

LYDIA HANTKE

Traumzentrierte Arbeit im psychosozialen Feld

Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Traumatherapie, -beratung und -pädagogik

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund vielfältiger – historisch bedingter – Definitionen von Pädagogik, Beratung und Therapie wird eine Einordnung der traumazentrierten Handlungsfelder im psychosozialen Feld vorgenommen. Welche Notwendigkeiten ergeben sich aus der dissoziationstheoretischen Betrachtung von Traumagenese und -verarbeitung für die Strukturierung der Arbeit mit traumatisierten Menschen? Welche Überlappungen der Weiterbildungsinhalte und Arbeitsfelder werden dadurch sinnvoll? Was heißt das für den Weiterbildungsbedarf?

Schlüsselbegriffe

Traumapädagogik, Traumaberatung, Traumatherapie, Weiterbildung, Stabilisierung

Verschiedene Arbeitsfelder der Traumabewältigung

Die ersten Weiterbildungen in den neuen traumatherapeutischen Ansätzen kamen vor ca. 15 Jahren auf den Fortbildungsmarkt und waren zunächst an verschiedene Berufsgruppen gleichzeitig gerichtet und eher inhaltlich bestimmt: Es galt neue revolutionäre Überlegungen und Arbeitsansätze zu vermitteln – in erster Linie eine Traumatheorie, die sich noch in Formulierung und Erprobung befand und deshalb auch recht unterschiedlich rezipiert und dargestellt wurde. Bald wurden die ersten therapeutischen Verfahren in Forschungsreihen überprüft und die Weiterbildungen (maßgeblich in EMDR) dem Bereich der psychologischen Psychotherapie zugeordnet. Zeitgleich mit dem 1999 in Kraft getretenen neuen Psychotherapeutengesetz vollzog man eine starke Abgrenzung gegenüber den nicht approbierten BehandlerInnen.

In der stationären Versorgung durch Pflege und Pädagogik und den am-

bulanten Settings von Beratungsstellen, Betreuung und Psychotherapie (nach dem »Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung« [Heilpraktikergesetz, HPG]) war das Wissen um die neuen Methoden, Denk- und Erklärungsansätze zwar angekommen, der Zugang zu einer vertieften Auseinandersetzung in entsprechenden Weiterbildungen wurde aber bald verwehrt. Man begab sich auf die Suche nach Alternativen, die zum einen in In-House-Angeboten, zum anderen in den neu entstehenden Traumapädagogik- und -beratungscurricula Form annahmen. In den Beratungscurricula lag der Fokus neben der Vermittlung der Theorie und neuen Forschungserkenntnissen vor allem in alltagsnahen Stabilisierungsangeboten. In den traumapädagogischen Seminaren wurde den Kontexten und der Sicherheit im stationären Setting ein zusätzlicher Stellenwert eingeräumt. Der Fokus lag deutlicher auf dem Umgang mit

Regeln und Bindungsangeboten (vgl. hierzu Weiß, 2003, 2004). Auch die institutionellen Erfordernisse waren immer wieder Thema, sind die Weiterbildungen hier doch aus den Heimbereichen der Kinder- und Jugendarbeit entstanden. Pflegepersonal belegte wahlweise jene Seminare, deren Zielgruppe am ehesten der eigenen entsprach oder bildete sich in In-House-Seminaren weiter. Die ersten institutsübergreifenden Standards wurden von der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) 2005 aufgestellt; die Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (BAG-TP) entwickelte 2011 zusammen mit der DeGPT Kriterien für ein erweitertes Curriculum Traumapädagogik/Traumazentrierte Fachberatung.

Traumapädagogik (TP) wird von Martin Kühn, dem ersten Vorsitzenden der Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik, als »heilpädagogischer Ansatz zur Stabilisierung und Förderung traumatisierter Kinder und Jugendlicher« definiert, der eine »notwendige Voraussetzung, Begleitung und Ergänzung eines entsprechenden Therapieprozesses« ist (Kühn, 2009, S. 26). Elementare Aufträge für die Traumapädagogik sieht er vor allem im Schaffen gewaltfreier Orte und einer Thematisierung auch institutioneller Gewalt, der Förderung der Selbstkontroll- und Selbstwirksamkeitserfahrung und der Wiederherstellung der Teilhabe an sozialen und gesellschaftlichen Prozessen (Kühn, 2009, S. 27). Wilma Weiß, auch sie im Vorstand der BAG-TP, hat dafür den Begriff der »Selbstbemächtigung« geprägt (Weiß, 2009, S. 15). Die Eingrenzung

der Arbeitsfelder auf die heilpädagogische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen scheint in der BAG-TP allerdings als vorübergehende Standortbeschreibung formuliert, hat sich die Arbeitsgemeinschaft mittlerweile doch u. a. die »Entwicklung von fachlichen Standards für eine traumapädagogische Praxis in den verschiedenen pädagogischen Arbeitsfeldern (Jugend- und Behindertenhilfe, Bildung & Erziehung)« zum Ziel gesetzt (BAG Traumapädagogik, 2009).

Die *Traumaberatung (TB)* setzt nach Schmidt »an den Stärken und an dem an, was der jeweiligen Frau Freude macht. Mit Imaginationsübungen lernen sie [die Klientinnen], Stress auslösende Momente zu erkennen und damit umzugehen«. Die Beratung sei nur eine Möglichkeit, zitiert Schmidt die Sozialpädagogin und Traumaberaterin Maria Meyer: »Da es für Therapie- oder Klinikplätze extrem lange Wartezeiten gebe, könne mit der Beratung diese Zeit überbrückt werden. Vor allem solle sie dazu dienen, durch das Trauma bedingte Probleme im Alltag besser zu bewältigen.« (Schmidt, 2011).

Die Überlappung zu den anderen Versorgungsbereichen wird aber auch hier spürbar, wenn Hantke (2008) in der ersten deutschsprachigen Publikation zum Thema schreibt: »Wir definieren Traumaberatung als Stabilisierung in Beratung, Pädagogik und Begleitung auf Basis der modernen Traumatheorie. Sie gibt Hilfestellungen für eine sichere Verankerung im Alltag, für die Herstellung von Handlungs-, Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten, für den verlässlichen Wiederaufbau von Beziehungen. All das im

eigentlichen beraterischen Sinne: als Hilfe zur Selbsthilfe.« (Hantke, 2008, S. 8).

In vielen Publikationen ist die Trennung zwischen Traumaberatung und Traumatherapie insofern unscharf gehalten, als beide Arbeitsbereiche parallel angesprochen werden (vgl. z. B. Huber, 2003). Biberacher beschreibt 2011 als gemeinsame Ziele von Traumaberatung und Traumatherapie, »die KlientInnen dabei zu unterstützen, ihr bisheriges selbstdestruktives Verhaltens- und Kommunikationsmuster zu erkennen, sich davon zu distanzieren und es zum Positiven zu verändern. KlientInnen sollen zu besserer Alltagsbewältigung befähigt werden« (Biberacher, 2011, S. 418).

Im Bereich der *Traumatherapie (TT)* ist die Sachlage ähnlich unklar. Traumatherapie ist eine Bezeichnung, die weder berufs-, noch sozialrechtlich geregelt ist. Zusammenschlüsse von Fachleuten und Ausbildungsinstituten, die unterschiedlich enge Kriterien an die Mitgliedschaft stellen, vergeben eigene Zertifikate an Ausbildungsinstitute und Einzelpersonen (DeGPT, EMDRIA); andere versuchen einen Einbezug der gesellschaftspolitischen Dimension der Entscheidungen und erstellen eher Richtlinien oder stoßen Diskussionen an (Deutsche Gesellschaft für Trauma und Dissoziation DGTD oder Gesellschaft für Psychotraumatologie, Traumatherapie und Gewaltforschung GPTG) und beschreiben sich nicht vorrangig als zertifizierende Institutionen. Viele traumatherapeutische Zusatzverfahren mit sehr unterschiedlich umfangreicher Ausbildungszeit sind

verfügbar; sie reichen von der sechsstägigen Ausbildung in EMDR bis zu 36 Tagen Weiterbildung in Somatic Experiencing. Die »wissenschaftliche Anerkennung« (als Definition des Gesetzgebers) liegt bislang nur für EMDR vor.

Im Bereich der Psychotherapie nach HPG wird auf der Grundlage unterschiedlicher Zusatzverfahren Traumatherapie angeboten, deren Fundierung oft durch eine Weiterbildung zur traumazentrierten Fachberaterin gegeben wird.

Im Bereich der Traumaberatung und Traumapädagogik wird analog der Zertifizierung des Traumatherapeuten (DeGPT) die Qualifikation Traumapädagogik/Traumazentrierte Fachberatung (DeGPT/BAG-TP) vergeben. Auch Pflegekräfte, Einzelfall- oder Familienhelfer, Beratungslehrer oder Diplompsychologinnen etc. haben hier Zugang. Die Weiterbildung Traumapädagogik/Traumazentrierte Fachberatung ist momentan ein Sammelbecken für alle Berufsgruppen, die mit traumatisierten Menschen arbeiten, aber wegen des Ausschlusskriteriums Approbation nicht an den Traumatherapie-Curricula teilnehmen dürfen. Die Weiterbildungen umfassen im Bereich Traumatherapie und Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen jeweils 140 Unterrichtseinheiten, für die Traumapädagogik/Traumazentrierte Fachberatung sind es 120.

Anforderungen an das Versorgungssystem, traumatheoretisch betrachtet

Versuchen wir eine Definition der Versorgungsbereiche anhand dessen, was das Klientel erfordert. Die

neue Theorie von Entwicklung und Traumaverarbeitung hat Auswirkungen nicht nur auf Störungsbilder, sondern definiert auch unseren Blick und die Einschätzung der Bedarfe neu. Was sind die Anforderungen, die eine Berücksichtigung der Dissoziationstheorie an die Praxis stellt?

Traumatheoretische Grundlagen

Ein Trauma resultiert aus einer Erfahrung, die nicht-bewusst als subjektiv lebensbedrohlich bewertet wurde und zur Auslösung des archaischen Mechanismus der Notfallreaktion führte. Durch eine Abkoppelung der höheren Denk- und Steuerungsprozesse wird hierbei eine schnelle Mobilisierung aller körpereigenen Kräfte für Flucht oder Kampf möglich. Die Abkoppelung der bewussten Steuerungsmöglichkeit im Fall von hohem Stress nennen wir Dissoziation (die sich in unterschiedliche Ausformungen von kurz- und langfristigen Symptomatiken einteilen lässt, vgl. hierzu z. B. Nijenhuis, 2006; Hantke, 1999 und 2006). Sind Kampf oder Flucht nicht oder nur teilweise erfolgreich, so erstarrt der angespannte Organismus (Freeze) oder die Spannung wird stark heruntergefahren (Totstellreflex). *In allen Bereichen der Notfallreaktion liegen die Körperparameter Muskelspannung, Herzschlagfrequenz, Blutdruck, Atmung außerhalb des individuellen Normalbereichs, den wir den Ressourcenbereich der Verarbeitung nennen.* Die Wahrnehmung der Vorgänge ist (altersabhängig) vorhanden, eine Kontroll- und Steuerungsmöglichkeit des Verhaltens ist aber nicht gegeben; das

Erleben ist von Angst und Hilflosigkeit gekennzeichnet. Diese besondere Ausformung der körperlichen Parameter führt zu einer nicht-integrierten Verarbeitung und bei auch nachfolgend mangelhafter Verarbeitungsmöglichkeit (Gesundheit, andere Menschen, Geld, Nahrung, Geborgenheit etc.) zur Entwicklung einer posttraumatischen Symptomatik. Da Kinder Selbstregulation erst durch die Regulation von außen erlernen, hat frühe Traumatisierung sowie eine permanent hohe – nicht regulierte – Spannung kurz unterhalb der Notfallreaktion strukturelle Auswirkungen auf Gehirn, Verhalten, Bindungsfähigkeit und Selbstregulation (vgl. Perry & Szalavitz, 2008). Frühe Vernachlässigung oder Misshandlung bei fehlender Regulation durch Bezugspersonen führt zu fehlender Selbstregulation und der Etablierung stressfördernder Bindungsmuster; die Verhaltensweisen der Notfallreaktion werden durch Wiederholung

Zentrale Anforderungen an die Arbeit mit traumatisierten Menschen sind das Ermöglichen von Kontrolle, der Selbstregulation und die Möglichkeit, eine verlässliche Beziehung im sicheren Kontext zu erleben.

zu Alltagsreaktionen. Die Folgen früher Traumatisierungen sind zum einen an den betroffenen Kindern und Jugendlichen, in chronifizierter Form

aber ebenso an Jugendlichen und Erwachsenen mit entsprechenden Vorerfahrungen wahrnehmbar (vgl. Hantke & Görge, 2012).

Folgerungen für die Praxis

Die folgende Auflistung (Abb. 1) soll verdeutlichen, wie sich das o. g. Erleben im Trauma in der Auswahl der Mittel für Stabilisierung und Integration niederschlagen muss: Die Konfrontation muss vermieden werden, solange der Betroffene noch nicht stabil die eigene Befindlichkeit regulieren kann.

Zentrale Anforderungen an die Arbeit mit traumatisierten Menschen sind also die Einführung von Möglichkeiten der *Kontrollerfahrung*, der *Selbstregulierung* und die Möglichkeit, eine *verlässliche Beziehung* im *sicheren Kontext* zu erleben. Dadurch entsteht Stabilität, die immer daran messbar ist, ob das Auslösen einer Notfallreaktion verhindert oder reguliert werden kann.

Umsetzung: Neuer Wein in alte Schläuche?

Wenn wir die obigen Bedingungen als Grundlagen traumaspezifischer Arbeit anerkennen, definieren wir damit gleichzeitig strukturelle Widersprüche zu bisher vorherrschenden Handlungsansätzen in den jeweiligen Feldern. Vor allem der Umgang mit dissoziativen Hochspannungszuständen und den daraus entstehenden Dynamiken (Selbst-, Fremd- und Regelverletzungen) ist neu zu beleuchten. Ohne traumabezogene Instruktion und die Handreichung von alternativen Instrumentarien im Umgang stößt die Umsetzung dieser Prinzipien an enge Grenzen.

Bestandteil des Problems/Traumatas	Bestandteil der Lösung/Mittel der Wahl
Das Erleben wird als lebensbedrohlich bewertet – strukturell: Sicherheitsempfinden wird nicht entwickelt.	Schaffen sicherer Kontexte innerhalb des Arbeitssettings und im beeinflussbaren Umfeld, transparenter Umgang mit bestehenden und momentan unvermeidlichen Gefährdungen.
Die Notfallreaktion wird ausgelöst – strukturell: extrem abweichende Körperparameter – Dissoziation als Alltagsmechanismus bzw. sehr hohe Grundspannung	Vermeiden der Notfallreaktion, Verbleiben im Ressourcenbereich der Verarbeitung oder Reorientierung
Angst/Hilflosigkeit	Vermeiden ängstigender Situationen; Ermöglichen der Kontrollerfahrung durch Information und transparentes Vorgehen; Ermöglichung der Selbstbestimmung in jedem Schritt der Begleitung/Behandlung; zentrale Bedeutung der Selbstwirksamkeitserfahrung durch Selbstregulation
nicht wahrgenommene Ressourcen	Sammeln/Ausbau von Ressourcen, Konzentration auf Kompetenzerleben auch in kleinen Momenten, Ermöglichen der selbstinitiierten Wiederaufnahme der Ressourcen
frühe fehlende Regulation von außen	Nachholende Regulation durch rhythmische, vorsichtig körperbezogene Angebote; Einbezug des Umfeldes, körperorientierte Verfahren (Perry & Szalavitz, 2008, aber auch www.childtrauma.org)
Erlernen eingeschränkter Verarbeitungs- und Regulierungsmöglichkeiten	Erlernen von Kontroll- und Regulierungskompetenz durch Wahrnehmung der eigenen Befindlichkeit und die Vermittlung von Techniken zur überprüfbaren, eigeninitiierten Veränderung
Man-made-trauma – strukturell: stress-fördernde Bindungsmuster, Erfahrung gestresster Bezugspersonen	Vertrauensvolle Beziehungen durch Transparenz, Verlässlichkeit, Eindeutigkeit, Klarheit, Auftragsorientierung, Akzeptanz, Wertschätzung, Geduld; Einüben der Wahrnehmung der Befindlichkeit anderer dafür notwendig: Klare eigene Positionierung, Rollendefinition, Nähe-/Distanzregulierung; Beobachtung und angemessener Umgang mit den eigenen Befindlichkeiten

Abbildung 1: Interventionen bei verschiedenen Aspekten eines Traumas

Mögliche Kollisionen

Pädagogisches, aber auch pflegerisches und betreuendes Handeln besteht oft zu einem erheblichen Teil aus der Passung (oder der Einpassung) des Individuums in die Gruppe – ist pädagogisches Handeln doch der Ansatz im Feld, der den höchsten Alltagsbezug hat. Wenn Pädagogen verstehen lernen, weshalb ein Kind »ausraset«, die anderen Kin-

der bedroht oder sich vom gemeinsamen Spiel und Unternehmungen zurückzieht, so führt das regelhaft zu einer Kollision mit dem Wunsch einer »Gleichbehandlung« aller Bewohner der jeweiligen Einrichtung. Es bedarf einer gemeinsamen Handlungsbasis im Team – und dazu oft einer inhaltlichen Neuorientierung, um mit den Besonderheiten umzu-

gehen, die traumatisierte Menschen in ein Zusammenleben einbringen. Das Erlernen von Selbstregulation lässt sich nur sehr bedingt in externe Strukturen auslagern, muss es doch in den Anforderungen des Alltags immer neu erprobt werden. Die Konfrontation mit Triggern gerade im stationären Setting ist durch Enge, Notwendigkeit der Kontaktaufnahme, Regelwerke, die Konfrontation mit den (oft auch traumabedingten) Verhaltensweisen der anderen und die Notwendigkeit der Einpassung in neue Lebenskontexte und -alter enorm hoch. Ein Vermeiden der Trigger ist nur bedingt möglich. Gerade das stationäre Setting erfordert einen extrem hohen Grad an Selbstreflexion (zur Vermeidung der Beteiligung an Traumadynamiken) auf Seiten der Betreuerinnen bei gleichzeitig hoher Kompetenz der Stabilisierung in allen Bereichen. Im Pflegefall sind diese Bedingungen zusätzlich durch große Körpernähe und hohen Versorgungsbedarf bei gleichzeitiger extremer Zeitnot erschwert.

Im eher kognitiv strukturierten Bereich der ambulanten Beratung und Begleitung oder der pädagogischen Unterstützung von Erziehungspersonen etc. führt ein Verständnis der Auswirkungen struktureller Erfahrungen sowie der triggergesteuerten Verhaltensweisen zu einer erhöhten Einsicht in die Notwendigkeit von Wiederholungen im Verhalten (sogenannte Drehtüreffekte): Nur durch wiederholtes Ausprobieren kann das einschätzbare alte Setting durch neue Möglichkeiten ersetzt werden. Das Wissen um den dissoziierten Charakter der Traumaerfahrungen

führt außerdem dazu, die oft übliche – der tiefenpsychologischen Tradition verpflichtete – Befragung zu Traumainhalten zu vermeiden und eine ressourcenorientierte Umorientierung des Gesprächs vorzuschlagen.

Dasselbe gilt für die Traumatherapie, deren Besonderheit die Konfrontationstechniken sind, die aber nicht bei diesen beginnen darf, sondern sich zuvor und zeitgleich versichern muss, dass begleitend eine immer neue Stabilisierung und Anpassung der Regulationsmöglichkeiten an die neuen Informationen stattfindet. Glücklicherweise der Traumatherapeut, der informierte und kompetente Beraterinnen oder Pädagogen im Kontakt mit dem Klienten weiß.

Was wirkt? Stabilisierung und Integration

Wenn wir die Erfordernisse der Arbeit mit traumatisierten Menschen in unserer Arbeit beachten, haben wir als Bezugspunkt immer die Körperparameter unseres Gegenübers im Blick: Spannung, Atmung, Blutdruck und Herzschlagfrequenz, die sich in optimaler Ausprägung im Ressourcenbereich befinden. Indem wir das Auslösen einer erneuten Stressreaktion umgehen, schaffen wir erst die Grundlage für eine Integration: Wir helfen, den Ressourcenbereich von Erleben und Verarbeitung zu erweitern und zu kontrollieren. Öffnet sich so ein neuer Erlebnisraum, steigt die Integrationsfähigkeit des Organismus und Stabilität, verstanden als flexible selbst-bewusste Anpassung an die jeweils eintreffenden Informationen, entsteht. Stabilisierung bedeutet, dass wir traumatisierten Menschen ermöglichen, zunehmend kompetenter in allen Bereichen des Selbst- und Fremdbezugs zu werden.

Arne Hofmann soll einmal gesagt haben, Traumatherapie bestehe zu 95 % aus Stabilisierung. Wenn doch aber die meiste Stabilisierungsarbeit im Alltag stattfindet, also in den Selbsthilfegruppen, den Kinderläden, den Heimen und Wohngruppen, auf der geriatrischen Station und in der Beratungsstelle – findet dann dort Therapie statt? Was macht dann aber die Traumatherapie aus und wie grenzen wir sie von anderen Hilfemaßnahmen ab?

Stabilisierung bedeutet, dass durch eine Erweiterung der Integrationsfähigkeit des Organismus die Konfrontation mit den überall im Alltag und dem eigenen Erleben präsenten Triggern nicht mehr dissoziativ, sondern integrativ verläuft. Stabilisierung ist also Integrationsarbeit. Traumaexposition hingegen ist die Anwendung von Techniken zur expliziten Konfrontation mit den Traumaerfahrungen in der Traumatherapie.

Neue Inhalte – neue Perspektiven

Biberacher und Beckrath-Wilking stellen als *Gemeinsamkeiten der Settings TP, TT und TB* heraus: Ressourcenaktivierung, Psychoedukation, Stabilisierung und Durchführung von Imaginationsübungen etc., Stärkung der Motivation für die Traumarbeit, von äußerer sicherer Existenz, Alltagsfunktionen, Impulskontrolle, innerer Sicherheit, Ich-Funktionen und der Abgrenzung von Belastungen. Unterschiede zwischen TB und TP werden nicht aufgeführt; der TT werden die Bereiche Traumakonfrontation und EMDR, aufdeckende Innere-Kind-Arbeit, Täterintroyektarbeit und Deutung der Psychodyna-

mik zugeschrieben (nach Biberacher 2011, S. 419).

Auch wir schlagen einen gemeinsamen Bezug auf die Erfordernisse der Stabilisierung vor. Darüber hinaus soll die Art des Settings und der Kontaktgestaltung die Analyse der Bedarfe in Weiterbildung und Supervision leiten.

Im *stationären und teilstationären Bereich* müssen die besonderen Bedingungen der Alltagsnähe, Rollenvielfalt, Langfristigkeit der Beziehungen, der oft hohen emotionalen Dichte und körperlichen Nähe berücksichtigt werden. Zusätzlich wichtig erscheint uns der Einbezug der jeweiligen geschichtlichen Hintergründe der Institutionen und Hierarchien. Der oft hohe Zeitdruck bei unterdurchschnittlicher Bezahlung vor allem von Pflege und Erziehern führt häufig zu mangelhafter Selbstfürsorge und einer hohen Gefahr der Vermischung der Grenzen zwischen Beruf und Privatleben.

Im *ambulant-aufsuchenden Bereich* der Betreuung (s. o.) sind die Bedingungen von Zeitdruck und körperlich-emotionaler Nähe oft ähnlich wie im stationären Bereich: Pflege ist auch hier in jeder Hinsicht eng getaktet, in Familien- oder Einzelfallhilfe sind die Anforderungen hoch und die Ausweichmöglichkeiten auch im räumlichen Sinn gering. Hier ist Abgrenzung und Auftragsklärung, aber auch ein hohes Maß an Transparenz wichtig für Helfer wie Klient.

In den *ambulanten Beratungsangeboten* liegt die Besonderheit häufig in der Gestaltung kurzer und nieder-

frequenter Kontakte; es ist eine hohe Verweiskompetenz und soziale Diagnostik der Beraterinnen oder Pädagogen gefordert. Die Selbstfürsorgeaspekte betreffen hier vor allem den Abschluss von Beratungsbeziehungen (und Verantwortungsgefühlen) ohne formales Ende oder Feedback durch die Klientinnen und das gerade in zielgruppenspezifischen Beratungsstellen hohe Engagement sowie die Parteilichkeit, die oft zu Burnout-Symptomatiken führen.

Die Arbeit mit Täterintrojekten, Inneren Kindern oder Traumainhalten wird auch alltagsbegleitend wichtig, wenn immer neue Elemente des Traumaerlebens im Verlaufe wachsender Stabilität ins Erleben drängen – und sollte deshalb auch alltagsbegleitend angeboten werden. Aufgrund der Gefahr der Rollenvermischung scheint uns ein beratend-therapeutisches Setting am Rande z. B. der stationären Unterbringung optimal. Die Anbindung an das Alltagsgeschehen bzw. eine Einsicht in die Lebensbedingungen der KlientInnen ermöglicht erst die angemessene und konfliktfreie Stabilisierung. Zeitgleich wird ein privater Raum geschaffen, der nicht ins Alltagsgeschehen überlappt: Es muss die Möglichkeit bestehen, Intimes mitzuteilen, ohne dass im Alltag davon Gebrauch gemacht werden kann.

Traumatherapie umfasst als Alleinstellungsmerkmal die Anwendung der *Traumakonfrontationsmethoden*. Sie kommen zum Zuge, wo eine Stabilisierung gelungen ist (oder durch eine Monotraumatisierung nur temporär verschüttet war) und der Prozess des Wiederauffindens von emotionalen Verknüpfungen, kognitiven Assoziationen etc. beschleunigt wer-

den soll. Vor allem mithilfe der neurointegrativen Techniken (EMDR, Brainspotting, Somatic Experiencing, Strukturierte Traumaintegration [stib], Advanced Integrative Therapy, Energetische Psychotherapie, Emotional Freedom Technique, NET), die über eine Stimulierung bei gleichzeitiger Problemfokussierung die Verarbeitung der neuronalen Netzwerke bündeln und beschleunigen, ist eine Einbindung der Traumainhalte in eine stabile neuronale Umgebung sehr erfolgreich und führt zu deutlicher und schneller Symptomreduzierung. Diese Arbeit sollte in Händen erfahrener Therapeutinnen liegen, die Behandlungsplanung und ressourcenorientierte Traumaanamnese auf der Grundlage der jeweils erforderlichen diagnostischen Schritte leisten können.

Fazit und Folgerungen

Für die Versorgung traumatisierter Menschen hat sich das Modell der dissoziativen Entwicklung in und nach (wiederkehrenden) Notfallreaktionen und der Auswirkungen von Stress auf die frühe (Gehirn-)Entwicklung des Menschen als sinnvoll erwiesen. Viele zusätzliche Aspekte wie Bindungsverhalten, sprachliche Verarbeitung, die Entwicklung einer zeitlich strukturierten Selbstsicht etc. sind ein Bestandteil dessen, was wir als Basiswissen im Bereich der Arbeit mit traumatisierten Menschen bezeichnen. Es umfasst eine theoretische Fundierung dieses noch nicht im Allgemeinwissen verankerten Modells der Verarbeitung von überwältigenden Erfahrungen. Es er-

schließt aber vor allem auch ein hohes Maß an Handlungskompetenz, das sich in praktischen Kenntnissen von Stabilisierung auf welcher Ebene auch immer widerspiegelt.

Als gemeinsame Basis sollten Kenntnisse der Entwicklungspsychotraumatologie und der Traumatheorie als Grundlage des Handelns so vermittelt werden, dass sie einfach replizierbar sind und an Team und Klientel weitergegeben werden können. Das schließt ein Wissen um die Auswirkungen von (struktureller) Gewalt mit ein. Nur so kann Kompetenz im Klären von Anliegen, Bedürfnissen und Zuständigkeiten situativ umgesetzt und Kontaktgestaltung sowie Handlungskompetenz eingedenk der Traumatisierungsdynamiken entwickelt werden. Das Stabilisierungswissen umfasst neben der Anwendung von Imaginationstechniken zur Reorientierung, Distanzierung und Erweiterung des Handlungsrahmens. Dazu bedarf es der theoretischen Einordnung von Retraumatisierung und potentiell destabilisierender Faktoren. Systemisches Wissen ermöglicht im Verbund mit Wissen um transgenerationale Traumatisierung den ressourcenorientierten Einbezug des Umfeldes; Kontextwissen erhöht die Verweisungskompetenz und die Möglichkeit der Vernetzung. Selbstfürsorge, Selbstregulation und Selbsterfahrung schließlich sind die Grundlage dafür, sich nicht mehr in den individuellen und Beziehungsdynamiken zu verstricken, die aus eigenen Hintergründen erwachsen und im Alltag immer wieder präsent sind. In der ausbildungsbegleitenden Supervision kann das erwor-

bene Basiswissen für die spezifischen Settings nutzbar gemacht werden.

Ein Großteil dieser Basis vermittelt sich als Reflexion von Handlungswissen im durchmischten Austausch der verschiedenen Berufsgruppen und Settings innerhalb der Weiterbildungen. In der Arbeit mit Erwachsenen werden Hintergründe und Symptome verständlicher, wenn Entwicklungstraumata und ihre Entstehung auch durch die Vermittlung von Alltagserfahrungen im Kinderbereich plastisch werden. In der Arbeit mit Kindern wird durch die Konfrontation mit den Erfordernissen traumatisierter Erwachsener der Einbezug oft als belastend empfundener Herkunfts- oder Hilfesysteme einfacher, die Handlungsmöglichkeiten erweitern sich um Psychoedukation und systemisches Arbeiten mit den Ressourcen der Bezugspersonen. Analoge und kreative Methoden machen nicht nur bei dissoziativen Störungen oder im psychiatrischen Kontext Sinn. Transgenerationale und systemische Aspekte sowie interkulturell anwendbare Techniken nehmen die Bezugssysteme in jeder Altersgruppe mit hinein. Die Dynamiken in der Herkunftsfamilie spielen bei Erwachsenen wie Kindern eine wichtige Rolle. Die Profis aus der Arbeit mit kognitiv eingeschränkten Menschen finden in dieser Integration Ansatzpunkte aus den unterschiedlichen Bereichen.

Wir beobachten im Bereich der Anwendung der Traumatheorie eine Bedeutungsverschiebung der ohnehin unscharfen Definitionen von Pädagogik, Beratung und Therapie. Praxisrelevant ist für die adäquate Versorgung traumatisierter Menschen Zusammenarbeit und gemeinsames Erlernen handlungsrelevanter

Stabilisierungskompetenz aller beteiligten Disziplinen. Eine konsequente Anwendung der Traumatheorie erfordert eine neue Definition der Arbeiten im Feld. Stabilisierung und Integration stehen nicht gegeneinander, sondern sind eng verknüpft. Konfrontation findet im Alltag durchgehend statt; die Fähigkeiten für ihre Begleitung müssen vermittelt werden. Die explizite induzierte Konfrontationsarbeit durch traumatherapeutische Verfahren ist das Alleinstellungsmerkmal der Traumatherapie.

Es ist für unsere Arbeit wesentlich zu begreifen, dass mit jeder Stabilisierung im Alltag auch die Integration der Traumaerinnerungen vorangetrieben wird – ob man das nun anstrebt oder nicht. Allein dadurch, dass der Körper selbst die stressinduzierten Barrieren durch aktive Grenzziehung und Distanzierung sowie Selbstfürsorge ersetzt, wird die dissoziative Barriere zwischen Traumaerleben und bewusster Wahrnehmung gesenkt. Wenn beide Bereiche auf diese Art niedrigschwellig in Kontakt treten, findet Integration, findet Verarbeitung statt. Manchmal braucht es dann gar keine explizite Traumatherapie, um zusammenzuführen, was den Menschen wieder voll handlungsfähig macht.

Focusing on Trauma in the Psychosocial Sector – Distinctions and commonalities between trauma-related therapy, counseling, and pedagogy

Summary

There have been many different definitions of pedagogy, counseling, and therapy in the course of history. Against this

background, the article inquires into the specific locus of trauma-related work in present-day psychosocial contexts. What imperatives arise for structuring work with trauma-damaged individuals if we regard trauma genesis and processing from the perspective of dissociation theory? Where is there a meaningful overlap between the subject matter dealt with in ongoing training and the problems arising in different work sectors? What implications does this have for the qualifications achievable via ongoing training?

Keywords

trauma pedagogy, trauma counseling, trauma therapy, ongoing training, stabilization

Zur Person



Lydia Hantke ist Diplompsychologin, Hypnotherapeutin, Systemische Therapeutin und Supervisorin (SG), Ausbilderin u. a. am Institut für Traumatherapie Oliver Schubbe in Berlin, der ASH Berlin und seit 2001 am eigenen »institut berlin«.

Kontaktadresse

Dipl. Psych. Lydia Hantke
institut berlin
Hertastr. 1
12051 Berlin
info@institut-berlin.de
www.institut-berlin.de

Literatur

- Biberacher, M. (2011). Traumaberatung in der Sozialarbeit. In M. Huber, Viele sein. Ein Handbuch (S. 416–432). Paderborn: Junfermann.
- Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Traumapädagogik e.V. (2009). Ziele der BAG Traumapädagogik. Zugriff am 15. 3. 2012 unter http://www.bag-traumapaedagogik.de/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=2
- Engel, F. & Sickendiek, U. (2005). Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld mit neuen Herausforderungen. Pflege & Gesellschaft, 10(4), 163–171.
- Goffman, E. (1973). Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Hantke, L. (1999). Trauma und Dissoziation. Modelle der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen. Berlin: wvb
- Hantke, L. (2006). Vom Umgang mit Dissoziationen und Körpererinnerungen. In M. Zobel (Hrsg.), Traumatherapie – eine Einführung. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hantke, L. (2008). Traumaberatung – ein neues Konzept? In Castagna – Beratungsstelle für sexuell ausgebeutete Kinder, weibliche Jugendliche und in der Kindheit ausgebeutete Frauen (Hrsg.), Castagna Themenheft 2008: Beratung und Trauma (S. 7–9). Zürich: Castagna.
- Hantke, L. & Görge, H.-J. (2012). Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Paderborn: Junfermann.
- http://www.bag-traumapaedagogik.de/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=2; 16. 3. 2012, 15.05 Uhr
- Huber, M. (2003). Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung (Teil 1). Paderborn: Junfermann.
- Schmidt, U. (2011, März). Traumaberatung für missbrauchte Frauen. Verfügbar unter <http://www.noz.de/lokales/51961311/traumaberatung-fuer-missbrauchte-frauen>, 7. März 2011.
- Kühn, M. (2009). »Macht Eure Welt endlich wieder mit zu meiner!« Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis (S. 23–35). Weinheim: Juventa.
- Nijenhuis, E.R.S. (2006). Somatoforme Dissoziation. Phänomene, Messung und theoretische Aspekte. Paderborn: Junfermann.
- Perry, B. D. & Szalavitz, M. (2008). Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde. Was traumatisierte Kinder uns über Leid, Liebe und Heilung lehren können. Aus der Praxis eines Kinderpsychiaters. München: Kösel.
- Sickendiek, U., Engel, F. & Nestmann, F. (2002). Beratung – Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze (2. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Weiß, W. (2004). Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. Weinheim: Juventa.
- Weiß, W. (2009). »Wer macht die Jana wieder ganz?« Über Inhalte von Traumabearbeitung und Traumaarbeit. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis (S. 13–22). Weinheim: Juventa.