



Leseprobe aus Kizilhan und Klett, Lehrbuch Transkulturelle  
Traumapädagogik, ISBN 978-3-7799-6899-3  
© 2023 Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel  
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/  
gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6899-3](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6899-3)

---

# Inhalt

<b>Einführung</b>	9
<b>Teil I</b>	
Grundlagen der Psychotraumatologie und Traumapädagogik	13
<i>Jan Ilhan Kizilhan</i>	
<b>Einführung in die Psychotraumatologie</b>	14
Trauma und traumatische Ereignisse	14
Folgen einer Traumatisierung	15
Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	20
Klinische Diagnostik und Traumatherapie	32
<i>Silke Birgitta Gahleitner, Maximiliane Brandmaier und Dorothea Zimmermann</i>	
<b>Einführung in die Traumapädagogik</b>	39
Zur Einführung	39
Geschichte und Ursprünge der Traumapädagogik	40
Traumapädagogische Grundhaltungen	42
Traumapädagogisches Vorgehen	46
<i>Winfried Fritz</i>	
<b>Handlungs- und Kompetenzbereiche der Traumapädagogik</b>	57
Die biopsychosoziale Perspektive auf Traumata	57
Traumapädagogische Begleitung in unterschiedlichen Phasen	58
Sozialpädagogische Diagnostik	59
Krisenintervention	60
Stabilisierung	61
Psychoedukation	64
Sichere Orte schaffen	65
Umgang mit Triggern	66
Traumاسensible Beziehungsgestaltung	67
Arbeit mit Familiensystemen	67
Traumاسensible Netzwerkarbeit	69
Spezielle Interventionen	70

**Teil III**

Traumapädagogik im Kontext von Flucht und Migration 75

*Claudia Klett*

**Migration, Flucht und Trauma** 76

Migration und Flucht 76

Gesellschaftliche und sozialpolitische Dimensionen von Trauma bei  
geflüchteten Menschen 85

Konzept der sequenziellen Traumatisierung 90

„Weitergabe“ von Traumata 93

*Dominik Keicher*

**Die Rolle von psychischen Erkrankungen und Traumata im  
deutschen Asylverfahren** 97

Einführung 98

Das Asylverfahren 98

Die Anhörung 101

Formen der Schutzanerkennung 105

Die Asylentscheidung 115

Psychische Erkrankungen als Abschiebehindernis  
für die Ausländerbehörden 118

*Lydia Maidl*

**Religion und Spiritualität in transkultureller Perspektive** 121

Hintergrund: Zur Rolle von R/S in unserer Gesellschaft und  
Gesundheitsversorgung und zur komplexen Situation für  
Menschen nach Flucht und Migration 122

Basics: Religion – Trauma – Coping 125

Kommunikation: Wie über R/S ins Gespräch kommen? Impulse zur  
Selbstreflexion und für die Kommunikation 130

Zuschreibungen: Warum ist das so? Was/wer kann helfen? 133

R/S als Belastung oder in Zwiespältigkeit – ausgewählte Aspekte 137

Religion und Spiritualität als Ressourcen – ausgewählte Aspekte 140

Zusammenfassende Empfehlungen für die Praxis 146

**Teil III**

Transkulturelle traumapädagogische Fallarbeit und Methoden 151

*Jan Ilhan Kizilhan und Claudia Klett*

**Transkulturalität in der traumasensiblen Begleitung** 152

Transkulturelle Kompetenzen 152

Machtverhältnisse, Diskriminierung und Rassismus 155

Einflüsse von Gesellschaft und Familie 161

Gefühle und Emotionen 165

Sprache und Verständigung 170

*Jan Ilhan Kizilhan*

**Kultur- und traumasensible Fallarbeit** 178

Anamnese 178

Psychosoziale Diagnostik 181

Kommunikation und Beziehungsaufbau 186

*Jan Ilhan Kizilhan und Claudia Klett*

**Ausgewählte Methoden und Techniken für transkulturelle Kontexte** 193

Sicherheit und Ruhe finden – kultur- und migrationssensible Stabilisierung 193

Sich verstehen lernen – kultur- und migrationssensible Psychoedukation 197

Sprachlosigkeit überwinden – kultur- und migrationssensible Biografiearbeit 198

Nicht allein sein – kultur- und migrationssensible traumapädagogische

Gruppenangebote 206

**Teil IV**

Selbstfürsorge und Möglichkeiten der (Selbst-)Reflexion 215

*Dima Zito*

**Reflexion und Selbstfürsorge** 216

Besondere Herausforderungen in der transkulturellen  
traumapädagogischen Arbeit 216

Biographische Bezüge 218

Wer (für die gute Sache) brennt, kann ausbrennen 223

Schutz vor eigenen Belastungen im transkulturellen traumapädagogischen  
Arbeitsalltag 228

*Winfried Sennekamp*

<b>Selbstreflexion in der Beratung traumatisierter Klient:innen</b>	235
Selbstreflexion im Kontext von Traumatisierung	235
Widersprüchliche Signale	236
Reaktionsweisen von Berater:innen	237
Sekundäre Traumatisierung	238
Ziele und Nutzen der Selbstreflexion	241
Selbstreflexion in der Praxis	241
Synthese	247

*Kornelia Schlegel*

<b>Kollegiale Beratung Online</b>	249
Kollegiale Beratung – Ziele und Merkmale	249
Kollegiale Beratung in einer Online-Variante	250
Potentiale der KB Online für Fachkräfte in der Traumaarbeit	251
Kollegiale Beratung Online in der Transkulturellen Traumapädagogik	257
Anregungen für die Praxis	260
<b>Über die Autor:innen</b>	262

---

## Einführung

„Die Wunde ist der Ort, wo das Licht eintritt.“ (Rumi)

Wir leben in einer Gesellschaft, die gekennzeichnet ist durch soziokulturelle Vielfalt, in einer Welt, in der viele Lebensbereiche global miteinander vernetzt sind, in einer Zeit, in der immer mehr Menschen über Landesgrenzen hinweg Schutz und ein neues Zuhause suchen. Transkulturalität ist Alltagswirklichkeit geworden, in allen gesellschaftlichen Bereichen.

Dieser Tatsache wird allerdings an vielen Stellen noch nicht ausreichend Rechnung getragen, so auch im Gesundheits- und psychosozialen Hilfesystem. Unterschiedlich kulturell geprägte Lebenswelten, Krankheitskonzepte und Erwartungen an das Hilfe- und Versorgungssystem sowie an die darin tätigen Fachkräfte treffen auf häufig nicht ausreichend transkulturell ausgerichtete Einrichtungen, Konzepte und Angebote. Dies führt zu Zugangshürden, Missverständnissen und zu einem geringeren Erfolg oder sogar Abbruch der Hilfe.

Besonders deutlich wird der Bedarf für transkulturelle Arbeitsweisen in der Versorgung und Begleitung von Menschen, die unter den Folgen traumatischer Erlebnisse leiden. Menschen mit Fluchterfahrung sind hiervon überschnittlich oft bzw. stark betroffen. Diese müssen – oder können – nicht immer therapeutisch versorgt werden. Oft leisten psychosoziale Fachkräfte in den verschiedensten Arbeitsfeldern einen wesentlichen Teil der Traumaversorgung. Transkulturelle traumapädagogische Methoden, Ansätze und Haltungen helfen für eine wirkungsvolle Begleitung und Unterstützung der Betroffenen bei der Alltagsbewältigung und beim Umgang mit den Symptomen. Auch in Arbeitsfeldern, in denen nicht die psychosoziale Versorgung im Vordergrund steht, ermöglicht das Wissen über die Auswirkungen von traumatischen Lebenserfahrungen und über entsprechende kulturspezifische Symptome, Krankheits- und Heilungsvorstellungen ein besseres Verständnis für auf den ersten Blick irritierende Verhaltensweisen, einen besseren Beziehungsaufbau und passgenauere Ansatzpunkte für die Unterstützung. Letztlich stellt dies einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Teilhabe der zugewanderten Menschen dar.

Ziel dieses Buchs ist entsprechend, theoretische Grundlagen, Haltungs- und Handlungskonzepte und Methoden für eine transkulturelle traumapädagogische Arbeit in unterschiedlichen Handlungsfeldern zu vermitteln. Reflexionsfragen und Anregungen für die Praxis sollen die persönliche Auseinandersetzung mit den Inhalten und den Transfer in den eigenen Arbeitsalltag erleichtern. Nutzen Sie diese.

Das Buch ist in vier Teile untergliedert. Einen allgemeinen Einstieg ins Themenfeld Trauma und Traumapädagogik eröffnet Teil I, „*Grundlagen der Psychotraumatologie und Traumapädagogik*“. Jan Ilhan Kizilhan legt mit seinem Beitrag „*Einführung in die Psychotraumatologie*“ den Wissens-Grundstein für ein psychotraumatologisches Verständnis von Trauma, von verschiedenen traumatischen Prozessen und Folgen und von Struktur, Verläufen und Therapiemöglichkeiten der Posttraumatischen Belastungsstörung. Der aktuelle Erkenntnis- bzw. Forschungsstand spiegelt die westliche Sicht auf Traumata bzw. psychische Erkrankungen wider. An das psychotraumatologische Wissen schließen Silke Birgitta Gahlleitner, Maximiliane Brandmaier und Dorothea Zimmermann in ihrem Beitrag „*Einführung in die Traumapädagogik*“ die pädagogische bzw. sozialarbeiterische Perspektive auf Trauma an. Sie geben einen Einblick in die weit zurückreichenden historischen Wurzeln der vergleichsweise jungen Fachrichtung Traumapädagogik und stellen die zentralen Aspekte eines traumapädagogischen Haltungskonzepts sowie traumasensible und empowernde Interventionen dar, mit Blick auf die Lebenssituation zugewanderter bzw. geflüchteter Menschen. Neben Aspekten zu Trauma und Bindung stellen sie auch Diversitätsaspekte ins Zentrum ihres Beitrags. Welche konkreten Handlungsansätze und Vorgehensweisen sich daraus für die psychosoziale Praxis ableiten lassen, beschreibt Winfried Fritz in seinem Beitrag „*Handlungs- und Kompetenzbereiche der Traumapädagogik*“. Dabei bezieht er diese sowohl auf unterschiedliche Phasen einer Traumatisierung als auch auf spezifische Symptome bzw. Belastungen.

Teil II „*Traumapädagogik im Kontext von Flucht und Migration*“ führt Sie ein in grundlegende Aspekte zu Flucht und freiwilliger Migration, die für eine transkulturelle Traumaarbeit von Bedeutung sind. Zu Beginn bietet der Beitrag „*Migration, Flucht und Trauma*“ von Claudia Klett einen differenzierenden Blick auf das Phänomen Migration und seine Verschränkungen zu Trauma. Neben der persönlichen psychosozialen Bedeutung stehen die gesellschaftlichen bzw. politischen Dimensionen der Traumaarbeit im Kontext Flucht/Migration und entsprechende Traumakonzepte im Zentrum des Beitrags. Da die rechtliche Situation von nach Deutschland geflüchteten Menschen sehr besonders und für die traumapädagogische Arbeit von großer Bedeutung ist, ist dieser ein eigenes Kapitel gewidmet. So stellt Dominik Keicher in seinem Beitrag „*Die Rolle von psychischen Erkrankungen und Traumata im deutschen Asylverfahren*“ für Nicht-Rechtswissenschaftler gut verständlich die Ebenen und Abschnitte des Asyl- und Ausländerrechts dar, in denen psychische Erkrankungen rechtlich zum Tragen kommen können. Er beschreibt die verschiedenen rechtlichen Grundlagen für eine Schutzanerkennung sowie den Ablauf des Asylverfahrens und welche Unterstützung für traumatisierte Menschen während des Verfahrens wichtig ist. Im dritten und letzten Beitrag dieses Teils, „*Religion und Spiritualität in transkultureller*

*Perspektive*“, zeigt *Lydia Maidl* unterschiedliche Facetten der Bedeutung von Glaube, Religion und Spiritualität im Erleben und Umgang mit Traumatisierung und Traumafolgestörungen auf – aus den Perspektiven zugewanderter Menschen und begleitender Fachkräfte. Auf der Basis aktueller empirischer Forschungen legt sie anschaulich dar, wie das bislang weitgehend ungenutzte Ressourcenpotenzial durch einen sensiblen, proaktiven Einbezug dieser Themen im Hilfeprozess konkret geschöpft werden kann.

In Teil III *„Transkulturelle traumapädagogische Fallarbeit und Methoden“* werden konkrete Vorgehensweisen und methodische Ansätze mit dem Fokus auf Einzelfallarbeit vorgestellt. Hinführend dazu zeigen *Jan Ilhan Kizilhan* und *Claudia Klett* in ihrem Beitrag *„Transkulturalität in der traumasensiblen Begleitung“* auf, welche Kompetenzen für eine wirksame Traumaarbeit speziell in transkulturellen Kontexten erforderlich sind. Sie möchten für die ungleichen gesellschaftlichen Machtverhältnisse und den bestehenden Rassismus sensibilisieren, die in die persönliche Begegnung im Rahmen der Traumaarbeit hineinwirken und somit nicht ignoriert werden können. Als Verstehens- und Reflexionshilfe für transkulturelle Begegnungen werden übergreifende kulturbezogene Themenfelder – die Bedeutung von Gemeinschaft und Familie sowie von Gefühlen und Emotionen – aufgegriffen und auch der Umgang mit Sprachdifferenzen wird thematisiert. *Jan Ilhan Kizilhan* vertieft in seinem daran anschließenden Beitrag die Sensibilisierung für unterschiedliche kulturelle Sozialisierungen und deren Auswirkungen auf die konkrete *„Kultur- und traumasensible Fallarbeit“*. Den Fokus legt er dabei auf Anamnese und Diagnose, also die zentralen Verstehens- und Deutungsprozesse im Hilfeprozess, sowie auf gelingende Kommunikation und Beziehung. Sowohl die Folgen einer Traumatisierung als auch von Migration erschweren bzw. verlangsamen das Sich-Öffnen- und Vertrauen-Können. Bewährte *„Ausgewählte Methoden und Techniken für transkulturelle Kontexte“* für die Stabilisierung, Psychoedukation und Biografiearbeit sowie eine Anleitung für die Durchführung von Gruppenangeboten stellen *Jan Ilhan Kizilhan* und *Claudia Klett* zum Ende dieses Teils vor, veranschaulicht durch zahlreiche Fallvignetten.

Im abschließenden Teil IV des Bands, *„Selbstfürsorge und Möglichkeiten der (Selbst-)Reflexion“*, stehen Sie als Fachkraft selbst im Zentrum. Es geht um die Bedeutsamkeit und Möglichkeiten der Reflexion im Sinne der Selbstfürsorge sowie der Professionalität, die sich gegenseitig ja bedingen. *Dima Zito* gelingt es, in ihrem Beitrag *„Reflexion und Selbstfürsorge“* aufzuzeigen, dass bzw. wie Erfüllung und Sinn in der eigenen Arbeit gefunden werden können, trotz den oft sehr belastenden Anforderungen und schwierigen Arbeitsbedingungen in diesem Arbeitsbereich. Sie leitet eine Reflexion der Einflüsse der eigenen Biografie sowie eine achtsame Wahrnehmung von Überlastungshinweisen, aber auch von Ressourcen und Erfolgen an. Daran anknüpfend greift *Winfried Sennkamp* anhand typischer

traumasymptomatischer Herausforderungen, wie z. B. widersprüchliche Signale der Klient:innen, (Gegen-)Übertragungsphänomene oder gegensätzliche Impulse von Nähe und Distanz, die Bedeutung von „*Selbstreflexion in der Beratung traumatisierter Klient:innen*“ auf. Er entwickelt ein praktikables Vorgehen für die Selbstreflexion im Sinne eines inneren Dialogs der Fachkraft über den Fall und die eigenen Anteile daran vor, angelehnt an das Dreieck der TZI. Dies hilft, den Handlungsspielraum in festgefahrenen Situationen zu erweitern und eigene Thematiken gut im Blick zu behalten. Dieser Teil und damit der vorliegende Band findet seinen Abschluss mit einer Einführung in die „*Kollegiale Beratung Online*“. *Kornelia Schlegel* legt die Vorgehensweise und den Nutzen des recht neuen Beratungsformats dar, das durch einen vorstrukturierten, fachlichen Austausch und Beratungsprozess insbesondere die Sachkompetenz, Selbstfürsorge und (Selbst-)Reflexion der beteiligten Fachkräfte unterstützt. Das Online-Format bietet Möglichkeiten, einrichtungs- und ortsübergreifend Personen mit einzubeziehen sowie asynchron zu beraten. Wie die Kollegiale Beratung Online konkret in der Praxis angeleitet und durchgeführt werden kann, wird exemplarisch dargelegt und diskutiert.

Wir möchten Ihnen als Leser:in in diesem Band einen guten und nachvollziehbaren Überblick über die theoretischen Grundlagen der „Transkulturellen Traumapädagogik“ bieten und Ihnen gleichzeitig hilfreiche Anregungen für den Transfer in Ihre konkrete Praxis sowie Impulse für eine vertiefende (Selbst-)Reflexion „mit auf den Weg“ geben.

Stuttgart und Villingen-Schwenningen, Juni 2022  
Jan Ilhan Kizilhan und Claudia Klett

# Teil I

## Grundlagen der Psychotraumatologie und Traumapädagogik

# Einführung in die Psychotraumatologie

Jan Ilhan Kizilhan

Als Psychotraumatologie wird die „Lehre von Struktur, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten seelischer Verletzungen und ihrer Folgen“ (Fischer/Riedesser 2020, S. 24) bezeichnet. Ein Grundwissen der Psychotraumatologie ist die Grundlage für ein traumasensibles bzw. traumapädagogisches Arbeiten.

In diesem Kapitel lernen Sie,

- was unter einem Trauma bzw. traumatischen Ereignis verstanden wird.
- welche Folgen dieses haben kann, insbesondere anhand der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).
- welche evidenzbasierten Vorgehensweisen und Behandlungsansätze es für die klinische Diagnostik und Traumatherapie gibt.

## Trauma und traumatische Ereignisse

Der Trauma-Begriff wird in der Literatur und umgangssprachlich unterschiedlich verwendet. Eine der im deutschsprachigen Raum am häufigsten rezipierten Definitionen ist die von Fischer und Riedesser (2020). Sie definieren Trauma 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. 88).*

Häufig genannte Beispiele für traumatische Ereignisse sind „Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, (...), Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit“ (Flatten et al. 2013, S. 3), die entweder selbst erlebt oder bei anderen Menschen beobachtet wurden (ebd.).

Es wird oft unterschieden zwischen traumatischen Ereignissen, die durch Menschen verursacht sind (z. B. verschiedene Formen von Gewalt), und solchen,

die durch die Natur, technisches Versagen etc. entstehen (z. B. lebensbedrohliche Krankheiten, Unfälle). Außerdem wird zwischen einmaligen Ereignissen von kurzer Dauer und gehäuften bzw. länger andauernden Ereignissen unterschieden (vgl. Fegert et al. 2020, S. 317).

Neben den oben genannten extremen Ereignissen, können nach dem aktuellen Forschungsstand auch länger andauernde oder gehäufte „kleinere“ Belastungen (z. B. Mobbing, Ausgrenzung oder Abwertung, aber auch fehlende Bindung oder Vernachlässigung) typische Traumafolgen auslösen (vgl. Baiertl 2016, S. 23).

In gegenwärtigen Diskussionen sticht die Tendenz hervor, den Begriff „Trauma“ bis zur Unabgrenzbarkeit auszuweiten und inflationär zu verwenden, indem z. B. jede belastende Lebenssituation als Trauma bezeichnet wird (Rosen 2006). Auch umgangssprachlich wird der Trauma-Begriff inzwischen sehr häufig für eine Vielzahl von Situationen verwendet, z. B. bei Scheidung, Verlust des Arbeitsplatzes oder Durchfallen bei einer Prüfung. Solche einzelnen „schwachen Stressoren“ führen laut einer Studie nur bei 0,4% der Betroffenen zu einer Traumatisierung (Stein et al. 2014).

**Merke!**

Die Begriffe Belastung, Stress, kritische Lebensereignisse („critical life events“) und Trauma sollten sorgfältig unterschieden und verwendet werden.

**Das Wichtigste zusammengefasst:**

Merkmale einer Traumatisierung sind, dass diese durch „Situationen oder Geschehnisse extremer oder lang anhaltender, meist außergewöhnlicher Belastung [entsteht], welche die Bewältigungsmöglichkeiten des Betroffenen übersteigen und dadurch zu anhaltenden tiefgreifenden Veränderungen des Selbst- und Welt-erlebens führen sowie dauerhafte Veränderungen von Denken, Fühlen und Handeln hervorrufen“ (Baiertl 2016, S. 23f.). Von Bedeutung für eine Traumatisierung ist nicht das Ereignis an sich, sondern das individuelle Erleben und Bewerten.

## **Folgen einer Traumatisierung**

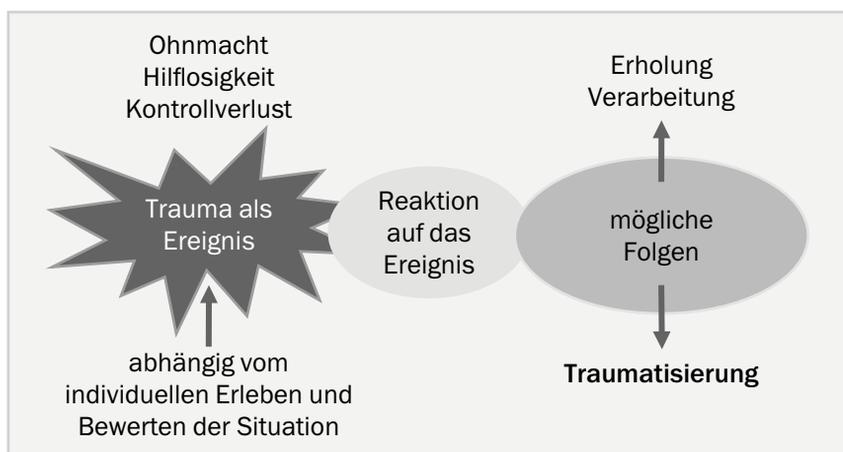
Traumatische Ereignisse beeinträchtigen den Umgang mit den eigenen Gedanken, Gefühlen und der Umwelt tiefgreifend. Das „Gefühl von Hilflosigkeit“ und die „Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses“ (Flatten et al. 2013, S. 3) können in ganz unterschiedlichen psychischen und körperlichen Symptomen zum Ausdruck kommen, z. B. in Niedergeschlagenheit, Selbstzweifel oder überwältigender Wut.

**Merke!**

Wird der Zusammenhang der verschiedenen Symptome mit einer Traumatisierung übersehen, kann dies zu Fehldiagnosen (z. B. Depression oder Störung des Sozialverhaltens) führen. Eine sorgfältige, traumasensible Diagnostik ist daher sehr wichtig (vgl. Baierl 2016, S. 24).

Gleichzeitig entwickelt nicht jede Person nach einer traumatischen Erfahrung Folgesymptome, wie der Blick auf den traumatischen Prozess zeigt (vgl. Abb. 1).

**Abbildung 1:** Prozess der Traumatisierung (nach Kühn/Bialek 2017, S. 32)



Als Faustregel lässt sich sagen, dass etwa ein Drittel der Betroffenen nach der ersten Schockreaktion traumatische Ereignisse ohne bleibende Auffälligkeiten verarbeiten kann („resilientes Muster“), etwa ein weiteres Drittel kann sich nach einer gewissen Zeit davon erholen („regeneratives Muster“) und wiederum etwa ein Drittel leidet dauerhaft („chronisches Muster“) oder mit einer zeitlichen Verzögerung von teilweise Jahren bis Jahrzehnten, („verzögertes Muster“) unter den Traumafolgen (Bonnano 2004, in Kühn/Bialek 2017, S. 34).

**Traumatisierende psychische Folgen**

Um die *traumatisierenden psychischen Folgen* zu verstehen, ist es hilfreich, sich zunächst anzuschauen, was in der traumatischen Situation passiert. Die Reaktionen auf traumatische Ereignisse können als „Überlebensreaktionen“ verstanden

werden, als (zunächst) sinnvolle Reaktionen auf unverstehbare bzw. unvorstellbare Erlebnisse.

In Situationen extremer Bedrohung oder Stress schält unser Körper evolutionsbedingt eines der beiden Notfallprogramme an, *Kampf* oder *Flucht*. Dies erfolgt automatisch, über die Ausschüttung von großen Mengen der sogenannten Stresshormone. Diese sorgen dafür, dass unser Körper augenblicklich auf die erforderliche Energie zugreifen kann, um die Ausnahmesituation zu beenden. Puls und Muskeltonus erhöhen sich, Sinneseindrücke werden überdeutlich wahrgenommen. Ist weder Kampf noch Flucht möglich bzw. erfolgversprechend und wird die Situation als ausweglos und man selbst als ohnmächtig und hilflos erlebt, setzt ein drittes Notfallprogramm ein, die *Erstarrung*: „Dann vollzieht die Psyche, was der Körper nicht mehr vermag, um die Wahrnehmung einer drohenden Verletzung zu reduzieren: Sie ‚flüchtet nach innen‘, sie dissoziiert“ (Kühn/Bialek 2017, S. 34). Körperliche und Sinneseindrücke werden abgespalten, nicht mehr bewusst wahrgenommen, um die Situation aushaltbar zu machen. Der Organismus macht physiologisch eine Kehrtwende und schüttet nun Hormone aus, die den Körper sedieren, also beruhigen und schmerzempfindlicher machen (vgl. Kühn/Bialek 2017, S. 33 f.). Dies führt zu einer Beeinträchtigung der Wahrnehmung und Erinnerung der Sinneseindrücke, aber auch der körperlichen und emotionalen Eindrücke. Diese können nicht mehr kategorial erfasst und im episodischen Gedächtnis eingeordnet werden, sondern bleiben als „zusammenhangslose Sinnesfragmente“ über lange Zeit lebendig. Die traumatischen Erinnerungsfragmente wirken zeitlos präsent und unveränderbar (vgl. Fischer/Riedesser 2020, S. 98). Sie lassen sich aufgrund der Gedächtnisprozesse in der traumatischen Situation nicht räumlich-zeitlich (als etwas Vergangenes, an einem bestimmten Ort Geschehenes) einordnen und oft auch nicht in Sprache fassen.

Die möglichen psychischen Folgen lassen sich drei Symptombereichen zuordnen, die auch zentral für das Störungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung sind (Dilling et al. 2011):

*Intrusionen*: Ein wesentlicher Symptomkomplex ist das ungewollte Wiedererleben von Aspekten der traumatischen Situation. Die Betroffenen haben die gleichen sensorischen Eindrücke (z. B. Bilder, Gerüche) sowie gefühlsmäßigen und körperlichen Reaktionen wie während der Situation selbst. Die Intrusionen können an Intensität stark variieren, bis hin zu dem subjektiven Eindruck, die traumatische Situation im aktuellen Moment erneut zu durchleben (Flashbacks). Die Konfrontation mit Situationen oder Dingen, die an die traumatische Situation erinnern, wird als sehr belastend erlebt. Die betroffene Person reagiert mit körperlichen Symptomen der Erregung wie z. B. Zittern, Übelkeit, Herzrasen oder Atemnot. Auf der kognitiven Ebene zeigen Betroffene typische dysfunktionale Bewertungen und Interpretationen des Geschehenen (z. B. Selbstabwertung oder eigene Schuldzuweisung).

*Vermeidungsverhalten:* Die betroffene Person verwendet typische Strategien zur Vermeidung oder Kontrolle von belastenden Erinnerungen und Gedanken an die traumatische Situation. Auf der Verhaltensebene vermeidet sie mögliche Auslöser der Erinnerungen (z. B. bestimmte Gesprächsthemen oder Sozialkontakte an sich, Situationen oder Orte). Auf kognitiver Ebene wird das spontane Auftreten von Intrusionen mit Flucht beantwortet: Die traumatisierte Person lenkt sich durch eine andere Tätigkeit ab, sie versucht, Gedanken an das Erlebte zu unterdrücken (z. B. vermehrter Alkohol- oder Drogenkonsum). Die Betroffenen haben katastrophisierende Befürchtungen darüber, was bei einer ungehinderten Konfrontation mit den traumatischen Erinnerungen geschehen würde. Zudem hat die betroffene Person ein deutlich vermindertes Interesse an Dingen, die vor der Traumatisierung für sie von Bedeutung waren (Hobbys, Freizeitaktivitäten usw.). Sie fühlt sich der Gemeinschaft anderer Menschen nicht mehr zugehörig, unverstanden, von der Welt abgeschnitten und unfähig, intensivere Emotionen (z. B. Liebe) zu empfinden. Auch die Zukunftsplanung verändert sich im Sinne einer Hilf- und Hoffnungslosigkeit.

*Hyperarousal:* Symptome autonomer Übererregung wie Schlaf- oder Konzentrationsstörungen, übertriebene Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit oder Aggressivität treten häufig auf. Physiologisch zeigt sich eine erhöhte Reagibilität auf traumarelevante Reize. Meist ist die betroffene Person unfähig, sich vor dem Einschlafen zu entspannen, oder sie fürchtet, Alpträume zu bekommen. Während Menschen nach einem traumatischen Erlebnis gegenüber ihrer Umwelt zu einem emotional gehemmten Verhalten neigen, reagiert ihr Körper auf bestimmte physische und emotionale Stimuli so, als ob die traumatische Bedrohung noch immer präsent wäre.

Die akuten Folgen sollten nach spätestens etwa vier Wochen wieder abklingen. Dauern die Beeinträchtigungen über einen längeren Zeitraum an oder treten sie verzögert nach dem traumatischen Erlebnis auf, bietet die medizinisch-psychiatrische Diagnose der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ (PTBS) (s. u.) eine klinische Einordnung als Störungsbild.

## Weitere Folgen

Eine traumatische Erfahrung kann gravierende Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche, auf das soziale und berufliche Leben haben, was sich auch in der psychosozialen Arbeit mit Betroffenen widerspiegelt.

*Zwischenmenschliche Beziehungen:* Erleben bereits Kinder Gewalt oder Vernachlässigung in der Familie, kann dies weitreichende Folgen für die Bindungsfähigkeit sowie für das Erleben und Verhalten in sozialen Beziehungen haben (Köckeritz 2016).

Aber auch im späteren Alter fühlen sich Betroffene wertlos, einsam, unverstanden und abgeschnitten von der Welt und oft auch von nahen Bezugspersonen. Die Welt und andere Menschen werden als unkontrollierbar und gefährlich

bzw. enttäuschend erlebt (vgl. Kühn/Bialek 2017, S. 32/43). Das eigene Integritätsgefühl und das Gefühl von Autonomie ist zutiefst erschüttert, Betroffene erleben sich immer wieder als hilflos, ohnmächtig und ohne Möglichkeit, sich zu wehren oder sich aus einer unangenehmen Situation herauszulösen.

Dies führt häufig zu einer Isolation, die das tiefe Gefühl der Einsamkeit verstärkt. Nähe und Vertrauen in einer Beziehung ist für Betroffene oft ein dringlicher Wunsch und gleichzeitig mit Angst vor bzw. dem tatsächlichen Erleben einer erneuten Verletzung und Kontrollverlust verbunden. Oft besteht ein Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach Beziehung und Schwierigkeiten, sich auf Intimität und Nähe tatsächlich einzulassen. Gleichzeitig kann die erlebte massive Grenzüberschreitung auch zu Distanzlosigkeit in Beziehungen führen, da die eigenen Grenzen nicht wahrgenommen und auch nicht geschützt werden können (vgl. Gahleitner/Loch/Schulze 2012, S. 30).

*Selbstwert/Schuld- und Schamgefühle:* Besonders chronisch traumatisierte Menschen entwickeln tiefe Schamgefühle (vgl. Kolk 2019, S. 125). Bei erlittener Gewalt wird oft eine Mitschuld empfunden, weil davon ausgegangen wird, dass durch eine stärkere Gegenwehr das Geschehene hätte verhindert werden können. Durch diese Überzeugung werden wiederum die unerträglichen Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit abgeschwächt oder verleugnet (vgl. Kühn/Bialek 2017, S. 46). Gerade Kinder, die Gewalt durch nahestehende (Bezugs-)Personen erleiden, nehmen (unbewusst) die Schuld auf sich, um die Täterperson zu entlasten und die als lebenswichtig wahrgenommene Beziehung zu ihr weiter aufrechterhalten zu können. Hinzu kommen Drohungen und Schuldzuweisungen vonseiten der Täterperson, um eine Geheimhaltung zu erreichen (vgl. Gahleitner/Loch/Schulze 2012, S. 30).

Schuld- und Schamgefühle verstärken das Gefühl der Wertlosigkeit und begünstigen Risiko- oder autoaggressives Verhalten (vgl. Kolk 2019, S. 163). In Verbindung mit der gesellschaftlichen Tabuisierung haben sie oft die Geheimhaltung des Geschehenen zur Folge, wodurch auch die Aufarbeitung erschwert bleibt.

*Ängste:* Eine Traumatisierung kann zum Gefühl führen, an keinem Ort mehr sicher zu sein. Der Körper ist dauerhaft angespannt und in „Hab acht-Stellung“ (vgl. Kühn/Bialek 2017, S. 46). Im Zusammenhang mit Ängsten können auch Alpträume, Konzentrationsstörungen oder Phobien auftreten, die Angst „verselbstständigt“ sich und breitet sich auf verschiedene Lebensbereiche aus (vgl. Gahleitner/Loch/Schulze 2012, S. 31).

*(Auto-)Aggressionen:* Neben Ängsten sind auch (Auto-)Aggressionen eine häufige Reaktion auf die überwältigende Ohnmacht. Hier zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede, so neigen Jungen häufiger zu aggressivem Verhalten, Mädchen eher zu Autoaggressionen. Diese, z. B. als selbstverletzendes Verhalten oder extreme Leistungsbereitschaft, können als selbst kontrollierbare Selbstbestrafung

interpretiert werden oder als Möglichkeit, um über den Schmerz wieder „zu sich selbst“, aus einem dissoziativen Zustand heraus zu kommen. (vgl. Gahleitner/Loch/Schulze 2012, S. 31). Die Wahrscheinlichkeit von selbstverletzendem Verhalten (Schnitte) und wiederholten Suizidversuchen ist bei sexueller und körperlicher Gewalt in der Kindheit besonders hoch (vgl. Kolk 2019, S. 172).

*Dissoziation bzw. dissoziative Zustände:* Dissoziation bezeichnet eine „Störung der Integration und Verknüpfung von Informationen“ (Lutz 2016, S. 371). Dissoziative Zustände an sich sind nicht pathologisch (z. B. wenn wir auf unserem alltäglichen Arbeitsweg gedanklich „wegdriften“). Durch eine Traumatisierung kann es jedoch zu unterschiedlichen Formen und Schweregraden von dysfunktionalen Dissoziationen kommen. Das sind z. B. ein unkontrollierbares unaufmerksames Wegdriften mitten in Gesprächen, eine dissoziative Wahrnehmung des eigenen Körpers als unwirklich oder fremd oder eine vollständige Abspaltung von erlebten Situationen in abgetrennten Persönlichkeitsanteilen oder -zuständen, als innere Spaltung oder Fragmentierung. Je nach Ausprägung können sich die dissoziativen Zustände unterschiedlich stark auf die verschiedenen Lebensbereiche auswirken. Die dissoziativen Zustände sind, so irritierend sie auch scheinen mögen, nicht als Störungen zu betrachten, sondern als „Anpassungen an gestörte Umstände“ (Lutz 2016, S. 372).

**Das Wichtigste zusammengefasst:**

Traumatischer psychischer Folgen lassen sich den drei wesentlichen Symptombereichen Intrusionen, Vermeidungsverhalten und Hyperarousal zuordnen. Daneben hat eine Traumatisierung oft gravierende Auswirkungen auf das soziale und berufliche Leben, insbesondere auf zwischenmenschliche Beziehungen, den Selbstwert und das emotionale Befinden.

Treten die typischen Symptome verzögert oder/und über einen längeren Zeitraum auf, kann die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung vorliegen.

## Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Wann im diagnostischen Sinn von einer PTBS gesprochen wird, ist in den Diagnosemanualen für psychische Erkrankungen (DSM-5 und ICD-11<sup>1</sup>) definiert. Die PTBS mit den mit ihr einhergehenden Beschwerden wird in der Praxis nach wie vor oft nicht als solche erkannt und diagnostiziert (Zimmermann/Mattia 1999;

---

1 in Deutschland ist die ICD-11 gültig

Tagay/Repic/Senf 2013; Wimalawansa 2013). Der Zusammenhang der Symptome mit einem traumatischen Ereignis ist oft selbst den Betroffenen nicht klar.

Es ist auch für psychosozial begleitende, nicht-therapeutische Fachkräfte wichtig, die Symptome und Diagnosekriterien zu kennen. Bei der Vermutung, dass eine PTBS vorliegt, kann so eine sozialpädagogische Diagnose (vgl. Beitrag von Winfried Fritz, „Handlungs- und Kompetenzbereiche der Traumapädagogik“) sowie ein Austausch auf Augenhöhe mit therapeutischen Fachkräften geführt werden. Eine bereits vorliegende Diagnose kann entsprechend eingeordnet werden.

### **Diagnose-Kriterien für eine PTBS**

In der *ICD-11* (International Classification of Diseases 11th Revision) wird ein für die Diagnose erforderlicher traumatischer Stressor als *ein belastendes Ereignis mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß* beschrieben (Barbano et al. 2019). Dabei muss es sich nicht mehr, wie noch in der vorherigen Version ICD-10 gefordert wurde, um ein Ereignis handeln, das „nahezu bei jedem eine tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“ (Dilling et al. 2011, S. 127). Die Bedeutung des individuellen Erlebens wird stärker berücksichtigt.

Weiterhin werden für die PTBS-Diagnose in der ICD-11 drei Symptom-Cluster definiert, die den bereits beschriebenen traumatypischen psychischen Folgen entsprechen: *Wiedererleben*, *Vermeiden* und *Bedrohungs erleben*. Aus jedem dieser Cluster muss mindestens ein Symptom vorhanden sein:

1. *Wiedererleben* der traumatischen Ereignisse in Form von Flashbacks oder Alpträumen, die mit starken und überwältigenden Gefühlen (Angst, Horror) und starken physischen Empfindungen einhergehen, oder ein Erleben der gleichen intensiven Gefühle, die während des traumatischen Ereignisses empfunden wurden;
2. *Vermeiden* von Gedanken und Erinnerungen an das traumatische Ereignis oder Vermeiden von Aktivitäten, Situationen oder Personen, die an das traumatische Ereignis erinnern;
3. anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten *gegenwärtigen Bedrohung* (z.B. Hypervigilanz, gesteigerte Schreckreaktionen).

Als weitere Kriterien fordert die ICD-11, dass die Symptomatik mindestens *über mehrere Wochen anhalten und bedeutsame Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen* verursachen muss. Die von der ICD-11 geforderte Mindestdauer des Vorhandenseins der Symptome ist weniger exakt vorgegeben als im DSM-5, in dem eine

Mindestdauer von einem Monat gefordert wird. Dies kann für die Diagnose gewisse Spielräume eröffnen.

Im Vergleich zum DSM-5 haben die in der ICD-11 geforderten Diagnosekriterien einen engeren Fokus auf wiederkehrende Angst- und Furchtsymptome und deren Vermeidung. Die im DSM-5 benannten weiteren Symptome wie z. B. eine emotionale Belastung durch symbolisierende Auslöser, physiologische Reaktionen bei Erinnerung, erhöhte Reizbarkeit, Wut und selbstzerstörerisches Verhalten sind in der ICD-11-Definition nicht enthalten. Dies gilt auch für das gesamte Symptom-Cluster der negativen Veränderungen von Kognition und Stimmung im DSM-5. Die diagnostischen Kriterien des DSM-5 sind wesentlich ausführlicher und komplexer. Bei der ICD-11 werden unspezifische und möglicherweise mit anderen Störungsbildern überlappende Symptome in die Diagnosestellung nicht einbezogen (Barbano et al. 2019). Es werden nur besonders schwere und spezifische Symptome berücksichtigt.

**Das Wichtigste zusammengefasst:**

Medizinisch-psychiatrisch relevante Traumafolgen sind in den beiden gängigen Diagnosemanualen ICD-11 (gültig in Deutschland) und DSM-5 als Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) definiert. Dort sind die Kriterien für eine entsprechende Diagnose, u. a. die Symptomcluster Wiedererleben in der Gegenwart, Vermeiden und Bedrohungserleben/Übererregung, (als Grundlage einer therapeutischen bzw. medikamentösen Behandlung) festgelegt.

**Anregungen für die Praxis:**

Falls Sie die ICD-11 noch nicht kennen, machen Sie sich mit ihr vertraut (Informationen finden Sie z. B. beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte unter [www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/\\_node.html](http://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html)), insbesondere wenn die Menschen, die Sie begleiten oder unterstützen, eine Diagnose einer psychischen Erkrankung haben.

**Komplexe posttraumatische Belastungsstörung in der ICD-11**

Langanhaltende oder wiederholte Traumatisierungen können zu komplexen psychischen Folgestörungen führen, die mit der PTBS-Diagnose nicht ausreichend klassifiziert werden können (Ebbinghaus 2013). Dem soll die Diagnose der „komplexen PTBS“ Rechnung tragen.

In der ICD-11 sind als traumatische Ereignisse, die eine komplexe PTBS auslösen können, *extrem ängstigende Ereignisse* genannt, die *meist längere Zeit andauern* und *denen man nur schwierig oder gar nicht entkommen kann*. Als

Beispiele werden Folter und Genozid genannt, aber auch länger anhaltende häusliche Gewalt und sexuelle und/oder körperliche Gewalt in der Kindheit. Für die in der ICD-10 aufgeführte Diagnose der „andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung“ – die symptomatisch gewisse Überschneidungen mit der komplexen PTBS aufweist – waren Konzentrationslagerhaft, Folter oder Geiselnahme als auslösende Bedingungen genannt. Dies bedeutete, dass die ICD-10-Diagnose der „andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung“ unter Beachtung der diagnostischen Kriterien nur selten gestellt werden konnte, da z. B. sexuelle Gewalt in der Kindheit eigentlich nicht als traumatisches Eingangskriterium für diese Diagnose infrage kam. Die in der ICD-11 neu aufgenommene Diagnose der komplexen PTBS berücksichtigt mit den Themenfeldern der häuslichen Gewalt und der sexuellen Gewalt in der Kindheit klinisch dagegen äußerst wichtige und häufig vorkommende Problembereiche.

Über die genannten traumatischen Erfahrungen hinaus muss für die Diagnose der komplexen PTBS zumindest zu irgendeinem Zeitraum in der Vergangenheit das Auftreten der Kernsymptomatik der PTBS – also Wiedererleben in der Gegenwart, Vermeidung, Bedrohungsgefühl/Übererregung – nachgewiesen sein. Im weiteren Verlauf müssen schwerwiegende Probleme der Affektregulation (z. B. affektive Fehlregulation, erhöhte emotionale Reagibilität, gewalttätige Ausbrüche, Tendenz zu dissoziativen Zuständen unter Belastung) diagnostisch festgestellt werden. Ferner müssen Minderwertigkeits-, Scham- und Schuldgefühle (z. B. Überzeugung von sich selbst als schwach, zerbrochen und wertlos) sowie andauernde Probleme in der Beziehungsgestaltung (z. B. Schwierigkeiten, Beziehungen aufrecht zu erhalten oder sich anderen nahe zu fühlen) feststellbar sein.

**Das Wichtigste zusammengefasst:**

Dauern traumatisierende Erlebnisse länger an oder finden sie wiederholt statt, z. B. bei Folter, Genozid oder (sexueller) Gewalt in der Kindheit, können die Auswirkungen für Betroffene über die Symptome einer PTBS hinausgehen. Die ICD-11 stellt dafür die Diagnose der „komplexen PTBS“ zur Verfügung. Folgen können dann – neben den Symptomen einer PTBS – schwerwiegende Probleme der Affektregulation, starke Minderwertigkeits-, Scham- und Schuldgefühle sowie dauerhafte Probleme mit Nähe und Beziehungen sein.

**Impuls zur (Selbst-)Reflexion:**

Wenn Sie an die Personen denken, die Sie im Rahmen Ihrer Arbeit begleiten oder unterstützen, fallen Ihnen welche ein, die unter den Symptomen einer PTBS bzw. komplexen PTBS leiden (könnten)?

## Ätiologie<sup>2</sup> der PTBS

Manche Personen erleben objektiv betrachtet schlimmste Ereignisse, ohne dass danach bleibende psychische Beeinträchtigungen auftreten. Andere fühlen sich dagegen durch scheinbar „kleine Ereignisse“ traumatisiert oder verletzt und entwickeln danach posttraumatische Symptome. Hier stellt sich die interessante Frage, warum manche Menschen erkranken und andere nicht.

Die umfangreiche Trauma-Forschung der letzten Jahrzehnte hat eine Vielzahl theoretischer Ansätze zur Erklärung der Entstehung einer PTBS hervorgebracht. Zum Verständnis der Ursachen einer PTBS werden in der Literatur nicht nur neurobiologische, sondern vor allem kognitive, psychodynamische und behaviorale Theorien herangezogen. Im Folgenden sollen zentrale ätiologische Modelle kurz vorgestellt werden.

*Modell der Furchtstrukturen:* Lang (1979) wendet das Modell pathologischer Furchtstrukturen auf die Ätiologie der PTBS an. Nach Lang ist die Gedächtnisrepräsentation traumatischer Geschehnisse umfassend und leicht aktivierbar. Die Aktivierung zeigt sich in intrusivem Wiedererleben, Angst und Erregung, sowie in der chronischen Erwartung erneuter Bedrohung und der aktiven Suche nach Gefahrensignalen. Eine Veränderung des spezifischen Furchtnetzwerkes ist nur durch dessen direkte Aktivierung (d. h. über Konfrontation mit traumarelevanten Reizen) möglich.

*Duale Repräsentationstheorie der PTBS:* Brewin (2001) beschreibt die Duale Repräsentationstheorie der PTBS, die von verschiedenen Speicherprozessen des Gedächtnisses ausgeht. Dieses Modell postuliert, dass eine traumatische Erfahrung in verschiedenen Repräsentationsformen im Gedächtnis gespeichert wird. Dabei handelt es sich zum einen um verbal zugängliche Erinnerungen (Dilling et al. 2011) und zum anderen um situationell zugängliche Erinnerungen (Kira 2010; Bremner et al. 2003). Die Theorie ist im Wesentlichen auf Prozesse des Gedächtnisses und auf Emotionen fokussiert.

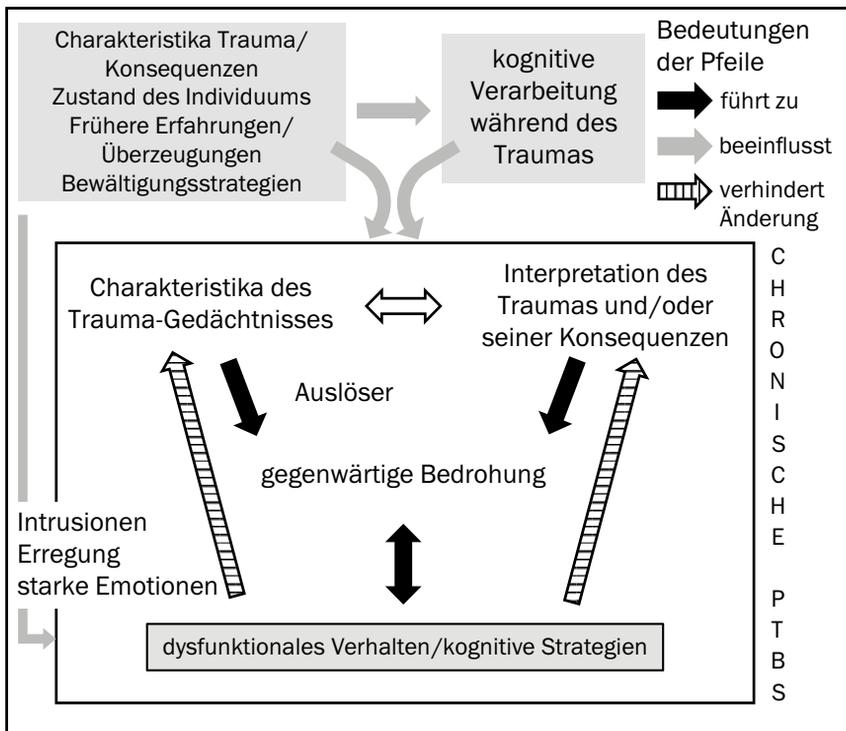
*Neurobiologie der PTBS:* Die Befunde zu neurobiologischen Veränderungen bei Menschen mit PTBS sind sehr vielfältig. Sie betreffen sowohl die Größe bestimmter Hirnstrukturen (u. a. Hippocampus, Amygdala), deren Funktion bzw. Aktivitätsgrad als auch Auffälligkeiten im Bereich der Hormone, Katecholamine und Aminosäuren sowie deren Wechselwirkungen untereinander. Zudem wurde immer wieder der Frage nachgegangen, welche Merkmale als prädisponierende Risikofaktoren bzw. genetische Faktoren schon vor dem Erleben eines traumatischen Ereignisses vorliegen und welche erst durch ein solches Erlebnis erworben werden. Die Befundlage stellt sich dabei in vielen Bereichen recht uneinheitlich dar (Yehuda et al. 1998; Lersner/Kizilhan 2017).

---

2 beschäftigt sich mit den Ursachen einer Krankheit

Im Folgenden soll das *Modell der chronischen PTBS* von Ehlers und Clark (2000) in seinen wesentlichen Kernannahmen exemplarisch vorgestellt werden. Die Autor:innen gehen in ihrem Modell davon aus, dass sich eine PTBS nur dann entwickelt, wenn die Betroffenen das traumatische Ereignis und seine Folgen als eine *schwere gegenwärtige Bedrohung* wahrnehmen und interpretieren (vgl. Abb. 2). Es wird angenommen, dass sie – im Gegensatz zu Personen, die sich von einem Trauma psychisch erholen – nicht in der Lage sind, das traumatische Erlebnis als zeitbegrenzt zu sehen. Personen mit dieser Störung sehen vielmehr globale negative Auswirkungen auf ihr gesamtes Leben. Es entsteht das Gefühl einer überschatteten Zukunft. Das Vertrauen zu sich und zur Umgebung ist grundlegend erschüttert. Die Welt wird nach dem Trauma als gefährlicher eingeschätzt als zuvor.

**Abbildung 2:** Modell der Wahrnehmung der gegenwärtigen Bedrohung (Ehlers/Clark 2000, S. 321)



Wenn die Wahrnehmung der gegenwärtigen Bedrohung aktiviert wird, so kommt es zu ungewolltem Wiedererleben der Traumasituation (Intrusionen), Symptomen der körperlichen Erregung und starken Emotionen wie Angst, Ärger, Scham oder Trauer. Die wahrgenommene Bedrohung motiviert eine Reihe von Verhaltensweisen und kognitiven Reaktionen, die die Belastung und wahrgenommene Bedrohung mindern sollen, jedoch die Störung letztlich aufrechterhalten. Wenn Personen mit chronischer PTBS eine schwere gegenwärtige Bedrohung und die damit verbundenen Symptome wahrnehmen, so versuchen sie diese mit einer Reihe unterschiedlicher Strategien unter Kontrolle zu bringen. Zu den Strategien, die eine Elaboration des Traumagedächtnisses verhindern, gehört die kognitive Vermeidung. Personen mit chronischer PTBS versuchen, entweder gar nicht an das Erlebte zu denken und sich ständig mit anderen Dingen zu beschäftigen; oder sie versuchen, an das Erlebte ohne emotionale Beteiligung zu denken und dabei die emotional belastendsten Aspekte auszulassen. Diese Vermeidung verhindert nicht nur eine tiefere Verarbeitung, sondern auch die Überprüfung dysfunktionaler Annahmen darüber, was passieren wird, wenn man an das Trauma denkt.

Als aufrechterhaltende Variablen für die Chronifizierung der PTBS beschreiben die Autor:innen neben dem genannten *Vermeidungsverhalten* auch *Sicherheitsverhalten* und *dysfunktionale Interpretationen der Grundannahmen* über die Welt und die eigene Person sowie über das Trauma bzw. seine Folgen. Auch bei vagen Reizähnlichkeiten („Trigger“) treten dann Intrusionen auf, die nicht als Erinnerung erlebt werden, sondern so, als ob das traumatische Ereignis gerade erneut stattfindet („Hier-und-Jetzt-Qualität“).

**Das Wichtigste zusammengefasst:**

Die theoretischen Erklärungsmodelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS ähneln sich, trotz unterschiedlichster theoretischer Basis, in mehreren Punkten:

Meist werden Vermeidung, emotionale Taubheit und sozialer Rückzug als sekundäre Symptome der PTBS bewertet. Diese folgen als Reaktion der betroffenen Person auf das Auftreten belastender Intrusionen und damit einhergehender Übererregung. Ferner weisen die Autor:innen der Vermeidung traumabezogener Stimuli eine Schlüsselrolle bei der Aufrechterhaltung der Störung zu: Das aktive Bemühen, sich nicht zu erinnern, verhindert eine hilfreiche und adäquate Konfrontation mit den traumatischen Erlebnissen. Schließlich wird in den meisten Modellen die Bedeutung einer dysfunktionalen Bewertung des Traumas und seiner Folgen für die Pathogenese der PTBS hervorgehoben.

**Impuls zur (Selbst-)Reflexion:**

Welche ätiologischen Modelle zur PTBS kennen Sie nun? Was sind Gemeinsamkeiten und was die Unterschiede? Inwiefern kann dieses Wissen für Ihre Arbeitspraxis hilfreich sein?

**Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTBS**

Neben den theoriebasierten ätiologischen Modellen gibt es inzwischen auch zahlreiche empirische Untersuchungen zu den Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTBS. In einer ersten umfangreichen Metaanalyse<sup>3</sup> wurden 38 Studien dazu untersucht (Shalev et al. 1996). Die Autor:innen identifizierten Risikofaktoren aus drei Bereichen:

- *Prätraumatische Vulnerabilität:* psychiatrische Familiengeschichte, Geschlecht, genetische und neuroendokrine Faktoren, Persönlichkeitsfaktoren, frühe Traumatisierung, negative Elternerfahrungen und eine geringe Bildung
- *Traumasppezifische Aspekte:* Traumaschwere, plötzliches Auftreten des Traumas, unmittelbare Reaktion nach dem Trauma (z. B. Dissoziation, Copingverhalten)
- *Posttraumatische Aspekte:* Zunahme der Symptome, fehlende soziale Unterstützung und anhaltender Stress

**Merke!**

Risikofaktoren treten selten isoliert auf, sie stehen in der Regel in einer Wechselwirkung zueinander und kumulieren über den Entwicklungsverlauf.

In einer weiteren großen Metaanalyse fand Brewin (2001) über 14 Risikofaktoren heraus (vgl. Tab. 1). Als einflussreichste Risikofaktoren wurden, ähnlich wie bei Shalev et al. (1996), die *Traumaspchwere*, *anhaltender Stress* und vor allem *fehlende soziale Unterstützung* ermittelt, die unter den mehrfach replizierten Risikofaktoren die höchsten Effektstärken (d) aufwiesen.

3 statistische Analyse einer großen Sammlung von Analyse-Ergebnissen mehrerer empirischer Einzelstudien zu gleichen Fragestellungen, die zusammengeführt wurden

**Tabelle 1:** Risikofaktoren für eine PTBS (in Anlehnung an Brewin 2001)

Risikofaktoren	Anzahl der Studien	N <sup>4</sup>	Effektstärke d
ethnische Minderheit	22	8165	.05
jüngeres Alter	29	7207	.06
geringe Bildung	29	11047	.10
psychiatrische Vorerkrankung	22	7307	.11
frühere Traumata	14	5147	.12
psychiatrische Familiengeschichte	11	4792	.13
Geschlecht (weiblich)	25	11261	.13
Missbrauch in der Kindheit	9	1746	.14
geringer sozioökonomischer Status	18	5957	.14
geringe Intelligenz	6	1149	.18
andere negative Kindheitserlebnisse	14	6969	.19
Traumaschwere	49	13653	.23
anhaltender Stress	8	2804	.32
fehlende soziale Unterstützung	11	3276	.40

In einer dritten großen Metaanalyse erwies sich die peritraumatische Dissoziation, also *dissoziatives Erleben während der Traumatisierung*, als der stärkste Prädiktor für eine PTBS (Ozer et al. 2003). Zu den typischen dissoziativen Symptomen zählen die *Derealisation* (Erleben, dass die Welt unwirklich erscheint, Gefühl der Entfremdung von der Umwelt) und die *Depersonalisation* (Zustand der Selbstentfremdung, der eigene Körper kann als fremdartig erscheinen). Es wurden insgesamt sieben Risikofaktoren identifiziert. Diese sind ähnlich wie bei den beiden bereits genannten Studien

- frühere Traumata,
- frühere Belastungen,
- psychiatrische Familiengeschichte,
- wahrgenommene Lebensbedrohung,
- fehlende soziale Unterstützung nach dem Trauma,

---

4 Anzahl der untersuchten Personen

- jugendliches oder hohes Lebensalter, weibliches Geschlecht und
- peritraumatische Dissoziation.

**Das Wichtigste zusammengefasst:**

In der Psychotraumatologie haben sich als zentrale Risikofaktoren u. a. die reale oder wahrgenommene Lebensgefahr und der Verlust jeglicher Autonomie während der traumatischen Situation, peritraumatische Dissoziation, anhaltender Stress, fehlende soziale Unterstützung und frühere Belastungen bzw. Traumata als für die Entwicklung einer PTBS bedeutsam herausgestellt (Kizilhan/Klett 2021).

**Anregungen für die Praxis:**

Welche Präventionsansätze lassen sich daraus für Ihren Arbeitsbereich ableiten? Was davon machen Sie bereits?

**Epidemiologie der Traumafolgestörungen (PTBS und komplexe PTBS)**

Seit der Einführung der PTBS im DSM-3 (APA 1980) liegt viel gesichertes Wissen über das Auftreten posttraumatischer Symptome vor. Die epidemiologischen Untersuchungen sind dennoch bislang nicht zu einer einheitlichen Einschätzung der *PTBS-Prävalenz* gekommen.

Die Prävalenzraten hängen von verschiedenen Faktoren ab, u. a. von der *Wahrscheinlichkeit, mit traumatischen Erlebnissen konfrontiert zu werden*. Hier gibt es in den verschiedenen Ländern und Weltregionen deutliche Unterschiede. Laut einer epidemiologischen Studie von Maercker et al. (2008) hatten in Deutschland 28,0 % der Frauen und 20,9 % der Männer bis zum Zeitpunkt der Befragung mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt. Neben dem Geschlecht wurden auch altersspezifische Unterschiede festgestellt, so waren es bei den 14–29-Jährigen 9,9 % und bei der Altersgruppe der über 60-Jährigen 47,4 %. Es ist davon auszugehen, dass in vielen Ländern, aus denen Menschen nach Deutschland zuwandern oder flüchten, die Prävalenzrate für traumatische Erlebnisse z. T. deutlich höher ist.

Wie schon gesagt, leidet nicht jede Person, die eine traumatische Erfahrung macht, in der Folge unter einer PTBS. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine PTBS entwickelt wird, hängt u. a. von der *Art des Traumas* ab. So tritt die Störung nach Naturkatastrophen oder Verkehrsunfällen (sog. „non man-made disasters“) seltener auf (bei ca. 4,5 %) als nach sog. „man-made disasters“ wie Vergewaltigung oder Folter (bei ca. 50 %) (Forbes et al. 2014; Kessler et al. 1995). Daneben spielen