkt „Körperliche Ausstattung“ dieses Unterkapitels.

Auch depressive Verstimmungen können nach Reddemann und Dehner-Rau (2008) bei traumatisierten Personen auftreten. Diese sind zum einen auf die permanente Angst zurückzuführen, unter welcher viele traumatisierte Menschen leiden. Zum anderen lassen sich diese auch durch den Rückzug aus sozialen Beziehungen erklären (S. 55).

Gemäss Scherwath und Friedrich (2012) kämpfen zudem viele traumatisierte Personen mit Schuld- und Schamgefühlen. Sie fühlen sich schuldig respektive schämen sich dafür, dass sie das traumatische Geschehen nicht abwenden konnten (S. 39). Laut Herman (2010) kön-

nen Schuldgefühle als Bemühung aufgefasst werden, trotz allem eine erkenntnisreiche Lehre aus dem schlimmen Erlebnis zu ziehen und wenigstens in mancher Hinsicht wieder Herrschaft und Kontrolle zurückzuerlangen (S. 80).

Wie im Unterkapitel 2.6 ausgeführt wurde, kann ein Trauma schliesslich auch dissoziative Phänomene zur Folge haben. Gemäss Reddemann und Dehner-Rau (2008) können Menschen mit einer traumatischen Erfahrung Begegnungen mit anderen Menschen als bedrohlich wahrnehmen und aus diesem Grund „(. . .) verschwinden sie sozusagen aus dem Kontakt, wenn andere irgendetwas tun, das sie als stressig empfinden“ (S. 57). Nach Reddemann und Dehner-Rau (2008) können sich solche Phänomene auf unterschiedliche Art und Weise bei betroffenen Personen äussern. Die betroffene Person wirkt beispielsweise während eines Gesprächs plötzlich geistesabwesend, der Blick scheint ins Leere zu gehen oder wird ausdruckslos (S. 106-107).

Hubschmid und Solèr (1998) weisen darauf hin, dass ein Grossteil der Klientinnen und Klienten nicht oder nur teilweise wissen, dass ihre Reaktionen und Verhaltensweisen normale Folgewirkungen eines Traumas sind. Sie können eigene Emotionen, physische und psychische Reaktionen somit nicht deuten. Dies kann zur Folge haben, dass betroffene Personen sich selber für irrsinnig halten (S. 15).

(4) Handlungskompetenzen

Laut Schulze (2012) können durch ein Trauma auch alltägliche Routinen abhanden kommen. (S. 145). Ein möglicher Erklärungsansatz, weshalb es bei traumatisierten Menschen zu einem Verlust von Alltagsroutinen kommen kann, liefert die Theorie der „erlernten Hilflosigkeit“. Die Theorie der „erlernten Hilflosigkeit“ (learned helplessness) geht laut Norbert Herriger (2010) auf den Psychologen und Depressionsforscher Martin Seligman zurück. Ursprung für die Ausbildung erlernter Hilflosigkeit ist nach dieser Theorie das Auftreten eines negativen, bedrohlichen und unverhofften Ereignisses. Das Individuum unternimmt in der Folge Versuche, das belastende Lebensereignis auf kognitive, emotionale und handelnde Art und Weise zu bewältigen. Die erlernte Hilflosigkeit nimmt dann ihren Anfang, wenn solche Bewältigungsbemühungen scheitern. Was immer auch die Person unternimmt, es bleibt wirkungslos. In diesem Moment macht die Person die Erfahrung, dass das Geschehen für sie unkontrollierbar ist und dass die eigenen verfügbaren Handlungsoptionen ins Leere laufen. Es kommt zu einer Hilflosigkeitserfahrung. Diese Erfahrung hat auch Auswirkungen auf das künftige Verhaltensrepertoire (S. 56-57). Seligman (1995) betont, dass Menschen, die in ihrer Lebensbiografie eine Erfahrung der Unkontrollierbarkeit erleiden mussten, ein erhöhtes Risiko aufweisen, die Hilflosigkeitserfahrung in der Zukunft auch auf andere Bereiche des Lebens zu transferieren. Herausforderungen und Aufgaben, die einst mühelos gemeistert wurden, können plötzlich als nicht zu bewältigende Hürden wahrgenommen werden. Die betroffenen Personen erstarren schliesslich in einer Haltung generalisierter Passivität (zit. in Herriger, 2010, S. 58).

(5) Sozioökonomische und sozialökologische Dimension

Laut Hausmann (2006) können bei Traumabetroffenen auch im Bereich der Arbeit Probleme zutage treten. Es kann zu Leistungseinbussen, Krankheitsausfällen, Konflikten am Arbeitsplatz bis hin zur Arbeitslosigkeit kommen (S. 68). Andreas Maercker (2000) merkt an, dass Personen mit einer nicht behandelten posttraumatischen Belastungsstörung in einem stärkeren Mass von Arbeitslosigkeit und Arbeitsproblemen betroffen sind als Menschen der Allgemeinbevölkerung (S. 404). Hubschmid und Solèr (1998) weisen zudem darauf hin, dass ein Trauma zu Ausbildungsabbrüchen oder einer Arbeitsunfähigkeit führen kann. Dies wiederum kann bei den Betroffenen Existenzängste hervorrufen (S. 16).

Hausmann (2006) erklärt sich allfällige Probleme im Bereich der Arbeit als Folge der für die bei einer Traumafolgestörung charakteristischen Symptome wie schnellere Reizbarkeit, Konzentrationsprobleme, Vermeidungsverhalten und so weiter. Zudem ist er der Ansicht, dass diese Traumafolgen bei den betroffenen Personen zugleich mit einer Schwächung der Fähigkeit einhergehen, mit erneuten Belastungen, wie beispielsweise Stress an der Arbeitsstelle, adäquat umzugehen (S. 69).

(6) Körperliche Ausstattung

Nach Scherwath und Friedrich (2012) ist die körperliche Verfassung bei traumatisierten Personen ebenfalls oft angeschlagen (S. 105). Dies kann verschiedene Ursachen haben.

Personen, welche beispielsweise aufgrund von Gewalteinwirkungen, Vernachlässigungen oder schwerwiegenden Unfällen traumatisiert wurden, haben ihren Körper als schmerzverursachend erlebt (ib.). Darüber hinaus nehmen laut Scherwath und Friedrich viele Betroffene typische Traumasymptome wie beispielsweise Flashbacks, Übererregung jedes Mal aufs Neue als „(. . .) körperliche Überwältigung ihrer Selbst (. . .)“ wahr (ib.). Das Verhältnis zum Körper ist entsprechend zwiespältig oder negativ gefärbt. Als Folge davon schenken traumatisierte Personen den Bedürfnissen ihres Körpers häufig wenig Aufmerksamkeit (ib.).

Wie im Unterkapitel 2.6 ausgeführt, leiden traumatisierte Personen häufig an Übererregungssymptomen, da sich der Körper in ständiger Alarmbereitschaft befindet. Warum dies so ist, wurde im Punkt „Erkenntnis Kompetenzen“ dieses Unterkapitels näher ausgeführt. Nach Herman (2010) besteht der erhöhte Erregungszustand sowohl im wachen Zustand als auch im Schlaf an. Dies wirkt sich negativ auf das Schlafverhalten der betroffenen Personen aus. Sie benötigen mehr Zeit, bis sie einschlafen, reagieren lärmempfindlich und erwachen nachts öfters als nicht traumatisierte Menschen (S. 58).

Auch Schmerzen können nach Reddemann und Dehner-Rau (2008) auftreten. Dies zum einen als Reaktion auf den permanenten, erhöhten Erregungszustand des Organismus, zum anderen jedoch auch bedingt durch einen reduzierten „Bewegungsradius“. Die Schmerzen können sich äussern als chronische Verspannungen in Form von Kopf- oder Rückenschmerzen. Oft treten jedoch auch Schmerzen in der Magen-Darm- oder der Herzregion zu Tage (S. 56).

Wie aus dem Unterkapitel 2.6.3 deutlich wurde, neigen ausserdem insbesondere Personen mit einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung zu selbstschädigenden Verhaltensmustern wie Selbstverletzungen oder Substanzmissbrauch. Laut Gahleitner, Loch und Schulze (2012) handelt es sich dabei um Bewältigungsstrategien von Betroffenen. Einerseits geben sie damit nonverbal ihren Schmerzen Ausdruck. Andererseits versuchen sie damit für kurze Dauer mögliche Traumasymptome wie beispielsweise Flashbacks zu unterdrücken oder traumatische Erinnerungen zu vergessen (S. 9). Zudem kann selbstverletzendes Verhalten als Versuch gewertet werden, die in der traumatischen Situation verlorene Kontrollherrschaft zurückzuerlangen (ib., S. 31).

Auch Zwangsstörungen, welche sich nach Reddemann und Dehner-Rau (2008) als Folge eines Traumas einstellen können, können Ausdruck davon sein, Kontrolle über sich selber zurückzugewinnen. Sie helfen den Betroffenen, ihre Ängste für kurze Zeit zu minimieren. Essstörungen im Weiteren können eine Ventilfunktion für unterdrückte Wut oder Schuldgefühle darstellen (S. 56).

Suizid ausserdem kann nach Hausmann (2006) manchmal als Versuch gesehen werden, sich ein für alle Mal von traumatischen Erinnerungen und möglichen Schuldgefühlen zu befreien (S. 66). Laut Maercker (2000) ist das Suizidrisiko von Personen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung rund fünfzehn Mal höher als bei gesunden Menschen (S. 404).

Schliesslich kann nach Gräbener (2013) ein Trauma auch bleibende körperliche Beeinträchtigungen zur Folge haben wie Verletzungen oder Behinderungen (S. 69).

Wie die vorangegangenen Ausführungen aufzeigen, kann sich ein Trauma auf alle sechs Ausstattungsdimensionen negativ auswirken. Die Grafik auf der nachfolgenden Seite bietet eine zusammenfassende Übersicht dazu.

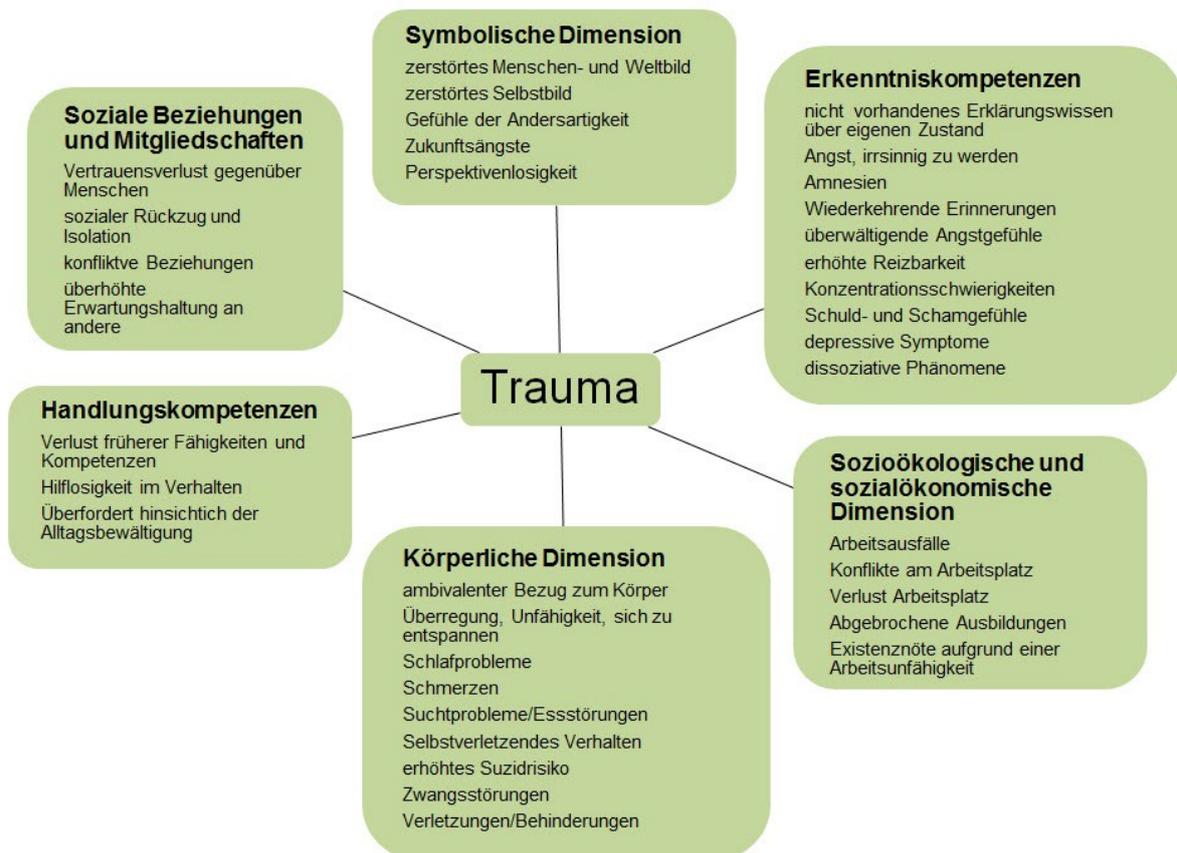


Abb. 1: Mögliche Ausstattungsdefizite in Folge eines Traumas (eigene Darstellung in Anlehnung an: Hubschmid & Solèr, 1998, S. 16 sowie zusammenfassende Erkenntnisse aus dem Kapitel 2 und dem Unterkapitel 3.2.1 der vorliegenden Bachelorarbeit)

3.2.2 Auswirkungen in der Austausch Kategorie

Austauschprobleme stehen in der Regel, wie im Unterkapitel 3.1.2 deutlich wurde, in engem Bezug zu Ausstattungsproblemen. So stellt die Ausstattung eines Menschen unter anderem die Grundlage für den Austausch mit anderen Menschen dar (siehe 3.1.2). Eine mangelnde individuelle Ausstattung infolge eines Traumas kann problematische Austauschbeziehungen mit sich bringen (siehe 3.1.2). Ein von den Autorinnen dieser Bachelorarbeit hypothetisch erarbeitetes Beispiel soll diesen Zusammenhang verdeutlichen: Wenn eine Person aufgrund einer Traumatisierung und der damit einhergehenden Folgeprobleme wie Reizbarkeit, Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, Leistungseinbußen und so weiter ihre Arbeitsstelle verliert respektive aus diesen Gründen keine Arbeitsstelle findet, könnte dies zur Folge haben, dass sie finanziell von ihrem Partner/ihrer Partnerin, einer sozialen Einrichtung oder Drittpersonen abhängig bleibt. Dies würde einen ungleichen Tausch von Gütern bedeuten und somit das Bedürfnis nach Austauschgerechtigkeit verletzen. Dies ist lediglich ein Beispiel einer möglichen asymmetrischen Austauschbeziehung, die ein Trauma mit sich bringen kann. Problematische Austauschbeziehungen können sich letztlich – wie im Unterkapitel 3.1.2 erläutert – in allen sechs Dimensionen der Ausstattungskategorie zeigen.

3.2.3 Auswirkungen in der Machtkategorie

Wie im Unterkapitel 3.1.3 erläutert wurde, spielt die individuelle Ausstattung auch innerhalb der Machtkategorie eine zentrale Rolle. Auch hier wird zur Illustration ein hypothetisches Beispiel von den Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit angeführt: Die durch ein Trauma potenziell tiefe sozioökonomische Ausstattung (Geld/Kapital/Bildung) und schlechte Ausstattung an sozialen Mitgliedschaften können zu einem „Machtdefizit“ führen.

3.2.4 Auswirkungen in der Kriterienkategorie

Schliesslich kann es im Zusammenhang mit einem Trauma auch zu Kriterienproblemen kommen. Auch hierzu führen die Autorinnen dieser Bachelorarbeit ein Beispiel an: Angenommen, eine infolge einer Vergewaltigung traumatisierte Frau wohnt in einem Land, in welchem Vergewaltigung zwar gesetzlich als Verbrechen gilt, jedoch in der Realität nicht mit Strafe belegt wird – dann wäre dies ein Beispiel für ein vorhandenes Kriterium, welches jedoch nicht zur Anwendung kommt.

4 Handlungsauftrag für die Soziale Arbeit

Im Unterkapitel 1.2 „Ausgangslage“ wurde darlegt, dass viele Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit sowie aus anderen Disziplinen den qualifizierten Umgang mit traumatisierten Menschen als medizinischen-psychotherapeutischen Hoheitsbereich erachten und Betroffene an entsprechende Spezialisten verweisen.

Wie ist diese Delegation von traumatisierten Menschen durch Professionelle der Sozialen Arbeit an andere Fachrichtungen respektive die Dominanz der Psychologie beziehungsweise der Medizin in diesem Themenbereich aus Sicht der Sozialen Arbeit zu bewerten? Besteht für Professionelle der Sozialen Arbeit eine Zuständigkeit hinsichtlich traumatisierter Klientinnen und Klienten oder nicht? Bevor diese Fragen beantwortet werden können, nachfolgend ein paar Überlegungen dazu.

Gegenstand Sozialer Arbeit sind gemäss Staub-Bernasconi (1995) soziale Probleme (S. 105). Diese definiert Staub-Bernasconi (1998) konkret wie folgt: „Menschen als Mitglieder von sozialen (Teil-)Systemen mit mehrfachen, sich überlagernden und gegenseitig verstärkenden Ausstattungs-, Austausch-, Macht- und Kriterienproblematiken die sie aufgrund der ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht selber zu lösen vermögen“ (S. 51).

Wie aus den vorangegangenen Ausführungen im Kapitel 3 ersichtlich wurde, können durch ein Trauma sowohl auf der Ausstattungs-, Austausch-, der Macht- als auch auf der Kriterien-ebene Probleme entstehen. Dies führt zum Schluss, dass ein Trauma nach der bedürfnis-/systemtheoretischen Konzeption von Staub-Bernasconi soziale Probleme auslösen kann. Setzt man diese Erkenntnis mit Staub-Bernasconis Auslegung nach dem Auftrag der Sozialen Arbeit in Beziehung, lässt sich klar ein Handlungsauftrag für die Soziale Arbeit hinsichtlich traumatisierter Menschen ableiten.

AvenirSocial (2010) definiert Soziale Arbeit des Weiteren im „Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz“ in Anlehnung an die Definition der „International Federation of Social Workers“ (IFSW) sowie der „International Association of Schools of Social Work“ (IASSW) wie folgt:

„Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen mit dem Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben. (. . . .)“ (S. 8)

Wie aus dem Kapitel 3 ersichtlich wurde, kann ein Trauma mit Bedürfnisverletzungen in den vier nach Staub-Bernasconi definierten Kategorien einhergehen. Infolgedessen kann es zu einer Beeinträchtigung sozialer Beziehungen sowie des Wohlbefindens traumatisierter Personen kommen. Somit lässt sich auch vor diesem Hintergrund ein Auftrag für die Soziale Arbeit herleiten.

Anhand der vorangegangenen Ausführungen, welche sich auf die Gegenstandsbestimmung Sozialer Arbeit nach Staub-Bernasconi und den Berufskodex beziehen, wird deutlich, dass

ein Trauma immer auch einen sozialen Aspekt aufweist. Eine Behandlung von traumatisierten Menschen in rein psychotherapeutischen Settings würde demzufolge zu einer Vernachlässigung der sozialen Dimension eines Traumas führen. Zudem ist der Zugang und die Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen zur Bedürfnisbefriedigung für traumatisierte Menschen oft nur in unzureichendem Masse gewährleistet. Dies macht diese Menschen automatisch zu Adressatinnen und Adressaten der Sozialen Arbeit und somit der Sozialarbeit. Es ist deshalb unerlässlich, dass Professionelle der Sozialarbeit ihre Verantwortung gegenüber Menschen, die von dieser Thematik betroffenen sind, wahrnehmen.

5 Unterstützende Konzepte zur Traumabewältigung

Wie aus dem Kapitel 4 hervorgegangen ist, ergibt sich für die Sozialarbeit im Zusammenhang mit traumatisierten Menschen ein Handlungsauftrag. Basierend auf dieser Erkenntnis, stellt sich die Frage, welche Konzepte sich aus welchen Gründen eignen, um traumatisierte Adressatinnen und Adressaten im Umgang mit dem Trauma zu unterstützen. Um dies beantworten zu können, folgt nachfolgend ein kurzer Exkurs in die Traumatherapie.

In der gegenwärtigen deutschen Leitlinie zur Behandlung von traumatisierten Menschen nach Guido Flatten et al. (2011) werden drei Therapiephasen aufgeführt: 1. Stabilisierung, 2. Traumakonfrontation, 3. Rehabilitation respektive Reintegration (zit. in Gräbener, 2013, S. 96-97).

Der Stabilisierungsphase wird dabei von verschiedenen Autorinnen und Autoren besondere Bedeutung zugemessen. So betont beispielsweise Reddemann (2001), dass viele Aspekte aus der ersten Phase über die gesamte Therapie hinweg relevant sind (S. 21). In der Stabilisierungsphase liegt das Hauptaugenmerk gemäss Huber (2009) darin, traumatisierte Personen darin zu unterstützen, wieder „sicheren Boden unter den Füßen“ zurückzuerlangen (S. 91). Um dieses Ziel zu erreichen, nennen Hanswille und Kissenbeck (2010) als wesentliche Arbeitsschwerpunkte in dieser Phase: Herstellung von äusserer Sicherheit, Aufspüren von Ressourcen, Förderung des Aufbaus von vertrauensvollen Beziehungen, Umgang mit Traumasymptomen lernen, Unterstützung in der Alltagsbewältigung und Einbezug des Klientinnen- und Klientensystems (S. 49-51). Des Weiteren müssen laut Herman (2010) schliesslich auch Aspekte wie „(. . .) stabile Lebensbedingungen, finanzielle Sicherheit, Mobilität (. . .)“ berücksichtigt werden (S. 223).

Erst wenn traumatisierte Personen genügend stabilisiert sind, ist nach Huber (2009) die Inangriffnahme der Traumakonfrontation, möglich (S. 91). In dieser Phase geht es laut Herman (2010) darum, sich in einem geschützten therapeutischen Rahmen mit dem Trauma auseinanderzusetzen mit dem Ziel, die traumatischen Erinnerungsfragmente geordnet und in chronologischer Abfolge in die Lebensbiografie zu integrieren und das Erlebte verbalisieren zu können (S. 248-250).

Reddemann und Dehner-Rau (2008) merken an, dass die Nützlichkeit der Traumakonfrontation von vielen Betroffenen und Therapeuten überbewertet wird. In der Vergangenheit wurde davon ausgegangen, dass es ratsam ist, in jedem Fall über Belastendes zu reden. Dies hat sich jedoch im Falle von traumatischen Erlebnissen als Trugschluss erwiesen. Nicht in jedem Fall ist eine Traumakonfrontation empfehlenswert (S. 90-93).

Auf die Phase der Stabilisierung und/oder der Traumakonfrontation folgt, wie eingangs dieses Kapitels erläutert, die Phase der Rehabilitation respektive Reintegration. In dieser letzten Phase ist sich die betroffene Person laut Herman (2010) im Klaren darüber, dass sie ein Opfer war. Zudem kann sie nachvollziehen, welche Auswirkungen dies auf die eigene Person hatte. Das ehemalige Opfer fasst allmählich Vertrauen in seine Fähigkeit, das Leben selbst

in die Hand zu nehmen. Aspekte der Stabilisierungsphase werden in der letzten Phase häufig nochmals aufgegriffen (S. 280).

Wie die vorangegangenen Ausführungen zeigen, kommt der Stabilisierungsphase innerhalb der Traumatherapie grosse Bedeutung zu.

Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit sind sich bewusst, dass Professionelle der Sozialarbeit keinen therapeutischen Auftrag haben. Während der Stabilisierungsphase sind jedoch auch Aspekte von Bedeutung, welche über einen therapeutischen Rahmen hinausgehen. So ist auch Udo Schleissinger, Psychotherapeut am Institut für Heilpädagogik und Psychotherapie Luzern, der Meinung, dass Fachpersonen der Sozialen Arbeit eine entscheidende Rolle in der Stabilisierungsphase zukommt. Insbesondere im Bereich der Ressourcenorientierung, dem Aufbau und der Erhaltung von sozialen Beziehungen und der Alltagsbewältigung sieht er ein Betätigungsfeld der Sozialen Arbeit. Das notwendige Wissen, um Traumasymptome erkennen und verstehen zu können, sieht er als grundlegende Basis an, um einen Zugang zu den Klientinnen und Klienten zu erhalten und adäquate Hilfsprozesse einzuleiten (Nicole Blum & Livia Huwyler, 18.04.2013, Experteninterview).

Auch die Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit sind davon überzeugt, dass die Profession der Sozialarbeit dafür prädestiniert ist, einen essentiellen Beitrag zur Stabilisierung von traumatisierten Klientinnen und Klienten zu leisten. Die von Udo Schleissinger angeführten Bereiche sehen auch die Autorinnen dieser Bachelorarbeit als wesentliche Betätigungsfelder an, welche durch die Sozialarbeit abgedeckt werden können. Darüber hinaus zählen auch die Unterstützung in der Alltagsbewältigung und der Einbezug des Klientinnen- und Klientensystems zum Aufgabenbereich der Sozialarbeit. Folglich können traumatisierte Adressatinnen und Adressaten auch hinsichtlich dieser Aspekte von Sozialarbeitenden unterstützt werden.

Aufgrund der genannten Arbeitsschwerpunkte, die sich für Sozialarbeitende im Rahmen der Stabilisierungsphase als wesentlich herausgestellt haben, erachten die Autorinnen dieser Bachelorarbeit die in den folgenden Unterkapiteln erläuterten Konzepte als bedeutsam, um auf der Handlungsebene zielführende Interventionen einzuleiten. All diesen Konzepten ist nach Meinung der Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit gemeinsam, dass sie im Kern wesentliche Aspekte beinhalten, die sich an den Fähigkeiten und Ressourcen des Individuums orientieren oder den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung begünstigen und somit betroffene Personen im Umgang mit dem Trauma unterstützen.

5.1 Salutogenese

5.1.1 Definition

Die Entwicklung des Modells der Salutogenese geht gemäss Monika Köppel (2003) auf den amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky zurück. Der Begriff Saluto-

genese setzt sich aus dem lateinischen Wort „salus“ (gesund) und dem griechischen Wort „genese“ (Entstehung) zusammen (S. 16).

Die Salutogenese befasst sich nach Aaron Antonovsky (1997) mit der Frage nach den Bedingungen für die Entstehung respektive Erhaltung von Gesundheit. Konkret formuliert Antonovsky folgende Fragen: „Warum befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums oder warum bewegen sie sich auf den positiven Pol zu, unabhängig von ihrer aktuellen Position?“ (S. 15). Die Salutogenese stellt somit laut Rüdiger Lorenz (2004) eine Ergänzung des Konzepts der Pathogenese dar, welches sich ausschliesslich mit den Ursachen von Krankheiten beschäftigt (S. 29).

5.1.2 Gesundheit und Krankheit im Blickfeld der Salutogenese

Antonovsky (1997) verfolgt mit seinem Salutogenese-Modell ein integratives Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Er verzichtet darauf, Menschen als entweder gesund oder krank einzustufen. Er betont, dass sein Modell weder der gesundheitsorientierten noch der krankheitsorientierten Denkrichtung verschrieben ist. Seiner Ansicht nach sind Gesundheit und Krankheit nicht als zwei voneinander separierte Einheiten zu verstehen. Vielmehr geht er von einem „(. . .) multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (. . .)“ aus (S. 22-29). Gesundheit und Krankheit bilden seiner Meinung nach die Eckpfeiler des Kontinuums, wobei sich der Mensch zwischen den beiden Pfeilern bewegt (ib., 23). Durch diesen Ansatz wird Gesundheit gemäss Lorenz (2004) nicht mehr einfach als Norm und Krankheit als Abweichung davon verstanden. Hingegen werden beide Zustände als zum Leben zugehörig angesehen (S. 31-32). Ausgehend von dieser Sichtweise unterstreicht Antonovsky wie wichtig es ist, den Menschen in seiner Gesamtheit, also eingebettet in seine Lebensgeschichte, wahrzunehmen und auf eine einseitige Fokussierung auf eine Krankheit, wie dies bei einer pathogenetischen Orientierung der Fall ist, zu verzichten (ib., S. 29).

Gerade traumatisierte Klientinnen und Klienten unterliegen laut Gräbener (2013) dem Risiko, seitens von Fachpersonen auf die traumatische Erfahrung reduziert zu werden (S. 113). Diese Gefahr ist laut Schulze (2012) insbesondere dann gegeben, wenn Klientinnen und Klienten einseitig anhand klinischer Kriterien mit dem Stempel „traumatisiert“ versehen werden (S. 126).

5.1.3 Das Konzept des Kohärenzgefühls

Nach Antonovsky geht es beim salutogenetischen Modell, wie bereits eingangs dieses Unterkapitels erläutert, nicht darum zu erörtern, was krank macht, sondern um die Frage, welche Faktoren einen Menschen darin unterstützen, sich in Richtung des gesunden Pols des Kontinuums zu bewegen respektive die aktuelle Position zu bewahren. Antwort auf diese Frage liefert gemäss Antonovsky (1997) das Konzept des Kohärenzgefühls (S. 30).

Das Kohärenzgefühl stellt laut Antonovsky (1997) das Kernstück des Salutogenese-Modells dar. Es ist bestimmend dafür, welche Position ein Mensch auf dem Gesundheits-Krankheits-

Kontinuum einnimmt (S. 33). Nach Köppel (2003) ist Antonovsky davon überzeugt, dass je stärker das Kohärenzgefühl eines Individuums ausgeprägt ist, desto mehr tendiert es zur Gesundheit (S. 18). Lorenz (2004) fügt hinzu, dass eine starke Ausprägung des Kohärenzgefühls zudem wesentlich dafür ist, stresserzeugende Situationen erfolgreich zu meistern (S. 108).

Antonovsky (1997) definiert das Kohärenzgefühl als

eine globale Orientierung, die das Mass ausdrückt, in dem man ein durchdringendes, andauerndes aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die eigene interne und externe Umwelt vorhersagbar ist und dass es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, dass sich die Dinge so entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann. (S. 16)

Laut Hanswille und Kissenbeck (2010) handelt es sich beim Kohärenzgefühl dabei keineswegs um ein gewöhnliches Gefühl, sondern vielmehr um ein „Einstellungsmuster“, das auf den drei Komponenten „Verstehbarkeit“, „Handhabbarkeit“ und „Sinnhaftigkeit beziehungsweise Bedeutsamkeit“ beruht (S. 134-135). Die drei Komponenten werden im Folgenden näher erläutert.

Die drei Komponenten des Kohärenzgefühls	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verstehbarkeit 	<p>Verstehbarkeit bedeutet in diesem Zusammenhang die Fähigkeit, Probleme und Belastungen auf kognitiver Ebene verständlich, konsistent und erklärbar einzuordnen. Personen, bei denen die Verstehbarkeit gut ausgeprägt ist, sind davon überzeugt, dass zukünftige Belastungssituationen voraussagbar sind oder dass sie wenigstens erklärbar und einordbar sind, sollten sie dennoch unerwartet in Erscheinung treten. Solche Personen können sich somit beispielsweise Tod oder Krieg erklären.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Handhabbarkeit 	<p>Die zweite Komponente, die Handhabbarkeit, bezieht sich auf das Ausmass, inwieweit jemand davon überzeugt ist, über die notwendigen Ressourcen zu verfügen, anstehende Aufgaben zu bewältigen. Bei der Abschätzung von Ressourcen geht es dabei nicht bloss um die eigenen Ressourcen, sondern auch um diejenigen, die von vertrauenswürdigen Drittpersonen, wie beispielsweise von der Ehepartnerin oder vom Ehepartner, von Freunden oder vom Arzt, bereit gestellt werden können. Eine stark ausgeprägte Handhabbarkeit bewahrt Menschen davor, sich durch Schicksalsschläge in die Opferrolle zu begeben. Betrübliche Ereignisse werden als zum Leben zugehörig gesehen, welche, wenn sie denn eintreten, bewältigt werden können.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bedeutsam- 	<p>Die dritte und letzte Komponente des Kohärenzgefühls, die</p>

Die drei Komponenten des Kohärenzgefühls

keit/Sinnhaftigkeit	Bedeutsamkeit, drückt aus, inwiefern eine Person ihrem Leben Sinn zuschreibt und inwieweit sie es darauf basierend als lohnenswert einstuft, sich zumindest einigen der im Leben gestellten Anforderungen zu stellen und Energie dafür aufzuwenden. Anforderungen werden im Falle einer starken Ausprägung von Bedeutsamkeit tendenziell als Herausforderungen und weniger als Bürde empfunden. Es darf daraus jedoch nicht geschlossen werden, dass eine solche Person beispielsweise über den Tod eines Verwandten erfreut ist. Wenn sie jedoch mit einem schlimmen Schicksalsschlag konfrontiert wird, wird sie dies als eine Herausforderung annehmen und diesem einen Sinn zuschreiben. Zudem wird sie ihr bestmögliches tun, die Situation würdevoll zu meistern.
----------------------------	---

Tab. 3: Die drei Komponenten des Kohärenzgefühls (eigene Darstellung in Anlehnung an: Antonovsky, 1997, S. 34-36)

5.2 Ressourcenorientierung

5.2.1 Definition

Wolf Ritscher et al. (2013) definieren Ressourcen als:

„(. . .) psychische, materielle und sozialkommunikative Quellen, auf die bei einer erfolgreichen Bewältigung von Handlungsanforderungen zurückgegriffen werden kann“ (S.174).

Gemäss Corinna Scherwath und Sibylle Friedrich (2012) finden sich in verschiedenen Konzepten jeweils unterschiedliche Definitionen des „Ressourcenbegriffs“, wobei das gemeinsame grundlegende Verständnis von Ressourcen sich dadurch definiert, dass bei Ressourcen von „Hilfsmittel oder Hilfsquellen“ ausgegangen werden kann, die der Bewältigung von situativen Umständen und Anforderungen dienen (S. 94). Daher beziehen sich die Autorinnen dieser Bachelorarbeit, wenn im Weiteren von Ressourcen gesprochen wird, vorwiegend auf die Definition von Ritscher et al., die Ressourcen als Quellen zur Bewältigung erschwerter Situationen verstehen.

5.2.2 Interne und externe Ressourcenerschliessung

Staub Bernasconi (2007) sieht als Anlass für Ressourcenerschliessung „(. . .) Lebenslagen, bei denen Erwerb und Teilhabe an (. . .) Gütern durch Eigenleistung teilweise oder ganz ausgeschlossen sind oder bei denen dieser Zugang durch gesellschaftliche Machtstrukturen behindert oder verunmöglicht wird“ (S. 298). Wie bereits aus dem Kapitel 3 „Auswirkungen eines Traumas“ hervorgeht, können Menschen aufgrund ihres Traumas in ihrer Bedürfniserfüllung und dem damit verbundenen Erwerb beziehungsweise der Teilhabe an Gütern eingeschränkt sein oder werden. Dementsprechend stellt die Ressourcenorientierung eine Möglichkeit dar, den Betroffenen diesen Zugang zu ermöglichen oder zumindest zu erleichtern.

Martin Sack (2007) meint: „Die Bewältigung eines traumatischen Ereignisses hängt stark davon ab, inwieweit eigene Ressourcen mobilisiert werden können, um die unmittelbaren Folgeerscheinungen des Traumas zu kompensieren und wieder einen Zugang zur Umwelt und zu den Menschen zu finden“ (S. 165). Hanswille und Kissenbeck (2008) machen zudem darauf aufmerksam, dass die Ressourcenorientierung, welche bisher einen eher individuumszentrierten Ansatz verfolgte, durch die Integration einer systemischen Betrachtungsweise ergänzt und bekräftigt werden kann. Sie unterscheiden dabei vier Ebenen auf denen „Ressourcenaktivierung“ stattfinden kann (S. 129-131). Die folgende Tabelle bietet eine Übersicht dieser vier Ebenen.

Vier Ebenen der internen Ressourcenerschliessung	
(1) Biologische Ressourcen	Unter biologischen Ressourcen werden Fähigkeiten des Körpers verstanden, wie beispielsweise mit Stress erfolgreich umzugehen, ein gut funktionierendes Immunsystem zu generieren sowie physische Reaktionsmuster zu erspüren.
(2) Individualressourcen	Individuelle Ressourcen umfassen unter anderem kognitive Fähigkeiten, Emotionalität, soziale Fertigkeiten, Körperlichkeit, Leistungsfähigkeit, gutes Selbstwertgefühl, positive Lebenseinstellung, Zugewandtheit.
(3) Systemressourcen	Systeme, Familie und Beziehungen erschliessen Ressourcen, über die Menschen nur in bestimmten Zusammenhängen und in sozialen Kontexten verfügen. Systemressourcen haben besondere Eigenschaften. Sie generieren Empfindungen bezüglich Zugehörigkeit, Geborgenheit und Identität in einer Gruppe. Zudem geben sie Sicherheit, fördern aufbauende Gemeinschaftsgefühle, stabile Beziehungen et cetera. Systemressourcen umfassen beispielsweise Helfersysteme, wie die Familie, der Partner und Freunde, welche Unterstützung und Hilfe anbieten.
(4) Spirituelle Ressourcen	Spirituelle Ressourcen lassen sich unter beständige Wert- und Glaubensüberzeugungen, Spiritualität, Sinnhaftigkeit, Hoffnung auf Entfaltung, die innere Überzeugung, dass es mehr gibt als das, was direkt im Leben wahrgenommen werden kann, zusammenfassen. Die Annahme, dass es etwas Sinnstiftendes gibt, was über die irdische Vorstellung hinausgeht, eröffnet Ressourcen, die nicht abhängig sind von zwischenmenschlichen Beziehungen, welche letztlich nie ganz sicher sind. Spirituelle Ressourcen eröffnen den Zugang zu einer eigenen Identität und einem dauerhaften Selbstwert. Gleichzeitig begünstigen spirituelle Ressourcen auch die soziale Einbindung in eine Gemeinschaft von Menschen, die sich ähnlich spirituell orientieren.

Tab. 4: Vier Ebenen der internen Ressourcenerschliessung (eigene Darstellung in Anlehnung an: Hanswille & Kissenbeck, 2008, S. 129-130)

Laut Hanswille und Kissenbeck (2008) kann eine Orientierung an oben erwähnten Ressourcen helfen, die Traumabewältigung positiv zu beeinflussen (S. 131).

Während Hanswille und Kissenbeck sich insbesondere auf interne Ressourcen beziehen, bringt Ruth Brack zusätzlich den Aspekt externer Ressourcen ein. Als externe Ressourcen definiert Ruth Brack (1998) „(. . .) alle gesellschaftlich verfügbaren Güter und Dienstleistungen, die das Klientensystem prinzipiell nutzen kann und die ausserhalb seiner Person und seines persönlichen Umfeldes liegen“ (S. 12). Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit sind davon überzeugt, dass auch der Aktivierung von externen Ressourcen Rechnung getragen werden muss. Wie eingangs des Kapitels 5 erläutert wurde, betont auch Herman, wie bedeutsam es ist, dass Aspekte wie materielle Sicherheit und beständige Lebensbedingungen in der Stabilisierungsphase beachtet werden.

Ritscher et al. (2013) merken an, dass der Grundgedanke der Ressourcenorientierung darin besteht, dass alle Personen die Fähigkeit besitzen, ihren Alltag mit Hilfe von Coping-Strategien (siehe 5.4.2) selbst zu meistern, sofern entsprechende Ressourcen ermittelt werden können oder bereits bestehen (S. 174).

5.3 Resilienz

5.3.1 Definition

Gemäss Rosmarie Welter-Enderlin (2012) ist es komplex den Begriff Resilienz zu definieren. Beim Definitionsversuch beschäftigt sie sich mit der Frage, ob Resilienz als Fähigkeit in gewissen Menschen angelegt ist oder ob Resilienz das Produkt guter Förderung im Sozialisationsprozess darstellt – oder gar beides. Wichtig erscheint ihr dabei, dass man Resilienz differenziert betrachtet und dabei sowohl „multiple, internal und external schützende Faktoren als Quelle von Resilienz“ versteht (S. 9-10). Welter-Enderlin (2012) definiert Resilienz folgendermassen:

„Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen“ (S. 13).

Welter-Enderlin legt hier den Fokus auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen, die Menschen befähigen schwierige Lebenssituationen zu meistern.

Klaus Fröhlich-Gildhoff, Simone Beuter, Sibylle Fischer und Maike Rönnau-Böse (2010) machen zudem darauf aufmerksam, dass Resilienz nicht als angeborene Fähigkeit oder als einmalig erlernte Eigenschaft zu verstehen ist, sondern dass der Begriff als anpassungsfähig und beweglich aufgefasst werden muss (S. 43-44).

5.3.2 Die sechs übergeordneten Resilienzfaktoren

Nach Friedrich Lösel und Doris Bender (2008) befasst sich die Resilienzforschung unter anderem mit der Frage, warum sich gewisse Menschen trotz Risikofaktoren psychisch normal entwickeln, weshalb sie schwierige Lebenssituationen relativ gut meistern oder warum sie Traumata schneller und besser bewältigen als andere (S. 57).

Maike Rönnau-Böse, Simone Beuter und Klaus Fröhlich-Gildhoff (2010) unternahmen eine differenzierte Analyse von bedeutenden Resilienzstudien und definierten sechs übergeordnete Faktoren (siehe Abbildung 2), welche „(. .) wesentlich für die Entstehung von Resilienz und damit für die adäquate Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, Anforderungen und Krisen (. . .)“ sind (S. 184).

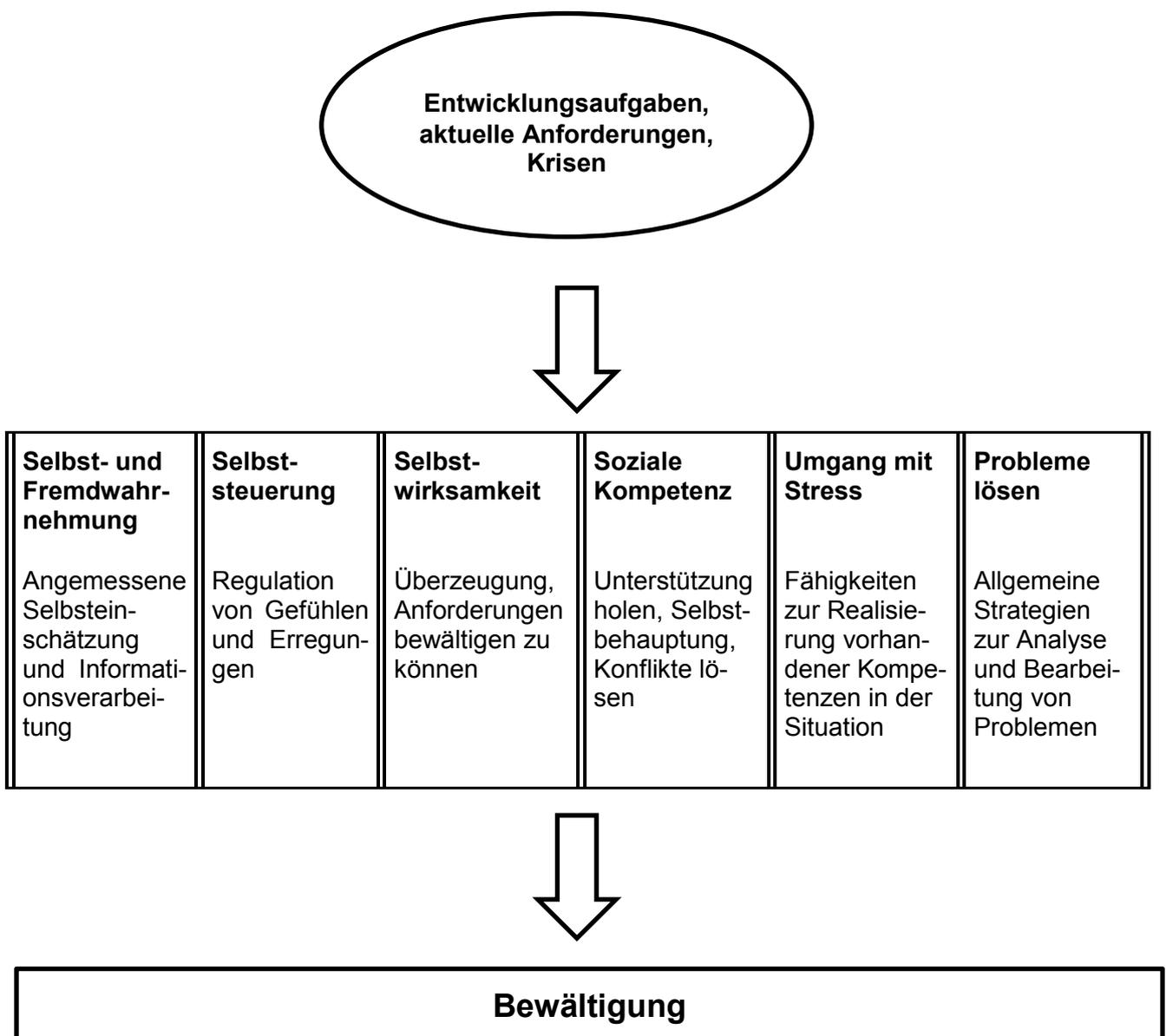


Abb. 2: Sechs übergeordnete Resilienzfaktoren (Rönnau-Böse; Beuter & Fröhlich-Gildhoff, 2010, S. 184)

Gemäss Fröhlich-Gildhoff et al. (2010) sollen diese sechs Resilienzfaktoren nicht gesondert voneinander, sondern zusammenhängend betrachtet werden, da sie sich gegenseitig bedingen und in Wechselwirkung zueinander stehen. Des Weiteren machen die Autorinnen und Autoren darauf aufmerksam, dass die oben definierten sechs Resilienzfaktoren Ähnlichkeit zu den von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) definierten zehn „life skills“, welche als Lebenskompetenzen betrachtet werden, aufweisen. Diese Lebenskompetenzen sollen laut Empfehlung der WHO als Grundlage für Präventions- und Interventionsprogramme dienen (S. 46). Dieser Aussage entsprechend erscheint es den Autorinnen dieser Bachelorarbeit als sinnvoll, sich im Hinblick auf mögliche resilienzbezogene Interventionsmöglichkeiten auf die von Rönna-Böse, Beuter und Fröhlich-Gildhoff (2012) definierten sechs Resilienzfaktoren zu beziehen, um Betroffene in der Traumabewältigung zu unterstützen.

5.4 Coping

5.4.1 Definition

Gemäss Sina Gunkel (2007) bedeutet der aus dem Englisch stammende Begriff Coping in der gleichsprachigen Fachliteratur „Bewältigung von Stresssituationen“. Im deutschsprachigen Raum werden beide Begriffe gleichbedeutend verwendet (S. 22). Im Folgenden sind daher die Begriffe Coping und Stressbewältigung als gleichbedeutend zu verstehen.

Im Zusammenhang mit dem Begriff des Copings bestehen laut Gunkel (2007) mehrere, sich rivalisierende Copingkonzepte (S. 22). Gemäss Corina Wustmann (2011) ist der Begriff des Coping eng mit dem „transaktionalen Stresskonzept von Richard Lazarus und Mitarbeitern“ verknüpft (S. 76). Gemäss Richard Lazarus und Susan Folkmann (1984) handelt das transaktionale Stresskonzept davon, dass Stress durch die „Interaktion von Mensch und Umwelt“ hervorgerufen wird. Im Vordergrund stehen dabei die Merkmale der Situation sowie die Merkmale der Person, welche sich gegenseitig bedingen. Entscheidend sind dabei sowohl „kognitive Einschätzungsprozesse“ wie auch „objektive Bedingungen“ (zit. in Gunkel, 2007, S. 10-11).

Entsprechend der Anlehnung an das transaktionale Stresskonzept verstehen Richard Lazarus und Raymond Launier (1981) Coping als

„(. . .) jene verhaltensorientierten und intrapsychischen Anstrengungen, mit umweltbedingten und internen Anforderungen fertig zu werden, das heisst, sie zu meistern, zu tolerieren, zu reduzieren oder zu minimieren“ (S. 244).

Auch die Autorinnen dieser Bachelorarbeit verstehen Coping in Bezug auf die vorhergehende Definition als Versuch mit stresserzeugenden Einflüssen, die entweder umweltbedingt sind und/oder aus der Person selbst entstehen, sinnvoll umzugehen.

Wustmann (2011) spricht dabei von vier Hauptaufgaben des Copings, welche das Bewältigungsverhalten von Personen unterstützen (S. 76). Diese sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Die vier Hauptaufgaben des Copings

- (1) Das Verringern von schädigendem Einfluss von Umweltbedingungen
- (2) Die Verbesserung von Möglichkeiten zur Erholung
- (3) Das Aufrechterhalten von Sozialbeziehungen sowie von emotionalem Wohlbefinden
- (4) Die Sicherung eines positiven Selbstbildes

Tab. 5: Die vier Hauptaufgaben des Copings (eigene Darstellung in Anlehnung an: Wustmann, 2011, S. 76)

5.4.2 Coping-Strategien

Im Folgenden wird analog zur Definition von Coping keinen Unterschied gemacht zwischen Coping-Strategien und Bewältigungsstrategien.

Als Coping-Strategien werden gemäss Wustmann (2011) konkrete „Handlungsabsichten“ verstanden, mit denen bedrohlichen Situationen begegnet werden kann (S. 77). Gemäss Johannes Klein-Hessling und Arnold Lohaus (2000) kann folgende Unterscheidung bezüglich der Funktion von Coping-Strategien vorgenommen werden:

- (1) Einerseits eine **problemlösende Funktion**
- (2) und andererseits eine **emotionsregulierende Funktion**
(zit. in Corina Wustmann, 2011, S. 77)

Bei Coping-Strategien mit einer „problemlösenden Funktion“ liegt der Fokus gemäss Wustmann (2011) auf den Bedingungen, die den Stress verursacht haben. Sie beschäftigen sich mit konkreten Veränderungen hinsichtlich der Umwelt, des eigenen Verhaltens sowie des Bewertungsprozesses einer Person in einer Situation (S. 77-78). Ergänzende Ausführungen zu den genannten Veränderungen finden sich im Anhang B.

Coping-Strategien mit „emotionsregulierender Funktion“ hingegen dienen der „(. . .) Kontrolle beziehungsweise der Regulierung von somatischen und emotionalen Reaktionen (. . .)“ auf eine Stresssituation. Beispiele für Coping-Strategien mit emotionsregulierender Funktion können unter anderem sein: Sich abreagieren, Entspannung suchen, seinen Ärger zum Ausdruck bringen (ib.). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass gemäss Wustmann Bewältigungsstrategien mit einer problemorientierten Funktion darauf fokussiert sind, die Situation selbst zu ändern, währenddessen emotionsorientierte Coping-Strategien dazu dienen sollen den Bezug zur Situation zu ändern.

Gunkel (2007) fügt zudem an, dass die beiden Funktionen während einer Stresssituation gegenseitiger Wechselwirkungen unterliegen. Sie illustriert das Wechselspiel von problemlösenden und emotionsregulierenden Coping-Strategien an folgendem Beispiel: „So etwa,

wenn planvolles Handeln erst möglich bzw. effizient wird, wenn eine Regulierung der vorhandenen Angstgefühle durch Selbstinstruktion stattfindet“ (S. 24).

5.5 Empowerment

5.5.1 Definition

Laut Norbert Herriger (2010) bedeutet Empowerment wörtlich übersetzt „Selbstbefähigung“, „Selbstbemächtigung“, „Stärkung von Eigenmacht und Autonomie“ (S. 13). Damit das Empowermentkonzept für die Alltagspraxis tauglich ist, bedarf es einer zweckdienlichen Arbeitsdefinition (ib., S. 18). Die Arbeitsdefinition des Empowermentbegriffs für eine sozialberufliche Praxis lautet gemäss Herriger (2010) wie folgt:

Empowerment beschreibt mutmachende Prozesse der Selbstbemächtigung, in denen Menschen in Situationen des Mangels, der Benachteiligung oder der gesellschaftlichen Ausgrenzung beginnen, ihre Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen, in denen sie sich ihrer Fähigkeiten bewusst werden, eigene Kräfte entwickeln und ihre individuellen und kollektiven Ressourcen zu einer selbstbestimmten Lebensführung nutzen lernen. Empowerment – auf eine kurze Formel gebracht – zielt auf die (Wieder-) Herstellung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Alltags. (S. 20)

5.5.2 Die sechs Bausteine des Modells der Menschenstärken

Anlass für Empowerment-Prozesse sind laut Herriger (2010) sogenannte „Nullpunkterfahrungen“ von Menschen. Damit umschreibt er Lebenserfahrungen die von Machtlosigkeit, Ausgeliefertsein, Fremdbestimmung und Autonomieverlust geprägt sind. Solche Nullpunkterfahrungen können zu einem Muster „erlernter Hilflosigkeit“ (siehe 3.2.1) führen (S. 54-56). Erfahrungen der Hilflosigkeit bilden gemäss Herriger wiederum den Ausgangspunkt für die professionelle helfende Beziehungen (ib., S. 65).

Wie in den Kapiteln 2 und 3.2.1 deutlich wurde, gehen traumatische Erfahrungen mit Gefühlen der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins einher und können in einer erlernten Hilflosigkeit münden. Folglich gehören sie nach Ansicht der Autorinnen dieser Bachelorarbeit in die Kategorie der Nullpunkterfahrungen, wie Herriger sie beschreibt.

Herriger (2010) zieht als Basis des Menschenbildes einer von Empowerment geleiteten Sozialen Arbeit das „Modell der Menschenstärken“ nach Ann Weik bei (S. 72). Weik und Mitarbeitende (1989) haben das Modell der Menschenstärke als Antwort auf die defizitär ausgerichtete Sichtweise der helfenden Profession auf ihre Adressatenschaft entwickelt. Eine Hal-

tung, die an dem Modell der Menschenstärken ausgerichtet ist, vertraut in die Fähigkeit des Menschen, das Leben in Eigenregie zu bewältigen (zit. in Herriger, 2010, S. 72-73).

Um das Modell der Menschenstärke in den sozialberuflichen Alltag einfließen zu lassen, hat Herriger (2010) sechs praxistaugliche Grundsätze beruflichen Handelns erarbeitet (S. 74-81). Diese werden in der folgenden Tabelle veranschaulicht.

Sechs Bausteine des Modells der Menschenstärken

- (1) **Vertrauen in die Fähigkeit** jedes einzelnen Menschen, sein Leben in Eigenregie zu gestalten und zu managen

- (2) **Akzeptanz von Eigen-Sinn** und Respekt vor nicht alltäglichen Lebensweisen

- (3) **Respekt vor den „eigenen Wegen“** und der „eigenen Zeit“ der Klientel und Verzicht auf strukturierte Interventionspläne und eine zu ehrgeizige Zeitkalkulation

- (4) **Verzicht auf entmündigende Expertinnen- und Expertenurteile** hinsichtlich der Definition von Lebensproblemen, Lösungsansätzen und wünschenswerten Lebensentwürfen

- (5) **Orientierung an der Zukunft** der Klientinnen und Klienten

- (6) **Wahrung** von unveräußerlichen **Freiheitsrechten**

Tab. 6: Sechs Bausteine des Modells der Menschenstärken (eigene Darstellung in Anlehnung an: Herriger, 2010, S. 74-81)

5.6 Konzept der Feinfühligkeit

Im Unterkapitel 3.2.1 wurde dargelegt, dass die Beziehungsgestaltung für und mit traumatisierten Personen häufig problematisch ist. Paradoxerweise sind jedoch gerade für traumatisierte Personen soziale Beziehungen von grundlegender Bedeutung. So erachtet Herman (2010) die Knüpfung neuer Sozialkontakte als eine der wichtigsten Bedingungen für die Verarbeitung eines Traumas (S. 183).

Auch Gahleitner, Loch und Schulze (2012) weisen darauf hin, dass diverse Spezialisten aus traumpädagogischen Fachkreisen die Relevanz von tragfähigen sozialen Beziehungen als elementar betrachten. Sichere Beziehungserfahrungen ermöglichen es den Betroffenen, wieder Vertrauen zu sich selbst und zur Aussenwelt zu fassen. Zudem helfen diese dabei, verlorenes Kontrollvermögen zurückzuerlangen und sich Fähigkeiten wie planvolles und zielorientiertes Handeln erneut anzueignen (S. 35).

Loch (2012) weist darauf hin, dass verschiedene wissenschaftliche Studien belegen, dass Beziehungsmuster veränderbar sind (S. 153). Ein hilfreiches Konzept in Bezug auf die professionelle Beziehungsgestaltung mit traumatisierten Adressatinnen und Adressaten ist nach Ansicht von Scherwath und Friedrich (2012) das „Konzept der Feinfühligkeit“ aus der Bindungstheorie. Obwohl sich dieses Konzept originär auf die Gestaltung frühkindlicher Eltern-

Kind-Beziehungen bezieht, sind die beiden Autorinnen davon überzeugt, dass sich dieses auch zum Herstellen sicherer Bindungsbeziehungen und zur Modifikation traumabezogener Bindungserfahrungen eignet (S. 83). Nachfolgend wird deshalb das „Konzept der Feinfühligkeit“ näher ausgeführt.

Laut Brisch (2011) geht die Entwicklung des „Konzepts der Feinfühligkeit“ auf Mary Ainsworth zurück. Diese untersuchte vor dem Hintergrund der Bindungstheorie die Bindungsqualität von Kleinkindern. Im Zuge ihrer Studien gelangte sie zur Erkenntnis, dass Kinder von Müttern, welche einen feinfühligem Umgang zu ihrem Kind pflegen, in der Regel eher ein sicheres Bindungsmuster ausbilden. Kinder von Müttern hingegen, welche sich nicht durch besonders feinfühliges Verhalten auszeichnen, entwickeln vielfach eine unsichere Bindung (S. 44-45).

Feinfühligkeit zeichnet sich gemäss Mary Ainsworth (2003) durch vier wesentliche Aspekte des feinfühligem Interaktionsverhaltens aus (zit. in Brisch, 2011, S. 45). Diese sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Die vier wesentlichen Aspekte des feinfühligem Interaktionsverhaltens

- (1) Die Mutter ist **aufmerksam** gegenüber den kindlichen **Signalen** und **nimmt** diese **wahr**.

- (2) Sie ist im Weiteren in der Lage, die Signale **korrekt** zu **interpretieren**.

- (3) Ausserdem sollte sie eine **angemessene Reaktion** auf die Signale zeigen.

- (4) Schliesslich ist es erforderlich, dass die Reaktion **rasch** erfolgt.

Tab. 7: Die vier wesentlichen Aspekte des feinfühligem Interaktionsverhaltens (eigene Darstellung in Anlehnung an: Mary Ainsworth, 2003, zit. in Brisch, 2011, S. 45)

Nach Karl Heinz Brisch (2012) ist auch die Sprache ein wesentlicher Aspekt, in dem sich Feinfühligkeit manifestiert. Feinfühligkeit in der Sprache äussert sich dabei dadurch, dass die beim Kleinkind registrierten Gefühle, Handlungsweisen oder Absichten in „Ammensprache“ verbalisiert werden. Auf diese Weise wird das Kind in die Lage versetzt, seine Gemütsregungen und „inneren Bilder“ zu artikulieren (S. 105).

Wenn Feinfühligkeit in der soeben beschriebenen Weise von Eltern gelebt wird, bildet dies eine gute Basis für die Ausbildung einer sicheren emotionalen Bindung beim Kind an seine Eltern (ib., S. 106).

6 Beratungs- und Interventionsansätze der Sozialarbeit

Wie im Kapitel 4 ersichtlich wurde, besteht ein Handlungsauftrag für Professionelle der Sozialarbeit hinsichtlich traumatisierten Adressatinnen und Adressaten. Zudem wurde eingangs des Kapitels 5 aufgezeigt, dass Sozialarbeitende insbesondere im Bereich der Stabilisierung traumatisierte Personen unterstützen können. Basierend auf dieser Feststellung wurde dargestellt, welche Konzepte sich aus welchen Gründen im Zusammenhang mit der Traumabewältigung von betroffenen Personen eignen.

In diesem Kapitel werden nun konkrete sozialarbeiterische Beratungs- und Interventionsansätze aufgezeigt, die das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden der traumatisierten Adressatinnen und Adressaten steigern können. Zu diesem Zweck fließen die gewonnenen Erkenntnisse aus den Kapiteln 2, 3 sowie 5 in die Handlungsanleitungen ein und werden miteinander in Verbindung gesetzt. Ergänzt werden diese mit weiteren bedeutenden Interventionsansätzen bezüglich der Arbeit mit traumatisierten Klientinnen und Klienten.

Die in den Unterkapiteln 6.2 und 6.3 erläuterten Beratungs- und Interventionsansätze beziehen sich in erster Linie auf Adressatinnen und Adressaten, bei denen bereits eine Traumafolgestörung durch eine Ärztin oder einen Arzt respektive eine Psychiaterin oder einen Psychiater beziehungsweise eine Psychologin oder einen Psychologen diagnostiziert worden ist. Professionelle der Sozialarbeit verfügen nicht über die Kompetenz, Diagnosen zu stellen. Dennoch werden Sozialarbeitende mit traumatisierten Klientinnen und Klienten konfrontiert, bei denen keine Diagnose vorhanden ist. In diesen Fällen ist es unter anderem bedeutsam, dass Fachpersonen der Sozialarbeit über traumaspezifisches Wissen verfügen, um entsprechende Hypothesen bilden zu können. Basierend auf diesen Hypothesen kann mit der betroffenen Person das weitere Vorgehen besprochen werden und allenfalls eine Triage an eine entsprechende Fachperson vollzogen werden. Sobald eine Diagnose vorliegt, ist es Sozialarbeitenden auch in diesen Fällen möglich, auf traumasensible Beratungs- und Interventionsansätze zurückzugreifen, die der Traumabewältigung der betroffenen Person dienen.

Die Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit sind sich bewusst, dass die Ausgestaltung der Beratungs- und Interventionsansätze je nach Arbeitsfeld, institutionellem Auftrag sowie zeitlichen Kapazitäten von Sozialarbeitenden unterschiedlich ausfallen kann. Nachfolgend wird jedoch ein breites Spektrum an Beratungsmöglichkeiten erläutert, welche in der Arbeit mit traumatisierten Personen hilfreich sind. Fachpersonen der Sozialarbeit haben so die Möglichkeit, diejenigen Beratungs- und Interventionsansätze zu berücksichtigen, welche sich für ihren persönlichen beruflichen Kontext eignen.

Im Rahmen dieses Kapitels beziehen sich die Autorinnen dieser Bachelorarbeit an manchen Stellen auf das Buch „Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung“ der Autorinnen Scherwath und Friedrich (2012). In diesem Buch gehen Scherwath und Friedrich teilweise von sozialpädagogischen Arbeitskonstellationen aus. Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit

sind der Meinung, dass sich die erläuterten Ansätze aber auch im sozialarbeiterischen Kontext eignen, um traumatisierte Personen unterstützend zu begleiten.

6.1 Traumasympptome verstehen

Wie in den Kapiteln 2 und 3 deutlich wurde, äussert sich ein Trauma durch eine Vielzahl an Symptomen und auffälligem Verhalten. Wenn Professionelle der Sozialarbeit traumabezogene Reaktionen und Verhaltensweisen ihrer Klientinnen und Klienten nicht als solche zu deuten vermögen, kann dies laut Hubschmid und Solèr (1998) einerseits Irritationen auslösen und andererseits zu falschen Interventionen führen (S. 14-18). Die korrekte Deutung solcher Symptome bildet somit nach Ansicht der Autorinnen dieser Bachelorarbeit die Grundlage für eine gelingende Beziehungsgestaltung und für zielführende Interventionen. Die nachfolgenden Ausführungen enthalten Ansätze eines verstehensorientierten Zugangs bezüglich Symptomen und Verhaltensweisen, die auf ein Trauma hinweisen können.

6.1.1 Der verstehensorientierte Zugang

Gemäss Scherwath und Friedrich (2012) führen Lösungsprozesse, die kein hinreichendes Sinnverstehen enthalten, oft zu Misserfolgen. Als Folge davon wird dieses Scheitern dann oftmals den Klientinnen und Klienten angelastet. Es kann dann zu Zuschreibungen kommen, die den Hilfesuchenden unterstellen, sich zu verweigern oder sich nicht richtig zu beteiligen. Es liegt daher in der Verantwortung der Professionellen der Sozialen Arbeit, eine Grundhaltung einzunehmen, die darauf ausgelegt ist, den Lösungsprozess zugunsten des Klientels zu gestalten. Dies beinhaltet zunächst einmal die Entwicklung eines ausreichenden Verständnisses des problematischen Gegenstandes, um anschliessend auf der Handlungsebene adäquate, individuelle Lösungsmöglichkeiten zu generieren. Ein verstehensorientierter Zugang ist demnach die Ausgangslage jeder Prozessgestaltung. Das verstehensorientierte Arbeiten heisst nicht einfach jegliche Verhaltensweisen gut, es geht vielmehr darum, das gezeigte Verhalten zu ergründen. Verstehen heisst dabei nicht gleichermassen einverstanden zu sein. Es geht also darum, sich einen Zugang zu erarbeiten zu der persönlichen Not des betroffenen Menschen, aufgrund derer es zu unangemessenem Verhalten kommt und nicht um das Rechtfertigen dieser Verhaltensweisen (S. 60-61).

Richtungsweisend für den verstehensorientierten Zugang kann gemäss Scherwath und Friedrich (2012) das in der Praxis gängige Denkmodell des „Konzept des guten Grundes“ sein. Dieses basiert auf „Grundannahmen, die davon ausgehen, dass das Verhalten von Menschen normalerweise nicht destruktiv motiviert ist, sondern aus dem inneren System des Menschen heraus Sinn ergibt“ (S. 63).

6.1.2 Drei wesentliche Aspekte eines verstehensorientierten Zugangs

Um sich dem Sinn des Verhaltens anzunähern und damit zu umfassenderem individuellen Fallverständnis zu gelangen, können gemäss Scherwath und Friedrich (2012) drei Grundsätze hilfreich sein (S. 63-68). Diese werden nachfolgend erläutert.

(1) Verhaltensweisen basieren immer auf menschlichen Bedürfnissen

Bei diesem Prinzip geht es laut Scherwath und Friedrich (2012) darum, den Zusammenhang zwischen dem Verhalten eines Menschen und seinen Bedürfnissen zu verstehen. Auffälliges Verhalten wird folglich nicht als Störung, sondern als besondere Bedürfnisse ausgelegt. Diese Herangehensweise ist gerade im Hinblick auf traumatisierte Menschen von grosser Bedeutung, da diese mannigfaltige „Verletzungen und Mangelerebnisse“ in Bezug auf ihre Grundbedürfnisse erleiden müssen. Für Professionelle der Sozialen Arbeit stellt sich aufgrund dieser Überlegungen die Frage: „Welche Grundbedürfnisse, die aktuell nicht befriedigt werden oder biografisch mangelhaft versorgt wurden (. . .)“, sich in der wahrgenommenen Symptomatik manifestieren. Aus der Beantwortung dieser Frage lassen sich anschliessend Handlungsziele ableiten, die das Mangelerebnisse bearbeiten oder soweit möglich beseitigen sollen (S. 63).

(2) Positive Absichten bestimmen menschliche Verhaltensweisen

Dieses Prinzip geht nach Scherwath und Friedrich (2012) davon aus, dass hinter jedem Verhalten eines Menschen eine positive Absicht steckt. Hierbei geht es um einen Perspektivenwechsel, der die Aufmerksamkeit weg von den negativen Effekten eines Verhaltens hin zu den inneren Zielen der Person lenkt. Dieser Zugang über die positiven Absichten soll Menschen ähnlich wie bei der Frage nach den Bedürfnissen darin unterstützen, alternative Möglichkeiten für die gleichen Absichten auszuprobieren. In diesem Zusammenhang sollten sich Professionelle der Sozialen Arbeit mit der Frage beschäftigen, was die betroffene Person mit ihrem Verhalten versucht zu erreichen oder sicherzustellen. Nur wenn zuverlässige Alternativen oder neu angepasste Muster gefunden werden, können gemäss diesem Konzept Verhaltensänderungen entstehen. Hinter einer traumaspezifischen Symptomatik verbergen sich oftmals positive Absichten, die dazu dienen sollen, Macht und Kontrolle wiederzuerlangen, die Person vor erneuten Gefahren zu schützen, Schmerzerfahrungen zu vermeiden und das Überleben zu sichern (S. 64-65).

Um eine weitere Vertiefung in das traumaspezifische Symptomverstehen zu erlangen, wird an dieser Stelle auf einen dritten Aspekt des verstehensorientierten Zugangs eingegangen.

(3) Einzelne Fragmente der Traumatisierung richtig einzuordnen

Dazu schlägt Lutz Besser (2008) folgende Frage vor: „Was von der präsentierten Symptomatik könnte fragmentarischer Teil oder kompensatorische Reaktion eines traumatischen Ereignisses sein?“ (zit. in Scherwath & Friedrich, 2012, S. 66). Gemäss Scherwath und Friedrich (2012) dient diese Fragestellung dazu, aktuelle Symptome in einem erweiterten Zusammenhang zu sehen und somit auch für die betroffene Person nachvollziehbarer und damit akzeptabler zu machen. Weitere Fragen, die dasselbe Ziel verfolgen, sich aber auf spezifische Symptome einer Traumatisierung beziehen, können formuliert werden:

- **Bei selbstverletzendem Verhalten:** Wann ist die betroffene Person in ihrem Leben schon einmal verletzt worden?
- **Bei ausgeprägter Gefühlskälte:** Wann war es im Leben der betroffenen Person sinnvoll, nichts zu spüren?
- **Bei aggressivem Verhalten:** Wann war es in der Vergangenheit der betroffenen Person

notwendig, zu kämpfen oder sich zu wehren?
(S. 66)

Das Ziel von bedürfnisorientierten Auslegungen, vom Anerkennen positiver Absichten sowie vom Einordnen einzelner Verhaltensfragmente ist laut Scherwath und Friedrich (2012) eine fühlbare Entlastung in der Gegenwart. Diese drei Aspekte dienen als wesentliche Prämissen einer feinfühligem Wahrnehmung gegenüber traumatisierter Klientinnen und Klienten. Diese Feinfühligkeit gilt als wesentliches Merkmal für die Gestaltung einer traumaspezifischen Beziehungsgestaltung (S. 68). Auf das Konzept der Feinfühligkeit hinsichtlich des Beratungskontextes wird im Unterkapitel 6.2.1 näher eingegangen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die drei erläuterten Aspekte eines verstehensorientierten Zugangs darauf ausgelegt sind, traumaspezifische Symptome richtig zu deuten und zu verstehen und dadurch zu konstruktiven Lösungen zur Bearbeitung der alten, problembehafteten Verhaltensweisen zu gelangen. Des Weiteren dient der verstehensorientierte Zugang als Basis für eine professionelle Beziehungsgestaltung wie sie im nachfolgenden Unterkapitel erläutert wird.

6.2 Professionelle Beziehungsgestaltung mit traumatisierten Klientinnen und Klienten

Ein Trauma kann sich – wie im Kapitel 3.2.1 ausführlich dargelegt – negativ auf die soziale Interaktionsgestaltung der Betroffenen auswirken. Gleichzeitig wurde jedoch an unterschiedlichen Stellen dieser Bachelorarbeit auf die zentrale Bedeutung von positiven Beziehungserfahrungen für eine gelingende Traumabewältigung hingewiesen. Loch (2012) begreift es daher als Aufgabe der Sozialen Arbeit, traumatisierten Klientinnen und Klienten „(. . .) auch wenn sich diese manchmal erst Jahrzehnte später in Hilfekontexten einfinden – Beziehungen anzubieten, die ihnen ermöglichen, die Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf ihr Leben zu bearbeiten“ (S. 152).

Die professionelle Beziehungsgestaltung mit traumatisierten Adressatinnen und Adressaten birgt nach Knaevelsrud und Maercker (2008) jedoch einige Stolpersteine (S. 934). Traumatisierte Klientinnen und Klienten müssen nach Hanswille und Kissenbeck (2010) häufig zuerst wieder auf beschwerliche Art und Weise lernen, sich auf Beziehungen einzulassen und wieder Vertrauen zu fassen (S. 124).

Damit die Entstehung einer tragfähigen Beziehung zwischen Professionellen und traumatisierten Klientinnen und Klienten gelingt, gilt es einige Grundsätze im Umgang mit traumatisierten Menschen zu beachten. Wie der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung ermöglicht werden kann, soll im Folgenden dargelegt werden. Es werden sowohl förderliche als auch hinderliche Aspekte für die professionelle Interaktionsgestaltung mit traumatisierten Adressatinnen und Adressaten aufgezeigt.

6.2.1 Förderliche Aspekte für den Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung

▪ Feinfühliges Verhalten

Wie bereits im Unterkapitel 5.6 dargelegt wurde, sind Scherwath und Friedrich (2012) der Meinung, dass sich das „Konzept der Feinfühligkeit“ zum Aufbau einer förderlichen professionellen Beziehung zwischen Fachpersonen und traumatisierten Adressatinnen und Adressaten anbietet (S. 83).

Scherwath und Friedrich (2012) erachten Feinfühligkeit im Kontext mit traumatisierten Adressatinnen und Adressaten jedoch als anspruchsvoll, da Fachkräfte häufig als „(. . .) Übertragungsobjekte negativer Vorerfahrungen gelten, beziehungsweise Beziehung an sich bereits als Trigger fungiert“ (S. 83). Zudem zeigt sich gemäss Scherwath und Friedrich (2012) bei traumatisierten Personen häufig ein Spektrum an gegensätzlichen Verhaltensweisen: Auf der einen Seite ein grosses Unterstützungsbedürfnis und auf der anderen Seite abweisendes Verhalten. Werden solche Verhaltensweisen von den Fachpersonen registriert, ist es bedeutsam, diese nicht als böswillig oder absichtlich manipulierend zu werten, da auf diese Weise Feinfühligkeit verunmöglicht wird. Vielmehr geht es darum, solches Verhalten der Adressatinnen und Adressaten im Sinne einer „Selbstoffenbarung“ wahrzunehmen und die darin enthaltenen Botschaften entsprechend korrekt zu deuten. Klammerndes Verhalten beispielsweise sollte nicht als mühselig eingestuft, stattdessen jedoch als nachvollziehbare Bindungsbedingte Reaktion auf Furcht vor Wegfall von Bindung und Sicherheit erkannt werden. Ablehnendes Verhalten wiederum sollte nicht auf die eigene Person zurückgeführt werden. Vielmehr sind sie als Schutz vor Ablehnung oder Verwundung aufgrund negativer Bindungserfahrungen zu deuten (S. 84).

Damit die für die Feinfühligkeit erforderliche Aufmerksamkeit gegenüber den Signalen der Adressatinnen und Adressaten gewährleistet ist, braucht es nach Scherwath und Friedrich (2012) eine „(. . .) innere und äussere Präsenz von Fachkräften (. . .)“ (S. 85). Traumatisierte Personen benötigen dabei ein hohes Mass an Präsenz. Präsenz beinhaltet dabei zwei Aspekte. Zum einen wird sie sichergestellt durch faktisches Zugewesen und Erreichbarkeit und zum anderen durch aufmerksames, zugewandtes und achtsames Auftreten (ib., S. 85-86).

Nachdem eine Fachperson die Signale des Gegenübers wahrgenommen und korrekt interpretiert hat, ist es des Weiteren notwendig, dass die Fachkräfte in angemessener und rascher Weise auf diese reagieren, um beim Gegenüber ein Sicherheitsgefühl zu erzeugen und Vertrauen zu bilden (ib., S. 84-85).

Feinfühliges Verhalten setzt nach Scherwath und Friedrich (2012) zudem die Kompetenz der Fachkraft voraus, innere Vorgänge, Gefühle, Empfindungen und Handlungen zu verbalisieren und zu spiegeln. Sie erachten die verbale Wiedergabe von Inhalten und Gefühlen des Gegenübers als eine der wesentlichsten traumabezogenen Interventionsansätze, da sich dadurch auf verschiedenen Ebenen positive Effekte ergeben: „Die empathische Resonanz der äusseren Welt auf inneres Erleben scheint in besonderer Weise zur Beruhigung des in-

neren Systems, zum Festigen des Bindungserlebens und zur Stabilisierung der Persönlichkeit beizutragen“. Als Instrument zur verbalen Resonanz empfehlen sie unter anderem das von Thomas Gordon entwickelte Konzept der „Sprache der Annahme“ (S. 87-88). Die „Sprache der Annahme“ beinhaltet gemäss Gordon (1989) folgende Elemente:

- Reflexion der Inhalte von Gesagtem;
- Deuten und Ausdrücken von Gefühlen und Absichten, die sich hinter Verhaltensweisen verbergen könnten;
- Registrieren und Benennen von Gefühlen, die in Äusserungen mitschwingen;
- Nennen von handlungsbegleitenden Anmerkungen.

(zit. in Scherwath & Friedrich, 2012, S. 88).

▪ **Klientinnen und Klienten als Expertinnen und Experten**

Laut Hanswille und Kissenbeck (2010) ist es für den Aufbau einer förderlichen Arbeitsbeziehung im Weiteren bedeutsam, dass die Klientinnen und Klienten als Expertinnen und Experten für das Trauma angesehen werden (S. 124). Die Betroffenen können gemäss Gräbener (2013) in der Regel am besten beurteilen, was ihnen hilft und was sich schädigend auf sie auswirkt. Die eigenen Ansichten darüber, wie ein hilfreicher Prozess zu gestalten ist, sollten laufend mit denjenigen der Klientel in Abstimmung gebracht werden. Dies setzt voraus, dass Fachpersonen sich gegenüber Kritik und allfälligen Modifikationen im Beratungsprozess aufgeschlossen zeigen (S. 111-112).

Herman (2010) weist darauf hin, dass jede Form von Intervention, die den Betroffenen die Entscheidungsfreiheit und Eigenverantwortlichkeit entzieht, der Bewältigung des Traumas entgegenwirkt. Sie betont, dass Fachkräfte traumatisierten Personen grösstmöglichen Entscheidungsspielraum einräumen sollten. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Klientinnen oder Klienten – ähnlich der traumatischen Erfahrung – in eine unterlegene Position geraten (S. 183-184).

Die vorangegangenen Ausführungen korrespondieren auch mit dem zweiten, dritten und vierten Grundsatz des Modells der Menschenstärken (siehe 5.5.2). Diese besagen, dass unkonventionelle Lebensentwürfe und Eigensinnigkeit respektiert werden sollten, Wiederaneignungsprozesse entsprechend dem Tempo und den Vorstellungen der Klientinnen und Klienten vollzogen werden sollten sowie auf entmündigende Expertinnen- und Expertenurteile verzichtet werden sollte. Das beachten des Aspektes „Klientinnen und Klienten als Expertinnen und Experten“ fördert somit einerseits den Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung und stärkt andererseits, nach Meinung der Autorinnen dieser Bachelorarbeit, Prozesse des Empowerments.

▪ **Eindeutige Positionierung für die Klientin oder den Klienten**

Gemäss Gräbener (2013) ist es für die Herstellung einer stabilen professionellen Beziehung ausserdem wichtig, dass traumatisierte Personen das Gefühl erhalten, verstanden zu werden (S. 110-111). Knaevelsrud und Maercker (2008) heben hervor, dass eine „grundsätzliche Parteilichkeit“ für die Adressatinnen respektive Adressaten wesentlich ist. Insbesondere dann, wenn das Trauma durch einen Menschen verursacht wurde, also eine Täterin oder ein

Täter im Spiel war. In diesem Fall muss die Schuldfrage klar der Täterperson zugeschrieben werden (S. 946). Herman (2010) relativiert diese Aussage insofern, dass sie zwar ebenfalls betont, dass Fachpersonen sich gegenüber Klientinnen respektive Klienten solidarisch zeigen sollten, was jedoch nicht heisst, traumatisierte Personen als vollkommen und unfehlbar zu verklären (S. 186).

- **Der Wahrnehmung der Klientin oder des Klienten anerkennen**

Hubschmid und Solèr (1998) weisen darauf hin, dass die Realität der Klientin respektive des Klienten nicht immer deckungsgleich mit derjenigen der Beratungsperson ist. Wann immer Fachpersonen Berichte von traumatisierten Adressatinnen oder Adressaten als unwirklich und als unbedeutend einstufen, kann dies dazu führen, dass sich diese im Stich gelassen fühlen. Sie sehen sich dadurch in ihrer Furcht bekräftigt, dass ihre eigene Realität und ihre Empfindungen „nicht ernstzunehmen sind“. Die Wahrnehmung von Ereignissen und Gefühlen vollzieht sich jedoch immer vor dem Hintergrund einer subjektiven Wirklichkeit. Beratungspersonen müssen sich diesen unterschiedlichen Wirklichkeitskonstruktionen bewusst sein. Damit sich Klientinnen und Klienten im Hilfssetting respektiert fühlen, sollten Fachpersonen die Wahrnehmung der Klientinnen und Klienten unter allen Umständen anerkennen (S. 20).

- **Umgang mit allfälligen traumatischen Übertragungen**

Wie im Unterkapitel 3.2.1 erläutert wurde, kann es in der Arbeit mit traumatisierten Klientinnen und Klienten zu verschiedenen Formen von Übertragungen kommen.

Laut Hanswille und Kissenbeck (2010) ist es in diesem Zusammenhang wichtig, den von traumatisierten Adressatinnen und Adressaten geäusserten Argwohn gegenüber Fachpersonen zu respektieren, da es sich dabei um eine Art Selbstschutzvorkehrung der betroffenen Personen handelt (S. 125).

Der Zuweisung einer Retterrolle kann laut Herman (2010) vorgebeugt werden, indem von Beginn an eindeutige Grenzen gesetzt werden (S. 206). Zu diesem Zweck ist es laut Hubschmid und Solèr (1998) sinnvoll, die eigene Rolle und das Beratungsangebot transparent und eindeutig zu kommunizieren. Auf diese Weise ist es möglich, überhöhte oder falsche Erwartungen von Beginn weg zu relativieren (S. 19).

Das zu Beginn dieses Unterkapitels vorgestellte „Konzept der Feinfühligkeit“ erachten die Autorinnen dieser Bachelorarbeit als hilfreich, um mögliche Übertragungen im Beratungsprozess zu registrieren.

- **Vertrauen als handlungsleitende Kategorie**

Wie in den Kapiteln 2 sowie 3.2.1 deutlich wurde, geht eine traumatische Erfahrung häufig mit einem Vertrauensverlust sowohl in die eigene Person als auch in die Mitmenschen einher. Für Schulze (2012) ist deshalb „Vertrauen als Kategorie“ zentral in der Arbeit mit traumatisierten Personen. Vertrauen ist dabei einerseits auszulegen als das Vertrauen von Adressatinnen und Adressaten gegenüber den Fachpersonen. Vertrauen in der Arbeit mit trau-

matisierten Personen ist jedoch auch in einem anderen Bedeutungssinn von Relevanz und zwar im Sinne von Vertrauen haben in die Fähigkeiten und Kompetenzen von traumatisierten Adressatinnen und Adressaten (S. 126). Fachpersonen machen auf diese Weise laut Loch (2012) die Erfahrung, dass traumatisierte Personen einerseits zunehmend an Selbstvertrauen gewinnen und andererseits immer mehr Vertrauen in das professionelle Gegenüber fassen. Die Kompetenzzuschreibung kann die Betroffenen darüber hinaus zu einem Perspektivenwechsel ermutigen und sie dazu befähigen, wieder zu Akteurinnen oder Akteuren des eigenen Lebens zu werden (S. 156).

Die vorangegangenen Erläuterungen decken sich teilweise mit dem ersten und fünften Grundsatz des Modells der Menschenstärken (siehe 5.5.2). Diese halten dazu an, in die Fähigkeit jedes einzelnen Menschen zu vertrauen und sich an der Lebenszukunft der Klientinnen und Klienten zu orientieren. Bezogen auf den letztgenannten Grundsatz bedeutet dies laut Herriger (2010), dass erschliessbare Ressourcen in der Gegenwart aufgespürt werden, anstelle in der Vergangenheit nach Momenten der Hilflosigkeit und des Versagens zu wühlen. Dies bildet die Grundlage für die Ingangsetzung von Empowermentprozessen (S. 78-79).

Das Beachten des Aspektes „Vertrauen als handlungsleitende Kategorie“ wirkt sich somit wiederum positiv auf den Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung aus und fördert zudem nach Meinung der Autorinnen der vorliegenden Bachelorarbeit Empowermentprozesse.

6.2.2 Hinderliche Aspekte für den Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung

▪ Prozesse der Entmündigung und Retraumatisierung

Wie im Kapitel 2 deutlich wurde, sind traumatische Erfahrungen in der Regel geprägt von Gefühlen der Machtlosigkeit und des Autonomieverlustes. Um Retraumatisierungen oder die Weiterführung von Traumatisierungen in professionellen Kontexten zu vermeiden, ist es laut Schulze und Kühn (2012) deshalb angezeigt, dass die institutionellen Abläufe, Interventionen, Beratungsstrukturen und verwendete Wortwahl laufend auf potenziell traumatisierende Effekte hin überprüft und wenn nötig angepasst werden. Sie weisen darauf hin, dass Fachpersonen es nach Möglichkeit unterlassen sollten, Imperativsätze im Sinne von „(. . .) ‚Du musst...‘, ‚Du solltest...‘ oder ‚Dir würde gut tun...‘ (. . .)“ zu benutzen. Solche Botschaften können bei traumatisierten Menschen Gefühle der Machtlosigkeit und Abhängigkeit auslösen. Auch können gewisse Gesprächsanlagen traumatische Erfahrungen in Erinnerung rufen und in schwerwiegenden Fällen gar eine Retraumatisierung zur Folge haben (S. 173). Weiter sollten Fachkräfte gemäss Gräbener (2013) in jedem Fall davon absehen, Vorwürfe gegen traumatisierte Personen zu erheben oder deren Bedürfnisse zu missachten, da dies erneut zu erheblichen seelischen Verletzungen führen kann (S. 104). Schliesslich ist es laut Hubschmid und Solèr (1998) zu vermeiden, Klientinnen und Klienten ohne Vorbereitung über die traumatische Erfahrung auszufragen. Dies kann Flashbacks auslösen und eine Retraumatisierung bewirken (S. 21).

▪ **Haltung der Vermeidung oder der Überidentifikation**

In den nachfolgenden Ausführungen werden Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit einem therapeutischen Kontext verwendet. Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit gehen jedoch davon aus, dass sich die folgenden Aspekte auch in Rahmen von sozialarbeiterischen Beziehungskontexten äussern können.

Laut Knaevelsrud und Maercker (2008) bedeutet es in der Arbeit mit traumatisierten Personen eine Herausforderung, ein Gleichgewicht zwischen Empathie und Abgrenzung zu wahren. Sowohl eine übermässige wie auch eine zu geringfügige Anteilnahme kann eine Beendigung der Therapie herbeiführen und zusätzliches Leid verursachen (S. 944). John. P. Wilson und Jacob D. Lindy (1994) nennen dabei „Vermeidung“ und „Überidentifikation“ als mögliche problematische therapeutische Verhaltensweisen im Zusammenhang mit traumatisierten Personen (zit. in Knaevelsrud & Maercker, 2008, S. 944).

Gemäss Knaevelsrud und Maercker (2008) drückt sich „Vermeidung“ durch ablehnendes und abwertendes Auftreten aus. So werden die Schilderungen der Adressatin respektive des Adressaten als unglaubwürdig eingestuft oder diese werden verharmlost. Im Weiteren zeigt sich eine solche Haltung auch dadurch, dass Rückfragen auf das Erzählte ausbleiben oder dass ein unmittelbarer Themenwechsel eingeleitet wird. Traumatisierte Personen können solche Verhaltensweisen „(. . .) als Verrat seitens des Therapeuten wahrnehmen (. . .)“ (S. 945).

Allerdings geben Knaevelsrud und Maercker zu bedenken, dass auch eine komplementäre Haltung zur „Vermeidung“, nämlich die sogenannte „Überidentifikation“ problematisch zu werten ist. Einerseits ergibt sich dadurch das Risiko, dass mögliche Interventionen mehr den Vorstellungen der Fachpersonen als denen der Adressatinnen oder Adressaten entsprechen. Andererseits kann eine zu direktive und übersteigerte fürsorgliche Verhaltensweise seitens Therapeutinnen respektive Therapeuten das Gefühl von Hilflosigkeit bei den Adressatinnen und Adressaten verstärken und die negative Selbstwahrnehmung zusätzlich bestärken. Auf diese Weise geraten traumatisierte Personen erneut in ein Abhängigkeitsverhältnis. Gleichzeitig werden die Klientinnen respektive Klienten indirekt dazu angehalten, Verantwortungsübernahme von sich zu weisen und an die Fachpersonen zu übertragen (ib.). Eine solche Haltung widerspricht nach Meinung der Autorinnen dieser Bachelorarbeit schliesslich auch dem Grundsatz des Ressourcenansatzes und des Empowerments, wie sie in den Unterkapiteln 5.2 und 5.5 dargestellt wurden. Statt die Klientinnen und Klienten zu ermächtigen und an ihre Fähigkeiten zu glauben, würde diese Haltung das Ohnmachtsgefühl von traumatisierten Personen womöglich vergrössern.

6.3 Adäquate Beratungs- und Interventionsansätze der Sozialarbeit in Bezug auf die sechs Ausstattungsdimensionen nach Staub-Bernasconi

Wie im Kapitel 3 „Auswirkungen eines Traumas“ ausgeführt wurde, können sich soziale Probleme gemäss Staub-Bernasconi (1998) in den vier Kategorien individuelle Ausstattungsprobleme, Austauschprobleme, Machtprobleme und Kriterienprobleme manifestieren. Im Weiteren wurde im genannten Kapitel ersichtlich, dass ein Trauma negative Auswirkungen auf all diese vier Kategorien haben kann. In diesem Unterkapitel befassen sich die Autorinnen dieser Bachelorarbeit mit möglichen Beratungs- und Interventionsansätzen, die sich auf die sechs Ausstattungsdimensionen innerhalb der Kategorie „Individuelle Ausstattungsprobleme“ beziehen. Da die Austausch- und Machtkategorien durch die individuelle Ausstattung beeinflusst werden können, werden diese in der vorliegenden Bachelorarbeit nicht explizit behandelt. Indem Sozialarbeitende Klientinnen und Klienten in den sechs Ausstattungsdimensionen bestärken, wirkt sich dies auch förderlich auf die Austausch- und Machtkategorie aus. Auch auf die Kriterienkategorie wird im Rahmen dieser Bachelorarbeit nicht direkt eingegangen, da sich diese Kategorie auf die Makroebene bezieht, auf welche im Beratungskontext nur implizit eingewirkt werden kann. Zudem würde es auch den Rahmen dieser Bachelorarbeit sprengen, ausführlich auf alle vier Kategorien gleichermassen einzugehen. Das Wissen um diese Zusammenhänge muss hinsichtlich der Interventionsplanung mit berücksichtigt werden.

Des Weiteren ist es den Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit wichtig anzumerken, dass nicht alle Symptome und Auswirkungen eines Traumas innerhalb der Ausstattungskategorie bezüglich Beratungs- und Interventionsmassnahmen in gleicher Weise abgehandelt werden. Dies erklärt sich einerseits damit, dass gewisse Auswirkungen und Symptome eigene Themenfelder darstellen, welche nicht im Rahmen dieser Bachelorarbeit einzeln vertieft werden können. Andererseits gibt es Auswirkungen und Symptomatiken, die nicht primär in sozialarbeiterischen Beratungskontexten bearbeitet werden können.

Im Zusammenhang mit hilfreichen Beratungs- und Interventionsansätzen hinsichtlich der sechs Ausstattungsdimensionen werden im Folgenden unter anderem Verknüpfungen mit den im Kapitel 5 erläuterten unterstützenden Konzepten hergestellt. Die einzelnen Ausstattungsdimensionen können nicht immer trennscharf voneinander abgegrenzt werden, da sie sich wechselseitig beeinflussen. Aus diesem Grund können auch die Erkenntnisse der unterstützenden Konzepte nicht zwangsläufig immer nur einer bestimmten Dimension zugeordnet werden. Insbesondere die Erkenntnisse des Resilienzkonzeptes sowie der Ressourcenorientierung sind von dimensionsübergreifender Relevanz. Im Folgenden werden deshalb die Bezüge dieser zwei Konzepte bereits einleitend hergestellt, währenddessen die Erkenntnisse der anderen Konzepte integrativer Bestandteil der einzelnen Ausstattungsdimensionen sind.

Wie im Unterkapitel 5.2.2 ausgeführt wurde, kann eine Orientierung an den nachfolgenden Ressourcen hilfreich sein, um Adressatinnen und Adressaten bei der Bewältigung eines Traumas zu unterstützen. Bei den internen Ressourcen ist gemäss Hanswille und Kissenbeck (siehe 5.2.2) eine Aktivierung und Erschliessung in den Bereichen der biologischen Ressourcen, Individualressourcen, Systemressourcen und spirituellen Ressourcen möglich. Diese vier Formen von internen Ressourcen können nach Meinung der Autorinnen dieser Bachelorarbeit in unterschiedlichen Ausstattungsdimensionen aktiviert werden, wie anhand der folgenden Grafik verdeutlicht wird:

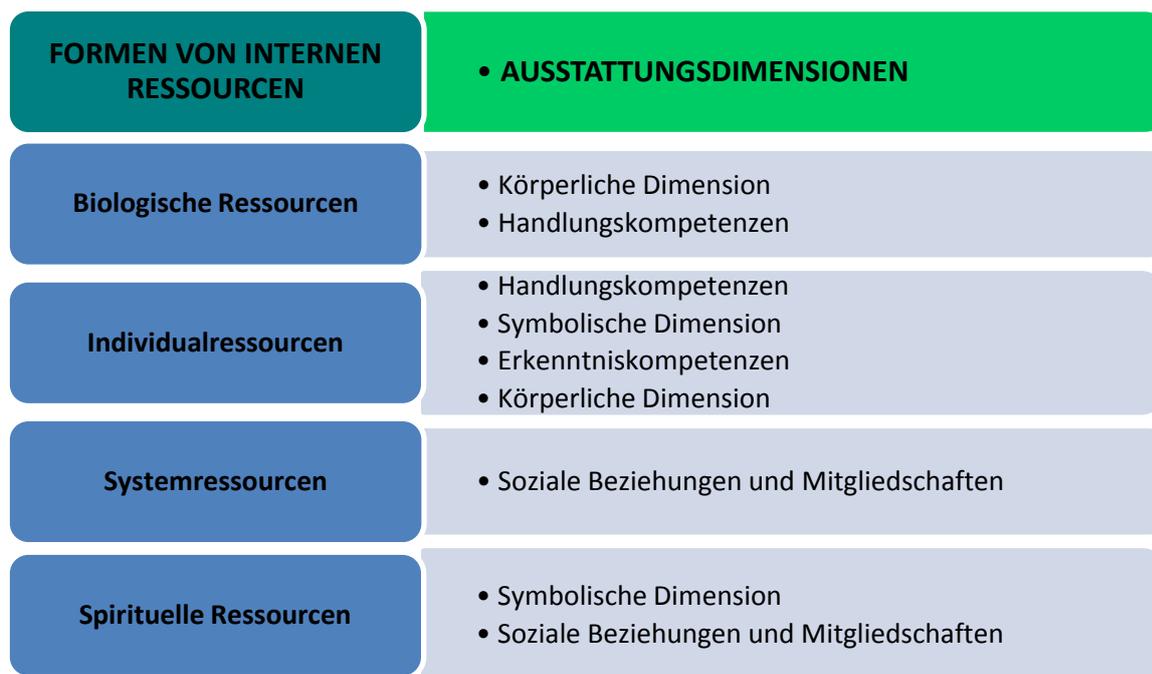


Abb. 3: Interne Ressourcenerschliessung in den einzelnen Ausstattungsdimensionen (eigene Zusammenstellung mit Einbezug der vier Ebenen der internen Ressourcenerschliessung nach Hanswille & Kissenbeck, 2008, S. 129-130 [siehe 5.2.2] sowie der sechs Ausstattungsdimensionen nach Staub-Bernasconi, 1998, S. 15-17 [siehe 3.1.1])

Die sozioökonomische und sozialökologische Dimension bietet sich nicht explizit für die interne Ressourcenerschliessung an, jedoch können innerhalb dieser Dimension wesentliche externe Ressourcen aktiviert werden. In den Unterkapiteln 6.3.1 bis 6.3.6 werden Beratungs- und Interventionsansätze aufgezeigt, die dazu dienen können, die oben genannten Ressourcen bei den traumatisierten Adressatinnen und Adressaten zu aktivieren oder zu stärken.

Wie im Unterkapitel 5.3.2 deutlich wurde, befasst sich die Resilienzforschung unter anderem mit der Frage, weshalb einige Personen schwierige Lebenssituationen relativ gut meistern oder warum sie Traumata schneller und besser bewältigen als andere. Um die Resilienz einer Person zu stärken, nennen Rönna-Böse, Beuter und Fröhlich-Gildhoff (siehe 5.3.2) sechs übergeordnete Resilienzfaktoren. Diese Faktoren können mittels verschiedener Beratungs- und Interventionsmassnahmen – wie sie in den nachfolgenden Unterkapiteln aufgezeigt werden – in unterschiedlichen Ausstattungsdimensionen gestärkt werden. Welche

Resilienzfaktoren nach Ansicht der Autorinnen dieser Bachelorarbeit in welcher Ausstattungsdimension gefördert werden können, wird in der folgenden Grafik veranschaulicht:



Abb. 4: Stärkung der sechs übergeordneten Resilienzfaktoren in den einzelnen Ausstattungsdimensionen (eigene Zusammenstellung mit Einbezug der sechs übergeordneten Resilienzfaktoren nach Rönna-Böse; Beuter & Fröhlich-Gildhoff, 2010, S. 184 [siehe 5.3.2] sowie der sechs Ausstattungsdimensionen nach Staub-Bernasconi, 1998, S. 15-17 [siehe 3.1.1])

6.3.1 Symbolische Dimension

Gemäss Staub-Bernasconi (2007) können sich Defizite innerhalb der symbolischen Dimension in negativen Selbst-, Fremd- und Gesellschaftsbildern äussern. Solche Defizite verletzen unter anderem das Bedürfnis nach Lebenssinn und subjektiv bedeutsamen Zielen (S. 183). Kommt es durch ein Trauma zu Defiziten in dieser Dimension können Auswirkungen auftreten wie Gefühle der Andersartigkeit, ein zerstörtes Selbst-, Menschen- und Weltbild, Zukunftsängste sowie Perspektivenlosigkeit (siehe 3.2.1). Die Sozialarbeit kann, wie im Folgenden aufgezeigt wird, je nach Symptomatik auf verschiedenen Ebenen ansetzen.

- **Förderung von positiven Selbst-, Menschen- und Weltbildern**

Durch die Förderung von Selbstakzeptanz, Selbstbemächtigung und Selbstwirksamkeit können gemäss Scherwath und Friedrich (2012) positive Selbstbilder wiederhergestellt werden (S. 69). Prozesse der Selbstakzeptanz und Selbstbemächtigung können unter anderem mithilfe der Psychoedukation, welche nachfolgend erläutert wird, unterstützt werden. In Form des Empowermentkonzeptes können Selbstwirksamkeitsprozesse aktiviert werden (siehe 6.3.4 „Handlungskompetenzen“, Punkt „Wiedererlangen von Selbstwirksamkeit“).

Das Fördern positiver Selbstbilder dient auch dem Bewältigungsverhalten der betroffenen Person. Dies wiederum stellt, wie im Unterkapitel 5.4.1 aufgezeigt, eine der vier Hauptaufgaben des Copings, nämlich die „Sicherung eines positiven Selbstbildes“ dar.

Positive Menschen- und Weltbilder können durch vertrauensvolle und tragfähige Beziehungen generiert werden (siehe 5.6). In den Unterkapiteln 6.2.1 sowie 6.3.2 wird detailliert ausgeführt, wie der Aufbau von positiven sozialen Beziehungen gelingen kann.

- **Psychoedukation**

Die Psychoedukation ist – wie nachfolgend dargelegt – ein probates Hilfsmittel für die Sozialarbeit, um der Symptomatik von negativen Selbstbildern entgegenwirken zu können. Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit sind der Meinung, dass es in diesem Zusammenhang wichtig ist, dass sich Psychoedukation in erster Linie bei Klientinnen und Klienten eignet, bei denen eine Traumafolgestörung bereits durch eine entsprechende Fachperson diagnostiziert wurde. Ansonsten könnten Fachpersonen der Sozialarbeit Gefahr laufen, dass einerseits der Versuch der Psychoedukation auf einer Fehlinterpretation der Symptomatik basiert und es daher zu falsch indizierten Hilfsinterventionen kommt oder andererseits, dass es aufgrund einer zu frühen Konfrontation mit traumaspezifischen Inhalten zu einer Retraumatisierung kommen kann. In Absprache mit der involvierten, diagnosestellenden Fachperson können jedoch Professionelle der Sozialarbeit im Bereich der Psychoedukation einen wertvollen Beitrag zur Traumabewältigung leisten.

Durch ein Trauma wird gemäss Scherwath und Friedrich (2012) das Selbstkonzept der Betroffenen oft stark in Mitleidenschaft gezogen. Die Folge davon können dann ungünstige Selbstüberzeugungen sein, welche durch Gefühle der Schuld und Scham „Ich bin schlecht“ und dem Wegfall des Erlebens von Selbstwirksamkeit „Ich bin hilflos“ einhergehen und dementsprechend Emotionen und Verhaltensweisen beherrschen. Die Aufgabe von Fachpersonen ist es daher, gegen diese ungünstigen Selbstbilder anzugehen und den Aufbau von „Selbstakzeptanz“ und „Selbstbemächtigung“ bezüglich der Handlungsfähigkeit betroffener Personen zu fördern (S. 118-119). Dies kann mittels Psychoedukation erfolgen. Denn Psychoedukation beinhaltet nach Scherwath und Friedrich (2012) die Aufklärung der betroffenen Person und deren Angehörigen bezüglich der möglichen Erklärungsansätze hinsichtlich Symptomatik im Erleben und Verhalten. Dies soll den betroffenen Menschen dabei helfen, dass sie ihr Verhalten neu bewerten und dementsprechend einordnen können. Psychoedukation dient dementsprechend dazu, traumatisierten Menschen dazu zu verhel-

fen, dass diese zu einem Verstehen ihrer Situation gelangen können und dadurch ein besseres Selbstverständnis erlangen (S. 118-119).

Wie im Unterkapitel 5.1 erläutert wurde, befasst sich nach Antonovsky (1997) das Konzept der Salutogenese mit der Frage nach den Bedingungen für die Entstehung respektive Erhaltung von Gesundheit (S. 15). In diesem Zusammenhang spricht Antonovsky (1997) vom Kohärenzgefühl als Kernstück des Salutogenese-Modells (S. 33). Gemäss Hanswille und Kissenbeck (2010) handelt es sich beim Kohärenzgefühl um ein Einstellungsmuster, das auf den drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit basiert (S. 134).

Gemäss Scherwath und Friedrich (2012) ist gerade die Komponente der Verstehbarkeit bei traumatisierten Menschen durch eine starke Verunsicherung geprägt. Bei Traumata sind die Betroffenen oft nicht mehr in der Lage das Geschehene zu verstehen und einzuordnen. Zudem sind sie in ihren Bewältigungsfähigkeiten eingeschränkt. Auf der Grundlage von Psychoedukation können die Folgen eines Traumas verstehbar und einordbar gemacht werden. In diesem Zusammenhang können die vermittelten Informationen von Fachwissen über „hirnphysiologische und neurobiologische Vorgänge“ eines Traumas bei Betroffenen eine rationale Herangehensweise fördern, die oft sehr entlastend wirkt. Das Wissen, dass symptomindizierte Verhaltensweisen medizinisch erklärbar sind und das darauf basierende Verständnis, wie diese Vorgänge funktionieren, ermöglichen es, die nötige Distanz zu schaffen, welche die „Hoffnung auf Handhabbarkeit erhöhen kann“. Psychoedukation meint dabei nicht eine einmalige Aufklärung, sondern beinhaltet vielmehr einen Prozess, der immer wieder auf unterschiedliche Teilbereiche des Traumas eingehen kann (S. 120).

Auf der Basis einer Psychoedukation kann gemäss Scherwath und Friedrich (2012) eine weitere sinnvolle Methode zur „kognitiven Umdeutung und Sinnverstehen der Symptomatik“ von Fachpersonen angewendet werden. Dabei geht es um eine ressourcenorientierte Interpretation von Symptomen, die drei wesentliche Elemente beinhaltet (S. 120-121). Die nachfolgende Tabelle gibt Aufschluss über diese drei Elemente.

Ressourcenorientierte Interpretation von Symptomen	
(1) Normalisierung	Normalisierung beinhaltet die Ansicht, dass traumaspezifisches Verhalten normale Reaktionsweisen auf ein ungewöhnliches Erlebnis darstellen. Psychoedukation dient dazu diese Sichtweise zu erklären.
(2) Aufspüren von Ressourcen im Verhalten	Zudem findet eine Bewertung statt, in deren Kontext ehemals unentbehrliche Überlebensstrategien als Ressourcen von traumaspezifischem Verhalten verstanden werden. Dadurch werden diese bedeutsam im Sinne einer geeigneten Lösung, die die betroffene Person aufgrund der damaligen Situation ausgebildet hat, um sich selbst zu schützen.

Ressourcenorientierte Interpretation von Symptomen

(3) Herstellung des Kontextes durch Sinnverstehen

Durch diese Sichtweise kann die betroffene Person einen Sinn in ihren Verhaltensweisen erkennen und diese als Fertigkeiten, Zeichen vom Willen zu überleben und Anpassungsfähigkeit wahrnehmen. Basierend auf dieser Ausgangslage können im Weiteren auch Bedürfnisse und positive Absichten eines Verhaltens herauskristallisiert und neu interpretiert werden, um das Sinnverstehen zu fördern.

Tab. 8: Ressourcenorientierte Interpretation von Symptomen (eigene Darstellung in Anlehnung an: Scherwath & Friedrich, 2012, S. 120-121)

Aus den vorangegangenen Ausführungen wird deutlich, dass basierend auf einer guten Psychoedukation alle Komponenten des Kohärenzgefühls positiv beeinflusst werden können. Gelingt es Professionellen der Sozialarbeit durch solide Aufklärungsarbeit das Verstehen der betroffenen Person für ihr Verhalten zu fördern, können darauf aufbauend auch die zwei weiteren Komponenten Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit (Sinnhaftigkeit) beeinflusst werden. So dient die Suche nach Ressourcen im Verhalten der betroffenen Person dazu, eine Steigerung der Handhabbarkeit zu erlangen. Wenn es der Person dann gelingt, den Zusammenhang zwischen traumaspezifischen Verhaltensweisen und den dahinterliegenden schützenden Absichten zu erkennen, gewinnt auch die Sinnhaftigkeit an Bedeutung. Ein gestärktes Kohärenzgefühl wiederum hat, wie im Unterkapitel 5.1.3 erläutert wurde, einen positiven Effekt auf die Gesundheit eines Menschen sowie auf eine erfolgreiche Bewältigung von Stresssituationen. Demzufolge wird auch deutlich, dass sich die Psychoedukation und das damit verbundene Konzept der Salutogenese nicht nur auf der symbolischen Dimension positiv auswirken können. Das Konzept der Psychoedukation und die damit verknüpfte ressourcenorientierte Symptominterpretation eignen sich auch, um Ausstattungsdefizite in der Dimension Erkenntniskompetenzen, wo es in einem grösseren Rahmen auch um Verstehbarkeit geht, wie auch in der Dimension der Handlungskompetenzen (Ressourcensuche) etwas entgegengesetzt zu können.

▪ Gute Bilder sammeln

Gemäss Scherwath und Friedrich (2012) kommen Professionelle der Sozialen Arbeit oft mit traumatisierten Personen in Kontakt, welche in ihrer Geschichte mit unzähligen finsternen, bedrohlichen und beängstigenden Bildern von „Gewalt und Elend“ konfrontiert wurden. Diese grausamen Bilder können die betroffenen Personen überwältigen, ihre Vorstellungen determinieren oder als Modelle für ihre Menschen- und Weltbilder fungieren. Aus diesem Grund wird in der Stabilisierungsarbeit mit traumatisierten Menschen oftmals auf die Vorstellungsfähigkeiten der Betroffenen eingegangen. Diese sollen den Betroffenen dabei helfen, sich vor bedrohlichen Bildern und Zuständen in Sicherheit zu bringen (S. 112-113). Dies kann zum Beispiel in Form der Vorstellung des inneren sicheren Ortes, wie dies im Unterkapitel 6.3.3 „Erkenntniskompetenzen“ beschrieben wird, geschehen. Je nach traumatischem Erleben

können laut Scherwath und Friedrich (2012) auch Bilder von Landschaften, Tieren, oder Vorbildfiguren hilfreich sein (S. 113). Nach Gerald Hüther (2011) geht es bei guten Bilder darum: „Menschen in die Lage zu versetzen, Sicherheit bietende innere Bilder wachzurufen, wenn Angst erzeugende Bilder übermächtig und damit denk- und handlungsbestimmend zu werden drohen“ (S. 16). Dabei sollen nach Scherwath und Friedrich (2012) diese „guten Bilder“ systematisch in die Planung des Hilfsprozesses und die Gestaltung des Alltages integriert werden (S. 113).

▪ **Hoffnung und Optimismus**

Ob ein Individuum seine aktuelle Lage eher positiv oder negativ bewertet und ob es die eigene Zukunft tendenziell optimistisch oder pessimistisch einschätzt, hängt laut Scherwath und Friedrich (2012) vom Selbstbewusstsein, vorhandenen Denkmustern sowie von den Erfahrungen, welche eine Person in ihrem Leben gemacht hat, ab. Basierend auf Verletzungen im Bereich des Selbst- und Weltvertrauens, welche traumatisierte Menschen oft erleiden mussten, verfügen diese teilweise eher weniger über Zuversicht bezüglich ihrer Zukunft. Fachpersonen sollten es daher vermeiden, mit Aussagen wie „Alles wird wieder gut!“ oder „Du schaffst das schon!“ an die Betroffenen zu appellieren. Dies könnte von den Betroffenen als Geringschätzung oder Unverständnis hinsichtlich der eigenen traumatischen Erlebnisse interpretiert werden. Durch Zuversicht und Optimismus kann der traumatisierten Person eher wieder Hoffnung vermittelt werden. Um eine positive Grundeinstellung bei der Klientin oder dem Klienten zu fördern, kann es helfen, mit der betroffenen Person Träume und Visionen zu besprechen sowie Lebensgeschichten von Personen, die trotz schweren Schicksals viel erreichen konnten, zu diskutieren (S. 116-117).

Die Erläuterungen zu „Hoffnung und Optimismus“ korrespondieren nach Ansicht der Autorinnen dieser Bachelorarbeit im Kern mit dem fünften Grundsatz des Modells der Menschenstärken, welcher aussagt, dass eine Orientierung an der Lebenszukunft der Klientinnen und Klienten anzustreben ist. Demnach werden erschliessbare Ressourcen in der Gegenwart ausgemacht, was die Grundlage für die Ingangsetzung von Prozessen des Empowerments bildet (siehe 5.5.2).

6.3.2 Soziale Beziehungen und Mitgliedschaften

Wie im Unterkapitel 3.1.1 ausgeführt wurde, verletzt eine mangelhafte Ausstattung innerhalb der Dimension „Soziale Beziehungen und Mitgliedschaften“ nach Staub-Bernasconi (2007) das Bedürfnis nach sozialer Mitgliedschaft und Zugehörigkeit sowie nach Anerkennung (S. 183). Wie ausserdem aus dem Unterkapitel 6.2 hervorging, ist es Aufgabe der Sozialen Arbeit, traumatisierten Personen Beziehungen zu offerieren, die ihnen die Möglichkeit geben, das Trauma und mögliche Folgen zu bewältigen. Im Rahmen der Sozialen Arbeit geschieht dies nach Loch (2012), neben dem Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung zwischen Fachpersonen und Klientinnen respektive Klienten, unter anderem auch durch die Förderung positiver Sozialkontakte ausserhalb des professionellen Settings (S. 152). Die professionelle Beziehungsgestaltung zwischen Sozialarbeitenden und Klientinnen respektive

Klienten stellt einen Teilaspekt der Dimension „Soziale Beziehungen und Mitgliedschaften“ dar. An dieser Stelle wird jedoch nicht mehr darauf eingegangen, da dies bereits im Unterkapitel 6.2 abgehandelt wurde.

Hinsichtlich der Förderung sozialer Kontakte gilt es laut Hubschmid und Solèr (1998), zusammen mit den Klientinnen respektive Klienten, die gegenwärtigen Sozialkontakte zu erfassen und diese hinsichtlich Anpassungswünsche hin zu erkunden. Es geht weiter darum zu klären, wie die Adressatinnen oder Adressaten leben und wer über das Trauma informiert ist. Ausserdem sollte geprüft werden, ob das soziale Umfeld Informationen benötigt, damit dieses Verhaltensweisen und Reaktionen, die auf das Trauma zurückzuführen sind, begreifen und nachvollziehen kann. Auch ist es sinnvoll, die traumatisierten Klientinnen und Klienten nach allfälligen konfliktiven Sozialkontakten zu erfragen und falls angezeigt, beispielsweise die Möglichkeit einer Paarberatung aufzeigen. Ganz allgemein sollten professionell Tätige die traumatisierten Klientinnen und Klienten dazu ermutigen, soziale Beziehungen zu pflegen respektive neue vertrauensvolle Beziehungen einzugehen. Schliesslich kann auch der Hinweis auf Selbsthilfegruppen ratsam sein (S. 17-18). Auch Herman (2010) verweist auf die positive Wirkung von Gruppen, wobei sie konkret von therapeutischen Gruppen spricht. Sie ist überzeugt davon, dass die Wiederaufnahme sozialer Beziehungen mit der Erkenntnis beginnt, nicht alleine zu sein (S. 308).

Diese Ausführungen unterstreichen nochmals die Relevanz sozialer Beziehungen für betroffene Personen. Auch eine der vier Hauptaufgaben des Copings bezieht sich auf „das Aufrechterhalten von Sozialbeziehungen“ und unterstützt somit das Bewältigungsverhalten der Betroffenen (siehe 5.4.1).

6.3.3 Erkenntniskompetenzen

Wie im Unterkapitel 3.2.1 erläutert, können durch ein Trauma Symptome wie Schuld- und Schamgefühle, Amnesien, wiederkehrende Erinnerungen (Flashbacks), überwältigende Angstgefühle, erhöhte Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, dissoziative Phänomene sowie depressive Symptome auftreten. Dies führt innerhalb der Dimension der Erkenntniskompetenzen zu einem unzureichenden Erklärungswissen über den eigenen Zustand und kann bei den Betroffenen eine Angst, verrückt zu werden, auslösen. Nach Staub-Bernasconi (2007) verletzt eine unzureichende Ausstattung im Bereich der Erkenntniskompetenzen unter anderem das Bedürfnis nach dem Verstehen, was innerhalb und ausserhalb der eigenen Person geschieht (S. 183).

▪ Psychoedukation

Das unzureichend gedeckte Bedürfnis nach Verstehbarkeit hinsichtlich des eigenen Zustandes, kann unter anderem mittels Psychoedukation befriedigt werden. Da Psychoedukation auf der symbolischen Dimension gleichermassen relevant ist, um positive Selbstbilder zu fördern, wurde der Ansatz der Psychoedukation bereits dort ausführlich erläutert. Die Auto-

rinnen dieser Bachelorarbeit verweisen deshalb auf die in der symbolischen Dimension (siehe 6.3.1) erläuterten Ausführungen zur Psychoedukation.

- **Enttabuisierung**

Die Enttabuisierung der Traumathematik kann gemäss Scherwath und Friedrich (2012) traumatisierte Menschen zudem darin unterstützen, das eigene Selbstverstehen zu fördern und Gefühle von Schuld und Scham einzudämmen. Dies geschieht einerseits durch das Herstellen von persönlichen Zusammenhängen zwischen biografischen Erlebnissen, Wahrnehmungen und Verhalten der betroffenen Person und andererseits auch durch die Entprivatisierung des Themas. Wenn über das Thema Trauma gesprochen wird, können Betroffene verstehen, dass es sich bei Traumata um gesellschaftliche Probleme handelt und dass es viele Betroffene gibt, die unter den Folgen eines Traumas leiden. Dies soll die Betroffenen von den Ansichten befreien, dass nur sie so etwas Schlimmes erlebt haben und dass sie demzufolge die Verantwortung dafür in ihrer eigenen Person tragen (S. 122).

- **Sicherheit herstellen**

Wie im Unterkapitel 3.2.1 erläutert, hat sich die Welt für betroffene Personen durch die traumatische Erfahrung zu einem Platz potenzieller Bedrohung verwandelt. Die daraus resultierenden Symptome wie ausgeprägte Angstgefühle, sowie Gefühle des Ausgeliefertseins haben zur Folge, dass sich die traumatisierten Personen nirgends mehr sicher fühlen. Gemäss Scherwath und Friedrich (2012) kann das Generieren von Sicherheit als „Antwort auf das tiefgeprägte Angsterleben“ verstanden werden (S. 70). Jochen Uttendörfer (2009) weist darauf hin, dass nur durch die Schaffung eines äusseren sicheren Ortes auch ein innerer sicherer Ort entstehen kann (zit. in Scherwath & Friedrich, 2012, S. 70).

(a) Wiedererlangung von äusserer Sicherheit

Zur Wiedererlangung von äusserer Sicherheit geht es nach Scherwath und Friedrich (2012) darum, dem Bedürfnis nach „(. . .) Einschätzbarkeit und Kontrollierbarkeit von Situationen (. . .)“, welches durch die Unberechenbarkeit des traumatischen Erlebens und des damit einhergehenden Kontrollverlusts verletzt wurde, nachzukommen. Es gilt demnach, strukturelle Klarheit für die traumatisierte Person zu schaffen und sich im Arbeitskontext damit auseinanderzusetzen, ob Strukturen und Umgebungen für die betroffene Person verlässlich erscheinen. Als übergeordnete, strukturierende Merkmale benennen Scherwath und Friedrich dabei Transparenz und Eindeutigkeit. In der konkreten Umsetzung heisst das für Fachpersonen, Absprachen einzuhalten, Verbindlichkeit zu gewährleisten, klare Zeitstrukturen in den Beratungssettings einzuführen, den Hilfeprozess so mit der betroffenen Person zu gestalten, dass dieser für die betroffene Person durchschaubar ist sowie für die Klientinnen und Klienten erreichbar zu sein (S. 71-73).

(b) Wiedererlangung von innerer Sicherheit

Im Zusammenhang mit innerer Sicherheit kann die Übung des sicheren Ortes gemäss Scherwath und Friedrich (2012) zur Stabilisierung und Selbstberuhigung der traumatisierten Person beitragen. Diese Übung dient dazu, dass die traumatisierten Personen ihren „inneren

Schreckensbildern etwas entgegensetzen können“. Dazu sollen sich die Betroffenen mittels ihrer Vorstellungskraft einen eigens gestalteten Ort ausdenken, der ihnen völlige Sicherheit bieten kann, um sich dann in entsprechenden Situationen mental zu diesem sicheren Ort begeben zu können (S. 69).

Nach Scherwath und Friedrich (2012) ist es in der Arbeit mit traumatisierten Menschen zudem angezeigt, mögliche, stressauslösende Bedingungen zu minimieren oder gar zu eliminieren, da Stress als wesentlichster Risikofaktor für traumatisierte Menschen angesehen werden kann. Demnach ist es wichtig, gemeinsam mit der betroffenen Person herauszukristallisieren, welche Situationen oder Anforderungen bei ihnen Stress hervorrufen und somit als Trigger wirken können. Des Weiteren geht es darum herauszufinden, wie diese stressauslösenden Bedingungen im Alltag gemieden oder entschärft werden können (siehe dazu nachfolgende Ausführungen zur „Triggeranalyse“). Beim Umgang mit Anforderungen, die sich der traumatisierten Person im Beratungskontext stellen, muss der Fachperson bewusst sein, dass Anforderungen, die zu Überforderung und Frustrationserleben führen, oftmals als Trigger in ehemaliges Ohnmachtserleben fungieren und den Verlust der Selbstwirksamkeit fördern. Anforderungen, die mit grosser Wahrscheinlichkeit erfolgreich von der betroffenen Person gemeistert werden können, sind daher sinnvoller. Dementsprechend, sollten sich die Anforderungen soweit möglich an den Beschränkungen und individuellen Ressourcen der betroffenen Person orientieren, damit diese die Beratungssituation als sicheren Ort erleben kann (S. 73). Das Wissen um einen guten Umgang mit stressinduzierten Situationen sowie mit möglichen Traumasymptomen, wie nachfolgend erläutert, kann Betroffenen zudem dabei helfen, innere Sicherheit zurückzuerlangen.

▪ **Umgang mit Traumasymptomen**

Triggeranalyse

Um dem Symptom der wiederkehrenden Erinnerungen, auch Flashbacks genannt, in der Arbeit mit der betroffenen Person etwas entgegensetzen zu können, eignet sich die Triggeranalyse. Unter Trigger werden gemäss Scherwath und Friedrich (2012) Schlüsselreize verstanden, die Impuls- und Affektdurchbrüche auslösen können (siehe 2.6). Die Triggeranalyse hat in diesem Zusammenhang zwei wichtige Funktionen. Einerseits soll sie den Fachpersonen eine Orientierung beziehungsweise Anhaltspunkte bieten, um die Arbeit mit der betroffenen Person möglichst so gestalten zu können, dass nicht unbeabsichtigt Trigger bei der traumatisierten Person ausgelöst werden (S. 145). Andererseits geht es nach Jochen Peichl (2009) darum, dass die betroffene Person in der Lage ist, durch die Triggeranalyse diejenigen Schlüsselreize, welche zu emotionalen Überflutungen führen, besser zu verstehen. Dadurch können eigenständig Strategien entwickelt werden, die der Vermeidung oder der Neutralisierung solcher Reize dienen (zit. in Scherwath & Friedrich, 2012, S. 145). Gemäss Scherwath und Friedrich (2012) soll damit erreicht werden, dass die betroffene Person nicht mehr von Triggern überwältigt wird, sondern etwas entgegensetzen kann. Sie schlagen zur Erfassung der möglichen äusseren Auslöser (zum Beispiel Gerüche, Erscheinungsbilder) und inneren Bedingungen (beispielsweise Gedanken, Gefühle), welche jeweils bei der be-

troffenen Person als Trigger wirken, eine Tabelle vor (siehe Anhang C). Betroffene können beispielsweise von der Fachperson die Aufgabe erhalten, die individuellen Trigger im Alltag aufzuspüren und in die Tabelle einzutragen. Durch diese Aufgabenstellung können einerseits mögliche Trigger prozesshaft dokumentiert werden, andererseits ermöglicht es den Betroffenen, ihre inneren „Beobachter- und Distanzierungsfähigkeiten“ zu fördern. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass wiederkehrende Erinnerungen im Nachhinein mittels dieser Trigger-Tabelle besser reflektiert werden können. Diese Triggeranalyse dient zudem als Basis für weitere Überlegungen bezüglich dem Umgang mit Triggern und möglichen Strategien. Diese werden auch Skills genannt und dienen dazu, einen Reiz zu neutralisieren und den darüber freigesetzten Stress zu regulieren (S. 145-146). Dies wird im Unterkapitel 6.3.4 „Handlungskompetenzen“ vertieft ausgeführt.

Achtsamkeitstraining

Beim Achtsamkeitstraining geht es gemäss Scherwath und Friedrich (2012) darum, „dissoziative Prozesse“ in Gang zu setzen, die von der betroffenen Person selbst gesteuert werden können. Diese sollen dazu dienen, Abstand zum Erlebten zu gewinnen und dadurch die Gefühlsintensität merklich zu mindern. Dadurch soll es den Betroffenen gelingen, sich nicht von Empfindungen und Situationen überwältigen zu lassen (S. 147). Reddemann und Dehner-Rau (2008) schlagen dazu die Übung „ein achtsamer Spaziergang“ vor. Dabei soll die betroffene Person den gesamten Spaziergang möglichst achtsam begehen. Dementsprechend soll jeder Schritt des Spaziergangs sehr bewusst wahrgenommen werden (S. 154). Gemäss Scherwath und Friedrich (2012) können alternativ auch „Atembeobachtungen oder Selbstbeobachtungen von Bewegungsabläufen“ dabei helfen, die Achtsamkeit zu schärfen. Dabei können Fragen wie: „Was sehe ich? Was denke ich? Was tue ich?“ hilfreich sein (S. 147). Reddemann und Dehner-Rau (2008) bringen in diesem Zusammenhang noch eine weitere wichtige Frage mit ein. Demzufolge soll sich die betroffene Person fragen, inwiefern der Gedanke, den sie gerade hat, dabei hilfreich ist, ihre Gesundheit und ihr Wohlergehen zu bestärken (S. 155). In erster Linie geht es beim Achtsamkeitstraining gemäss Scherwath und Friedrich (2012) darum, das Herstellen von vollständiger Aufmerksamkeit in der Gegenwart zu trainieren ohne sich dabei ablenken zu lassen oder von internen Prozessen überwältigen zu lassen. Kann die betroffene Person so eine Kontrolle über ihre Sinneseindrücke erlangen, kann das Achtsamkeitstraining auch in stressindizierten Situationen angewendet werden, um überwältigenden Gefühlen etwas entgegensetzen zu können (S. 147).

6.3.4 Handlungskompetenzen

Wie im Unterkapitel 3.2.1 erläutert, kann es in der Dimension der Handlungskompetenzen aufgrund eines Traumas zur Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung kommen. Traumatisierte Menschen zeigen in diesem Zusammenhang Symptome wie den Verlust ehemaliger Fähigkeiten und Kompetenzen, Gefühle der Überforderung in Bezug auf die eigene Alltagsbewältigung sowie eine erlernte Hilflosigkeit. Gemäss Staub-Bernasconi (2007) kann eine unzureichende Ausstattung mit Handlungskompetenzen das Bedürfnis nach Fähigkeiten und

Regeln zur Erledigung und Bewältigung von sich wiederholenden wie auch nicht vorhersehbaren Anforderungen beeinträchtigen (S. 183). Dementsprechend ist es in diesem Zusammenhang Aufgabe der Sozialarbeit, die betroffenen Menschen dazu zu befähigen, frühere Fähigkeiten und Kompetenzen wieder zu aktivieren, um einen besseren Umgang hinsichtlich der Alltagsbewältigung und der erlernten Hilfslosigkeit zu generieren.

Wie im Unterkapitel 5.4.2 erläutert wurde, können Coping-Strategien betroffene Personen unter anderem dabei unterstützen, ehemalige Fertigkeiten wieder zu erlangen. Bewältigungsstrategien können dabei eine problemorientierte Funktion innehaben, welche eine Änderung der Situation selbst bewirkt, oder eine emotionsorientierte Funktion, welche dazu dienen soll den Bezug zur Situation zu ändern. Die nachfolgenden Ausführungen zur „Alltagsbewältigung“ decken dabei nach Meinung der Autorinnen dieser Bachelorarbeit Aspekte der problemorientierten Funktion einer Copingstrategie ab, während die Erläuterungen zu den „Skills“ Aspekte der emotionsregulierenden Funktion einer Copingstrategie beinhalten.

▪ **Alltagsbewältigung**

Beim Wieder-Aufbau und dem Üben ehemaliger Handlungskompetenzen ist es allgemein gemäss Hubschmid und Solèr (1998) für Betroffene hilfreich, wenn sie Anforderungen der Alltagsbewältigung mit der Fachperson besprechen und sofern notwendig, auch Teile davon vorbereiten und ausprobieren können. Beispiele dafür können das Vorbereiten von Bewerbungsgesprächen, das gemeinsame Formulieren von Gesuchen oder die Kontaktaufnahme mit anderen Hilfsinstitutionen sein (S. 17). Auch Hanswille und Kissenbeck (2008) halten fest: „Der Unterstützung in der Alltagsbewältigung (wieder regelmässig aufzustehen, sich mit Freundinnen zu treffen, die Kinder zu versorgen, den Haushalt zu regeln, für sich selbst zu sorgen, der Liebesbeziehung wieder Aufmerksamkeit zu geben und so weiter) kommt grosse Bedeutung zu“ (S. 51). Um die Handlungskompetenzen in der Alltagsbewältigung zu stärken, ist es für Professionelle der Sozialarbeit unerlässlich, sich gemeinsam mit den betroffenen Personen auf die Suche nach deren Ressourcen zu begeben.

▪ **Ressourcenorientierung in der Arbeit mit traumatisierten Personen**

Gemäss Scherwath und Friedrich (2012) ist es Anspruch der Ressourcenorientierung, die internen und externen Ressourcen von Menschen explizit zu fokussieren und diese als dauerhafte Bestandteile in die eigenen „Selbstkonstruktionen“ zu integrieren, so dass sich „positive Selbstbilder und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen“ (wieder) entwickeln können. Dabei geht es zum einen darum, mögliche Ressourcen einer Person im gemeinsamen Arbeitsprozess herauszukristallisieren, anzuregen, zu fördern und zu stabilisieren, damit diese als Grundlage für Handlungsmöglichkeiten und als Antrieb dienen können. Dieser ressourcenorientierte Ansatz bezieht sich zunächst auf die Ebene des Individuums, mit dem die Fachperson arbeitet und kann als „persönliche Ressourcenschatzsuche“ verstanden werden. Zum anderen geht es bei der Ressourcenorientierung darum, dass professionelle Settings, Konzepte und Hilfspläne so strukturiert werden, dass die Fähigkeiten von Adressatinnen und Adressaten in den Vordergrund rücken, positive Erfahrungen gemacht werden können und das Erleben von Selbst-

wirksamkeit stattfinden kann. Ausgangspunkt einer solch gezielten Ressourcenorientierung ist dabei in erster Linie, eine ressourcenzentrierte Sichtweise der Fachperson (S. 94)

Im Zusammenhang mit der persönlichen Ressourcenschatzsuche soll die Erkundung von Ressourcen laut Scherwath und Friedrich (2012) nicht als Widersprüchlichkeit zum erfahrenen Leid traumatisierter Personen stehen, sondern vielmehr als „Solidarisierung“ mit denjenigen Stärken verstanden werden, welche aus dem Trauma entstammen oder dieses überdauert haben (S. 96).

Die folgenden Ansätze können Fachpersonen dazu dienen, Ressourcen von traumatisierten Menschen zugänglich zu machen und zu aktivieren.

- Lebensleistungen wertschätzen
- Stärken ausfindig machen
- Aus Schwächen Stärken machen
- Ressourceninterview

(ib., S. 97-100) (*siehe Anhang D.1*)

▪ **Fördern von Imaginationsressourcen**

Gemäss Scherwath und Friedrich (2012) kann das Üben „imaginärer Fähigkeiten“ als wesentlicher Bestandteil der „Ressourcenbildung und Stabilisierung“ angesehen werden. Ähnlich wie das Sammeln guter Bilder (siehe 6.3.1) können Imaginationsressourcen die Betroffenen dazu befähigen, sich mittels ihrer Imaginationsfähigkeiten in innere Zustände zu begeben, die ihnen Geborgenheit, Zuflucht und Wohlergehen bieten. Das Üben solcher Imaginationsressourcen fördert die „Selbstwirksamkeit und Selbstregulation“, da die betroffenen Personen das eigene Befinden, Erregungen und Emotionen mit „gezielten Übungen“ beeinflussen können (S. 114). Eine hilfreiche Imaginationsübung kann die Übung zum sicheren Ort, wie sie im Unterkapitel 6.3.3 erläutert wurde, sein. Gemäss Scherwath und Friedrich (2012) können zudem die Tresorübung sowie die Fernbedienungstechnik (siehe Anhang D.2) als gezielte Übungen zur Förderung von Imaginationsressourcen verstanden werden (S. 155). Bei den Imaginationsübungen sollte beachtet werden, dass diese langfristig am effizientesten genutzt werden können, wenn sie immer wieder trainiert und gemeinsam besprochen werden. Des Weiteren sollten sie nicht von Beginn an in akut stressindizierten Situationen angewendet werden, da sonst die Wahrscheinlichkeit gross ist, dass es den Betroffenen nicht gelingt, mittels Imaginationsressourcen die Situation zu bewältigen. Dies kann dazu führen, dass die Imaginationsübungen von den betroffenen Personen abgelehnt werden, da sie ihnen in der Stresssituation nicht nützlich waren (S. 115-116).

▪ **Wiedererlangen von Selbstwirksamkeit**

Wie im Unterkapitel 3.2.1 hervorhing, weisen traumatisierte Menschen Muster erlernter Hilflosigkeit auf. Gemäss Scherwath und Friedrich (2012) bestimmen gedankliche Grundsätze wie "Ich schaff' das nicht!", "Egal was ich tue, es ist wirkungslos/interessiert niemanden!" oder "Es ist besser aufzugeben!" die „Handlungspotenziale“ betroffener Menschen. In der professionellen Arbeit werden Verhaltensweisen, die auf solchen Überzeugungen aufbauen,

schnell als Abweisung, Gleichgültigkeit und Passivität interpretiert. In der Arbeit mit Betroffenen geht es also in einem ersten Schritt darum, die „Antriebskräfte“ dieser Personen wieder zu aktivieren. Dementsprechend sollten Hilfsprozesse so aufgebaut sein, dass Anforderungen, die sich den betroffenen Personen stellen, zu bewältigen und erfolgsversprechend sind. Der handlungsanleitende Grundsatz sollte daher wie folgt lauten: „Stärken stärken statt Mangel ausgleichen“. Die folgenden Fragen können dienlich sein, um Selbstwirksamkeitsprozesse zu stärken:

- Was gelingt Ihnen bereits gut?
 - Womit fühlen sie sich sicher?
 - Was bereitet Ihnen Spass und wie könnten Sie mehr von dem tun, was Ihnen gut tut?
- (S. 107)

Eine Fokussierung auf die Ressourcen der betroffenen Personen bildet dabei nach Scherwath und Friedrich (2012) die Grundlage, um die für die Handlungsfähigkeit notwendigen, jedoch abhanden gekommenen „Lebenskräfte“ hervorzurufen (S. 107).

▪ **Partizipation**

Eine weitere Möglichkeit, um Prozesse der Selbstwirksamkeit zu fördern, ist gemäss Scherwath und Friedrich (2012) die Partizipation (S. 109). Wie im Unterkapitel 3.2.1 erläutert, kommt es bei einem Trauma zu Gefühlen des Ausgeliefertseins und zur Geringschätzung der eigenen Person. Laut Knut Vollmer (2005) umfasst Partizipation dem gegenüber „Beteiligung, Teilhabe und Mitbestimmung“ (zit. in Scherwath & Friedrich, 2012, S. 108-109). Ziel der professionellen Arbeit ist es gemäss Scherwath und Friedrich (2012) Hilfsprozesse so aufzubauen, dass die Betroffenen Gelegenheiten „der Mitsprache und Mitbestimmung haben“, aus denen das Gefühl von Selbstbestimmtheit resultieren kann. Um dies in der Praxis konkret umzusetzen, ist es notwendig, dass alle strukturellen Bedingungen, Entschlüsse und Vorgehensweisen des helfenden Systems transparent kommuniziert werden. Dadurch soll den Betroffenen ermöglicht werden „das Gefühl der Kontrollierbarkeit wieder zu erlangen“, indem sie die Prozesse verstehen und überschauen können. Folglich sollten Adressatinnen und Adressaten auch in jegliche Entschlüsse, Abmachungen und in Abänderungsprozesse miteinbezogen und angehört werden hinsichtlich ihrer persönlichen Ansichten und Wahrnehmungen. Entscheidend dabei ist vor allem, dass die betroffenen Personen das Gefühl haben, wahrgenommen zu werden, auch wenn Teile ihrer Meinungen nicht immer berücksichtigt werden können. Partizipation meint in diesem Zusammenhang weniger eine Methodik als vielmehr eine Haltung, die Professionelle der Sozialen Arbeit einnehmen sollten (S. 108-111).

▪ **Umgang mit Traumasymptomen - Hilfreiche Übungen zur Stabilisierung in Stresssituationen und Skills**

Hilfreiche Übungen zur Stabilisierung in Stresssituationen

Die im Folgenden aufgelisteten Übungen und Techniken können gemäss Scherwath und Friedrich (2012) für Fachpersonen nützlich sein, um Menschen in emotional überflutenden Stresssituationen bei der „Re-Stabilisierung“ zu unterstützen:

- Atemübungen
- Körperübungen
- Ablenktechniken

(S. 148-150) (*siehe Anhang D.3*)

Wie im Unterkapitel 5.4.1 hervorgegangen ist, ist eine der vier Hauptaufgaben des Copings die „Verbesserung von Möglichkeiten der Erholung“. Die oben genannten Übungen können hierzu nach Meinung der Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit einen Beitrag leisten und somit das Bewältigungsverhalten von betroffenen Personen positiv beeinflussen.

Gemäss Scherwath und Friedrich (2012) dienen die im Unterkapitel 6.3.3 „Erkenntniskompetenzen“ erläuterte Triggeranalyse sowie das Achtsamkeitstraining zudem als nützliche Grundlagen, damit sich traumatisierte Menschen in stressreichen Situationen proaktiv verhalten können. Sie benennen noch weitere Strategien, sogenannte Skills, die den Betroffenen helfen können, intensive Zustände der Erregung durch Massnahmen der Selbstberuhigung sowie durch das Schaffen von Distanz zu bewältigen. Diese Strategien können als „Handwerkskoffer“ für die Betroffenen verstanden werden (S. 148).

Skills

Christine Striebel (2008) versteht unter dem Begriff Skills Fähigkeiten, welche in der Traumarbeit als Aktivitäten verstanden werden, ausgeprägte und schwer erträgliche Emotionen erdulden und ableiten zu können (zit. in Scherwath & Friedrich, 2012, S. 150). Gemäss Scherwath und Friedrich (2012) sollten Skills nicht während einer Stresssituation, sondern bereits im Vorfeld mit der Person im Sinne eines „Notfallprogramms“ erarbeitet werden, damit sie auf dieses zurückkommen können, sofern wiederkehrende Erinnerungen oder ähnlich stressbeladenes Erleben auftritt. Skills dienen der betroffenen Person zur Selbstbefähigung, diese Situationen zu meistern. Die Entwicklung von Skills ist individuell und prozesshaft. Durch Ausprobieren sollen die Aktivitäten herausgefiltert werden, welche sich hinsichtlich Situation und Persönlichkeit als effizient herausstellen (S. 150-151).

Bei der Anwendung von Skills macht es Sinn, zuerst anhand der erarbeiteten Triggeranalyse zu diskutieren, welche Skills in welchen Situationen gut funktionieren und ob diese alltagskompatibel sind. Des Weiteren können sogenannte Notfalllisten und Notfallkoffer (*siehe Anhang D.4*) als Erweiterung zu den Skills hilfreich sein (*ib.*, S. 153).

Scherwath und Friedrich (2012) benennen verschiedene Arten von möglichen Skills (S. 151-153):

- *Auslösen von ausgeprägten Sinnesreizen auf unterschiedlichen Sinneskanälen*

Diese Skills dienen dazu, bei der betroffenen Person eine rasche „Reorientierung“ auszulösen und fungieren somit oft als hilfreiche stressreduzierende Massnahmen. Beispiele im Bereich des Tastsinnes können sein: Einen Eiswürfel über den Arm gleiten lassen, ein Gummiband auf die Haut spicken lassen sowie heiss oder kalt duschen (*ib.*, S. 151).

– *Ablenk- und Achtsamkeits-Skills*

Dazu dienen gemäss Scherwath und Friedrich (2012) all diejenigen Aktivitäten, die dazu beisteuern können, durch Fokussieren und verschieben der Aufmerksamkeit den Bezug zum Hier und Jetzt wieder herbeizuführen. Ein Beispiel dafür sind Zählübungen wie Rückwärtszählen oder Schritte zählen bei einer bestimmten Strecke (S. 151-152).

– *Ressourcen-Skills*

Zu den Ressourcen-Skills gehören diejenigen Aktivitäten, die bei der betroffenen Person positive Erinnerungen oder Kräfte auslösen und sie dadurch gut ablenken. Dazu zählen unter anderem: Ein spezielles Lied hören, eine Imaginationsübung durchführen oder eine Bezugsperson anrufen (ib., S. 152).

– *Alltags-Skills*

Ebenfalls als hilfreiche Skills können sich gewisse Aktivitäten des Alltags oder routinierte Vorgänge anbieten, wie beispielsweise Schuhe zu reinigen, den Abwasch zu erledigen oder die Kleidung zu bügeln (ib., S. 153).

▪ **Reorientierung und Stressregulation**

In ausgeprägten Flashback-Situationen kann es gemäss Scherwath und Friedrich (2012) bei traumatisierten Personen zu „situationsunangemessenen“ Reaktionen kommen, die sich in „wildes Um-sich-Schlagen, sich unter einem Tisch verstecken, hysterisches Schreien und Rufen oder zur Salzsäule erstarren“ äussern können. In solchen Fällen ist es hilfreich, bei der betroffenen Person in einem ersten Schritt für eine Reorientierung zu sorgen (S. 157). Im Anhang D.5 findet sich ein detaillierter Stufenplan zur Reorientierung.

Nach der Phase der Reorientierung sollten laut Scherwath und Friedrich (2012) weitere Methoden zur Stabilisierung und Stressregulation zur Anwendung kommen. Hilfreich ist es, wenn in der gemeinsamen Arbeit vorgängig Strategien für genau solch schwerwiegende Flashback-Situationen vereinbart wurden. Dementsprechend können Fachpersonen anschliessend mögliche Skills zu Hilfe ziehen, die sowohl der betroffenen Person, wie auch der Fachperson selbst wieder „(Handlungs-) Sicherheit“ verschaffen (S. 158).

6.3.5 Sozioökonomische und sozialökologische Dimension

Eingangs des Kapitels 5 wurde ersichtlich, dass es in der Stabilisierungsphase unter anderem von hoher Relevanz ist, dass die materielle Existenzsicherung gewährleistet sowie beständige Lebensbedingungen vorherrschend sind. Insbesondere die sozioökonomischen und sozialökologischen Bedürfnissen können jedoch durch ein Trauma, wie im Kapitel 3 deutlich wurde, massiv verletzt werden, indem beispielsweise die Arbeitsstelle gekündigt wurde, die Ausbildung abgebrochen wurde oder die Wohnung verlassen werden musste. Hier geht es laut Hubschmid und Solèr (1998) deshalb darum, Betroffene dabei zu unterstützen, entsprechende Ressourcen zu erschliessen (S. 18).

An verschiedenen Stellen dieser Arbeit wurde darauf hingewiesen, wie bedeutsam es ist, insbesondere traumatisierte Klientinnen und Klienten in ihrer Selbstwirksamkeit zu fördern und institutionelle Abhängigkeiten zu verhindern. In diesem Sinne erachten es die Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit als notwendig an, die Klientinnen und Klienten im Sinne des Empowermentverständnisses (siehe 5.5) dazu zu befähigen, externe Ressourcen soweit als möglich in Eigenregie zu erschliessen. Auch Brack (1998) erachtet die Aktivierung der klientinnen- und klienteneigenen Kräfte als prioritäres Ziel in der Beratung. Frühestens dann wenn sich jedoch herausstellt, dass eine Ermächtigung der Adressatin oder des Adressaten aktuell nicht möglich ist, sollten die externen Hilfsquellen in Stellvertretung, also im Auftrag und in Absprache mit der Klientin oder mit dem Klienten, durch Professionelle der Sozialarbeit erschlossen werden respektive mögliche Ansprüche geltend gemacht werden. Sie spricht in diesem Zusammenhang von externer Ressourcenerschliessung. Sie hat alle relevanten Güter und Dienstleistungen, die im Rahmen der externen Ressourcenerschliessung durch die Sozialarbeit zugänglich gemacht werden können, in fünf Hauptklassen gegliedert: „(1) Finanzen, (2) Arbeit/Beschäftigung/Ausbildung, (3) Unterkunft, (4) (Teil-)stationäre Betreuung, (5) Ambulante Dienste“ (S. 12-13). In all diesen Bereichen können die Fachkräfte der Sozialarbeit nach Ansicht der Autorinnen dieser Bachelorarbeit somit für ihre traumatisierten Adressatinnen und Adressaten, sofern nötig, externe Ressourcenerschliessung betreiben. Nach Hubschmid und Solèr (1998) kann beispielsweise bei Adressatinnen und Adressaten, welche infolge eines Traumas arbeitslos sind oder ihre Berufsausbildung abbrechen mussten, die Vermittlung von Berufsberatung, Stipendien oder auch von geschützten Arbeitsplätzen hilfreich sein, um die Betroffenen dabei zu unterstützen, vollständige oder partielle finanzielle Autonomie zurückzuerlangen (S. 18).

6.3.6 Körperliche Dimension

Eine mangelhafte Ausstattung innerhalb dieser Dimension verletzt gemäss Staub-Bernasconi (2007) unter anderem das Bedürfnis nach körperlicher Unversehrtheit (S. 183). Scherwath und Friedrich (2012) betonen deshalb, wie wichtig es ist, dass die Soziale Arbeit bei der Interventionsplanung auch körperbezogenen Aspekten Rechnung trägt. In diesem Zusammenhang empfehlen sie, traumatisierte Personen im Hilfekontext für ihre körperlichen Bedürfnisse zu sensibilisieren (S. 105). Wie im Unterkapitel 5.4.1 deutlich wurde, besteht auch eine der vier Hauptaufgaben des Copings darin, für die „Verbesserung von Möglichkeiten der Erholung“ zu sorgen. Die nachfolgenden Ausführungen zeigen nach Meinung der Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit unter anderem auf, wie die genannte Hauptaufgabe des Copings innerhalb der „Körperlichen Dimension“ wahrgenommen werden kann und somit das Bewältigungsverhalten von betroffenen Personen gestärkt werden kann.

Wie in den Kapiteln 2 und 3.2.1 ausgeführt wurde, kämpfen traumatisierte Menschen oft mit Schlafproblemen. Scherwath und Friedrich (2012) erachten es in diesem Zusammenhang deshalb als wesentlich, den Schlaf als Teilaspekt körperlichen Wohlbefindens zu thematisieren. Sie empfehlen, gemeinsam mit den Betroffenen über alle Optionen zur Optimierung des

Schlafes nachzusinnen und unter Umständen auch Fachpersonen aus der Medizin beizuziehen (S. 105-106).

Zum Zeitpunkt des traumatischen Geschehens kommt es in der Regel – wie im Unterkapitel 2.4.1 dargelegt – zu Lähmungs- und Erstarrungserscheinungen. Scherwath und Friedrich (2012) sind deshalb der Meinung, dass auch der Aspekt Bewegung im Rahmen körperbezogener Unterstützungsmöglichkeiten angesprochen werden sollte. Sie sind davon überzeugt, dass jede Art von Aktivität, die Bewegung mit sich bringt oder die Körperwahrnehmung verbessert, als förderlich für die Traumabewältigung betrachtet werden kann. Als Beispiele angeführt werden unter anderem Jogging, Tanzen, Spazieren gehen sowie Pilates, Qi-Gong oder eine Massage. Alle genannten Aktivitäten wirken stressreduzierend und sorgen im somatischen Bereich für optimale Voraussetzungen für seelische Prozesse (S. 106). Reddemann schliesst sich diesen Ausführungen an, legt den Fokus jedoch insbesondere auf die Körperwahrnehmung. Reddemann (2001) ist der Ansicht, dass umsichtige Körperübungen, bei denen es in erster Linie „ums Spüren geht“, die geeignetste Art von Körperarbeit bezogen auf traumatisierte Personen ist. Dabei ist sie davon überzeugt, dass je behutsamer die angewendete Körperarbeit ist, desto positiver die Auswirkungen für das körperliche Wohlbefinden sind (S. 85-86).

Schliesslich nennen Scherwath und Friedrich (2012) die regelmässige Versorgung mit Essen und Flüssigkeit als relevante Aspekte im Hinblick auf das körperliche Wohlbefinden. Erfährt der Mensch in diesem Bereich Beeinträchtigungen, kann dies eine Intensivierung von Folgesymptomen des Traumas, wie beispielsweise Angst, depressive oder gereizte Verstimmungen, bewirken. Sie warnen jedoch davor, das Thema Ernährung auf moralisierende Art und Weise zu behandeln. Wenn professionell Tätige traumatisierte Adressatinnen und Adressaten zu etwas zu drängen versuchen, kann dies kontraproduktiv und im schlimmsten Fall sogar als Trigger wirken. Stattdessen ist es angezeigt, gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten feinfühlig zu erkunden, was zu welchem Zeitpunkt und unter welchen Bedingungen eingenommen werden kann. Indem die Adressatinnen und Adressaten selbst beschliessen, was sie wann zu sich nehmen, kann dies Prozesse der Selbstbemächtigung fördern (S. 106).

Ziel der Körperarbeit sollte es nach Reddemann (2001) sein, traumatisierten Klientinnen und Klienten die Erfahrung zu ermöglichen, dass „(. . .) ihr Körper trotz aller schrecklichen Erfahrungen ein Ort der Freude ist und voller Energie“ (S. 86).

6.4 Selbstfürsorge

Wie die bisherigen Ausführungen dieser Bachelorarbeit gezeigt haben, ist es unter anderem wesentlich das Wohlbefinden von traumatisierten Adressatinnen und Adressaten zu steigern. Ein weiterer essentieller Bestandteil in der Arbeit mit traumatisierten Personen ist auch die Selbstfürsorge respektive die Psychohygiene der Professionellen der Sozialarbeit. Gemäss Scherwath und Friedrich (2012) meint Psychohygiene „(. . .) die Sicherstellung von inneren Ressourcen, die als Basisqualitäten vorhanden sein müssen, um körperlich und psychisch

so gesund zu bleiben, dass den Anforderungen und Belastungen des Berufsalltags begegnet werden kann, ohne Schaden zu nehmen“. Unter Basisqualität verstehen sie die „Fähigkeit zur Affektregulation/Selbstberuhigung“, die „Fähigkeit zur Selbstannahme“ sowie das „Erleben von Kontrolle/Steuerung (Selbstwirksamkeit)“ (S. 185-186). Scherwath und Friedrich (2012) nennen vier relevante Aspekte für eine gelingende Selbstfürsorge (S. 187). Diese sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Vier relevante Aspekte für eine gelingende Selbstfürsorge

- Sich bewusst Zeit für sich einräumen

- Das Setzen von Grenzen

- Austausch im Team

- Wahrnehmen der eigenen physischen und psychischen Warnsignale

Tab. 9: Vier relevante Aspekte für eine gelingende Selbstfürsorge (eigene Darstellung in Anlehnung an Scherwath & Friedrich, 2012, S. 187)

Selbstfürsorge schützt laut Scherwath und Friedrich (2012) einerseits Fachpersonen in der Arbeit mit traumatisierten Personen davor, sekundär traumatisiert zu werden (S. 185). Sekundäre Traumatisierung bedeutet die Entstehung eines Traumas lediglich aufgrund von Erzählungen von traumatischen Erfahrungen (ib., S. 179). Andererseits dient die Selbstfürsorge dazu, die eigene Handlungsfähigkeit in der Arbeit mit traumatisierten Adressatinnen und Adressaten zu bewahren (ib., S. 185).

Aus den vorangegangenen Gründen erachten es Scherwath und Friedrich deshalb als fundamental wichtig, Selbstfürsorge als fixen Bestandteil in die Arbeit mit traumatisierten Klientinnen und Klienten zu integrieren (ib.).

7 Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel werden in einem ersten Schritt die zentralen Fragestellungen der vorliegenden Bachelorarbeit zusammenfassend beantwortet. In einem nächsten Schritt werden berufsrelevante Schlussfolgerungen, basierend auf den gewonnen Erkenntnissen dieser Bachelorarbeit, gezogen. Das Kapitel schliesst mit einem Ausblick zu möglichen weiterführenden Fragestellungen bezüglich der behandelten Thematik.

7.1 Beantwortung der Fragestellungen

1. Was versteht man unter einem Trauma und welche Auswirkungen hat dieses auf das Leben von betroffenen Personen?
-

Unter Trauma versteht man ein einschneidendes Erlebnis, das geprägt ist durch eine Diskrepanz zwischen äusseren, situationsbedingten, gefährvollen Einflüssen und den persönlichen Möglichkeiten, diese Situation zu meistern. Im Zusammenhang mit diesem Erlebnis treten Gefühle der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins auf. Dies führt dazu, dass das Vertrauen in die eigene Person und in die Welt anhaltend erschüttert wird. Aus dieser Definition wird deutlich, dass ein Trauma sowohl objektive wie auch subjektive Faktoren beinhaltet, die in Wechselwirkung zueinander stehen. Wichtig erscheint hier anzumerken, dass ein potenziell traumatisches Ereignis an sich noch kein Trauma auslöst, sondern im Zusammenspiel mit subjektiven Faktoren entsteht. Welchen Verlauf der Prozess des psychischen Traumas nimmt in Bezug auf Form und Ausmass hinsichtlich einer Traumafolgestörung, hängt von diesen objektiven und subjektiven Einflussgrössen ab.

Durch ein Trauma können sich Auswirkungen auf die Ausstattungs-, Austausch-, Macht- und Kriterienkategorie ergeben. Innerhalb der Ausstattungskategorie können sich Auswirkungen auf allen sechs Dimensionen zeigen: Auf der symbolischen Dimension äussern sich insbesondere Auswirkungen wie erschütterte Selbst-, Fremd- und Weltbilder, Hoffnungslosigkeit sowie Gefühle der Andersartigkeit. In der Dimension Soziale Beziehungen und Mitgliedschaften kommt es unter anderem zu Konflikten innerhalb von Beziehungen, zum Verlust von Vertrauen gegenüber Mitmenschen, zu sozialem Rückzug und Isolation. Fehlendes Erklärungswissen über den eigenen Zustand, Flashbacks, Erinnerungslücken, ausgeprägte Gefühle der Angst sowie Schuld- und Schamgefühle können sich namentlich innerhalb der Dimension der Erkenntniskompetenzen zeigen. Hinsichtlich der Dimension der Handlungskompetenzen äussern sich Auswirkungen wie der Verlust ehemaliger Fertigkeiten und Kompetenzen, Muster erlernter Hilflosigkeit sowie Überforderungen in der Alltagsbewältigung. Auf der sozioökologischen und sozialökonomischen Dimension kann es zu negativen Folgen am Arbeitsplatz wie Ausfällen und Konflikten kommen oder gar zum Arbeitsplatzverlust respektive zum Abbruch von Ausbildungen, was wiederum Existenznöte auslösen kann. Ein ambivalenter Körperbezug, Überregungssymptome, Schlafprobleme und selbstverletzende Verhaltensweisen sind Auswirkungen, die sich unter anderem innerhalb der körperlichen Dimension offenbaren. Diese und weitere Defizite innerhalb der Ausstattungskategorie können sich auch nega-

tiv auf die Austausch-, Macht- und Kriterienkategorie auswirken. Die Ausstattungskategorie bildet dabei die Grundlage für die anderen drei Kategorien.

2. Inwiefern ergibt sich für die Sozialarbeit eine Zuständigkeit im Zusammenhang mit traumatisierten Menschen?

Gegenstand Sozialer Arbeit sind laut Staub-Bernasconi soziale Probleme. Konkret manifestieren sich diese in Form von Personen mit zahlreichen, sich überschneidenden und gegenseitig intensivierenden Ausstattungs-, Austausch-, Macht- und Kriterienproblematiken, die sie aufgrund eigener Ressourcen nicht selber bewältigen können. Wie in der Beantwortung der ersten Fragestellung deutlich wurde, kann ein Trauma vielfältige negative Auswirkungen auf all diese Kategorien haben. Demnach kann ein Trauma Auslöser für soziale Probleme sein. Folglich ergibt sich ein Handlungsauftrag für die Soziale Arbeit.

Durch die oben genannten Auswirkungen auf die unterschiedlichen Kategorien können unterschiedliche Bedürfnisse verletzt werden und dadurch das Wohlbefinden von betroffenen Personen beeinträchtigen. Auch aufgrund der Definition Sozialer Arbeit gemäss des Berufskodexes Soziale Arbeit Schweiz lässt sich somit ein Handlungsauftrag für Professionelle der Sozialen Arbeit herleiten, da dieser unter anderem die Steigerung des Wohlbefindens von Adressatinnen und Adressaten sowie problemlösende Prozesse in zwischenmenschlichen Beziehungen zum Ziel hat.

Diese Ausführungen machen deutlich, dass sich im Zusammenhang mit traumatisierten Menschen eine Zuständigkeit für die Sozialarbeit ergibt.

3. Welche Konzepte eignen sich aus welchen Gründen, um traumatisierte Adressatinnen und Adressaten im Umgang mit dem Trauma zu unterstützen?

Die Konzepte der Salutogenese, der Ressourcenorientierung, der Resilienz, des Copings, des Empowerments sowie der Feinfühligkeit eignen sich, wie im nachfolgenden Abschnitt erläutert wird, um traumatisierte Klientinnen und Klienten im Umgang mit dem Trauma zu unterstützen.

Im Rahmen der Traumatherapie werden drei Therapiephasen unterschieden: 1. Stabilisierung, 2. Traumakonfrontation, 3. Rehabilitation respektive Reintegration. Bei diesen drei Phasen wird insbesondere der Stabilisierungsphase von Fachpersonen grosse Bedeutung in der Traumabewältigung zugesprochen. Diese Phase beinhaltet unter anderem folgende Arbeitsschwerpunkte: Aufspüren von Ressourcen, Förderung des Aufbaus von vertrauensvollen Beziehungen sowie Unterstützung in der Alltagsbewältigung. Aufgrund der sich in der Stabilisierungsphase als wichtig herausgestellten Arbeitsschwerpunkte eignen sich die eingangs genannten Konzepte, da sie im Kern wesentliche Aspekte beinhalten, die sich an den Fähigkeiten und Ressourcen des Individuums orientieren oder den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung begünstigen und somit Betroffene im Umgang mit dem Trauma unterstützen.

4. Wie können Sozialarbeitende adäquate Beratungs- und Interventionsansätze gestalten, um die Betroffenen optimal im Umgang mit dem Trauma zu unterstützen?

Um die Bewältigung des Traumas zu begünstigen und somit das psychische, körperliche und soziale Wohlbefinden der traumatisierten Klientinnen und Klienten zu steigern, ergeben sich für die Autorinnen dieser Bachelorarbeit aus den Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit in Bezug auf die Beratungs- und Interventionsansätze zusammenfassend die nachfolgenden acht zentralen Schwerpunkte:

▪ **Traumasympptome verstehen**

Die korrekte Deutung von Traumasymptomen stellt die Grundlage dar, damit Professionelle der Sozialarbeit adäquate Interventionen einleiten können. Hierzu dient ein verstehensorientierter Zugang.

▪ **Verstehbarkeit fördern** – *auf der symbolischen Dimension und der Dimension der Erkenntniskompetenzen*

Die Verstehbarkeit und somit auch die Handhabbarkeit sowie die Bedeutsamkeit können unter anderem mittels der Psychoedukation gefördert werden. Dies unterstützt auch Prozesse der Selbstakzeptanz und der Selbstbemächtigung.

▪ **Sicherheit herstellen** – *auf der Dimension der Erkenntniskompetenzen*

Interventionsmassnahmen müssen darauf ausgelegt sein, dass traumatisierte Adressatinnen und Adressaten sowohl innere wie auch äussere Sicherheit wiedererlangen können. Zur Wiedererlangung der inneren Sicherheit können unter anderem das Wissen um einen guten Umgang mit stressindizierten Situationen und mit möglichen Traumasymptomen sowie die Übung „des sicheren Ortes“ hilfreich sein. Um die äussere Sicherheit zu gewährleisten, sind Aspekte wie Transparenz, strukturelle Klarheit und Verbindlichkeit im Beratungssetting zu berücksichtigen. Zudem ist es bedeutsam, dass die Fachperson über persönliche und institutionelle Sicherheit verfügt.

▪ **Umgang mit Traumasymptomen** – *innerhalb der Dimension der Handlungskompetenzen und der Dimension der Erkenntniskompetenzen*

Um die betroffenen Personen im Umgang mit Traumasymptomen zu unterstützen, können Interventionen in Form der „hilfreichen Übungen zur Stabilisierung in Stresssituationen“, der Triggeranalyse, des Achtsamkeitstrainings sowie der Skills dienlich sein.

▪ **Förderung tragfähiger Beziehungen** – *innerhalb der Dimension der sozialen Beziehungen und Mitgliedschaften*

Zum einen ist es bedeutsam, eine tragfähige und positive Beziehung zwischen Professionellen der Sozialarbeit und traumatisierten Klientinnen und Klienten aufzubauen. Dabei sind förderliche und hinderliche Aspekte zu beachten. Zum anderen ist es wesentlich, auch vertrauensvolle soziale Beziehungen ausserhalb des professionellen Kontextes zu fördern. Da-

zu sollen die sozialen Beziehungen der betroffenen Person in der Beratung zum Thema gemacht werden und allfällige weiterführende Interventionen diesbezüglich eingeleitet werden.

- **Förderung von positiven Selbst-, Menschen- und Weltbildern** – *innerhalb der symbolischen Dimension*

Durch die Förderung von Selbstakzeptanz, Selbstbemächtigung und Selbstwirksamkeit können positive Selbstbilder wiederhergestellt werden. Probate Mittel um diese Prozesse zu unterstützen, sind beispielsweise der Grundsatz „Stärken stärken“, Ressourcen zu aktivieren und die Psychoedukation. Positive Menschen- und Weltbilder können durch vertrauensvolle und tragfähige zwischenmenschliche Beziehungen gefördert werden.

- **Ressourcenerschliessung** – *innerhalb der Dimension der Handlungskompetenzen und der sozioökonomischen und sozialökologischen Dimension*

Die interne Ressourcenerschliessung hilft dabei, die Betroffene dazu zu befähigen, frühere Fähigkeiten und Kompetenzen wieder zu aktivieren, um einen besseren Umgang hinsichtlich der Alltagsbewältigung und der erlernten Hilflosigkeit zu generieren. Dies wiederum fördert Klientinnen und Klienten darin, externe Ressourcen in Eigenregie erschliessen zu können. Die Ressourcenerschliessung dient insgesamt der Ermächtigung eines selbstbestimmten Lebens der Adressatinnen und Adressaten.

- **Steigerung des körperlichen Wohlbefindens** – *innerhalb der körperlichen Dimension*

Um das körperliche Wohlbefinden der traumatisierten Adressatinnen und Adressaten zu steigern, gilt es in der Beratung körperliche Bedürfnisse wie Schlaf, Bewegung und Ernährung zu thematisieren. Dabei geht es darum, die eigene Körperwahrnehmung zu verbessern und durch Aktivitäten der Erholung und Entspannung Stress zu reduzieren.

Die vorangegangenen acht zentralen Beratungs- und Interventionsschwerpunkte sind nach Meinung der Autorinnen dieser Bachelorarbeit alle gleichermassen von Bedeutung und können sich hinsichtlich ihrer Wirkung gegenseitig positiv beeinflussen.

7.2 Berufsrelevante Schlussfolgerungen

Professionelle der Sozialarbeit kommen in unterschiedlichen Arbeitsfeldern mit traumatisierten Personen in Kontakt. Es ist deshalb bedeutsam, dass die oftmals im Zusammenhang mit einem Trauma geäusserten befremdlichen Verhaltensweisen von der Fachperson korrekt hinsichtlich einer traumatischen Erfahrung gedeutet werden können. Wenn Adressatinnen oder Adressaten traumatisiert sind, ist es grundlegend, dass Sozialarbeitende die betroffenen Personen nicht auf das Trauma reduzieren, sondern diese im Sinne des Salutogenese-Konzepts in ihrer Gesamtheit wahrnehmen. Dabei sollten Adressatinnen und Adressaten nicht nur als einzelne Individuen, sondern immer auch im Kontext eines respektive mehrerer Systeme, in die sie eingebunden sind, betrachtet werden. Zudem sollten Sozialarbeitende alle Dimensionen der Ausstattungskategorie in den Blick nehmen und diese auf allfällige durch das Trauma verletzte Bedürfnisse prüfen. Dabei müssen sie sich bewusst sein, dass

die einzelnen Dimensionen innerhalb der Ausstattungskategorie in Wechselwirkung zueinander stehen und sich zudem auf die Austausch-, Macht- und Kriterienkategorie auswirken können. Das Wissen um diese Zusammenhänge muss hinsichtlich der Interventionsplanung mit berücksichtigt werden.

Damit betroffene Adressatinnen und Adressaten in der Traumabewältigung hilfreich unterstützt werden können sowie ihr körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden gesteigert werden kann, gilt es die folgenden acht Beratungs- und Interventionsschwerpunkte zu berücksichtigen: Die Förderung des Verstehens, das Herstellen von Sicherheit, die Ressourcenorientierung, die Förderung von tragfähigen Beziehungen, die Unterstützung von Prozessen der Selbstwirksamkeit und Selbstakzeptanz, den Umgang mit Traumasymptomen sowie die Steigerung des körperlichen Wohlbefindens. Zudem ist es wichtig, dass Sozialarbeitende Selbstfürsorge als Bestandteil ihrer Arbeit wahrnehmen, damit sie hinsichtlich dieser schwierigen Thematik handlungsfähig bleiben.

Im Kontext mit traumatisierten Adressatinnen und Adressaten nehmen Sozialarbeitende unterschiedliche Funktionen ein. Je nach Auftrag und institutioneller Einbindung nehmen sie Aufgaben der Informationsvermittlung, der Beratung, der Ressourcenerschließung, der Abklärung und des Verhandels wahr.

Wie die vorangegangenen Ausführungen zeigen, kann die Sozialarbeit in der Unterstützung der Traumabewältigung von Betroffenen wertvolle Arbeit leisten. Dementsprechend hat die Sozialarbeit nicht nur eine zuarbeitende Rolle inne, sondern kann als gleichwertige Profession neben den Disziplinen Psychologie und Medizin angesehen werden. Da die Sozialarbeit einen mehrniveaunalen Blickwinkel einnimmt, der sowohl sich bedingende biologische, psychologische und soziale Aspekte in ihrer Gesamtheit erfasst, kann sie diesbezüglich sogar eine Schlüsselfunktion einnehmen.

7.3 Ausblick

Für die Autorinnen der vorliegenden Bachelorarbeit hat sich im Laufe des Erarbeitungsprozesses herausgestellt, dass vor allem Fachliteratur vorhanden ist, welche die Thematik aus einer psychologischen-medizinischen Perspektive betrachtet. Dem sozialen Aspekt eines Traumas wird oftmals wenig Rechnung getragen. Es wäre folglich interessant, diesen Aspekt im Rahmen einer Forschungsarbeit näher zu beleuchten. In diesem Zusammenhang wäre es spannend zu erfahren, welche Interventionsansätze, die aktuell in der Berufspraxis angewendet werden, sich besonders bewähren.

Diese Arbeit hat den Fokus auf traumatisierte erwachsene Adressatinnen und Adressaten der Sozialarbeit gelegt. In einer weiterführenden Arbeit wäre es bedeutsam, Kinder in das Zentrum der Betrachtung zu rücken und kinderspezifische Interventionsansätze zur Traumabewältigung zu beleuchten.

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit hätten die Autorinnen dieser Arbeit gerne auch noch den Aspekt der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeit und Psychologie zur Traumabewältigung bearbeitet. Diese Thematik wäre jedoch so umfassend, dass sie Material für eine eigene weiterführende Bachelorarbeit bietet. Im Zusammenhang mit einer Forschungsarbeit wäre es interessant zu erfahren, inwiefern eine gelingende Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Disziplinen eine Traumabewältigung der Adressatinnen und Adressaten optimieren könnte.

8 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke). Tübingen: dgvt-Verlag.
- AvenirSocial – Professionelle Arbeit Schweiz (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen* [Broschüre]. Bern: Autor.
- Brack, Ruth (1998). Die Erschliessung von externen Ressourcen. *Soziale Arbeit. Die Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Soziokulturelle Animation*, 1998 (5), S. 12-26.
- Brisch, Karl Heinz (2012). Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In Karl Heinz Brisch & Theodor Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (4. Aufl., S. 105-135). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, Karl Heinz & Hellbrügge, Theodor (2012). Vorwort. In Karl Heinz Brisch & Theodor Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (4. Aufl., S. 7-9). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, Karl Heinz (2011). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie* (11. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, Karl Heinz (2009). „Schütze mich, damit ich mich finde“. Bindungspädagogik und Neuerfahrung nach Traumata. In Jacob Bausum & Lutz Besser & Martin Kühn & Wilma Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 139-155). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Engelke, Ernst; Borrmann, Stefan & Spatscheck Christian (2009). *Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (5. überarb. und erw. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Fischer, Gottfried & Riedesser, Peter (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4. akt. und erw. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Beuter, Simone; Fischer, Sibylle & Rönna-Böse, Maike (2010). Resilienzförderung – eine Grundorientierung für sozialarbeiterisches und – pädagogisches Handeln. In Silke Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen* (S. 42-53). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, Silke Birgitta (2005). *Sexuelle Gewalt und Geschlecht. Hilfen zur Traumabewältigung bei Frauen und Männern*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Gahleitner, Silke Birgitta; Loch, Ulrike & Schulze, Heidrun (2012). Psychosoziale Traumalogie – eine Annäherung. In Heidrun Schulze & Ulrike Loch & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumalogie* (S. 6-53). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

- Geiser, Kaspar (2013). *Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in die Systemische Denkfigur und ihre Anwendung* (5. überarb. Aufl.). Luzern: interact Verlag; Freiburg i. Br.: Lambertus Verlag.
- Gräbener, Jens (2013). *Umgang mit traumatisierten Patienten*. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Gunkel, Sina (2007). *Strategien der Stressbewältigung in der pädagogischen Arbeit. Eine Analyse des Copingverhaltens im Kontext der Wohngruppenarbeit*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Hantke, Lydia & Görge, Hans-Joachim (2012). *Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Hanswille, Reinert & Kissenbeck, Annette (2010). *Systemische Traumatherapie. Konzepte und Methoden für die Praxis* (2. ergänzte Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH.
- Hausmann, Clemens (2006). *Einführung in die Psychotraumatologie* (1. Aufl.). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Herman, Judith Lewis (2010). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden* (3. Aufl.). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Herriger, Norbert (2010). *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (4. akt. und erw. Aufl.). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Huber, Michaela (2012). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1* (5. Aufl.). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Huber, Michaela (2009). *Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung. Teil 2* (4. Aufl.). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Hubschmid, Rosmarie & Solèr, Maria (1998). Die Beratung traumatisierter Klientinnen am Beispiel misshandelter Frauen. *Soziale Arbeit. Die Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Soziokulturelle Animation*, 1998 (3), S. 14-21.
- Husi, Gregor & Villger, Simone (2012). *Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Soziokulturelle Animation. Theoretische Reflexionen und Forschungsergebnisse zur Differenzierung Sozialer Arbeit*. Luzern: interact Verlag.
- Hüther, Gerald (2011). *Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern* (7. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Köppel, Monika (2003). *Salutogenese und Soziale Arbeit*. Lage: Verlag Hans Jacobs.

- Knaevelsrud, Christine & Maercker, Andreas (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen. In Matthias Hermer & Bernd Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2, spezieller Teil* (S. 933-952). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Lazarus, Richard S. & Launier, Raymond (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Personen und Umwelt. In Jürgen Nitsch (Hrsg.), *Stress: Theorien, Untersuchungen, Massnahmen* (S.213-259). Bern: Verlag Hans Huber.
- Loch, Ulrike (2012). Professionelle Beziehungen gestalten mit AdressatInnen nach traumatischen Erfahrungen. In Heidrun Schulze & Ulrike Loch & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie* (S. 151-165). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Loch, Ulrike & Schulze Heidrun (2012). Zum Forschungsdesign. In Heidrun Schulze & Ulrike Loch & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie* (S. 54-58). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Lösel, Friedrich & Bender, Doris (2008). Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischen protektiven Prozessen: Konzeptuelle Grundlagen und Ergebnisse der Resilienzforschung. In Günther Opp & Michael Fingerle (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (3. Aufl., S. 57-78). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Lorenz, Rüdiger (2004). *Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler* (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Maercker, Andreas (2000). Posttraumatische Belastungsstörungen. In Michael Linden & Martin Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (4., überarb. und erw. Aufl., S. 403-411). Berlin: Springer-Verlag.
- Neuffer, Manfred (2009). *Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien* (4. überarb. Aufl.). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Reddemann, Luise & Dehner-Rau, Cornelia (2008). *Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Ein Übungsbuch für Körper und Seele* (3. vollst. überarb. Aufl.), Stuttgart: TRIAS Verlag.
- Reddemann, Luise (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren* (2. Aufl.). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Ritscher, Wolf; Armbruster, Jürgen; Döhner-Rotter, Klaus; Menzler-Fröhlich, Karlheinz; Müller, Werner & Rein Gabriele (2013). *Systemische Modelle für die Soziale Arbeit. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis* (3. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Rönnau-Böse, Maike; Beuter, Simone & Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2010). Kinder Stärken! Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen und Schulen. In Silke Gahleitner & Gernot

- Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen* (S. 182-195). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sack, Martin (2007). Überlegungen zu einer ressourcenorientierten Behandlung traumatisierter Patienten. In Friedhelm Lamprecht (Hrsg.), *Wohin entwickelt sich die Traumatherapie? Bewährte Ansätze und neue Perspektiven* (S. 165-175). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sass, Henning; Wittchen, Hans-Ulrich; Zaudig, Michael & Houben, Isabel (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision. DSM-IV-TR. Übersetzt nach der Textrevision der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag GmbH.
- Scherwath, Corinna & Friedrich, Sibylle (2012). *Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schulze, Heidrun (2012). Alltag als Kerndimension Sozialer Arbeit mit traumatisierten Menschen. In Heidrun Schulze & Ulrike Loch & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie* (S. 115-150). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Schulze, Heidrun & Kühn, Martin (2012). Traumaarbeit als institutionelles Konzept: Potenziale und Spannungsfelder. In Heidrun Schulze & Ulrike Loch & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie* (S. 166-185). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Schulze, Heidrun; Loch, Ulrike & Gahleitner, Silke Birgitta (2012). Einleitung. In Heidrun Schulze & Ulrike Loch & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie* (S. 1-5). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Soyer, Jürgen (2006). Sozialarbeiterische Begleitung von traumatisierten Menschen. In Andreas Maercker & Rita Rosner (Hrsg.), *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 228-240). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2010). Soziale Arbeit und soziale Probleme. Eine disziplin- und professionsgezogene Bestimmung. In Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (3. überarb. und erw. Aufl., S. 267-282). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis – Ein Lehrbuch*. Bern: Haupt Verlag.

Staub-Bernasconi, Silvia (1998). Soziale Probleme – Soziale Berufe – Soziale Praxis. In Maja Heiner & Marianne Meinhold & Hiltrud von Spiegel & Silvia Staub-Bernasconi (Hrsg.), *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit* (4., erw. Aufl., S. 11-137). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Staub-Bernasconi, Silvia (1995). *Systemtheorie, soziale Probleme und Soziale Arbeit: lokal, national, international. Oder: vom Ende der Bescheidenheit*. Bern: Verlag Paul Haupt.

Welter-Enderlin, Rosmarie (2012). Einleitung: Resilienz aus der Sicht von Beratung und Therapie. In Rosmarie Welter-Enderlin & Bruno Hildenbrand (Hrsg.), *Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände* (4. Aufl., S. 7-19). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Wöller, Wolfgang (2013). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen* (2. vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Schattauer GmbH.

Wustmann, Corina (2011). *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern* (Prof. Dr. Wassilios E. Fthenakis, Hrsg., 3. Aufl.). Berlin: Cornelsen Verlag.

Titelbild: Dalí, Salvador. *Sphärische Galatea*. Gefunden am 30.11.2013, unter <http://salvadordaligemalden.wordpress.com/>

Anhang A: Traumatheoretische Grundlagen

Anhang A.1: Potenziell traumatische Ereignisse

Potenziell traumatische Ereignisse	
▪ Naturkatastrophen	▪ Unfälle jeglicher Art
▪ Krieg	▪ Verlust einer nahestehenden Bezugsperson
▪ Vertreibung	▪ Vernachlässigung im Kindesalter
▪ Folter	▪ Gewalt
▪ Medizinische Eingriffe	▪ sexualisierte Gewalt
▪ Traumatische Geburt	▪ Zeuge von Gewalt
▪ Konfrontation mit Traumafolgen in der Funktion als Helfer/in	▪ Zeuge von sexualisierter Gewalt
▪ Aufwachsen als Kind mit traumatisierten Eltern	▪ Zeuge von anderen traumatischen Ereignissen

Tab. 10: Auflistung potenziell traumatischer Ereignisse (eigene Darstellung in Anlehnung an: Reddemann & Dehner-Rau, 2008, S. 17)

Anhang A.2: Objektiver Zugang zum Trauma

Objektiver Zugang zum Trauma	
Objektive Kriterien	Erläuterung
▪ Schweregrad	Im DSM III-R ¹ finden sich zwei Raster, in der psychosoziale Belastungsfaktoren für akute Ereignisse oder länger andauernde Lebensumstände entsprechend ihrem Schweregrad in einer Skala von 1 bis 6 eingeteilt werden. Es gibt je eine Skala der Schwere psychosozialer Belastungsfaktoren für Kinder/Heranwachsende und für Erwachsene. Diese Skalen können auch zur Einstufung von traumatischen Ereignissen und Umständen herangezogen werden.
▪ Dauer und Häufigkeit	Damit ist die Unterteilung in die verschiedenen Traumtypen gemeint, wie sie im Unterkapitel 2.3 erläutert wurden.
▪ Art der Betroffenheit	In Bezug auf die Art der Betroffenheit wird eine Differenzierung vorgenommen in unmittelbare und mittelbare Betroffenheit. Mittelbar von einem traumatischen Ereignis tangiert sind zum Beispiel Angehörige. Mittel-

¹ DSM III-R = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III-Revised

Objektiver Zugang zum Trauma

Objektive Kriterien	Erläuterung
	bar Betroffene werden in der Literatur oftmals auch als „Mitbetroffene“ bezeichnet. Bei der Weitergabe von Traumata an nachfolgende Generationen wird der Begriff sekundäre Traumatisierung verwendet.
<ul style="list-style-type: none">▪ Verursachungsfaktoren	<p>Arthur Green (1993) hat folgende acht Situationsfaktoren ausgemacht, die jeder für sich oder in Verbindung miteinander mit hoher Wahrscheinlichkeit eine traumatische Wirkung entfalten können:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Lebensbedrohung▪ Schwere Körperverletzung▪ Absichtlicher Verletzung oder Schädigung ausgesetzt sein▪ Konfrontation mit menschlichen Körperteilen▪ Gewaltsamer respektive plötzlicher Verlust einer nahestehenden Person▪ Zeuge von Gewalt gegenüber einer geliebten Person oder Informationen darüber▪ Information darüber, dass man einem schädlichen Umweltreiz ausgesetzt ist oder war▪ Schuldig sein am Tod oder an schwerer Schädigung anderer Personen <p>(zit. in Fischer & Riedesser, 2009, S. 152).</p>
<ul style="list-style-type: none">▪ Art der Beziehung zwischen Opfer und Täter	<p>Wenn die Bedrohung oder Verletzung in einer traumatischen Situation durch eine enge Bezugsperson erzeugt wird, sind die Auswirkungen für die betroffene Person besonders schwerwiegend. Es kann unter Umständen eine nachhaltige Erschütterung des Urvertrauens in die Zuverlässigkeit sozialer Beziehungen zur Folge haben. Für diese Art von Traumata wird in der Fachliteratur auch der Ausdruck Beziehungstrauma verwendet.</p>
<ul style="list-style-type: none">▪ Klinisch relevante Situationsdynamiken	<p>Hiermit sind situative Gegebenheiten gemeint, die eine besondere Sprengkraft aufweisen und spezifische Reaktionen auslösen können. Sie sind deshalb von direkter klinischer Bedeutung. Frank M. Ochberg (1988) unterscheidet zwischen fünf verschiedenen Typen klinisch relevanter Situationsdynamiken:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Erzwungene, negative Intimität (beispielsweise im Fall von Vergewaltigung oder Folter)▪ Beraubung▪ Victimisierung (Opfer fühlt sich erniedrigt, herabgesetzt, verletzt)▪ Angst und Erregung (entspricht einem Teilaspekt der Traumareaktion und wird durch Reize ausgelöst, welche mit dem Trauma in Verbindung gebracht werden)

Objektiver Zugang zum Trauma

Objektive Kriterien	Erläuterung
	<ul style="list-style-type: none">▪ Todesnähe (Situationen, in denen das Opfer Todesangst durchlebte, können zu einer speziellen Form von Angst führen) (zit. in Fischer & Riedesser, 2009, S. 153).

Tab. 11: Objektiver Zugang zum Trauma (eigene Darstellung in Anlehnung an: Fischer & Riedesser, 2009, S. 149-153.)

Anhang A.3: Subjektiver Zugang zum Trauma

Subjektiver Zugang zum Trauma

Subjektive Kriterien	Erläuterung
<ul style="list-style-type: none">▪ Aktuelle Disposition	Damit ist der individuelle Erwartungshorizont gemeint. Gewisse Ereignisse treten unerwartet und schlagartig auf, wodurch bei der betroffenen Person ein Schocktrauma ausgelöst wird. Im Gegensatz dazu gibt es Umstände, die über längere Zeit andauern und somit zwar vom zeitlichen Aspekt her nicht mehr als überraschend gelten, jedoch von solch immenser Grausamkeit sind, dass sie für ein Individuum nicht vorhersehbar und somit in einem anderen Sinne nicht erwartbar waren.
<ul style="list-style-type: none">▪ Korrektive Faktoren	Korrektive Faktoren unterstützen den Verarbeitungsprozess traumatischer Informationen in der Reaktionsphase respektive im traumatischen Prozess. Als korrektive Faktoren gelten beispielsweise das soziale Umfeld oder Therapien.
<ul style="list-style-type: none">▪ Protektive Faktoren	Protektive Faktoren sind Schutzfaktoren einer Person. Dazu zählen gemäss Ulrich Tiber Egle, Sven Olaf Hoffmann, Peter Joraschky (1996) unter anderem: <ul style="list-style-type: none">▪ eine konstante und sichere Beziehung zu wenigstens einer Primärbezugsperson▪ unterstützende und zuverlässige Bezugspersonen im Erwachsenenalter (zum Beispiel Ehepartner/in)▪ eine niedrige Risikobelastung (zit. in Fischer & Riedesser, 2009, S. 160).
<ul style="list-style-type: none">▪ Risikofaktoren	Als Risikofaktoren gelten belastende Ereignisse oder Lebensumstände, welche für sich oder in Kombination miteinander psychische Krankheiten hervorrufen können. Traumatische Situationsfaktoren können grundsätzlich ebenfalls den Risikofaktoren zugeordnet werden. Da jedoch erstere ein vielfach höheres Erkrankungsrisiko aufweisen, sollten diese nicht als gewöhnliche Risiken bagatellisiert

Subjektiver Zugang zum Trauma

Subjektive Kriterien	Erläuterung
	werden. So darf beispielsweise sexueller Missbrauch eines Kindes nicht als blosses Risiko betrachtet werden. Zu den Risikofaktoren respektive potenziell traumatischen Situationsfaktoren zählen gemäss Egle, Hoffmann und Joraschky (1996) beispielsweise niedriger sozioökonomischer Status der Herkunftsfamilie sowie geringe Schulbildung der Eltern (zit. in Fischer & Riedesser, 2009, S. 162).
▪ Differenzielle physiologische Dispositionen	Physiologische Dispositionen, die früher oft als erbgenetisch angesehen wurden, sind häufig auf neurophysiologische Auswirkungen früherer Traumata zurückführen. So ist Bessel A. Van der Kolk (1987) der Ansicht, dass Deprivationserfahrungen bei Kleinkindern neurologische Störungen auslösen können. Langfristig führt dies dazu, dass sich Angst vermehrt in Panik äussert und eine negative Gemütsverfassung in eine Depression übergeht. Eine solche biografisch erworbene Disposition kann genauso wie die genetisch vererbte die Bewältigung kritischer Umstände beeinträchtigen (zit. in Fischer & Riedesser, 2009, S. 163).

Tab. 12: Subjektiver Zugang zum Trauma (eigene Darstellung in Anlehnung an: Fischer & Riedesser, 2009, S. 159-164.)

Anhang A.4: Diagnostische Kriterien für 309.81 (F43.1) Posttraumatische Belastungsstörung

Diagnostische Kriterien für 309.81 (F43.1) Posttraumatische Belastungsstörung

- A. 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. (. . .)
-
- B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:
- (1) Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können. (. . .)
 - (2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis. (. . .)
 - (3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschliesslich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten). (. . .)
 - (4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder

Diagnostische Kriterien für 309.81 (F43.1) Posttraumatische Belastungsstörung

an Aspekte desselben erinnern.

- (5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:

- (1) bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
- (2) bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerung an das Trauma wachrufen,
- (3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,
- (4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
- (5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
- (6) eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z. B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
- (7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z. B. Person erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).

D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

- (1) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen,
- (2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
- (3) Konzentrationsschwierigkeiten,
- (4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
- (5) übertriebene Schreckreaktion.

E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. (. . .)

Tab. 13: Diagnostische Kriterien für 309.81 (F43.1) Posttraumatische Belastungsstörung (DSM-IV-TR nach Sass et al., 2003, S. 520-521)

Anhang A.5: Komplexe posttraumatische Belastungsstörung

Komplexe posttraumatische Belastungsstörung

Störungen der Affektregulation

- anhaltende Dysphorie
- chronische Suizidgedanken
- Selbstverstümmelung
- aufbrausende oder extrem unterdrückte Wut (eventuell alternierend)
- zwanghafte oder extrem gehemmte Sexualität (eventuell alternierend)

Bewusstseinsveränderungen

- Amnesie oder Hyperamnesie, was die trau-

Komplexe posttraumatische Belastungsstörung

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ matischen Ereignisse anbelangt ▪ zeitweilig dissoziative Phasen ▪ Depersonalisation/Derealisation ▪ Wiederholung des traumatischen Geschehens (. . .)
Gestörte Selbstwahrnehmung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ohnmachtsgefühle, Lähmung jeglicher Initiative ▪ Scham- und Schuldgefühle, Selbstbezüglichung ▪ Gefühl der Beschmutzung und Stigmatisierung ▪ Gefühl, sich von anderen grundlegend zu unterscheiden (. . .)
Gestörte Wahrnehmung des Täters	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ständiges Nachdenken über die Beziehung zum Täter (auch Rachedenken) ▪ unrealistische Einschätzung des Täters, der für allmächtig gehalten wird (. . .) ▪ Idealisierung oder paradoxe Dankbarkeit ▪ Gefühl einer besonderen oder übernatürlichen Beziehung ▪ Übernahme des Überzeugungssystems oder der Rationalisierungen des Täters
Beziehungsprobleme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Isolation und Rückzug ▪ gestörte Intimbeziehungen ▪ wiederholte Suche nach einem Retter (. . .) ▪ anhaltendes Misstrauen ▪ wiederholt erfahrende Unfähigkeit zum Selbstschutz
Veränderung des Wertesystems	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verlust fester Glaubensinhalte ▪ Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung

Tab. 14: Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (Herman, 2010, S. 169-170)

Anhang B: Coping-Strategien

- **Drei Bereiche der problemlösenden Coping-Strategien**

Drei Bereiche der problemlösenden Coping-Strategien	
Veränderungen der Umwelt	Damit sind Veränderungen situativer Aspekte gemeint wie beispielsweise die Umstrukturierung des Tagesablaufes.
Veränderungen des eigenen Verhaltens	Diese beziehen sich auf Veränderung der Person-Merkmale. Damit ist eine Anpassung der Person an ihre Umwelt gemeint wie beispielsweise durch den Erwerb neuer Fertigkeiten oder das Umgestalten von Gewohnheiten und Zielen.
Veränderungen der Bewertungsprozesse einer Person in einer Situation	Dies beinhaltet beispielsweise das Ändern von Wahrnehmungs- und Interpretationsmustern.

Tab.15: Drei Bereiche der problemlösenden Coping-Strategien (eigene Darstellung in Anlehnung an: Wustmann, 2011, S. 77-78)

Anhang C: Erkenntniskompetenzen

- Tabelle zur Triggeranalyse

Reiz von außen:	Welches Gefühl wird in mir ausgelöst?	Welcher Handlungsimpuls taucht dann auf?	Welche Selbstberuhigungsstrategie (Skill) hilft?
Verhalten:			
Bewegungen:			
Erscheinungsbilder:			
Arten zu sprechen/Worte:			
Gerüche:			
Situationen/Bedingungen:			

Abb. 5: Triggeranalyse (Scherwath & Friedrich, 2012, S. 211)

Anhang D: Handlungskompetenzen

Anhang D.1: Ressourcenorientierung in der Arbeit mit traumatisierten Personen

▪ **Lebensleistungen wertschätzen**

Traumatisierte Menschen haben gemäss Scherwath und Friedrich (2012) aufgrund ihrer erschwerten Situation oftmals auch grosse Leistungen vollbracht, indem sie diese Situationen bewältigen und überleben konnten. Die vollbrachte Leistung verdient Anerkennung und steht zunächst einmal über einer Funktionalität der Person im Alltag. Wird diese Perspektive von der Fachperson eingenommen, kann dies bei der betroffenen Person dazu führen, dass diese wieder mehr an sich und ihre Stärken glaubt (S. 97).

▪ **Stärken ausfindig machen**

Damit Ressourcen von Nutzen sein können und Relevanz erlangen, müssen diese nach Scherwath und Friedrich (2012) ins Bewusstsein gelangen. Es bietet sich daher an, mit den betroffenen Personen systematisch an der Erkundung ihrer persönlichen Stärken zu arbeiten. Das Visualisieren von aufgedeckten Ressourcen kann hilfreich sein, damit man schneller wieder auf diese zurückgreifen kann.

▪ **Aus Schwächen Stärken machen**

Hier geht es gemäss Scherwath und Friedrich (2012) darum, zu erkennen, dass in jeder Schwäche auch eine Stärke stecken kann. Dementsprechend sollen Fachleute die Fähigkeit an den Tag legen, in den symptomatisch bedingten Verhaltensweisen von traumatisierten Personen „Überlebensressourcen“ ausfindig zu machen (S. 100).

▪ **Ressourceninterview**

Gemäss Scherwath und Friedrich (2012) geht es beim „Ressourceninterview“ um eine Befragung, welche sich vollständig auf die Stärken der betroffenen Person fokussiert. Um möglichst viele Möglichkeiten an Ressourcen herauszufinden kann beim Ressourceninterview beispielsweise die Ressourcenlandkarte (siehe Abbildung 3) verwendet werden (S.100). Eine weitere Möglichkeit stellt die Ressourcenhand (siehe Abbildung 4) dar. Da es in der Zusammenarbeit mit traumatisierten Personen auch darum geht wieder „Handlungsfähigkeit“ zu erlangen, eignet sich dieses Instrument besonders, um Ressourcen zu bergen (S. 99-100).

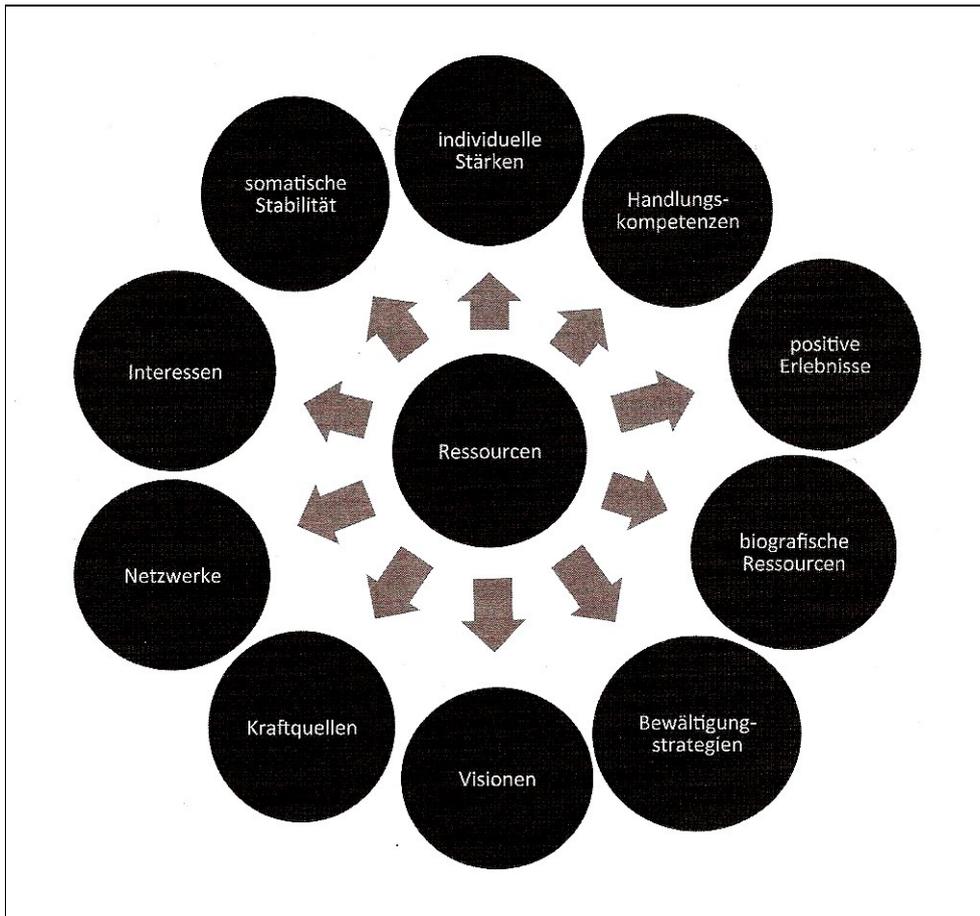


Abb. 6: Ressourcenlandkarte (Scherwath & Friedrich, 2012, S. 201)



Abb. 7: Ressourcenhand (Scherwath & Friedrich, 2012, S. 202)

Anhang D.2: Fördern von Imaginationsressourcen

Tresorübung

- Es wird ein Platz geschaffen, der gemäss Reddemann (2010) dafür geeignet ist, „was einen belastet, erst einmal wegzupacken. Da man aber weiss, dass man es noch einmal betrachten will, gibt man es in den Tresor. Dort ist es sicher aufbewahrt und kann so lange dort bleiben, bis man sich damit beschäftigen kann oder will. Man stellt sich einen Tresor vor und dort kann man dann Bilder, innere Filme, alles Unangenehme, mit dem man im Moment nicht fertig wird, erst einmal deponieren“ (zit. in Scherwath & Friedrich, 2012, S. 155).

Tab. 16: Tresorübung (Scherwath & Friedrich, 2012, S. 155)

Vorstellung einer Fernbedienung

- Die Imagination bezieht sich darauf, innere Filme auf eine Leinwand oder einen Fernseher zu produzieren. Damit wird zunächst Distanz hergestellt. Im nächsten Schritt geht es darum, dass die Person sich vorstellt, eine Fernbedienung in ihrer Hand zu halten, mit der sie Einfluss nehmen kann. Sie kann also den Film schneller laufen lassen, stoppen, den Ton lauter oder leiser stellen und den Ausknopf betätigen. (. . .)

Tab. 17: Vorstellung einer Fernbedienung (Scherwath & Friedrich, 2012, S. 156)

Anhang D.3: Umgang mit Traumasymptomen - Übungen zur Stabilisierung in Stresssituationen

Atemübungen

Gemäss Scherwath und Friedrich (2012) sind unkontrollierte Atemmuster oftmals eine Begleiterscheinung der emotionalen Zustände. Daher ist es sinnvoll, durch spezifische Atemübungen die sich physiologisch abspielenden, stressindizierten Muster zu beeinflussen (S. 148). Konkrete Atemübungen finden sich in der nachfolgenden Tabelle.

Atemübungen

Atemübung 1	Atmen Sie tief durch die Nase ein und möglichst langsam und langgezogen durch den gespitzten Mund wieder aus. Sie können ohne Weiteres 30 bis 60 Sekunden lang ausatmen. Diese Übung sollte möglichst zehn Minuten lang durchgeführt werden und in regelmässigen Abständen wiederholt werden, bis die beruhigende Wirkung zu spüren ist.
Atemübung 2	Die sogenannte Schlüpfatmung funktioniert gemäss Claudia Croos-Müller (2011), in dem die Lippen gespitzt werden, als ob man einen Strohhalm umschliessen würde. Durch diesen Strohhalm soll nun die Luft langsam, tief und genussvoll mindestens sechs Mal hintereinander eingesogen und langsam wieder herausgelassen werden. Die Schlüpfatmung sorgt dafür, dass die Luft wohldosiert in den Körper gerät und so zur Entspannung beitragen kann (zit. in Scherwath & Friedrich, 2012, S. 149).

Tab. 18: Atemübungen (Scherwath & Friedrich, 2012, S. 148-149)

▪ **Körperübungen**

Um in belastenden Situationen Spannung abbauen zu können und entstandene Energie auszumildern hilft laut Scherwath und Friedrich (2012) Bewegung. Darunter kann „aufstehen, die Sitzposition verändern, gehen, hopsen, springen oder laufen“ verstanden werden (S. 149). Weiter mögliche Körperübungen finden sich in der nachfolgenden Tabelle.

Körperübungen

- mit den Füßen stampfen

- Arme schwingen

- ausgiebigen Dehnen und strecken

- vor sich hin summen

- beide Hände an den Fingerspitzen mehrfach fest zusammendrücken

- Handflächen gegeneinander stemmen und/oder

- sich sitzend auf den Armlehnen eines Stuhles mehrfach hochziehen

Tab. 19: Körperübungen (Scherwath & Friedrich, 2012, S. 149)

▪ **Ablenktechniken**

Sinnvolle Massnahmen zur Stressregulation sind nach Scherwath und Friedrich (2012) auch Ablenktechniken. In durch Trigger ausgelösten Stresssituationen können diese helfen „das innere Stressbarometer wieder abzusenken“ (S. 149). Dabei geht es gemäss Scherwath und Friedrich (2012) darum, die Aufmerksamkeit der betroffenen Person beabsichtigt andere Dinge zu lenken. Wie beim Achtsamkeitstraining geht es auch hier um die Einflussnahme auf Prozesse der eigenen Wahrnehmung. Die spezifischen Ablenktechniken sollen dazu dienen, das Gehirn von stressauslösenden Gedanken abzulenken. Eine mögliche Ablenktechnik, kann beispielsweise beinhalten, dass die betroffene Person ausgiebig den Raum, in dem sie sich aufhält, wahrnimmt und sich ausmalt, alles was sich in diesem Raum vorfindet und wie dies angeordnet ist einer anderen Person zu beschreiben (S. 149-150).

Ablenktechnik

- Statt eines ganzen Raumes kann hier auch ein Gegenstand fokussiert werden, beispielsweise eine Uhr oder ein Bild an der Wand, die nun detailliert betrachtet werden. Noch einfacher geht es, sich im Raum ein Muster zu suchen und darauf Zählaufgaben zu entwickeln. Wie viele Karos hat der Teppich? Wie viele Kacheln die Küchenwand? Wie viele Punkte die Raufasertapete? Diese Übung kann so lange durchgeführt werden bis die innere Erregung nachlässt.

Tab. 20: Ablenktechnik (Scherwath & Friedrich, 2012, S. 150)

Anhang D.4: Umgang mit Traumasymptomen – Skills

▪ **Notfallliste**

Gemäss Scherwath und Friedrich (2012) wird die Notfallliste immer dann eingesetzt, wenn durch einzelne Skills keine ausreichende Beruhigung erlangt werden kann. Die Notfallliste dient als Stufenplan zum Stressabbau. Dazu werden zehn Aktivitäten der Rangfolge nach ganz konkret aufgelistet. Die betroffene Person soll diese dann in stressinduzierten Situationen nacheinander durchgehen und realisieren. Vorteilhaft an der Notfallliste ist, dass sie einerseits dazu dient, der Person Orientierung zu geben und andererseits über eine ausge dehntere Zeitspanne Wirkung zeigen kann (S. 153-154).

▪ **Notfallkoffer**

Der Notfallkoffer dient laut Scherwath und Friedrich (2012) dazu, dass die betroffene Person auf Objekte, welche als Skills benutzt werden, möglichst rasch zugreifen kann. Im Notfallkoffer befinden sich dementsprechend ein Sortiment an ausgearbeiteten Skills. Dies kann beispielsweise ein Lieblingsduft, die Telefonliste mit wichtigen Nummern, ein Lieblingslied, ein Gummiband et cetera sein (S. 154).

Scherwath und Friedrich (2012) machen bezüglich Skills, Notfalllisten und Notfallkoffern darauf aufmerksam, dass es wichtig ist, diese Hilfsmittel kontinuierlich zu überprüfen. Da diese prozesshaft entstehen, besteht auch die Gefahr der Abnützung und demzufolge des Verlusts ihrer Wirkung. Daher sollten Skills immer wieder „im Rahmen der individuellen Hilfeplanung reflektiert und modifiziert werden“ (S. 154).

Anhang D.5: Reorientierung und Stressregulation

▪ **Stufen zur Reorientierung**

Stufenplan zur Reorientierung	
(1) Kontaktaufnahme	Aus der Distanz heraus (um den Anderen nicht zu erschrecken) Kontakt aufnehmen, indem sich der Person kurz vorgestellt wird: "Ich bin ...".
(2) Orientierung	Kurze Mitteilung darüber, wo sich jemand befindet: „Du bist hier in Sicherheit. Es ist heute der 23.10.2011 und wir sind im Wohnzimmer der Jugendwohnung in der Amselstrasse 5.“
(3) Aktivierung	Danach kann versucht werden, die Person zu aktivieren, indem leicht verständliche Aufforderungen gegeben werden ("Versuch mal, so gut du kannst, die Augen zu öffnen, deine Hände zu bewegen ...").
(4) Weitere Aktivierung	Ist die erste Aktivierung gelungen, ist es hilfreich, die Person aufzufordern, sich im Raum umzusehen und beispielsweise eine

Stufenplan zur Reorientierung	
	vorgegebene Zahl an Gegenständen zu benennen.
(5) Selbst-Reorientierung	Zur Selbst-Reorientierung kann die Person nun noch einmal gefragt werden, wie sie heisst, wie alt sie ist und ob sie weiss, wo sie sich befindet.
(6) Aufklärung	Dann erfolgt ein kurzes Aufklären des Anderen, dass er gerade einen Flashback hatte und dabei in einem alten Film war.
(7) Kontakt halten	Dann erfragen, ob es möglich ist, Blickkontakt aufzunehmen und den Kontakt zur Person halten.

Tab. 21: Stufenplan zur Reorientierung (Scherwath & Friedrich, 2012, S. 157-158)