

Traumaerfahrung als Herausforderung in der Sozialpsychiatrie

Wie können wir trauma- und bindungssensibel arbeiten?

Von **Andreas Knuf**

Wenn ich Teilnehmende meiner Seminare danach frage, wie viel Prozent ihrer Klient:innen eine Traumafolgesymptomatik oder Bindungsstörungen haben – oder eben auch beides – dann höre ich in der Regel sehr hohe Zahlen. Etwa 70–80 % ihrer Klient:innen seien mit schwerwiegenden und zumeist frühen belastenden Erfahrungen konfrontiert gewesen. Traumaerfahrungen und Bindungsschwierigkeiten stellen damit wichtige Einflussfaktoren auf die Entstehung und Aufrechterhaltung schwerwiegender psychischer Erkrankungen dar und sind vielleicht sogar die wichtigsten Faktoren überhaupt.

Der Begriff »traumatisch« hat mittlerweile Eingang in unsere Alltagssprache gefunden. Dabei wird er zunehmend unspezifisch verwendet und teilweise auch schlicht mit schwierigen Erfahrungen gleichgesetzt. Auch das Konzept der Bindungsstörung hat sich in den letzten Jahren – vor allem über Social Media – zunehmend verbreitet, wird aber meist für verschiedene, häufig nicht sehr problematische Bindungsstile verwendet. Beides ist hoch problematisch und verharmlost das Erleben von traumatisierten Klient:innen, das zumeist sehr schwerwiegend war.

Was »Trauma« wirklich bedeutet

Im Bereich der Sozialpsychiatrie sind wir mit Menschen konfrontiert, die eine klassische Traumafolgestörung entwickelt haben, etwa eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung. Auch viele Borderline-Erkrankungen fußen letztlich auf Traumaerfahrungen. Bei diesen Klient:innen haben wir in der Regel eine entsprechende Sensibilität für einen Traumahintergrund. Aber es gibt auch viele Betroffene, deren Erkrankung lange nicht als Traumafolgen verstanden wurden. Dies ändert sich jedoch zunehmend, mittlerweile wird zum Beispiel bei 50 % der Betroffenen von psychotischen Störungen eine Traumaerfahrung in der Vorgeschichte angenommen. Auch chronischen Depressionen liegen oft Bindungsstörungen und Traumatisierungen zugrunde. Mit der Einführung des ICD-11 lassen sich manche Traumafolgestörungen deutlich leichter diagnostizieren und die Häufigkeit der Traumadiagnosen wird wahrscheinlich in Zukunft zunehmen. Dies gilt vor allem für die Dissoziative Identitätsstörung, die mit der bisherigen Version des ICD nicht klar diagnostizierbar war. Außerdem wird die Anzahl der Klient:innen mit der Diagnose Komplexe posttraumatische Belastungsstörung ansteigen – darunter auch viele, die bisher mit Borderline diagnostiziert wurden.

Die Situation vieler traumatisierter Menschen in Institutionen der Sozialpsychiatrie ist dabei besonders problematisch. Viele von ihnen haben besonders schwere Traumatisierungen oder

ausgesprochen belastende Bindungserfahrungen gemacht und weisen eine komplexe Symptomatik und weitere Krankheitsbilder auf. Fachpersonen wissen oft wenig über die erlittenen Traumatisierungen ihrer Klient:innen. Zum Beispiel, weil diese nicht mitgeteilt werden oder weil es eine große Verunsicherung darüber gibt, wie diese erfragt werden können, ohne eine Retraumatisierung zu bewirken. Vielfach hat eine Traumatherapie bereits stattgefunden, aber nicht den gewünschten Erfolg erzielt. Oder sie wurde aufgrund geringer Stabilität der Person nicht erwogen oder von Klient:innen nicht gewünscht.

Wenn Traumatisierungen früh stattfinden und enge Bezugspersonen beteiligt waren oder das Kind nicht hinreichend geschützt haben, geht mit der Traumaerfahrung häufig auch eine Bindungsstörung einher. Schätzungsweise haben etwa 80 % dieser Klient:innen eine chaotisch-desorganisierte Bindungsstruktur. Diese macht sich vor allem durch Idealisierung und Entwertung, abweisendes Verhalten, Beziehungsabbrüche, starke Emotionalität in engen Beziehungen und destruktives Verhalten bemerkbar. Oft haben Betroffene bereits eine längere Auseinandersetzung mit der Traumafolgesymptomatik hinter sich. Dabei hat sich die Symptomatik vielfach gewandelt: Aus klassischen Traumasymptomen, wie Intrusionen, sind sekundäre Traumafolgesymptome, wie sozialer Rückzug oder Selbsthass geworden und bestimmen nun den Alltag. Oder es sind Bewältigungsversuche sichtbar, welche aber wieder eine neue Problematik in Gang gesetzt haben, etwa Adipositas oder eine Suchterkrankung.

Auch wenn eine psychotherapeutische Unterstützung für die meisten Betroffenen wünschenswert wäre, ist sie vielfach nicht realisierbar. Traumatherapeut:innen stehen nur sehr begrenzt zur Verfügung, die Wartezeiten sind lang und sozialpsychiatrische Klient:innen teilweise unbeliebt, was ihre Chance auf eine angemessene psychotherapeutische Behandlung redu-



Andreas Knuf

Foto: MINDEMY

ziert. Diese Kombination aus ungünstigen Faktoren macht die Unterstützung von Klient:innen mit Traumafolgestörungen im Bereich der Sozialpsychiatrie herausfordernd, aber eben auch besonders wichtig.

Wie kann gute professionelle Hilfe gestaltet werden?

Auch wenn es heute noch nicht selbstverständlich ist, machen sich immer mehr Institutionen und Mitarbeitende fit für die Arbeit mit traumatisierten Klient:innen. Das Schlagwort dafür lautet »traumasensibel« oder »traumainformiert« arbeiten. Es bedeutet, das Wissen um Traumafolgen für die psychosoziale Arbeit mit Klient:innen zu nutzen, ohne explizit Methoden zur Traumaaufarbeitung einzusetzen. Zunächst muss alles dafür getan werden, um die reale Sicherheit und das Sicherheitserleben von Betroffenen zu fördern (Safety first). Klient:innen mit Erfahrungen von beispielsweise sexualisierter Gewalt dürfen in Institutionen auf keinen Fall erneuten Gewalterfahrungen ausgesetzt sein. Kontakt zu früheren Täter:innen muss unterbunden werden. Außerdem müssen Klient:innen vor weiteren Traumaerfahrungen, etwa vor subtiler oder direkter Gewalt in Institutionen oder vor Retraumatisierungen durch Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Kontext, geschützt werden (Retraumatisierung vermeiden). Eine Aufklärung über Traumafolgesymptomatik befähigt Klient:innen dazu, eigene Verhaltensweisen als stimmige Reaktionen auf biografische Erfahrungen zu begreifen. Auch sollten Klient:innen im Umgang mit Folgen von Traumatisierungen befähigt werden, etwa durch die Reflexion von Triggern, die Dissoziationen auslösen (Psychoedukation). Das Wissen über Traumafolgen können auch Fachpersonen nutzen, um schwierige Beziehungsdynamiken besser verstehen zu können und Klient:innen keine Manipulationsabsicht o. Ä. zu unterstellen. Die Beziehungsgestaltung sollte entsprechend geprägt sein von Kontrollierbarkeit, Transparenz und professioneller Nahbarkeit. Das Setting und die Regeln einer Institution sollten zudem auf Traumaerfahrungen abgestimmt werden. Das kann die Raumgestaltung durch Rückzugsmöglichkeiten bedeuten, aber auch die Entpflichtung von Traumaklient:innen zur Teilnahme an Gruppenangeboten, wenn ihre Angst vor Menschen groß ist.

Beispiele für traumasensibles Arbeiten

Beispiel 1: Eine traumatisierte Klientin wohnt mit zwei anderen Klienten in einer 3er-WG. Sie fühlt sich in der Wohnung nicht sicher und zieht sich immer weiter zurück, versteckt sich letztlich im eigenen Zimmer. Es kommt immer häufiger zu teils mehrstündigen Dissoziationen und Selbstverletzungen der Klientin nehmen zu. Es kommt zu Klinikaufenthalten, die die unterstützenden Fachpersonen als »letzte Fluchtmöglichkeit« der Klientin erleben. Erst als die Klientin in eine 1-Zimmer-Dachgeschosswohnung umzieht und ein Sicherheitsschloss angebracht wird, entspannt sie sich zunehmend und die Symptomatik nimmt ab.

Beispiel 2: Eine Klientin verstummt in Einzelgesprächen mit der Fachperson und wirkt sehr ängstlich. Die Fachperson hat die These, dass der relativ geringe räumliche Abstand ursächlich für das Verhalten ist. Der Vorschlag, gemeinsam einen optimalen Abstand der Sitzgelegenheiten zu finden, führt zu einer sichtlichen Entspannung der Klientin. Der Abstand ist doppelt so groß wie zuvor.

Beispiel 3: Die Klientin ist schon seit Jahren nicht mehr zum Zahnarzt gegangen, weil sie phobisch auf die Situation auf dem Zahnarztstuhl und die körperliche Nähe des Arztes reagiert. Die unterstützende Fachperson findet einen Zahnarzt, der mit traumatisierten und phobischen Menschen erfahren ist und beispielsweise mit der Klientin ein Stopp-Signal und Pausen vereinbart. Vielfach wird auch heute noch die Traumaexposition als die einzig wirksame Methode zur Behandlung von Traumatisierungen verstanden. In der Tat kann sie teilweise in kurzer Zeit deutliche Veränderungen bewirken, setzt jedoch eine relativ hohe Stabilität und Selbstverantwortung der Klient:innen voraus. Auch längere Behandlungen mit Psychopharmaka, Tendenzen zu Suchtverhalten und begrenzte Motivation machen Traumaexpositionen teilweise unmöglich. Eine intensive Traumaexposition im stationären Setting kann Betroffene außerdem überfordern und sogar negative Folgen haben, vor allem wenn die Weiterbehandlung nicht geklärt ist.

Gerade für sozialpsychiatrische Institutionen ergeben sich deshalb besondere Möglichkeiten, um trauma- und bindungssensibel zu arbeiten. Durch lange und verlässliche Beziehungsarbeit werden Klient:innen neue Lernerfahrungen ermöglicht. Alltagssituationen sind besonders gut geeignet, um neue Strategien im Umgang mit Dissoziationen, Flashbacks oder Triggerreizen zu erproben und zu verfestigen. Manche Unterstützungsangebote wie etwa Stations-äquivalente Behandlung oder Betreutes Einzelwohnen erleichtern es Betroffenen, das Angebot anzunehmen. Besonders wichtig sind Stabilisierungs- und Ressourcentechniken. Bei Mitarbeitenden ohne psychotherapeutische Qualifikation gibt es jedoch viele Ängste, solche Methoden einzusetzen. Die Angst davor, eine Retraumatisierung zu bewirken, ist sehr verbreitet, bei hinreichender Schulung aber unbegründet. Schulung in traumasensibler Arbeit nimmt diese Unsicherheiten und gibt Fachpersonen ein ganz anderes »Standing«, sodass sie traumatisierten Menschen Vertrauen und Sicherheit vermitteln können.

Weniger Stress durch hinreichende Fortbildung

Eine wissenschaftliche Studie aus der Schweiz untersuchte, wie sich ausreichende Fortbildung zum Umgang mit Traumata auf das Stresserleben von Fachpersonen und auf Gewalterfahrungen durch Klient:innen auswirkt. Untersucht wurden Mitarbeitende, die mit mehrheitlich traumatisierten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen arbeiteten. Während die eine Gruppe der Fachpersonen eine umfangreichere traumaspezifische Fortbildung erhielt, erhielten die anderen keinerlei Weiterbildung. Die Ermittlung des Stresshormons Cortisol anhand von Haarproben zeigte, dass Mitarbeitende mit Weiterbildung deutlich geringere Cortisolwerte hatten und seltener mit Gewalterfahrungen durch die Jugendlichen konfrontiert waren als Fachpersonen ohne Weiterbildung.

Andreas Knuf ist Psychotherapeut, Supervisor und Referent. Sein Fortbildungsinstitut SeeSeminar bietet u. a. die Online-Qualifikation »Traumasensibel arbeiten« an: www.seeminar.de. Zahlreiche Lehrvideos von Andreas Knuf sowie Fachgespräche mit Thomas Bock zum Thema Trauma finden sich in einer Playlist auf YouTube, die unter diesem QR-Code abrufbar ist.

