

Wittig, Mareike

Traumata in der Kindheit und ihre Auswirkungen im Erwachsenenalter

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2020

Erstprüfer: Prof. Dr. phil. Isolde Heintze

Zweitprüfer: Prof. Dr. med. habil. Dr. rer. soc. Stefan Brunnhuber

Bibliografische Beschreibung

Wittig, Mareike:

Traumatische Erlebnisse in der Kindheit und ihre Auswirkungen auf das spätere Erwachsenenalter – eine Auswahl der bedeutendsten Bedingungen, Auswirkungen und Folgeerkrankungen. 36 Seiten

Zschopau, Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit,
Bachelorarbeit, 2019

Referat

Diese Bachelorarbeit befasst sich mit der Einteilung von Traumata, mit der Entstehung und Wirkung dieser und den vielfältigen Folgen von Traumata in der Kindheit, sowie mit einer Form der Therapie von Traumata. Ebenso zeigt sie die Beziehung zwischen Traumata in der Kindheit und späteren Folgen im Erwachsenenalter auf und beleuchtet in diesem Zusammenhang einige Traumafolgestörungen näher.

Grundlage der Bachelorarbeit ist eine intensive Literaturrecherche.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	5
1 Traumata, ihre Wirkung und Verarbeitung	7
1.1 Begriffserklärung Trauma.....	7
1.2 Das Erleben des Traumas	8
1.2.1 Die Abläufe im Körper während der traumatischen Situation	8
1.2.2 Die Überlebensreflexe.....	10
1.2.3 Die Phasen der normalen Traumaverarbeitung.....	13
2. Traumatisierende Ereignisse in der Kindheit	15
2.1 Begriffserklärung Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter.....	15
2.2 Einteilung der traumatisierenden Ereignisse.....	16
2.2 Die ACE-Studie.....	18
2.2.1 Das Ziel und der Inhalt der Studie	18
2.2.2 Das Ergebnis der Studie	20
3 Die Folgen von Traumata in der Kindheit	21
3.1 Die neurophysiologischen Folgen eines Traumas	21
3.2 Die Risikofaktoren für die Ausbildung von Langzeitfolgen	23
3.3 Die Schutzfaktoren gegen Folgen eines Trauma	25
3.4 Die Folgeerkrankungen einer Traumatisierung	25
3.4.1 Die häufigsten Folgeerkrankungen.....	25
3.4.2 Die Dissoziative Identitätsstörung	30
3.4.2.1 Definition und Entstehung.....	30
3.3.2.2 Die Merkmale einer Dissoziativen Identitätsstörung	31
3.3.2.3 Diagnose und Therapie	32

4. Die EMDR – Therapie	33
4.1 Erklärung und Funktion von EMDR	33
4.2 Die Wirkungsweise der EMDR-Therapie	35
4.3 Die Erfolgsaussichten der EMDR-Therapie	36
5 Soziale Arbeit und Trauma	37
5.1 Bedeutung der Sozialen Arbeit bei Traumata.....	37
5.2 Traumatherapie und Traumapädagogik	37
Fazit	40
Literaturverzeichnis	41
Erklärung zur selbstständigen Anfertigung der Arbeit.....	47

Einleitung

In dieser Arbeit wird sich mit dem Thema *Traumata in der Kindheit und ihre Auswirkungen im Erwachsenenalter* beschäftigt.

Ich habe dieses Thema gewählt, weil ich im vierten Semester ein sehr interessantes Modul zum Thema Trauma besucht habe und mich noch intensiver mit diesem Thema auseinandersetzen wollte.

In einigen Teilen wird erst auf verschiedene Aspekte allgemein Bezug genommen, da beispielsweise bei der Kategorisierung von Traumata unbedeutend ist, ob die Betroffenen Kinder, Jugendliche oder Erwachsene sind. Dennoch wird stets die Bedeutung speziell für das Kind hervorgehoben werden bzw. gibt es Teile in denen ausschließlich auf die Kindheit eingegangen wird.

Der erste Teil der Arbeit setzt sich mit Traumata, ihrer Wirkung und Verarbeitung auseinander. Hier wird als erstes der Begriff Trauma erklärt und anschließend darauf eingegangen, wie die betroffene Person die traumatische Situation erlebt. Dies umfasst die Abläufe im Körper, sowie die Überlebensreflexe während der traumatischen Situation, sowie die Phasen der normalen Verarbeitung eines Traumas.

Der zweite Teil bezieht sich auf traumatisierende Ereignisse in der Kindheit. Als erstes werden hier die traumatischen Erlebnisse eingeteilt und anschließend auf die ACE-Studie eingegangen, die sich intensiv mit Traumatisierung in der Kindheit und deren Folgen im Erwachsenenalter befasst. Es wird auf Ziel und Inhalt der Studie, sowie auf ihr Ergebnis eingegangen. In diesem Teil wurde stets eine Auswahl an Ereignissen getroffen, da dies ein sehr vielschichtiges Thema ist.

Im dritten Teil werden die Folgen von Traumata in der Kindheit beleuchtet. Es werden auf die neurophysiologischen Folgen, auf die Risikofaktoren für die Ausbildung von Langzeitfolgen, sowie auf Schutzfaktoren gegen Folgen einer Traumatisierung eingegangen.

Außerdem werden einige bestimmte Folgeerkrankungen ausgewählt und kurz erläutert. Eine Folgeerkrankung – die Dissoziative Identitätsstörung - wird intensiver beleuchtet.

Im vierten Punkt wird die EMDR-Therapie vorgestellt. Die Therapie an sich wird erklärt, sowie die Funktion und die Wirkungsweise erläutert und auf die Erfolgsaussichten dieser Therapie eingegangen.

Als letztes Thema wird Soziale Arbeit und Trauma behandelt. Hier dreht es sich um die Bedeutung der Sozialen Arbeit bei Trauma, sowie um Traumatherapie und Traumapädagogik.

Ganz zum Schluss, im Fazit, werden ein paar wichtige Punkte noch einmal aufgefasst und ein kleiner Ausblick gegeben.

1 Traumata, ihre Wirkung und Verarbeitung

1.1 Begriffserklärung Trauma

Der Begriff *Trauma* findet immer mehr einen Platz in der Alltagssprache. So werden zum Beispiel unangenehme oder stressige Situationen zunehmend mehr als traumatisch bezeichnet. Doch auch, wenn diese Situationen von den Beteiligten als konflikthaft oder belastend wahrgenommen wurden, werden sie der wahren Bedeutung des Begriffs nicht gerecht, da echte traumatisierende Ereignisse oft lebenslange Folgen haben.

Der Begriff des *Traumas* stammt aus dem Altgriechischen und bedeutet übersetzt *Wunde* oder *Verletzung*. In der Medizin bezeichnete dies allein eine Verwundung des menschlichen Körpers. In der Psychologie allerdings meint der Begriff die Schädigung der Psyche bzw. Seele eines Menschen. Dies wird dann auch Psychotrauma genannt (Scherwath, Friedrich 2016, S. 20).

Im medizinischen Kontext definieren vorherrschend die ICD 10¹ und die DSM-IV² den Begriff *Trauma* (Scherwath, Friedrich 2016, S. 20).

¹ICD ist die Abkürzung für „International Classification of Diseases and Related Health Problems“ (Onmeda.de o.J., o.S.) Es ist ein Klassifikationssystem, welches weltweit anerkannt ist und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt wurde. In diesem Klassifikationssystem werden die meisten Krankheiten in Kategorien unterteilt und bekommen ein Kürzel. Dadurch kann eine Diagnose weltweit gleich benannt werden. Mit der ICD-10-WHO werden die Todesursachen verschlüsselt (ebd.). Die WHO ist eine Organisation der Vereinten Nationen und ihr größtes Ziel ist, das höchste Gesundheitsniveau für alle Menschen zu erreichen. Dazu zählt unter anderem Krankheiten zu bekämpfen (Bundesministerium für Gesundheit 2016, o.S.).

²DSM ist die Abkürzung für „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (med.de o.J., o.S.). Auf Deutsch bedeutet es „Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen“ (ebd.). Dieses Handbuch wird von der „American Psychiatric Association“ (med.de o.J., o.S.) herausgegeben und soll das Diagnostizieren von psychischen Störungen leichter machen (med.de o.J., o.S.).

Das ICD 10 bezeichnet Trauma als ein Ereignis oder eine Situation, die eine extreme Bedrohung darstellt und katastrophenartige Ausmaße haben kann. Dieses Ereignis oder diese Situation kann langanhaltend oder kurzweilig sein, wird von den Betroffenen als sehr belastend wahrgenommen und ruft bei fast allen eine tiefe Verzweiflung hervor. Das Trauma wird hier ausschließlich als Ereignis definiert, obwohl das Wort *Trauma* von dem Wort *Wunde* abstammt und somit eigentlich auf die Folgen des Traumas hinweist (Scherwath, Friedrich 2016, S. 20). Die Definition des DSM-IV kommt dem Ursprung des Wortes *Trauma* als Wunde schon näher, indem es Trauma als ernsthafte Verletzung, als eine Gefahr für die Unversehrtheit des Körpers oder sogar als eine reale oder potenzielle Todesbedrohung sieht (Scherwath, Friedrich 2016, S. 20f.). Diese Bedrohung muss nicht nur die Person selbst betreffen, sondern kann auch andere einschließen oder sogar ausschließlich andere betreffen (vgl. Scherwath, Friedrich 2016, S. 21).

Diese beiden Definitionen sind auch in der modernen Traumaliteratur noch leitend, auch wenn die meisten Expert*innen auf diesem Gebiet diese Definitionen teilweise abändern und an ihre Forschungsergebnisse anpassen (Scherwath, Friedrich 2016, S. 21).

Abschließend ist noch zu sagen, dass es alltägliche Stressoren gibt, die zwar durchaus auch zu einem Trauma führen können, aber in der Regel lediglich belastend und keine traumatisierenden Ereignisse sind. Solche Stressoren können zum Beispiel der Verlust des Arbeitsplatzes sein oder das Durchfallen bei einer Prüfung (Heedt 2017, S. 3).

1.2 Das Erleben des Traumas

1.2.1 Die Abläufe im Körper während der traumatischen Situation

Erlebt ein Mensch ein traumatisierendes Erlebnis, versetzt sich der gesamte Körper in einen Ausnahmezustand und Notfallreaktionen laufen ab.

Als erstes ist es bedeutend zu wissen, was bei Stresssituationen im menschlichen Körper abläuft (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 21).

Über die Sinne nimmt der Mensch jeden Tag enorm viele Reize auf. Das Gehirn sortiert alle Reize, die es als wichtig empfindet und sortiert alle aus, die es als nicht bedeutend empfindet (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 21).

Vergleichsweise wenige werden nicht aussortiert und gelangen in das Bewusstsein des Menschen. Und selbst von diesen Reizen wird nur ein kleiner Teil so abgespeichert, dass die Person es nach einer gewissen Zeit nochmal abrufen kann. Die meisten werden nach kurzer Zeit wieder vergessen (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 21).

Das menschliche Gehirn umfasst drei Teile. Diese sind miteinander verbunden. Der Hirnstamm oder auch Stammhirn genannt, ist zum Beispiel für das Atmen und die Herzfrequenz zuständig. Es ist also für all die Funktionen zuständig, die unbewusst geschehen.

Das limbische System ist das Zentrum der Emotionen und lenkt außerdem die Reflexe und Überlebensinstinkte eines Menschen. Zusätzlich umfasst es den Hippocampus, den Hypothalamus und die Amygdala.

Die Großrinde als letzter Teil, ist für verschiedene wichtige Fähigkeiten wie das Denken, die Sprache und die Kreativität zuständig. Das prozedurale und das semantische Gedächtnis werden ebenfalls von ihr gesteuert (ebd., S. 22). Das semantische Gedächtnis speichert universelles Wissen, also zum Beispiel Formeln (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 22f.). Das prozedurale Gedächtnis dagegen hilft dem Menschen, Fähigkeiten, die er gelernt hat anzuwenden, ohne darüber nachzudenken. Ein Beispiel dafür ist, dass ein Mensch, wenn er es einmal gelernt hat, innerhalb weniger Sekunden eine Schleife binden kann.

Wirken nun Reize auf den menschlichen Körper ein, werden diese aufgenommen und an die Mandelkerne weitergegeben. Diese sind dafür zuständig Reaktionen auf Erlebnisse mit besonders hoher Spannung zu verarbeiten und zu speichern. Traumatische Erlebnisse gehören zu solchen Situationen. Selbst wenn die betroffene Person sich später wieder an das Erlebnis erinnert, sind diese Mandelkerne, welche auch Amygdalae genannt werden, sehr aktiv.

Nun entscheidet die Amygdala in wenigen Sekunden, ob der Mensch sich in Gefahr befindet oder nicht. (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 23).

Entschieidet sie, dass Gefahr besteht, wird Adrenalin zur Verfügung gestellt und wenn eine extreme Bedrohung besteht, sogar Cortisol ausgeschüttet (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 23). Adrenalin, ein Stresshormon erleichtert es dem Körper schnell an seine Energiereserven zu kommen, um kämpfen oder auch fliehen zu können. Unter anderem steigt durch das Adrenalin der Blutdruck und die Herzfrequenz erhöht sich (Heinisch o.J., o.S.). Cortisol ist auch ein Stresshormon und u.a. mobilisiert es ebenfalls die Energiereserven des Körpers und steigert die Aufmerksamkeit des Menschen (Dr-Gumpert.de o.J., o.S.). Durch diese Hormone wird Handlung und Kraft freigesetzt und der/die Betroffene kann reagieren. Dies ist aber nur möglich, wenn auch eine Handlungsstrategie verfügbar ist. Kann der/die Betroffene auf eine Handlungsstrategie zurückgreifen, ist er in der Lage zu kämpfen oder zu fliehen (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 23).

Als nächstes prüft der Hippocampus als Teil des limbischen Systems, ob eine Gefahr besteht. Ist dies der Fall, bewirkt es in dem/der Betroffenen Stress. Umso unkontrollierbar, unvorhersehbar und unverständlicher das Erlebnis von der betroffenen Person wahrgenommen wird, umso höher ist der Stress. Besonders starker Stress führt dazu, dass Adrenalin und andere Stresshormone ausgeschüttet werden (ebd., S. 24). Damit die Person die stressige Situation überstehen kann, ist der ganze Körper auf Kampf oder Flucht ausgerichtet und alle anderen Vorgänge, die nicht direkt überlebensnotwenig sind, werden entweder eingestellt oder laufen nur auf der niedrigsten Stufe – zum Beispiel die Verdauung (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 25).

1.2.2 Die Überlebensreflexe

Der Mensch verfügt über drei verschiedenen Reflexe, die es ihm ermöglichen eine traumatische oder bedrohliche Situation zu überleben. Der Körper entscheidet innerhalb von Millisekunden ob er flieht, kämpft oder erstarrt (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 26).

Entschieidet der Organismus, dass eine Chance besteht, der Situation zu entfliehen oder diese zumindest erträglich machen zu können, wird er kämpfen. So versucht zum Beispiel eine Frau, die überfallen wurde, sich zu wehren (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 26).

Wenn der/die Betroffene kämpft, werden die Schmerzgefühle der Person betäubt, sowie außerordentliche Kräfte freigesetzt. Der/die Betroffene ist in dieser Situation zu Leistungen fähig, zu denen er/sie sonst nicht fähig wäre.

Sind die Chancen dagegen gering, durch Kampf die Situation zu verbessern oder ihr sogar zu entgehen, wird der/die Betroffene, wenn er/sie dazu in der Lage ist, versuchen zu fliehen (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 26).

Die Entscheidung, ob der/die Betroffene kämpft oder flieht, ist nicht immer logisch nachzuvollziehen, da es eine Entscheidung ist, die instinktiv gefasst wird. Ein Beispiel dafür ist, dass Menschen bei den Anschlägen im World-Trade-Center, aus dem Fenster sprangen, obwohl eigentlich klar war, dass sie dies unmöglich überleben können.

Ist es dem/der Betroffenen gelungen, der Situation zu entfliehen oder sie zu beeinflussen, erlebt er/sie das Erlebnis wahrscheinlich zwar als stark belastend, aber nicht traumatisch.

Wenn es dem/der Betroffenen jedoch nicht möglich ist zu fliehen oder zu kämpfen, ist die dritte Reaktionsmöglichkeit das Erstarren. Das heißt der Körper des/der Betroffenen geht in den Schockzustand, seine Fähigkeit sich zu bewegen und seine ganze Muskulatur sind blockiert, bzw. erstarrt. In diesem Zustand kann der/die Betroffene sich nicht bewegen oder weglaufen, selbst wenn er/sie es möchte. In dieser Situation des Erstarrens liegt die Gefahr der Traumatisierung, denn der/die Betroffene hat keine andere Möglichkeit zum Handeln als zu erstarren (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 27). In dieser Situation überflutet den/die Betroffene starke Angst, denn er hat das Gefühl vernichtet zu werden und er/sie fühlt sich absolut ausgeliefert und ohnmächtig, denn er sieht keine Möglichkeit zur Reaktion (Wissing 2018, S. 9). Dies wird auch *traumatische Zange* genannt (Wissing 2018, S. 10).

Während dieses traumatisierenden Erlebnisses werden die Grundüberzeugungen eines Menschen zerstört. Bis zu dem Trauma war die Person in der Regel davon überzeugt, dass sie wertvoll und sicher ist, Menschen vertrauen und die Welt kontrollieren kann. Nach dem Trauma sind diese wichtigen Überzeugungen erschüttert (Wissing 2018, S. 7).

Während sich der/die Betroffene in der traumatischen Zange befindet, wird oft eine Strategie angewendet, die zur Bewältigung der Situation beitragen soll. Die Dissoziation ist ein Mechanismus, der den Menschen vor alltäglicher Reizüberflutung schützen soll. Das bedeutet, dass das Gehirn verschiedene Fakten ausklammert. Diese Fähigkeit besitzen alle Menschen, doch sie ist unterschiedlich stark ausgeprägt. Ein Beispiel dafür ist, dass eine Person in einem Buch versunken ist und alles andere um sich herum ausblendet. In einer Stresssituation, die eben auch eine traumatische Situation sein kann, ist es häufig der Fall, dass die/der Betroffene dissoziiert (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 28). Das traumatische Erleben wird abgeschaltet, um das Überleben zu sichern. So kann sich der/die Betroffene vor starken Schmerzen oder extremen Gefühlen wie zum Beispiel Todesangst schützen. Da die Dissoziation ein natürlicher Vorgang ist, lässt er sich normalerweise steuern. Kinder können in der Regel außerordentlich gut dissoziieren. Oft ist zu beobachten, dass sie völlig in ihr Spiel versunken sind und kaum noch ansprechbar sind. Dies ist völlig natürlich. Wenn Kinder allerdings sehr früh, langanhaltend oder wiederholt traumatisiert werden, nutzen sie diese Dissoziation als Strategie zum Überleben. In der Regel können sie dies dann nicht mehr steuern und wird so zur Störung (Reddemann; Dehner-Rau 2011, S. 59).

Kinder und Jugendliche reagieren auf Notfallsituationen oft zusätzlich mit dem Phänomen des Täuschens. Das bedeutet, dass sie zum Beispiel versuchen fröhlich zu wirken, wenn der Täter in der Nähe ist. So versuchen sie ihre Angst nicht zu zeigen und außerdem zu reduzieren (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 28).

Zudem kann die Strategie des Täuschens auch einen Schutz darstellen. So wollen Kinder, die beispielsweise von ihrem Vater misshandelt wurden, nicht wieder seinen Zorn auf sich ziehen und sind deswegen in seiner Gegenwart besonders freundlich oder sogar liebevoll zu ihm (vgl. Weinberg, Korittko o.J., S.3).

Für Außenstehende ist diese Strategie meist nicht zu durchschauen (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 28).

Abschließend ist noch zu sagen, dass traumatische Ereignisse sich tief in das menschliche Gehirn einbrennen und der/die Betroffene es nie wieder wird vergessen können (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 29).

1.2.3 Die Phasen der normalen Traumaverarbeitung

Nicht immer hat ein Trauma weitreichende Folgen. Gelegentlich kommt es vor, dass die betroffene Person das Trauma recht schnell übersteht und verarbeitet und in das Leben zurückfindet. Dieser ideale Verlauf nach einem traumatisierenden Erlebnis umfasst drei Phasen (vgl. Heedt 2017, S. 3).

Die erste Phase ist die Schockphase, welche eine Dauer von nur einer Stunde bis zu einer Woche haben kann. (Heedt 2017, S. 3).

Der Betroffene weiß zwar, dass das traumatisierende Ereignis vorüber ist, aber für ihn/sie ist es in dieser Phase so, als würde diese Situation immer noch andauern. In dieser Zeit stehen dem/der Traumatisierten die meisten Fähigkeiten seines/ihres Körpers zur Verarbeitung einer Situation bzw. des Schutzes nur unzureichend bis gar nicht zur Verfügung (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 32). In dieser ersten Phase wechselt der Betroffene zügig zwischen Zuständen, in der er emotional betäubt ist und Zuständen, in denen er sehr wach ist. Außerdem ist das Bindungsverhalten sehr unterschiedlich. Einmal hat der/die Betroffene das Bedürfnis nach Nähe und dann wieder möchte er Abstand. Ebenso wechseln sich Hypermnesie - der Betroffene erinnert sich überdeutlich an die traumatisierende Situation - und die Amnesie, also die fehlende Erinnerung, miteinander ab (Heedt 2017, S. 3).

In der Regel kann der/die Traumatisierte nicht glauben, dass das Ereignis tatsächlich stattgefunden hat. Sie leugnen auch häufig, dass sie ängstlich waren und sich bedroht fühlten. Die/der Betroffene ist stark hin und her gerissen. Auf der einen Seite möchte er/sie alles leugnen und vermeiden über das Erlebte zu sprechen. Auf der anderen Seite gibt es wieder Zeiten, in denen er/sie das starke Bedürfnis empfinden, sich mit der Situation intensiv auseinanderzusetzen. In dieser Phase ist es nicht möglich, dass traumatisierende Erlebnis zu verarbeiten (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 32).

Die zweite Phase ist die Einwirkungsphase. Im Zeitraum von einer bis zwei Wochen nachdem der/die Betroffene die traumatisierende Situation erlebte, setzt diese Phase ein (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 33).

Dadurch, dass nun etwas Zeit vergangen ist und außerdem der schlimmste Schock nachlässt, ist es langsam möglich, das Trauma zu verarbeiten. In dieser Phase empfindet der/die Traumatisierte Hoffnungslosigkeit, Ärger und Ohnmacht. Er/sie zweifelt an sich selbst und an anderen Menschen. Bestimmte Symptome, die nach einem Trauma typisch sind, aber in der Regel nach einer bestimmten Zeit wieder gehen, können in dieser zweiten Phase besonders stark aufgeprägt sein. Dazu gehören zum Beispiel, Konzentrations- und Einschlafstörungen, Schreckhaftigkeit, sowie Flashbacks, die sich dem/der Betroffenen aufdrängen. Diese Flashbacks, sind Zustände, in denen die Betroffenen die traumatische Situation nochmal erleben. Ausgelöst werden sie durch bestimmte Reize, die an das traumatische Erlebnis erinnern (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 33).

Zwischen zwei bis vier Wochen nach der traumatischen Situation beginnt die Erholungsphase. In dieser zeigt sich, ob das Trauma verarbeitet werden kann oder nicht. Wenn es verarbeitet werden kann, werden die Symptome schwächer und verschwinden irgendwann völlig, der/die Betroffene muss sich nicht ständig an das traumatische Erlebnis erinnern, auch wenn es stets sehr bedeutsam bleibt. Der Alltag bekommt wieder eine stärkere Bedeutung und wird nicht ständig von dem Erlebten belastet. Wenn das Erlebnis komplett verarbeitet wurde, wird der Betroffene nicht mal mehr von Flashbacks überwältigt, wenn er an das Trauma denkt (ebd.)

Damit die letzte Phase optimal verlaufen kann, ist vor allem wichtig, dass der/die Betroffene wirklich Abstand von dem Erlebten hat, zur Ruhe kommen und entspannen kann. Wenn der/die Betroffene allerdings wieder mit Teilen der traumatischen Situation konfrontiert wird, wird die Erholungsphase gestört und das Trauma kann nicht ausreichend verarbeitet werden, sondern wird stattdessen noch verstärkt, da der Betroffene immer wieder daran erinnert wird. Ungefähr ein Drittel der Personen, die eine traumatisches Erlebnis erlitten, erholen sich ohne Hilfe von außerhalb. Bei Vergewaltigung ist es nur ein Viertel der Betroffenen, bei Folter erholt sich fast niemand ohne Hilfe von außen (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 34).

Kann das Trauma nicht verarbeitet werden, dann liegt das nicht an der Person selbst, sondern zum Beispiel daran, dass die traumatische Situation besonders schwer war. Auch wenn Personen nicht darüber reden können bzw. dürfen oder ihnen möglicherweise nicht geglaubt wird oder sie keine Möglichkeit haben sich abzulenken, verläuft das Trauma chronisch³. Der/die Betroffene braucht nun professionelle Hilfe. (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 34).

2. Traumatisierende Ereignisse in der Kindheit

2.1 Begriffserklärung Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter

Kindheit ist die Zeit von der Geburt eines Menschen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr (stangl o.J.a, o.S.). Von der Geburt bis vier Wochen danach werden die Kinder als Neugeborene bezeichnet. Ab vier Wochen bis zum ersten Lebensjahr sind es Säuglinge. Ab ihrem ersten Geburtstag werden Kinder Kleinkinder genannt (Habben, Antwerpes, Blaschke u.a. o.J., o.S.).

Mit Beginn des vierten Lebensjahres beginnt die frühe Kindheit. Diese dauert bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr. Daran schließt sich die mittlere Kindheit vom siebten Lebensjahr bis zum beendeten zehnten Lebensjahr (stangl o.J.a, o.S.).

Die letzte Phase der Kindheit ist die späte Kindheit. Diese umfasst die Zeit vom 11. bis zum abgeschlossenen 14. Lebensjahr (stangl o.J.a, o.S.).

Als das Jugendalter wird der Lebensabschnitt vom vollendeten 14. Lebensjahr bis zum Erwachsenenalter bezeichnet. Die untere Altersgrenze ist allerdings nicht einheitlich definiert. Manche Menschen sprechen vom Jugendalter bereits ab dem 12. Lebensjahr oder ab dem Eintritt der Pubertät⁴ (stangl o.J.b, o.S.).

Das Erwachsenenalter beginnt mit der Volljährigkeit (AnthroWiki o.J., o.S.). Diese liegt in Deutschland beim vollendeten 18. Lebensjahr.

³ Das Wort *chronisch* bedeutet dauernd oder beständig. Als Beschreibung eines Krankheitsverlaufs bedeutet dies, dass die Krankheit sich langsam entwickelt und lang andauert (Duden o.J.a, o.S.).

⁴Die Pubertät ist die Entwicklung, die zur sexuellen und körperlichen Reife führt (Hircin, Freyer, Merz u.a. o.J., o.S.).

2.2 Einteilung der traumatisierenden Ereignisse

Es gibt unterschiedliche Aspekte, in die sich traumatisierende Ereignisse, einteilen lassen (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 14).

Leonore Terr, Psychiaterin und Autorin (Wikipedia o.J., o.S.), teilt Ereignisse, die traumatisierend sind, in zwei Kategorien ein – Traumata Typ-I und Traumata Typ-II. Zu Traumata Typ-I gehören alle Ereignisse, die unvorhersehbar geschehen und deswegen überraschend über die Betroffenen kommen und oft mit Lebensgefahr verbunden sind. Diese Ereignisse sind außerdem einmalig. Sie unterbrechen das bisherige gewohnte Leben des Menschen und zerstören oft alle wichtigen Beziehungen, die der/die Betroffene hatte. Zu diesen Ereignissen zählen zum Beispiel Verkehrsunfälle, Überfälle oder wenn eine Person stirbt die dem/der Betroffenen sehr nahestand. Traumata des Typ-I bezeichnet man auch als Schock-Traumen (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 14).

Traumata Typ-II bestehen aus mehreren einzelnen Ereignissen, die traumatisierend sind. Sie umfassen demnach einen längeren Zeitraum und traumatisieren wiederholt. Diese Traumata bezeichnet man auch noch als chronisch – kumulative⁵ Traumen (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 14). Dadurch, dass diese Traumata mehrere traumatisierende Ereignisse umfasst, stellen sie eine starke Dauerbelastung für den/die Betroffene*n dar und haben meist weit stärkere Folgen als Traumata nach Typ-I. Zu Typ-II-Traumen zählen unter anderem, wenn eine Person in einem Konzentrationslager gefangen war oder wenn ein Kind sexuell missbraucht wird. Auch Mobbing oder eine langanhaltende Krankheit können ein Trauma nach Typ-II bewirken (ebd.).

Des Weiteren ist es möglich, Situationen die traumatisierend sind, auch nach ihren Ursachen in zwei Gruppen einzuteilen (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 14).

⁵Der Begriff *kumulativ* beschreibt, dass sich etwas anhäuft oder sich steigert (neues Wort.de o.J., o.S.).

Die erste Gruppe ist die der Traumata, die durch Menschen verursacht wurden, auch personale Traumatisierungen genannt. Die zweite Gruppe sind die apersonale Traumatisierungen (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 14).

Zu personalen Traumatisierungen zählen unter anderem Flugzeugabstürze, Autounfälle, Amokläufe, sexuelle Gewalt und Folter. Zu den apersonalen Traumatisierungen zählen zum Beispiel, Krankheiten, Naturkatastrophen oder der Tod einer Person, zu der der/die Betroffene eine enge Beziehung hatte (ebd., S. 15).

Weiterhin lassen sich traumatisierende Situationen danach einteilen, in welcher Art der/die Traumatisierte betroffen war bzw. ist. So ist es möglich, in primäre, sekundäre, sowie tertiäre Traumatisierungen einzuteilen, allerdings werden diese drei Begriffe in der Fachliteratur nicht einheitlich verwendet (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 16).

Für Clemens Hausmann, ein Psychologe (Hausmann o.J., o.S.), sind primär traumatisierte Personen die, welche persönlich auf direkte Weise von dem Ereignis traumatisiert wurden. Zum Beispiel Opfer von Gewalt oder Kriegsgefangene. Sekundär Traumatisierte sind seiner Meinung nach die Personen, die in irgendeiner Weise in das traumatisierende Ereignis involviert waren. Meist sind diese bei traumatischen Situationen nach Typ-1 zu finden. Sekundär Traumatisierte können zum Beispiel Helfer sein, welche an den Ort des Unfalls kommen, also beispielsweise Mitarbeiter der Feuerwehr, aber auch unbeteiligte Zuschauer (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 16).

Als tertiär Traumatisierte bezeichnet er diese, die nicht persönlich am Ort des Geschehens waren, sondern durch die Nachricht traumatisiert werden, dass beispielsweise eine nahestehende Person etwas Schlimmes, wie einen Unfall, erlebt hat (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 16).

Gottfried Fischer und Peter Riedesser beschrieben in ihrem Lehrbuch der Psychotraumatologie (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 168), diese drei Begriffe anders als Dr. Hausmann. Primär traumatisierte Personen definieren sie ebenfalls als diejenigen, welche direkt dem traumatisierenden Ereignis ausgesetzt waren (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 16).

Die Begriffe der sekundären und tertiären Traumatisierung nutzen sie allerdings um zu beschreiben, dass Menschen generationsübergreifend traumatisiert wurden. Dies ist zum Beispiel oft bei Menschen die durch Kriege traumatisiert wurden, der Fall (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 16). Nachkommen der Personen, die im Krieg waren, bekommen das Trauma also vererbt.

Den Grad der Betroffenheit beschreiben Fischer und Riedesser dagegen nicht mit den Begriffen tertiärer und sekundärer Traumatisierung, sondern nutzen die Begriffe der unmittelbaren und mittelbaren Betroffenheit. Als unmittelbar Betroffene bezeichnen sie Personen, die direkt betroffen sind (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 16). Sie sind also primär Traumatisierte.

Als mittelbar Betroffene bezeichnen sie die Personen, die der direkt betroffenen Person sehr nahestehen bzw. mit dieser verwandt sind (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 16).

So soll verdeutlicht werden, dass auch diese Personen durch das erlebte Trauma des anderen einer starken Belastung ausgesetzt sind (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 16). Diese starke Belastung kann sogar bis zu einem Trauma führen. Den Fall, dass professionelle Helfer ebenfalls traumatisiert werden, bezeichnen Fischer und Riedesser als stellvertretende oder vikariierende⁶ Traumatisierung (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 16).

2.2 Die ACE-Studie

2.2.1 Das Ziel und der Inhalt der Studie

Allgemein ist erstmal zu sagen, dass Kinder ein wesentlich höheres Risiko tragen traumatisiert zu werden, als Erwachsene, da sie noch nicht über so viele Möglichkeiten verfügen sich zu schützen oder Situationen und Erlebnisse zu verarbeiten. Je jünger ein Kind ist, umso höher ist das Risiko, dass es durch eine Situation traumatisiert wird (Traumatherapie-Praxis o.J.a o.S.). Zudem werden Situationen von Kindern als Bedrohung wahrgenommen, lösen Ängste aus und können somit traumatisierend sein, die von Erwachsenen als unbedeutend wahrgenommen werden (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 18).

⁶ *Vikariieren* bedeutet die Stelle eines andern zu vertreten (Duden o.J.b, o.S.).

In der ACE ⁷ -Studie wurden Erwachsene aus der US-amerikanischen Bevölkerung untersucht.

Mögliche Traumatisierungen im Kindesalter der Untersuchten und eventuelle Folgen daraus, sollten Gegenstand der Studie sein.

Über 17.000 Erwachsene wurden untersucht und tatsächlich ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Traumata im Kindesalter und späteren Folgen für die Gesundheit im Erwachsenenalter aufgedeckt (Traumatherapie-Praxis o.J.b, o.S.). Diese Folgen können sowohl psychischer⁸ als auch physischer⁹ Art sein und je mehr Traumatisierungen in der Kindheit geschahen, umso größer ist der Einfluss dieser, auf die spätere Gesundheit (Traumatherapie-Praxis o.J.b, o.S.).

Die Studie umfasste die Untersuchung zehn verschiedener Arten von Traumatisierungen in der Kindheit. Die Hälfte der untersuchten Traumata bezogen sich direkt auf die betroffene Person, die andere Hälfte auf deren familiäres Umfeld. Zu jeder Art der Traumatisierung wurde eine Frage formuliert, welche die Untersuchten beantworten sollten. Die Fragen bezogen sich auf die Zeit bis zum 18. Lebensjahr und durch sie konnte herausgefunden werden, ob die befragte Person in seiner/ihrer Kindheit ein Trauma oder sogar mehrere Traumata erlitten hat (ebd.).

Wenn der/die Befragte eine Frage positiv beantwortete, also wenn er/sie in seiner/ihrer Kindheit so eine belastende Situation erlebt hatte, bekam er/sie einen Punkt. Am Ende wurden alle Punkte zusammengezählt. Dies ergab dann den ACE-Score, der dann aussagte, wie stark der/die Untersuchte in Bezug auf Traumata in der Kindheit vorbelastet ist.

Die ersten fünf Fragen betrafen die befragte Person direkt und untersuchten mögliche Traumata durch körperliche Misshandlung, sexuellen oder emotionalen Missbrauch und durch körperliche oder emotionale Vernachlässigung. Die anderen fünf Fragen untersuchten, ob durch Geschehnisse im familiären Umfeld Traumata bei den Betroffenen entstanden sind (Traumatherapie-Praxis o.J.b, o.S.).

⁷ ACE ist die Abkürzung für „Adverse Childhood Experience“ (Traumatherapie-Praxis o.J.b, o.S.).

⁸ Psychisch bedeutet, die Psyche bzw. die Seele betreffend (Duden o.J.c, o.S.).

⁹ Physisch meint u.a., den Körper und seine Beschaffenheit (Duden o.J.d, o.S.).

Dazu zählen häusliche Gewalt gegen die Mutter, Suchtmittel-Missbrauch oder psychische Erkrankungen bei Personen im gleichen Haushalt, Trennung bzw. Scheidung der Eltern und die Inhaftierung eines Mitglieds der Familie (Traumatherapie-Praxis o.J.b, o.S.).

Natürlich gibt es noch weit mehr Ereignisse, die in der Kindheit traumatisieren können. Beispielsweise, der Tod einer Bezugsperson oder wenn ein Kind Zeuge ist, wie ein Geschwisterkind missbraucht wird. Die ACE-Studie musste sich aber begrenzen und entschied sich deswegen für die zehn Erlebnisse, die am häufigsten in der Kindheit zu einem Trauma führen (Traumatherapie-Praxis o.J.b, o.S.).

2.2.2 Das Ergebnis der Studie

Aus den Ergebnissen der ACE-Studie lassen sich einige allgemeine Aussagen ableiten. Als erstes lässt sich feststellen, dass Traumata in der Kindheit häufig vorkommen und in allen Bevölkerungsschichten zu finden sind. Schon allein fast zwei Drittel der befragten Personen waren in ihrer Kindheit von mindestens einem Trauma betroffen. Ihr ACE-Score war also höher als Null. Vier oder mehr Traumatisierungen in der Kindheit gab es bei 12,5 Prozent der Befragten.

Außerdem wurde herausgefunden, dass ein Trauma in der Kindheit, einen starken Einfluss auf die Gesundheit im späten Leben hat und je mehr Traumata erlebt wurden, desto stärker dieser negative Einfluss ist (Traumatherapie-Praxis o.J.b, o.S.).

Die Ereignisse, welche am häufigsten zu einem Trauma in der Kindheit führten, waren körperliche Misshandlung bei 28,3 Prozent der Befragten, dann der Suchtmittelmissbrauch im selben Haushalt bei 26,9 Prozent, danach die Scheidung bzw. Trennung der Eltern bei 23,3 Prozent und dann der sexuelle Missbrauch, von dem 20,7 Prozent der Befragten betroffen war.

Die Studie belegt, dass wenn eine Person sechs oder mehr Traumata in der Kindheit erlebt hatte, seine Lebenserwartung sich im Durchschnitt um 20 Jahre verringert (Traumatherapie-Praxis o.J.b, o.S.).

Zu den negativen Folgen, welche die Lebenserwartung senken, zählen unter anderem ein erhöhtes Risiko später zu rauchen oder Alkohol bzw. Drogen zu missbrauchen, unter einer psychischen Störung zu leiden bzw. depressiv zu werden, an Krebs zu erkranken und zu versuchen sich umzubringen (Traumatherapie-Praxis o.J.b, o.S.).

Natürlich gibt es auch Folgen von Kindheitstraumen, die nicht direkt etwas mit der Gesundheit des/der Betroffenen zu tun haben, sondern andere Bereiche seines/ihrer Lebens betreffen. So steigt zum Beispiel das Risiko, dass er/sie später von finanziellen Problemen, sowie von Problemen im Arbeitsleben betroffen ist. Ebenso ist das Risiko höher, dass der/die Betroffene eine kriminelle Handlung begeht oder von Obdachlosigkeit betroffen ist. Sogar das Risiko vergewaltigt zu werden oder das von ungewollten Schwangerschaften steigt (Traumatherapie-Praxis o.J.b, o.S.).

Abschließend ist nun zu sagen, dass die Studie eindeutig zeigt, dass es eine direkte Verbindung zwischen erlebten Traumata in der Kindheit und späteren Schwierigkeiten im Leben und von Gesundheitsproblemen gibt.

In den USA ist diese Studie recht bekannt und wird regelmäßig diskutiert. In Deutschland ist sie größtenteils unbekannt (Traumatherapie-Praxis o.J.b, o.S.).

3 Die Folgen von Traumata in der Kindheit

3.1 Die neurophysiologischen¹⁰ Folgen eines Traumas

Wiederholend ist zu sagen, dass traumatische Erlebnisse nicht nur seelische Folgen, sondern auch Auswirkungen auf den Körper haben (Sautter 2015, S. 71). Die Prozesse, die im Körper eines Menschen ablaufen, der eine traumatische Situation erlebt, werden nicht durch den Menschen bewusst gesteuert. Sie laufen automatisch ab. Steht eine Person über einen längeren Zeitraum unter fast andauerndem traumatischem Stress, leidet das limbische System - dass für die Verarbeitung der Situation zuständig ist – es wird übermäßig empfindlich und die Amygdala reagiert automatisch (Sautter 2015, S. 71).

¹⁰ Die Neurophysiologie befasst sich mit den Aktivitäten des Nervensystems (Wortbedeutung.info o.J., o.S.).

Das führt dazu, dass nach dem erlebten Trauma selbst sehr kleine Reize, die an das Trauma erinnern, wieder eine starke traumatische Reaktion bei dem/der Betroffenen hervorrufen (Sautter 2015, S. 71).

Dieses Phänomen nennt man auch Kindling-Phänomen. Kindle ist englisch und heißt übersetzt anfachen. Symptome, die bereits vorhanden sind, können durch diesen Prozess verstärkt werden.

Schon bei Erwachsenen sind die Folgen von traumatischem Stress im Körper zerstörerisch. Bei Kindern und Säuglingen sind die Folgen noch viel fataler (Sautter 2015, S. 71).

Das Umfeld, in dem ein Kind aufwächst, gibt dem Gehirn des Kindes, welches sich noch entwickelt, die notwendigen Voraussetzungen damit es gesund reifen kann. Das Amygdala-System ist bereits vom ersten Lebenstag an vollständig entwickelt und funktionstüchtig (Sautter 2015, S. 71). Das Hippocampus-System dagegen entwickelt sich erst bis zum dritten Lebensjahr. Dadurch ist das Gehirn in dieser Zeit besonders bereit Erfahrungen zu machen. (Sautter 2015, S. 71f.).

Die Nervenbindungen eines Kindes entwickeln sich allerdings nur dann, wenn sie angeregt werden. Dies muss immer wieder passieren.

Psychische Fähigkeiten wie beispielsweise das Mitgefühl sind demnach davon abhängig, ob und welche Erfahrungen das Kind mit Bindungen zu anderen Personen machen kann (ebd., S.72).

Wenn die Nervenverbindungen eines Kindes nicht angeregt werden, können diese zerstört werden. Dies ist beispielsweise bei starker Vernachlässigung der Fall, oder wenn das Kind starken Stress durch Misshandlungen ausgesetzt ist. Wenn diese traumatischen Reize sehr vielfältig im Leben eines Kindes vorhanden sind, kommt es häufig zu einer Schädigung des Gehirns des Kindes. Diese Schädigungen sind oft dauerhaft und können demnach nicht wieder rückgängig gemacht werden. Demzufolge kann sich das Kind nicht wie ein Kind entwickeln, dass keine traumatischen Erfahrungen erleben musste. Die Entwicklung dieses Kindes wird aufgrund des traumatischen Erlebnisses grundsätzlich anders verlaufen (Sautter 2015, S. 71).

Der Psychiater ¹¹ Manfred Laucht bestätigte, dass sämtliche Entwicklungsbereiche durch das Trauma benachteiligt sind. Das betrifft sogar die motorische und die sozial-emotionale Entwicklung. Durch den andauernden Stress wird der kindliche Organismus andauernd mit Adrenalin überschwemmt und die Aufnahme von Serotonin wird gehemmt (Sautter 2015, S. 72). Serotonin gibt im menschlichem Nervensystem Informationen weiter und beeinflusst unter anderem die Emotionen. Deshalb wird er im Volksmund auch als Glückshormon bezeichnet (Machetanz; Rudolf-Müller 2017, o.S.). Der Serotoninmangel zeigt sich unter anderem dadurch, dass das Kind feindselig und aggressiv reagiert. Außerdem fühlt es sich ausgeliefert und ohnmächtig und befindet sich durch das Trauma in ständiger Erregung. Durch diese traumatische Erregung können sich die Kinder schlechter konzentrieren, sind nervös und können äußere Reize nicht mehr richtig bewerten. Das führt dazu, dass sie in jeder Situation, die auch nur entfernt an die erlebte traumatische Situation erinnert, aggressiv oder ängstlich reagieren (Sautter 2015, S. 72).

Im schlimmsten Fall können traumatisierte Kinder Gefühle wie beispielsweise Mitgefühl, überhaupt nicht empfinden. So kann es passieren, dass diese Kinder andere Kinder wegen Kleinigkeiten misshandeln (ebd.). Ebenso kann ein Kind, das bereits früh traumatisiert wurde, kein Selbstvertrauen oder Vertrauen in seine Umwelt entwickeln. Es spaltet alle Emotionen, die es möglicherweise doch empfindet und das Kind an das Trauma erinnert ab und versucht so zu überleben (Sautter 2015, S. 73).

3.2 Die Risikofaktoren für die Ausbildung von Langzeitfolgen

Risikofaktoren sind die Bedingungen, die das Verarbeiten eines Traumas hemmen und das Ausbilden von Langzeitfolgen begünstigen

Nicht jedes Trauma führt gleich starke Folgen nach sich. Je überraschender das Ereignis ist, umso weitreichender sind die Folgen und umso schwieriger wird es, dieses Trauma zu verarbeiten (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S 39).

¹¹ Ein Psychiater beschäftigt sich mit der Behandlung, dem Verlauf, sowie der Entwicklung von psychischen Krankheiten (Posmyk o.J.a, o.S.).

Ebenso zieht ein Trauma schwerere Folgen mit sich, wenn es durch einen Menschen hervorgerufen wurde (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S 39). Zwischenmenschliche Gewalt ist für den/die Betroffene meist bedrohlicher und schwerer zu verarbeiten, als wenn das Trauma beispielsweise durch eine Naturkatastrophe hervorgerufen wurde.

Sexuelle Gewalt oder auch sexualisierte Gewalt genannt, ist am schwierigsten zu verarbeiten und zieht die gravierendsten Folgen nach sich. So einschneidend ist diese Art der traumatisierenden Erlebnisse, weil sie in den Körper eindringt und die leibliche, wie die seelische Unversehrtheit des Kindes zerstört. Die sexuelle Gewalt entsteht meist nicht aus einem sexuellen Interesse, sondern durch das Verlangen Macht zu haben und etwas zu zerstören. Sie zielt also in den meisten Fällen darauf ab die Persönlichkeit des/der Betroffenen zu zerstören. Dadurch, dass sexualisierte Gewalt so intensiv ist, ist sie schwer zu verarbeiten und wird in der Schwere ihrer Folgen nur noch von Folter übertroffen (ebd., S. 40).

Zudem findet Misshandlung und sexueller Missbrauch von Kindern oft über einen längeren Zeitraum statt. Dies führt dazu, dass diese Kinder fast immer ein chronisches Trauma entwickeln (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S 41).

Das Täter - Opfer - Verhältnis entscheidet auch bedeutend darüber, wie stark ein Trauma Folgen ausbildet. Greift das traumatische Ereignis in den Identifikationsprozess des Kindes ein, ist die Folge umso stärker. Wenn also ein Trauma durch eine Person verursacht wird, die dem Kind bis dahin sehr vertraut war und die es mochte, ist es um ein Vielfaches schlimmer. So ist es beispielsweise für ein Kind schlimmer, wenn es von den Eltern misshandelt wird, als von einer Person, die dem Kind entweder nicht sehr nahesteht oder sogar fremd ist (ebd.).

Eine weitere große Rolle spielt das Gefühl der Schuld. Es ist möglich, dass ein Mensch durch eine Situation traumatisiert wurde, welche er selbst hervorgerufen hat und durch die auch anderen Menschen verletzt oder sogar getötet wurden (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S 41). Der/die Betroffene muss erleben, dass andere ihn als an der Situation schuldig, sehen. Zudem plagen ihn in der Regel selbst Schuldgefühle. Diese Faktoren führen dazu, dass er/sie das traumatische Erlebnis nicht so leicht verarbeiten kann (ebd., S.42).

Generell ist zu sagen, dass umso jünger Kinder sind, umso weniger Strategien zu Bewältigung ihnen zur Verfügung stehen. Ebenso ist es bei Kindern die zum Zeitpunkt der Traumatisierung bereits eine psychische Störung hatten. Durch die Erkrankung wird die Verarbeitung des Traumas zusätzlich erschwert (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 42).

3.3 Die Schutzfaktoren gegen Folgen eines Trauma

Neben den Risikofaktoren gibt es auch noch Schutzfaktoren, die die Traumaverarbeitung begünstigen.

Ein wichtiger Faktor ist, dass der/die Betroffene in der Lage ist, das Erlebte in irgendeiner Form auszudrücken, in dem er/sie beispielsweise drüber redet oder es in einem Bild zum Ausdruck bringt (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 44). Wichtig ist außerdem, dass das Kind das Gefühl hat, dass die Erfahrung, die/er sich gemacht hat nicht geleugnet, also dass ihr/ihm geglaubt wird und dass das Kind unterstützt wird. Unerlässlich ist zudem, dass das Kind in einem sicheren und ihm bekannten Umfeld nach dem Ereignis lebt und zudem noch bestenfalls professionelle Hilfe bekommt (Reiners-Kröncke; Dette u.a. 2013, S. 44).

Sogar Schuld- und Schamgefühle können für den/die Betroffene eine große Hilfe darstellen. Wenn sich der/die Traumatisierte selbst die Schuld für das Erlebte gibt oder zu mindestens der Meinung ist, dass er/sie eine Mitschuld besitzt, hat er oft nicht das Gefühl in der Situation absolut hilflos oder ausgeliefert gewesen zu sein. Denn vor allem das Wissen, dass der/die Betroffene in der traumatisierenden Situation überhaupt nicht wirksam sein konnte, führt zu einer Traumatisierung (ebd., S. 42).

3.4 Die Folgeerkrankungen einer Traumatisierung

3.4.1 Die häufigsten Folgeerkrankungen

Ist es dem/der Betroffenen aufgrund verschiedener Faktoren, wie beispielsweise der Schwere des traumatisierenden Ereignisses nicht möglich, dass Trauma innerhalb des normalen Zeitraums zu verarbeiten und damit auch die vorübergehenden Symptome abzulegen, entwickelt er/sie langandauernde, tief gehende Symptome (vgl. Sautter 2015, S. 106)

Die folgenden Symptome entstehen ausschließlich oder meistens durch das Erleben einer traumatischen Situation (Sautter 2015, S. 106). Zu diesen Symptomen bzw. Folgeerkrankungen zählen unter anderem Dissoziative Störungen, die Borderline-Störung, selbstschädigendes Verhalten (ebd.) und die Posttraumatische Belastungsstörung. Oft werden diese Symptome nicht als Folgen von einer Traumatisierung erkannt, sondern die Patienten erhalten nur die Diagnose an einer Persönlichkeitsstörung zu leiden (Sautter 2015, S. 107). Somit kann das Trauma als Ursache nicht behandelt und aufgearbeitet werden.

Wie schon erwähnt, bedeutet Dissoziation, dass etwas abgespalten wird. Der Teil eines Menschen, der etwas Traumatisierendes erlebt, spaltet sich von dem Teil ab, der das Ereignis registriert und speichert (Sautter 2015, S. 107). Da vor allem Kinder gut dissoziieren können, nutzen diese Möglichkeit ein traumatisches Erlebnis zu überleben, vor allem Kinder (vgl. Sautter 2015, S. 107). Ist das Erlebnis oder die Wiederholung dieses Erlebnisses so überwältigend, dass das Kind sie nicht verarbeiten kann, zieht es sein/ihr Bewusstsein davon zurück. Das Kind sagt sich dann, dass nicht es selbst diese Erfahrung macht, sondern ein anderes (Sautter 2015, S. 108).

Es kann sich also durch die Dissoziation von dem Erlebten komplett abspalten und verdrängt es vollständig. Wiederholt sich das erlebte Trauma mehrmals, dann wird der Prozess der Dissoziation chronisch (Sautter 2015, S. 108). Das Kind kann die Dissoziation also nicht mehr steuern.

Dieser Mechanismus der dem Kind hilft, beispielsweise einen Missbrauch zu überleben, hat negative Nebenwirkungen, vor allem, wenn er zur Gewohnheit wird. Dadurch, dass Gefühle immer wieder abgespalten werden, verliert das betroffene Kind immer mehr die Fähigkeit Gefühle wahrzunehmen und zum Ausdruck zu bringen. Außerdem wird eine Großzahl der Opfer depressiv, verlieren das Interesse an ihrer Umgebung und haben Schwierigkeiten sich zu konzentrieren. Dadurch, dass das betroffene Kind keinen Zugang mehr zu seinen/ihren eigenen Gefühlen hat, kann es kein Selbstwertgefühl entwickeln, fühlt es sich wie unter einer Glocke und bekommt dadurch oft das Gefühl vermittelt tot zu sein (Sautter 2015, S. 108).

Um sich wieder selbst zu spüren und zu merken, dass sie doch noch leben, verletzen sich einige dieser Kinder sich selbst.

Befinden sie sich in diesem Augenblick in der Dissoziation bemerken sie den Schmerz überhaupt nicht. Doch wenn dann Blut fließt, kommt die Empfindung in der Regel zurück und die Betroffenen haben damit die Gewissheit, dass sie nicht tot sind, sondern leben (Sautter 2015, S. 108).

Es gibt mehrere Dissoziative Persönlichkeitsstörungen. Ein Beispiel ist die dissoziative Amnesie. Bei dieser Störung vergisst der/die Betroffene einzelne Erlebnisse bis ganze Zeiträume scheinbar. Meist beziehen sich diese Ereignisse auf den Zeitraum, in dem auch das oder die traumatischen Ereignisse geschahen (Heedt 2017, S. 107). Ein anderes Beispiel ist die Multiple Persönlichkeiten, bei der die/der Betroffene aufgrund eines Traumas mehrere eigenständige Persönlichkeiten ausprägt (ebd., S.108).

Das selbstschädigende Verhalten, unterscheidet man in heimliche und offene Selbstschädigung. Die heimliche Selbstschädigung bezeichnet man auch als Münchhausen-Syndrom (ebd., S. 109). Bei diesem Syndrom verletzen sich die Betroffenen selbst und gehen dann zu einem Arzt oder einer Klinik um untersucht oder sogar operiert zu werden. Dadurch erlangen sie Zuwendung und Aufmerksamkeit. Im akutesten Fall, dem Münchhausen-Stellvertretersyndrom verletzen Eltern ihre eigenen Kinder, um dann mit ihnen zum Arzt gehen zu können und ebenfalls Aufmerksamkeit zu erhalten (Wolf o.J., o.S.).

Die offene Selbstverletzung hat, wie schon erwähnt, das Ziel sich selbst zu spüren und damit der Spannung in der Seele Erleichterung zu verschaffen, da die Dissoziation als unerträglich empfunden wird. Dies geschieht also nicht mit der Absicht, Selbstmord zu begehen. (Sautter 2015, S. 109). Durch das Selbstverletzen haben die Betroffene das Gefühl die Kontrolle zu haben und außerdem können sie somit eine Brücke zu ihren abgespaltenen Körpergefühlen bauen.

Es ist auch möglich, dass der/die Betroffene sich verletzt, um sich selbst zu bestrafen. Damit entlasten sie sich von starken Schuld- und Schamgefühlen (ebd., S. 110).

An dieser Stelle ist es wichtig zu wissen, dass Kinder und Jugendliche sich in der Regel erst nach besonders schwerer Misshandlung, wie beispielsweise sexuellem Missbrauch bzw. nach jahrelanger Misshandlung selbst verletzen. Ist also ein solches Verhalten zu beobachten, ist ein Augenmerk darauf legen, ob und in welcher Form das Kind vor allem in der Familie misshandelt wurde bzw. immer noch wird (Sautter 2015, S. 111).

Das Borderline-Syndrom ist ebenfalls eine Persönlichkeitsstörung. Die Betroffenen leiden an starken Gefühls- und Stimmungsschwankungen und fühlen sich innerlich zerrissen. Dies empfinden sie selbst als stark belastend bis unerträglich. Auch hier zeigen die Betroffenen oft selbstverletzendes Verhalten, um diese innere Anspannung zu lösen. Zudem leiden die betroffenen Personen unter der starken Angst allein gelassen zu werden. Aufgrund ihrer instabilen Persönlichkeit, sind auch die meisten ihrer Beziehungen zu anderen Menschen instabil. Borderline bedeutet Grenzlinie (Neurologen und Psychiater im Netz o.J., o.S.). Der betroffene Mensch befindet sich an der Grenze zwischen einer Psychose¹² und einem als normal empfundenen Seelenzustand (Sautter 2015, S. 120).

Um diese Erkrankung diagnostizieren zu können, wurden neun Kriterien aufgestellt (Sautter 2015, S. 120f.). Mindestens fünf von ihnen müssen erfüllt sein, um von dem Borderline-Syndrom sprechen zu können (Sautter 2015, S. 121.)

Zu diesen Kriterien zählen unter anderem, dass der/die Betroffene regelmäßig unangemessene Wut zeigt und Schwierigkeiten hat diese zu kontrollieren, dass er/sie wiederholt selbstverletzende Handlungen zeigt oder versucht sich selbst umzubringen oder zu mindestens davon spricht und dass er/sie verzweifelt darum bemüht ist, dass er/sie nicht verlassen wird (Sautter 2015, S. 121). Eine Borderline-Störung entwickelt sich ebenso wie einige andere Störungen, fast ausschließlich durch ein in der Kindheit erlebtes Trauma. Dieses muss auch hier schwer gewesen und über einen längeren Zeitraum erfolgt sein (ebd., S. 122).

¹²Der Begriff Psychose ist ein Oberbegriff für Zustände, in denen der/die Betroffene den Bezug zu der Realität verliert. Es sind schwere Störungen und die Betroffenen nehmen ihre Umwelt und auch sich selbst verändert wahr. Symptome, die für eine Psychose typisch sind, sind beispielsweise Wahnvorstellungen und Halluzinationen (Dobmeier, Schrör 2018, o.S.).

Eine weitere Störung aufgrund eines Traumas ist die Posttraumatische Belastungsstörung. Die normalen Symptome nach einem Trauma sind unter anderem Unruhe, Schlafstörungen und das Gefühl betäubt zu sein. Diese lassen aber im Rahmen des Selbstheilungsprozessen wieder ab und verschwinden irgendwann. Wenn dies allerdings nicht der Fall ist und der/die Betroffene nach vier Wochen immer noch in gleicher Stärke unter den Symptomen leidet und diese vielleicht sogar noch zunehmen und intensiver werden, liegt meist eine Posttraumatische Belastungsstörung vor (Scherwath, Friedrich 2016, S. 26).

Es ist sogar möglich, dass die Person die ersten Symptome der Belastung scheinbar zurückbildet und in seinen Alltag zurückfindet. Dennoch verarbeitet der Körper das Erlebnis nicht richtig, sondern verdrängt es vorläufig in den Hintergrund. Wenn die Person dann einer weiteren Belastung ausgesetzt ist, kommen die Erinnerungen wieder an die Oberfläche und die Symptome brechen vor neuem aus. Dies wird als verzögerte Posttraumatische Belastungsstörung bezeichnet. Die hauptsächlichen Symptome sind die Übererregung, die Vermeidung und das Wiedererleben. Bei der Übererregung befindet sich der/die Betroffene in einem Zustand der erhöhten Wachsamkeit, ständig ist er/sie bereit die Flucht anzutreten oder anzugreifen. Der/die Betroffene ist die ganze Zeit darauf eingestellt, dass wieder etwas passieren kann (ebd., S. 27).

Das Wiederbeleben, auch Intrusionen genannt, ist, wenn die Person das traumatische Ereignis vollständig oder nur teilweise nochmal erlebt. Dies kann in Form von Bildern, Gedanken, Empfindungen und Albträumen geschehen. Wie schon erwähnt, werden die auch so genannten Flashbacks, durch Reize ausgelöst, die an das Trauma erinnern (Scherwath, Friedrich 2016, S. 28).

Durch die Vermeidung versucht der/die Betroffene dagegen allem aus dem Weg zu gehen, dass ihn an das traumatisierende Erlebnis erinnert. Dazu zählen zum Beispiel bestimmte Situationen oder Menschen. Dadurch versucht der betroffene Mensch für Erholung und Beruhigung zu sorgen. Dies zieht natürlich nach sich, dass der/die Betroffene stark eingeengt ist, da er/sie sich jede Handlung und jeden Schritt überlegen muss, um nie mit diesen bestimmten Menschen oder Situationen in Berührung zu kommen (ebd., S. 31).

Neben der klassischen Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gibt es auch noch die komplexe PTBS. Bei dieser, kommt zu den bereits genannten Symptomen noch weitere hinzu (Scherwath, Friedrich 2016, S. 32).

Diese können selbstverletzendes Verhalten, und das Gefühl von Hoffnungslosigkeit, das bis hin zu Selbstmordgedanken oder sogar Selbstmordhandlungen führen kann. Wie bei den bis jetzt genannten Folgen eines Traumas, liegt auch hier das Trauma meist in der Kindheit (Scherwath, Friedrich 2016, S. 32).

3.4.2 Die Dissoziative Identitätsstörung

3.4.2.1 Definition und Entstehung

Die Dissoziative Identitätsstörung (DIS) wurde in die internationalen Diagnosehandbücher ICD-10 und DSM-V aufgenommen. Dort wird sie unter den Dissoziativen Persönlichkeiten aufgelistet. Bei der Multiplen Persönlichkeit, wie die DIS auch genannt wird, existieren in einem Menschen mehrere Persönlichkeiten, die klar voneinander zu unterscheiden sind. Denn jede der Persönlichkeit ist ganz individuell und hat u.a. ihr eigenes Gedächtnis, eigene Verhaltensweisen, Wahrnehmungen und Eigenschaften (Vielfalt o.J., o.S.).

Mindestens zwei andere Persönlichkeiten leben in einer betroffenen Person. Im extremen Fall können es sogar bis zu 100 sein (Posmyk o.J.b, o.S.).

Durch verschiedene Reize von außen oder von innen übernimmt immer eine Persönlichkeit die Kontrolle über die Betroffenen. Die unterschiedlichen Persönlichkeiten wissen meist nichts voneinander (Vielfalt o.J., o.S.).

Bei besonders schlimmen Ereignissen, spalten die Betroffenen Erinnerungen oder sogar ganze Teile ihre Persönlichkeit ab. So können sie Erfahrungen, die sonst unerträglich sind, ausblenden (Dobmeier 2018, o.S.).

Die folgenden fünf Bedingungen führen zu einer DIS. Als erstes sind die traumatischen Situationen fast immer sehr schwere Misshandlungen, die sich über mehrere Jahre ziehen. Diese Zeit liegt meist zwischen der Geburt und dem sechsten Lebensjahr. Nur bei sehr wenigen Betroffenen ist die DIS durch andere traumatisierende Situationen außer einer Misshandlung entstanden. Die zweite Bedingung ist das weibliche Geschlecht. Die meisten Personen, die unter einer Dissoziativen Identitätsstörung leiden, sind weiblich. Die dritte Bedingung ist, dass die betroffene Person besonders gut dissoziieren kann (Huber 2007, S. 134).

Dass keine Bezugsperson dem betroffenen Kind eine dauerhafte und verlässliche Bindung anbietet, ist die vierte Bedingung und die fünfte Bedingung ist, dass niemand dem Kind hilft das traumatische Erlebnis zu verstehen und zu verarbeiten (Huber 2007, S. 134).

An dieser Stelle ist nochmal zu sagen, dass eine Dissoziative Identitätsstörung fast ausschließlich durch eine Traumatisierung in der frühen Kindheit entsteht. Und da die Fähigkeit der Dissoziation bei Kindern oft gut ausgeprägt ist, nutzen sie dies in der Regel oft als Schutzmechanismus. (Posmyk o.J.b, o.S.).

3.3.2.2 Die Merkmale einer Dissoziativen Identitätsstörung

Die innere Struktur aller Betroffenen ist ähnlich. Der sichtbare Mensch ist die/der Gastgeber*in oder auch Kernpersönlichkeit, auch *Host* genannt (Traub o.J., o.S.). Host ist Englisch und bedeutet übersetzt Gastgeber (Posmyk o.J.b, o.S.). In dieser Person leben die verschiedenen Innenpersönlichkeiten, die auch *Alters* genannt werden (Traub o.J., o.S.). Alters ist ebenfalls von dem englischen Wort *alternate* abgeleitet, was sinngemäß *verändert* oder *anders* bedeutet (Posmyk o.J.b, o.S.).

Wie schon erwähnt sind die Innenpersönlichkeiten sehr unterschiedlich und selbstständig. So kann es jedes Alter, vom Baby bis zum Erwachsenen, geben. Ebenso ist auch jedes Geschlecht möglich. Manchmal kommt es vor, dass eine oder mehrere Innenpersönlichkeiten sich mit dem Täter identifizieren und somit zu zerstörerischen Verhaltensweisen neigen oder dass Innenpersönlichkeiten drogenabhängig sind.

Je nachdem welche Innenperson soeben die Kontrolle über die Gastgeberpersönlichkeit hat, passt sich beispielweise die Stimme, der Geschmack, die Hobbies usw. der Innenperson an (Traub o.J., o.S.).

So kann es sein, dass zwar die Gastgeberpersönlichkeit eine erwachsene Frau ist, sie aber zeitweise mit einer sehr kindlichen Stimme spricht.

Die verschiedenen Innenpersönlichkeiten sind so unterschiedlich und selbstständig, dass es sogar möglich ist, dass eine dieser an einer Krankheit leidet und alle anderen Persönlichkeiten gesund sind (Traub o.J., o.S.).

In der Regel besitzt jede Persönlichkeit auch ihren eigenen Namen. Dadurch, dass die einzelnen Persönlichkeiten unterschiedlich intensiv miteinander kooperieren und auch die Gastgeberpersönlichkeit sich der anderen Persönlichkeiten nur begrenzt bewusst ist, wissen die unterschiedlichen Persönlichkeiten oft nicht was die jeweils anderen tun. Dadurch kommt es oft vor, dass die Hauptpersönlichkeit sich an wichtige Informationen nicht mehr erinnern kann (Posmyk o.J.b, o.S.). So passiert es öfter, dass die/der Gastgeber*in beispielsweise in einem Einkaufszentrum steht und nicht weiß wie sie/er dort hingekommen ist oder warum. Das entsteht dadurch, dass bis dahin eine Innenpersönlichkeit die Kontrolle hatte und wenn dann wieder die Hauptpersönlichkeit diese bekommt, ist alles was in der Zeit geschah, als die andere Persönlichkeit die Oberhand hatte, vergessen. Denn jede der Innenpersönlichkeiten hat auch ein eigenes Gedächtnis (Traub o.J., o.S.).

Personen mit einer Dissoziativen Identitätsstörung, leiden meist auch unter anderem an Depressionen, Essstörungen, Ängsten, selbstverletzendem Verhalten bis hin zu Selbstmordversuchen, Flashbacks oder Missbrauch von Drogen (Posmyk o.J.b, o.S.).

Die meisten Menschen setzen die Dissoziative Persönlichkeit mit Schizophrenie gleich. In Wirklichkeit sind dies aber zwei unterschiedliche Störungen und haben nichts miteinander zu tun (Posmyk o.J.b, o.S.).

Schizophrenie ist eine psychische Krankheit. Die Betroffenen nehmen die Realität anders wahr und verarbeiten sie anders. Phasenweise leben die Patienten in einer anderen Welt. So leiden sie dann unter anderem unter Verfolgungswahn¹³ (Dobmeier; Fux 2019, o.S.).

3.3.2.3 Diagnose und Therapie

Nicht selten liegen zwischen dem Auftreten der DIS und der Diagnose durch einen Arzt mehrere Jahre. Die DIS wird also oft erst im Erwachsenenalter diagnostiziert. Dies kann zum einen daran liegen, dass es der betroffenen Person peinlich ist, über ihre Beschwerden zu reden, da sie sich in der Regel nicht bewusst ist, dass sie unter einer DIS leidet (Posmyk o.J.b, o.S.).

¹³Menschen, die unter einem Verfolgungswahn leiden, hören Stimmen oder sehen Personen, die in Wirklichkeit nicht da sind oder sind der Meinung verfolgt zu werden (Aureus o.J., o.S.).

So ist es ihr unangenehm jemanden zu erzählen, dass beispielsweise fremde Sachen in ihrem Schrank hängen. Es wäre aber sehr wichtig, dass sie davon berichtet, da dies Hinweise auf eine DIS sind. Auf der anderen Seite kann es auch daran liegen, dass wenn die betroffene Person zum Arzt gegangen ist, dieser eine andere Erkrankung, wie die Schizophrenie vermutete (Posmyk o.J.b, o.S.).

Die Diagnose Dissoziative Persönlichkeitsstörung ist für viele der Betroffenen schwer zu verkraften, denn oft empfindet der/die Betroffene starke Schamgefühle und Angst. Einige der Patienten empfinden die Diagnose allerdings auch als erleichternd, da sie sich selbst besser verstehen können und erkennen, was es mit den verschiedenen Phänomenen, wie beispielsweise dem Zeitverlust auf sich hat oder warum sie mehrere unterschiedliche Handschriften haben (Traub o.J., o.S.).

Wenn der/die Betroffene die Diagnose angenommen und akzeptiert hat, kann mit der Therapie begonnen werden (Traub o.J., o.S.).

Das Ziel ist, dass der/die Betroffene lernt den Alltag mit seinen/ihren verschiedenen Persönlichkeiten zu bewältigen, sowie den Umgang mit den Persönlichkeitsteilen, die zerstörerische Verhaltensweisen besitzen, zu erlernen. Wenn eine Dissoziative Identitätsstörung therapiert wird, wird nicht versucht das Trauma aufzuarbeiten, da dies die Person zu sehr schädigen würde. Stattdessen werden die verschiedenen Persönlichkeiten in das Bewusstsein der/des Gastgeber*in geholt und die einzelnen Persönlichkeiten befähigt miteinander zu kommunizieren, sodass Absprachen getroffen werden können.

Die therapeutische Arbeit mit einer Dissoziativen Identitätsstörung ist sehr komplex und zieht sich in der Regel über mehrere Jahre (Traub o.J., o.S.).

4. Die EMDR – Therapie

4.1 Erklärung und Funktion von EMDR

Es gibt mehrere Therapieverfahren, um Trauma zu verarbeiten. Hier wird eine dieser Verfahren vorgestellt.

EMDR ist die Abkürzung für „Eye Movement Desensitization und Reprocessing“ (Reddemann; Rau 2013, S. 77). Es ist eine Therapie, die von Francine Shapiro 1995 bekannt gemacht wurde.

Das Ziel dieser Therapieform ist es, dass die Verarbeitung des traumatischen Erlebnisses im Gehirn beschleunigt wird. Dies wird durch Augenbewegungen des Betroffenen erreicht. Die/der Therapeut*in bewegt ihre/seine Hand vor dem Gesicht des Patienten hin und her und bewirkt so, dass sich die Augen des Betroffenen ebenfalls hin und her bewegen. Während dieses Prozesses, konzentriert sich der Patient gleichzeitig auf das erlebte Trauma, also stellt es sich innerlich noch einmal vor. Dadurch erlebt der Betroffene das Trauma noch einmal sehr intensiv. Dies führt allerdings auch dazu, dass er/sie das Trauma zügig verarbeiten können (Reddemann; Rau 2013, S. 77).

Die Therapie beruht auf den grundlegenden Erkenntnissen über die Informationsverarbeitung im menschlichen Gehirn.

Erkenntnisse und Informationen, die erst neu erworben wurden, werden dadurch verarbeitet, dass sie mit Assoziationen, die zu ihnen passen, verknüpft werden. Anschließend werden sie in Netzwerke integriert, die bereits im Gehirn bestehen. Somit können sie verarbeitet werden und stehen dem Menschen zur als weitere Informationen zur Verfügung. Selbst unangenehme Situationen und Stress werden so nach und nach verarbeitet und eingefügt (Schubbe, Thomas Gruyters 2015, S. 663).

Bei einer Traumatisierung wird diese Verarbeitung des Ergebnisses blockiert und der Verarbeitungsprozess kann nicht beendet werden. Stattdessen entsteht ein extra Traumanetzwerk. Dort werden alle Eindrücke des traumatischen Erlebnisses abgespeichert. Die Informationen werden in diesem Speicher aber nicht einheitlich abgespeichert, sondern zerstückelt. So ist es möglich, dass Bilder, Geräusche usw. des Traumas nicht passend zu der Erinnerung abgespeichert werden. Zudem kann der Betroffenen meist nicht bewusst auf diese Erinnerungen zugreifen. Dadurch passiert es, dass der/die Betroffene bei Reizen, die den Reizen aus dem Trauma ähneln, wieder in das Trauma zurückgeworfen werden (Schubbe, Thomas Gruyters 2015, S. 663).

Ebenso erscheint das dem/der Betroffenen in dieser Situation des Wiedererlebens, als passiere das traumatische Erlebnis tatsächlich nochmal, da das Traumanetzwerk keinen Bezug zu Zeit und Raum herstellt.

Damit der betroffene Mensch nun das Trauma fertig verarbeiten kann, muss der normale Verarbeitungsprozess von Informationen wieder aktiviert werden. Und dies gelingt durch die EMDR-Methode (Schubbe, Thomas Gruyters 2015, S. 663). Indem der/die Betroffene während der Behandlung versucht sich wieder an das Erlebte zu erinnern, wird gleichzeitig durch die Augenbewegungen das Verarbeitungssystem angeregt und das Gehirn beginnt das Trauma weiter zu verarbeiten. Neben den Augenbewegungen wird das Informationssystem zusätzlich dadurch angeregt, dass der Handrücken des Patienten kurz berührt wird, Töne erklingen oder mit dem Fingern geschnipst wird (Mai o.J., o.S.).

Das große Ziel ist es, dass die Patienten das Trauma so weit verarbeiten, dass die Erinnerungen daran zwar noch unangenehm sind, aber nicht mehr so belastend ist und der/die Betroffene nicht immer wieder das Gefühl hat, dass das Ereignis sich immer wiederholt (Mai 2019, o.S.).

Wird die EMDR-Therapie mit Kindern durchgeführt, wird diese an das jeweilige Alter des betroffenen Kindes angepasst. Bei Kindern ab einem Alter von neun Jahren, kann die EMDR in der Regel wie bei Erwachsenen durchgeführt werden. Bei jüngeren Kindern erfolgt die Anregung des Gehirns nicht durch die Augenbewegungen, sondern nur über Töne und die Berührung des Handrückens. Dies ist sogar schon bei Säuglingen möglich. Es wird immer geschaut, welches Vorgehen für das betreffende Kind angenehm und passend ist (Emdria o.J., o.S.).

4.2 Die Wirkungsweise der EMDR-Therapie

Wie genau EMDR wirkt ist bis jetzt noch nicht erforscht. Die folgenden drei Bedingungen sollen die Verarbeitung des Traumas bewirken.

Die erste Bedingung ist, dass der/die Betroffene sich in einem sicheren und vertrauten Rahmen der Therapie an das Trauma erinnert und es so wieder hervorholt. So kann der/die Betroffenen lernen, dass die Erinnerungen keine Gefahr darstellen (Mai 2019, o.S.).

Der zweite Grund für das Gelingen der Therapie ist, dass die schnellen Augenbewegungen, die der/die Patientin macht, den Bewegungen gleich sind die der Mensch mit den Augen vollführt, wenn er/sie träumt. Im Traum sortiert das menschliche Gehirn die vorhandenen Erinnerungen und speichert diese ins Langzeitgedächtnis¹⁴ ab. Durch die Augenbewegungen sollen nun die gleichen Prozesse angeregt werden wie im Traum und so eine zügige Heilung bewirken. Die dritte Wirkungsweise ist die, dass die Augenbewegungen dem Patienten helfen sich zu entspannen. (Mai 2019, o.S.).

4.3 Die Erfolgsaussichten der EMDR-Therapie

Die EMDR-Therapie hat meist sehr gute Aussichten auf Erfolg. Die meisten Betroffenen erleben nach der abgeschlossenen Therapie, dass ihre Erinnerungen an das Trauma verändert und nicht mehr so belastend sind. Außerdem ist die körperliche Erregung, die meist durch die belastenden Erinnerungen hervorgerufen wurden, nicht mehr so stark.

Um diese Erfolge zu erzielen muss die Therapie natürlich von einem ausgebildeten Therapeuten¹⁵ durchgeführt werden.

Ein weiterer Vorteil dieser Therapie ist, dass es in der Regel meist viel weniger Behandlungsstunden bedarf, als andere Therapieformen (Mai 2019, o.S.).

Obwohl die EMDR-Therapie hochwirksam ist, kann auch sie unangenehme Nebenwirkungen hervorrufen. So kann es beispielsweise passieren, dass der/die Patient*in Reaktionen zeigt, die er/sie selbst und der/die Therapeut*in nicht vorhersehen können. Diese Reaktionen können durch die Heftigkeit des Wiedererlebens des Traumas durch die Erinnerungen hervorgerufen werden. Ebenso ist es möglich, dass das Gehirn auch nach der Sitzung fortfährt, das Trauma zu verarbeiten. Dadurch kann es beispielsweise wieder zu Träumen kommen, die sehr belastend sind (Mai 2019, o.S.).

¹⁴Das Langzeitgedächtnis ist der Speicher, in dem alle Inhalte, die das Gehirn als wichtig bewertet dauerhaft abgespeichert werden (CCM Gesundheit o.J., o.S.).

¹⁵ Als Therapeut wird die Person bezeichnet, die ein Behandlung durchführt. Diese ist auf die Verbesserung oder sogar auf die Heilung der Erkrankung eines Patienten ausgerichtet (Antwerpes o.J., o.S.).

Auch hier ist es wieder sehr wichtig, dass die Therapie eine dafür ausgebildete Person durchführt, damit diese dem Betroffenen bei möglichen Nebenwirkungen helfen kann (Mai 2019, o.S.).

5 Soziale Arbeit und Trauma

5.1 Bedeutung der Sozialen Arbeit bei Traumata

Lange Zeit war das Phänomen Trauma in der Psychotherapie nicht bekannt. Demnach wurde nicht das Trauma an sich bearbeitet, sondern lediglich die Symptome, wie beispielsweise Depression. Es wurde also nicht erkannt, dass diese Symptome eigentlich Folgen eines Traumas waren. Mit der Zeit rückte das Thema Trauma allerdings immer mehr in die Öffentlichkeit. Mittlerweile gibt es einige sehr gute Möglichkeiten zur Behandlung und Aufarbeitung des Traumas selbst, sowie seiner Folgen (Friedrich o.J., S. 11).

In der heutigen Zeit gibt es nicht nur qualifizierte Traumatherapeut*innen, sondern auch vielfältige Möglichkeiten der Weiterbildungen für alle, die ebenfalls im pädagogischen Bereich arbeiten oder denen es aus persönlichen Gründen ein Anliegen ist, mehr darüber zu erfahren (Friedrich o.J., S.11f.).

Vor allem in der Sozialen Arbeit, also als ausgebildete*r Sozialarbeiter*in/ Sozialpädagog*in, kommt man mit hoher Wahrscheinlichkeit in allen Arbeitsfeldern in Kontakt mit traumatisierten Personen. Fast alle Klient*innen der Sozialen Arbeit haben schon viele schlimme Situationen erlebt. Und oft sind gerade traumatische Erfahrungen der Grund, warum sie sich überhaupt erst Hilfe suchen. Und gerade deswegen ist es wichtig, die Grundlagen über Trauma, seine Folgen und den richtigen Umgang mit betroffenen Personen zu kennen (Friedrich o.J., S.12).

5.2 Traumatherapie und Traumapädagogik

Die Traumatherapie hilft traumatisierten Personen, belastende Erlebnisse zu verarbeiten und ihr Leben wieder selbst in die Hand zu nehmen. Auch bei Kindern wird die Traumatherapie angewendet. Es gibt verschiedene Möglichkeiten für eine Traumatherapie (Dobmeier 2017a, o.S.).

So kann sie beispielsweise durch eine Verhaltenstherapie¹⁶ stattfinden oder in einem tiefenpsychologischen¹⁷ Verfahren durchgeführt werden. Die Traumatherapie wird sowohl in Praxen als auch in Kliniken durchgeführt, die auf Traumata spezialisiert sind (Dobmeier 2017a, o.S.).

Traumatherapien dürfen von Psychiatern und Neuropsychologen durchgeführte werden. Andere Therapeuten, die ebenfalls eine Traumatherapie anbieten möchten, müssen eine zusätzliche Ausbildung durchlaufen. So können sie sich zum Psychotherapeuten weiterbilden und zum Beispiel den Abschluss als Verhaltenstherapeut erreichen (Herzog-Visscher o.J., o.S.).

In der Regel stellt zunächst ein Psychiater oder Psychotherapeut¹⁸ die Diagnose und entscheidet anschließend, welche Form der Traumatherapie am geeignetsten ist. Wenn der/die Betroffene unter mehreren psychischen Störungen leidet, werden diese manchmal erst behandelt, bevor eine Traumatherapie durchgeführt werden kann. Genauso ist es, wenn eine Suchterkrankung vorliegt. Diese wird als erstes beispielsweise in einer Suchtklinik behandelt, bevor die Traumatische Erfahrung aufgearbeitet werden kann.

Bei einer betroffenen Person, die noch Kontakt zum Täter hat, unter Dissoziationen leidet oder Selbstmordgedanken hat, wird keine Traumatherapie durchgeführt, da sie nicht mit dem Trauma konfrontiert werden darf (Dobmeier 2017a, o.S.).

Um intensiv mit Kindern zu arbeiten, die ein Trauma erlebt haben, gibt es die Traumapädagogik. Diese stabilisiert und fördert Kinder, die ein oder mehrere traumatische Erfahrungen erlebt haben (Nüse o.J., o.S.).

¹⁶In der Verhaltenstherapie erlernen die Betroffenen neue Denk- und Verhaltensmuster. Dadurch sollen unvorteilhafte Denkmuster und Verhaltensweisen abgelegt werden (Dobmeier 2017b, o.S.).

¹⁷In der Tiefenpsychologie wird davon ausgegangen, dass das menschliche Denken, Handeln, Fühlen und die Gesundheit neben dem Willen auch durch unbewusste Einflüsse geprägt wird (Terwiel o.J., o.S.)

¹⁸Durch die Psychotherapie werden Erkrankungen behandelt, die seelisch bedingt sind (Dobmeier 2017c, o.S.).

Außerdem ist sie eine wichtige Voraussetzung für eine Therapie und ergänzt und begleitet diesen. Das Ziel der Traumapädagogik ist, dass die Kinder die Kontrolle über ihr Leben und über ihr Verhalten zurückgewinnen (Nüse o.J., o.S.).

Während die Therapie das betroffene Kind mit dem Trauma konfrontiert und somit das Trauma verarbeitet werden soll, ist der Schwerpunkt der Traumapädagogik die Kinder psychisch und sozial zu stabilisieren.

In den letzten Jahren entwickelte sich die Traumapädagogik zu einem selbstständigen Feld innerhalb der Pädagogik. So wurden einige Methoden und Konzepte entwickelt um mit Kindern, die beispielsweise Missbrauchserfahrungen machen mussten, pädagogisch arbeiten zu können (Nüse o.J., o.S.).

Um die Traumapädagogik professionell anwenden zu können, gibt es die Möglichkeit eine Ausbildung zum/zur Traumapädagog*in zu absolvieren. Für diese Ausbildung sollten allerdings schon Kenntnisse und Erfahrungen im pädagogischen Bereich vorhanden sein (Studienzentrum o.J., o.S.)

Abschließend ist zu sagen, dass Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen eine sehr relevante Rolle in der Arbeit mit Trauma haben, denn oft sind sie es, die mit traumatisierten Menschen in Kontakt kommen und in manchen Fällen sogar die ersten sind, die bestimmte Symptome auf eine Traumatisierung zurückführen. Sozialarbeiter*innen können zwar keine Traumatherapie selbst durchführen, aber sie können ihre Klient*innen an eine professionelle Therapie verweisen und diese dann begleiten und unterstützen. Möchte sich ein/eine Sozialarbeiter*in in diesem Bereich weiterqualifizieren, steht ihr/ihm wie schon erwähnt die Möglichkeit offen, eine Ausbildung zum/zur Traumapädagog*in zu absolvieren.

Fazit

Zusammenfassend ist nun noch einmal zu sagen, dass ein Trauma ein einschneidendes Erlebnis ist, welches im extremsten Fall die Kraft hat den Menschen innerlich zerstören und ihn seines bisherigen Lebens und seiner Beziehungen zu berauben.

Welche Folgen ein traumatisches Erlebnis hat, wie stark diese sind und ob und wie schnell sich der/die Betroffene davon erholen kann, hängt stark davon ab, welcher Art das Trauma ist. Wenn Menschen involviert sind, ist es ungleich schwerer, das traumatisierende Erlebnis zu verarbeiten. Und umso jünger die betroffene Person ist, umso verheerender sind die Folgen. Demnach sind also vor allem Kinder besonders gefährdet, das Trauma nicht innerhalb des typischen Prozesses zu verarbeiten, sondern Folgestörungen zu entwickeln. Ein Beispiel dafür ist die Dissoziative Identitätsstörung, welche vor allem durch traumatische Erlebnisse in der Kindheit entstehen. Diese traumatisierenden Situationen müssen allerdings auch immer wieder über einen längeren Zeitraum auftreten, um solche starken Folgen hervorzurufen.

Ein traumatisches Erlebnis zu therapieren und aufzuarbeiten ist ein anspruchsvoller und schwieriger Prozess, der sich oft über mehrere Jahre zieht. Eine Traumatherapie dürfen nur Personen durchführen, die eine entsprechende Ausbildung haben, also beispielsweise Traumatherapeut*innen.

Da es viele Menschen gibt die ein traumatisches Erlebnis hatten, kommen natürlich nicht nur die Personen die eine Traumatherapie durchführen mit den Betroffenen in Berührung. So haben beispielsweise Sozialarbeiter*innen in fast allen Bereichen mit traumatisierten Menschen zu tun. Es ist also wichtig, dass vor allem sie, aber natürlich auch Angehörige und die Betroffenen selbst, die grundlegenden Kenntnisse zum Thema Trauma vermittelt bekommen.

In den letzten Jahren ist dieses Thema immer mehr an die Öffentlichkeit gekommen, doch es bedarf weiterhin eine Sensibilisierung der Gesellschaft und vor allem der pädagogischen Fachkräfte aller Gebiete, damit ein Trauma sofort erkannt und behandelt werden kann und somit die Ausbildung von Traumafolgestörung gemindert oder sogar verhindert wird und den Betroffenen ihr Leben zurückgegeben werden kann.

Literaturverzeichnis

AnthroWiki (o.J.): Erwachsenenalter. (<https://anthrowiki.at/Erwachsenenalter>, verfügbar am 25.11.2019).

Antwerpes, Frank (o.J.): Therapeut. (<https://flexikon.doccheck.com/de/Therapeut>, verfügbar am 25.11.2019).

Aureus (o.J.): Verfolgungswahn: Symptome, Ursachen und Lösungen. (<https://www.hypnose-oldenburg.net/verfolgungswahn-2407/>, verfügbar am 20.11.2019).

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2016): Weltgesundheitsorganisation (WHO). (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/w/weltgesundheitsorganisation-who.html>, verfügbar am 28.10.2019).

CCM Gesundheit (o.J.): Das Langzeitgedächtnis. (<https://gesundheit.ccm.net/contents/798-das-langzeitgedaechnis>, verfügbar am 32.11.2019).

Dobmeier, Julia (2017a): Traumatherapie. (<https://www.netdokter.de/therapien/psychotherapie/traumatherapie/>, verfügbar am 18.11.2019).

Dobmeier, Julia (2017b): Verhaltenstherapie. (<https://www.netdokter.de/therapien/psychotherapie/verhaltenstherapie/>, verfügbar am 27.11.2019).

Dobmeier, Julia (2017c): Psychotherapie. (<https://www.netdokter.de/therapien/psychotherapie/>, verfügbar am 19.11.2019).

Dobmeier, Julia (2018): Dissoziative Störung. (<https://www.netdokter.de/krankheiten/dissoziative-stoerung/>, verfügbar am 19.11.2019).

Dobmeier, Julia; Schrör, Sabine (2018): Psychose.
(<https://www.netdokter.de/krankheiten/psychose/>, verfügbar am 06.12.2019).

Dobmeier, Julia; Fux, Christiane (2019): Schizophrenie.
(<https://www.netdokter.de/krankheiten/schizophrenie/>, verfügbar am 20.11.2019).

Dr-Gumpert.de (o.J.): Stresshormone. Cortisol. (<https://www.dr-gumpert.de/html/stresshormone.html>, verfügbar am 01.11.2019).

Duden (o.J.a): chronisch. (<https://www.duden.de/rechtschreibung/chronisch>, verfügbar am 28.10.2019).

Duden (o.J.b): vikariieren. (<https://www.duden.de/rechtschreibung/vikariieren>, verfügbar am 29.10.2019).

Duden (o.J.c): psychisch. Synonyme zu psychisch.
(<https://www.duden.de/rechtschreibung/psychisch>, verfügbar am 29.10.2019).

Duden (o.J.d): physisch.
(<https://www.duden.de/suchen/dudenonline/physisch?ls=physisch&s=physisch>, verfügbar am 28.10.2019).

Emdria (o.J.): EMDR mit Kindern, (<http://www.emdria.de/emdr/emdr-mit-kindern/>, verfügbar am 27.11.2019).

Friedrich, Sibylle: Trauma und Soziale Arbeit. Ein Problemausfriss. S. 11-12.
(http://sommer-uni.de/Images/TraumaundSozialeArbeit_11-26.pdf, verfügbar am 11.11.2019).

Habben, Marie; Antwerpes, Frank; Blaschke, Jannik u.a. (o.J.): Säugling.
(<https://flexikon.doccheck.com/de/Säugling>, verfügbar am 25.11.2019).

Hausmann, Clemens (o.J.): Dr. Clemens Hausmann. Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, Notfallpsychologe, EMDR. (<https://www.clemens-hausmann.at/index.php?id=1&cat=0>, verfügbar am 29.10.2019).

Heedt, Thorsten (2017): Psychotraumatologie. Traumafolgestörungen und ihre Behandlung griffbereit. Stuttgart: Schattauer.

Heinisch, Daniela (o.J.): Was Adrenalin im Körper bewirkt. (<https://www.gesundheit.de/krankheiten/druesen-und-hormone/nebenniere/adrenalin>, verfügbar am 01.11.2019).

Herzog-Visscher, Regina (o.J.): Fragen und Antworten rund um die Traumatherapie!. „Wer darf eine Traumatherapie durchführen?“. (<https://praxis-rhv.de/traumatherapie-antworten-rund-um-die-traumatherapie/>, verfügbar am 19.11.2019).

Hircin, Emrah; Freyer, Timo; Merz, Sebastian (o.J.): Pubertät. (<https://flexikon.doccheck.com/de/Pubertät>, verfügbar am 25.11.2019).

Huber, Michaela (2007): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. 3.Aufl. Paderborn: Junfermann (Teil 1).

Machetanz, Lena; Rudolf-Müller, Eva (2017): Serotonin. (<https://www.netdoktor.de/laborwerte/serotonin/>, verfügbar am 05.11.2019).

Mai, Manuela (o.J.): EMDR: Behandlung psychischer Traumafolgen. (<https://www.lifeline.de/therapien/emdr-id124597.html#emdr>, verfügbar am 23.11.2019).

med.de (o.J.): DSM. (<https://www.med.de/lexikon/dsm.html>, verfügbar am 26.10.2019).

neues Wort.de (o.J.): kumulativ. (<https://neueswort.de/kumulativ/>, verfügbar am 29.10.2019).

Neurologen und Psychiater im Netz (o.J.): Was ist eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)? (<https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/borderline-stoerung/was-ist-eine-borderline-persoenlichkeitsstoerung-bps/>, verfügbar am 06.11.2019).

Nüse, Clemens (o.J.): Traumapädagogik. (<https://www.heilpaedagoge-nuese.de/methoden/traumapaedagogik/>, verfügbar am 19.11.2019).

Onmeda.de (o.J.): Was bedeutet ICD-10?. (https://www.onmeda.de/icd-10/icd10_bedeutung.html, verfügbar am 25.10.2019).

Posmyk, Wiebke (o.J.a): Psychiater, Psychologe, Psychotherapeut: Dies Unterschiede sollten Sie kennen. Der Psychiater: Mediziner mit Facharztausbildung. (<https://www.onmeda.de/psyche/psychiater-psychotherapeut-psychologe.html>, verfügbar am 05.11.2019).

Posmyk, Wiebke (o.J.b): Dissoziative Identitätsstörung (multiple Persönlichkeitsstörung). (https://www.onmeda.de/krankheiten/dissoziative_identitaetsstoerung.html , verfügbar am 20.11.2019).

Reddemann, Luise; Dehner-Rau, Cornelia (2011): Trauma Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Ein Übungsbuch für Körper und Seele. 3.Aufl. Stuttgart: Trias.

Reddemann, Luise; Dehner-Rau, Cornelia (2013): Trauma heilen. Ein Übungsbuch für Körper und Seele. 4.Aufl. Stuttgart: Trias.

Reiners – Kröncke, Werner; Dette, Manuela; Haas, Ines (2013): Trauma und Traumabewältigung. Handlungsempfehlung für die Psychische Erste Hilfe. Augsburg: Ziel.

Sautter, Christiane (2015): Wenn die Seele verletzt ist. Trauma – Ursachen und Auswirkungen. Ravensburg: Verlag für Systemische Konzepte.

Scherwath, Corinna; Friedrich, Sibylle (2016): Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. 3.Aufl. München: Ernst Reinhardt.

Schubbe, Oliver; Gruyters, Thomas (2015): 3.EMDR. In: Seidler, Günter H.; Freyberger, Harald J.; Maercker, Andreas (Hg.): Handbuch der Psychotraumatologie. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 663.

Stangl, Werner (o.J.): Kindheit. (<https://lexikon.stangl.eu/11307/kindheit/>, verfügbar am 25.11.2019).

Stangl, Werner (o.J.b): Jugendalter. (<https://lexikon.stangl.eu/11300/jugendalter/>, verfügbar am 25.11.2019).

Studienzentrum (o.J.): Weiterbildung Traumapädagogik. Ausbildung im Bereich Traumapädagogik. (<https://www.stzgd.de/weiterbildung/traumapaedagogik-weiterbildung/>, verfügbar am 19.11.2019).

Terwiel, Katrin (o.J.): Was ist Tiefenpsychologie?. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TfP) oder kurz Tiefenpsychologie (TP). (<https://www.katrin-terwiel.de/privat/psychotherapie/tiefenpsychologie/>, verfügbar am 18.11.2019).

Traub, M. (o.J.): Wicker Klinik. Identitätsstörung. (<https://www.wicker.de/kliniken/wicker-klinik/behandlungsschwerpunkte/erkrankungen-a-z/identitaetsstoerung/>, verfügbar am 20.11.2019).

Traumatherapie-Praxis (o.J.a): Traumatische Erlebnisse – Definition & Beispiele. (<http://posttraumatische-belastungsstoerung.com/traumatische-erlebnisse>, verfügbar am 28.10.2019).

Traumatherapie-Praxis (o.J.b): ACE-Studie: Wie Kindheitstraumata Gesundheit und Verhalten ein Leben lang beeinflussen. (<http://posttraumatische-belastungsstoerung.com/ace-studie-adverse-childhood-experiences>, verfügbar am 30.10.2019).

Vielfalt (o.J.): Definition. (<https://www.vielfalt-info.de/index.php/viele-sein/definition-dis>, verfügbar am 19.11.2019)

Weinberg, Dorothea; Korritko, Alexander (o.J.): Instinktive Täuschung - die verborgene Trauma-Reaktion. (<https://irp-cdn.multiscreensite.com/be90064b/files/uploaded/Instinktive%20Ta%CC%88us chung.pdf>, verfügbar am 04.11.2019).

Wikipedia (o.J.): Lenore Terr. (https://en.wikipedia.org/wiki/Lenore_Terr, verfügbar am 26.11.2019).

Wissing, Thomas (2018): Sekundäre Traumatisierung. (<https://www.praxis-wissing.de/app/download/5812647296/k%C3%B6ln+trauma+2018+juni+online.pdf>, verfügbar am 04.11.2019).

Wolf, Doris (o.J.): Münchhausen Syndrom. (<https://www.palverlag.de/lebenshilfe-abc/muenchhausen-syndrom.html>, verfügbar am 06.11.2019).

Wortbedeutung.info (o.J.): Neuropsychologie (Deutsch). Wortbedeutung/Definition. (<https://www.wortbedeutung.info/Neuropsychologie/>, verfügbar am 05.11.2019).

Erklärung zur selbstständigen Anfertigung der Arbeit

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Bearbeitungsort, Datum

Unterschrift