

TRAUMATISIERUNGEN IN KINDHEIT UND JUGEND

„Traumatisierung“ – Was heißt das ?

Ein seelisches Trauma entsteht unter existenziell bedrohlichen Umständen, in denen wir unbedingt wirksam handeln müßten, jedoch sind wir aus äußeren oder/und psychischen Gründen dazu nicht in der Lage. In dieser "unterbrochenen Handlung" (G.FISCHER) bleibt die/der Betroffene seelisch stecken. Durch die traumatische Situation erfahrene eigene Hilflosigkeit und panische Angst kann nicht aufgelöst werden, - sie bleibt als existenzielles Grundgefühl bestehen. Ohne angemessene therapeutische Unterstützung können derartige traumatische Erinnerungen oft auch im späteren Leben kaum überwunden werden.

Bei Traumatisierungen im Kindesalter (Entwicklungsstrauma) kommt dazu, daß Kinder belastende Situationen kognitiv/sprachlich nicht oder nur in geringem Maße bewältigen können. Panik und Hilflosigkeit werden dann als neurologische/psychosomatische Muster/Reaktionen verinnerlicht. Dem seelischen Überleben dient darüber hinaus gerade bei Traumatisierungen in der Kindheit das **Abspalten** der unerträglichen, aber nicht zu bewältigenden Erfahrungen. Obwohl diese dem Betroffenen nicht mehr bewußt sind, reagiert er oder sie auch im Erwachsenenalter affektiv (gefühlsmäßig) entsprechend auf sogenannte **Auslöser**, also Reize, die an die traumatische Situation erinnern.

Es gibt neurophysiologische/-psychologische Erkenntnisse, nach denen solche abgespaltenen (**dissoziierten**) traumatischen Erinnerungen im Gehirn auf besondere Weise gespeichert werden. Auch aus diesem Grund können sie nicht einfach "*wieder gut gemacht werden*" durch positive Erfahrungen zu einem späteren Zeitpunkt.

Unter Traumatherapeuten besteht zunehmend Übereinstimmung darüber, daß bei vielen seelischen und psychosomatischen Erkrankungen traumatische Erfahrungen als Ursache oder Mitursache zu finden sind. In besonderem Maße gilt dies für die 'Emotional Instabile Persönlichkeit, Typ Borderline' (Borderline-Syndrom), für Eßstörungen, Suchterkrankungen, selbstverletzendes Verhalten, Angststörungen, Selektiven Mutismus, besondere Schwierigkeiten im sexuellen Empfinden sowie dissoziative Störungen einschließlich der "Multiplen Persönlichkeit" (DIS). Auch ADHS findet sich in weit überdurchschnittlicher Häufigkeit bei Personen mit traumatisierenden Erfahrungen in der Kindheit.

(Übrigens: Dies alles sind psychische und psychosomatische Reaktionsweisen, die dem Betroffenen ermöglicht haben, traumatische Lebensumstände bzw. deren Folgen auszuhalten. Es sind insofern eigentlich keine „Störungen“ oder „Krankheiten“, sondern belegen ursprünglich ein besonders hohes Maß an Überlebensfähigkeit! - Jenseits der traumatisierenden Umstände werden sie allerdings dysfunktional und bringen neues Leid.)

TRAUMATISIERUNGEN IN KINDHEIT UND JUGEND

Die Vielfalt der symptomatischen Folgen erklärt sich zunächst aus den konkreten Umständen, die für ein Kind (bzw. einen Erwachsenen) traumatisierende Wirkung hatten. Oft ist es eine psychische Erkrankung oder Alkoholismus bei einem Elternteil, sexuelle oder andere Gewalterfahrung, Tod eines nahestehenden Menschen oder (heutzutage vorrangig bei Migranten aus Rußland, Afrika und Asien) Krieg, Heimatverlust, Folter bzw. sonstige schwerwiegende Formen staatlicher Gewalt (auch Opfer von NS, Vertreibung/Umsiedlung nach 1945 und Stalinismus). Auch Frühgeburt, körperliche Beeinträchtigungen oder schwere Erkrankungen in der Kindheit in Verbindung mit unzureichender Betreuung oder wechselnden Bezugspersonen können traumatisieren. Nicht selten kommt es zu Polytraumatisierungen, bei denen verschiedene schlimme Erfahrungen zusammentreffen oder im Laufe der Kindheit aufeinander folgen.

Darüberhinaus entwickelt sich jedes betroffene Kind individuell weiter. Es versucht im Laufe des Lebens auf vielfältige Weise, die traumatischen Empfindungen und Reaktionsmuster seelisch zu kompensieren (auszugleichen). Unterschiedliche günstige, stabilisierende Faktoren können dem Betroffenen helfen, sich in bestimmten Lebensbereichen dennoch relativ gesund zu entfalten, - oder aber neue schlimme Erfahrungen bestätigen und vertiefen die ursprünglichen Traumata.

Aus all diesen individuellen Umständen entstehen im Laufe des Lebens unterschiedlichste Gefühls- und Verhaltensmuster, die uns ermöglichen, trotz der schweren seelischen Verwundungen mehr oder weniger gut klarzukommen im Alltag, - sei es auch nur, bestimmten äußeren Anforderungen der sozialen Umgebung gerechtzuwerden.

Professionelle Aufmerksamkeit für seelische Traumatisierungen, insbesondere in Kindheit und Jugend, entsteht erst in den letzten Jahrzehnten. Schon aus dem Ersten Weltkrieg gab es Erfahrungen mit traumatischen Kriegsneurosen; nach 1945 zeigten sich ähnliche psychische und psychosomatische Symptome bei KZ-Überlebenden. Etwa seit 1980 regt sich öffentliches und professionelles Interesse für seelische Folgen von Vergewaltigungen sowie von Inzest, Ritueller Gewalt und anderen Gewalterfahrungen im Kindesalter. –

Für derartige schwerste seelische Belastungen mit ihren ineinander verstrickten Reaktionen, Überlebensmustern, Ängsten, Schutzmechanismen und sonstigen Symptomen scheint sich der diagnostische Begriff "**Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung**" durchzusetzen (HERMAN).

**Besonders schwerwiegende Folgen
von Psycho-Traumatisierung in Kindheit und Jugend**

a) Das **Borderline-Syndrom** ist eine relativ häufig vorkommende sogenannte "Persönlichkeitsstörung" (*geschätzt 2 % der Bevölkerung; unter den KlientInnen von ambulanter Psychotherapie rund 10 %, bei stationären Psychiatrie-PatientInnen 20 %; Quelle: DSM IV*) . Erste diagnostische Anhaltspunkte sind: Angst vor Verlassenheit; allgemeine Instabilität im Gefühlsleben und im Selbstbild; suizidale Handlungen; Selbstverletzungen; chronisches Gefühl von Leere; heftige Wut; dissoziative Symptome. (*Quelle: DSM IV; Zusammenfassung: M.v.L.*)

Die spezifische Persönlichkeitsstruktur kann jedoch erst innerhalb einer länger andauernden therapeutischen Beziehung zweifelsfrei diagnostiziert werden!

b) **Narzißtische Störungen** entstehen, wenn Überlebende von schlimmen Lebensbedingungen in der Kindheit gelernt haben, alle seelischen Kräfte in den Aufbau einer „Schutzmauer“ zu investieren, die fast um jeden Preis aufrecht erhalten wird. Dabei können verschiedenste Mechanismen Schutzfunktion bekommen, z.B. perfektionistisches Funktionieren im Arbeitsleben bzw. im Haushalt - oder Verbalattacken und Wutausbrüche - oder eine besonders stilisierte Selbstdarstellung (Kleidung, Make-up, Sprache) - oder soziale Grenzüberschreitungen und unsoziales/egoistisches Verhalten - oder intellektuelle Besserwisserei - oder besonders unterdrückerische Formen des sogenannten „Helfer-Syndroms“ (auch elterliche Überbehütung) - oder körperliche Gewalt - oder eine herausragende öffentliche Funktion.

c) **Suchtverhalten jeder Art** dient in der Regel der Kompensation seelischer Defizite. Es soll Ersatz bieten für nicht erlebte Geborgenheit, Zuwendung und Selbstbestätigung und soll ablenken von quälenden Empfindungen und Erinnerungen. (*"Sexueller Mißbrauch, körperliche und seelische Mißhandlungen verschiedenster Art, Vergewaltigungen und sexuelle Belästigungen ziehen sich durch das Leben der meisten Abhängigen wie ein roter Faden. Die Suchterkrankung ist lediglich ein Symptom. Oft ist der Drogenkonsum Überlebensstrategie und der Versuch, das erlebte Unrecht zu kompensieren oder zu bewältigen."* DAHM; siehe Literatur) –

Auch **Eßstörungen, Selbstverletzungen, Arbeitssucht, übersteigerte sexuelle Aktivitäten, Helfersyndrom** und **Zwangsverhalten** (Kontrollzwänge, Perfektionismus, zwanghaftes Sauberkeitsbedürfnis, besondere Alltagsrituale, ritualisierte Augenbewegungen, zwanghaftes Gelenkeknacken und vieles mehr) stehen meist in Zusammenhang mit einer psychischen Suchtstruktur (im weiteren Sinne).

d) **Angststörungen, Panikattacken**, unangemessen wirkende **Wutausbrüche** sowie häufige **Alpträume** sind oft begründet in abgespaltenen traumatischen Erfahrungen.

e) Dissoziative Störungen (einschließlich der "**Multiplen Persönlichkeit**") sind zumeist Folgen schwerer physischer, psychischer und sexualisierter Gewalt, in der Regel im Kindesalter. – Dissoziation (im hier gemeinten Sinne) ist eine natürliche, biologisch angelegte Fähigkeit der Psyche, durch die *bei uns allen* bestimmte eigene Gefühle, Empfindungen, Erinnerungen, Handlungen oder Gedanken dem Bewußtsein unzugänglich bleiben: sie werden abgespalten. Als Folge von Psychotraumatisierungen (vor allem in der Kindheit) kann Dissoziation zur vorrangigen seelischen Reaktions- und Verarbeitungsmöglichkeit werden. Bestimmte sehr belastende Aspekte der bedrohlichen Situation (Angst, Schmerz, Hilflosigkeit, extreme Verwirrung und Orientierungslosigkeit) werden dann durch Dissoziation mehr oder weniger vollständig vom Bewußtsein ferngehalten, damit das Leben weitergehen kann. (Verarbeitet sind sie dadurch allerdings nicht!)

Insbesondere nach komplexen Traumatisierungen über längere Zeit verselbständigt sich das Dissoziieren. Auf dieser Grundlage entstehen generelle Konfliktlösungsweisen, die auch im späteren Leben, unabhängig von traumatischen Erfahrungen, beibehalten werden:

Dissoziative Amnesie:

Keine Erinnerungen haben an bestimmte Lebenszeiten oder Situationen (insbesondere in der Kindheit).

Derealisierung:

Konfliktsituationen werden "wie ein Film" erlebt. Betroffene haben das Gefühl, "es ist ein Traum, gleich wache ich auf!" oder "das hat mit mir nichts zu tun!" – Es wird die Realität der Außenwelt abgespalten. Auch soziale Grenzüberschreitungen im späteren Leben werden dann oft nicht rechtzeitig wahrgenommen.

Depersonalisierung:

Traumatische Gewalt an sich selbst haben Betroffene oft erlebt, "als ob ich von weit weg auf die Szene schaue". – Hierbei wird die eigene leibliche/körperliche Realität abgespalten. – Traumaüberlebende können sich auch im späteren Leben oft nicht mit dem eigenen Körper identifizieren; dies kann zu aufwendigem 'Schmücken' der äußeren Erscheinung führen (Make-up, Kleidung, Tätowierungen, Piercings).

Immobilitätsreaktion ("Totstellreflex"):

Wenn Vergewaltigungsoffer sich nicht oder kaum wehren, liegt solcher Passivität im allgemeinen eine dissoziative Abspaltung sowohl der äußeren als auch der inneren (leiblichen) Realität zugrunde.

Dissoziative Fugue:

Das plötzliche Weglaufen aus einer unerträglich belastenden Situation, verbunden mit Amnesie.

Somatoforme (körperbezogene) Dissoziation:

Verlust der motorischen Kontrolle (z.B. Lähmungen, Krämpfe), Schmerzunempfindlichkeit u.a. (*Innerhalb der psychoanalytischen Tradition als "hysterische" oder "Konversionsstörungen" bezeichnet.*)

Strukturelle Dissoziation:

Je nach dem Ausmaß der traumatischen Überforderung werden bestimmte dissoziative Reaktionsweisen als 'Ausweichmöglichkeiten' neuropsychologisch dauerhaft (also strukturell) etabliert, um traumatische Erfahrungen und Empfindungen abzuspalten und auf diese Weise (zunächst) 'unschädlich zu machen'. – Traumaüberlebende erkennen im späteren Leben oft, wie sie in bestimmten Situationen unweigerlich, ohne etwas daran ändern zu können, ganz bestimmten Empfindungen, Einschätzungen oder Verhaltensweisen unterliegen. Weder sich selbst noch anderen können sie solche meist unangemessenen Reaktionen erklären. – Empfindungs-, Reaktions- und Verhaltensweisen sowie sekundäre Kompensationsformen *[siehe hier unter c)]* sind dabei bestimmten **Persönlichkeitsanteilen** fest zugeordnet, die in bestimmten Situationen unweigerlich aktiviert werden.

Umfassendste Form einer solchen Strukturellen Dissoziation ist die **Dissoziative Identitätsstruktur (DIS/umgangssprachlich: "Multiple Persönlichkeit")**.

f) Flashbacks (Erinnerungsblitze):

Abgespaltene traumatische Erinnerungen (Bilder, leibliche Empfindungen, Gefühle) werden in bestimmten Situationen (meist durch "**Auslöser**"/"**Trigger**", die an eine traumatische Erfahrung erinnern) plötzlich ans Bewußtsein freigegeben. – Schon die Angst vor solchen Flashbacks führt oft zu neuen dissoziativen Abspaltungen bzw. zu verstärkten sekundären Kompensationen (Sucht, Selbstverletzungen, Eßstörungen).

Therapeutische Möglichkeiten

Zunächst: Bewährte therapeutische Hilfe bei Traumatisierungen in Kindheit und Jugend gibt es durchaus! Es ist möglich, auch im Erwachsenenalter derartige seelische Verwundungen zu verarbeiten und entsprechend "heilezuwachsen". Angemessene Unterstützung zu finden, ist allerdings nicht ganz einfach.

Oft steht am Anfang nur die Ahnung des Betroffenen, daß es sich bei den eigenen Empfindungen und Symptomen um Folgen schwerer seelischer Belastungen in Kindheit und Jugend handeln könnte. Wegen der häufig vorkommenden **Abspaltung** traumatischer Erinnerungen sollten wir eine derartige eigene Vermutung in jedem Fall ernstnehmen und uns weder von Angehörigen noch von Therapeuten oder Psychiatern ausreden lassen! Liegt tatsächlich eine Psycho-Traumatisierung vor, so wird sich die entsprechende Ahnung innerhalb einer qualifizierten Therapie Schritt für Schritt verdichten, - im selben Maße, in dem Vertrauen und therapeutische Beziehung sich entwickeln.

Im Gegensatz zu Behauptungen von Tätern und entsprechenden Darstellungen in den Medien ("*False Memory Syndrome*") ist es nicht möglich, Betroffenen die äußerst belastenden, aufwühlenden Erinnerungen an traumatische Erfahrungen (mit entsprechenden symptomatischen Beschwerden) nur "einzureden"; siehe hierzu: SCHALLECK.

*Die Suche nach geeigneten therapeutischen Angeboten setzt bei der Betroffenen ein hohes Maß an Selbstverantwortlichkeit voraus. Sie oder er sollte sich informieren, eigene Ansprüche stellen an die Qualität der Therapie und – **nein sagen zu TherapeutInnen, zu denen sich kein Vertrauen einstellt.***

Leider gibt es noch immer TherapeutInnen und PsychiaterInnen, die (bewußt oder unbewußt) einen großen Bogen machen um das schwierige Thema der Psycho-Traumatisierung. In der eigenen Ausbildung kam es zumeist nicht vor; - die angemessene therapeutische Betreuung setzt neben speziellen Kenntnissen wohl auch eine besondere Sensibilität voraus; - darüber hinaus rührt das Thema an tiefverwurzelte gesellschaftliche Tabus.

Aber auch TherapeutInnen, die grundsätzlich bereit sind, sich auf traumatisierte KlientInnen einzulassen, gehen – je nach der eigenen Ausbildung und Arbeitsweise – unterschiedlich um mit dieser Aufgabe.

Wenn möglich, sollten wir uns zunächst informieren über das Thema, um dann zu entscheiden, auf welche Form von Unterstützung wir uns zum jetzigen Zeitpunkt am ehesten vertrauensvoll einlassen könnten. Kontakt aufnehmen zu konkreten TherapeutInnen sollten wir im Bewußtsein, daß wir selbst am besten wissen, wie wir uns fühlen und in welchen Bereichen wir Hilfe brauchen!

Es gibt kaum Zweifel daran, daß gerade bei Betroffenen mit schwerwiegenden seelischen Verwundungen in Kindheit und Jugend **vertrauensvolle** (freundschaftliche wie therapeutische) **Beziehungen** Grundlage und Voraussetzung jeder befriedigenden

TRAUMATISIERUNGEN IN KINDHEIT UND JUGEND

Unterstützung sind (siehe GAHLEITNER). Ein positives oder negatives Gefühl 'aus dem Bauch' während der Probetermine mit einem Therapeuten/einer Therapeutin kann also als Anhaltspunkt für eine Entscheidung ernstgenommen werden. Darüberhinaus sollte die Therapeutin konkret und für die Klientin/den Klienten nachvollziehbar Auskunft geben können über ihren fachlichen Umgang mit Traumatisierungen, insbesondere im Bereich sexualisierter Gewalt.

Sind **sachkundige und flexible Kriseninterventions-Angebote** vorhanden (auch am Abend und Wochenende), bilden sie einen entscheidenden Rückhalt für Betroffene bei der Aufarbeitung von traumatischen Erinnerungen (im Rahmen einer Therapie, aber auch unabhängig davon).

Drei grundlegend verschiedene therapeutische Herangehensweisen sind zu unterscheiden:

a) Psychoanalytisch orientierte Therapeuten interessieren sich vorrangig für innere seelische Konflikte und orientieren sich dabei an den entwicklungspsychologischen Kriterien ihrer Theorie.

Nachteil für KlientInnen mit Psycho-Traumatisierung:

Um die therapeutische Entfaltung solcher verborgener seelischer Konflikte möglichst wenig zu beeinflussen, nimmt sich der Therapeut/die Therapeutin *als Gegenüber* stark zurück. Für Menschen mit Traumatisierungen ist jedoch das "authentische emotionale Antworten" (HEIGL-EVERS), die vertrauensvolle Realbeziehung mit der Therapeutin meist Voraussetzung, um leidvolle Erfahrungen aufarbeiten zu können (GAHLEITNER). Dazu kommt, daß viele (jedoch nicht alle!) psychoanalytisch orientierte TherapeutInnen Erinnerungen an sexuelle Gewalterfahrungen und Grenzüberschreitungen (also auch die eher gewaltlose sogenannte "Verführung") gern als entwicklungspsychologisch bedingtes Phantasieprodukt interpretieren.

Besonders unangemessen für Betroffene mit Traumafolgestörungen ist die traditionelle psychoanalytische Therapie im Liegen ("*auf der Couch*").

b) Bei Verhaltenstherapeuten liegt die Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Störungen im Verhalten und bei Empfindungen.

Nachteil für traumatisierte KlientInnen:

Dieser therapeutische Ansatz ist vorrangig orientiert am "Funktionieren" im sozialen Alltag. Erfahrungsgemäß reduziert sich dadurch kaum das (in der individuellen Vergangenheit begründete) gegenwärtige seelische Leid. Therapeutische Erfolge halten oft nur bis zur nächsten aktuellen psychischen Krisensituation an. Das Gefühl, wieder versagt zu haben und zunehmende Hoffnungslosigkeit sind Folgen. Zudem erschwert die einseitige Orientierung an den alltäglichen sozialen Normen das Verständnis für individuelle lebensgeschichtliche Umstände.

c) Traumatherapeutische Ansätze orientieren sich bei Betroffenen mit Entwicklungs Traumata vorrangig an den in der Vergangenheit entstandenen seelischen Verwundungen, die sich noch immer auswirken. Sie nutzen eine Fülle von neueren Erkenntnissen über die neurophysiologische/-psychologische Dynamik von Psycho-Traumatisierungen, Schlußfolgerungen aus der Säuglingsforschung sowie Erfahrungen aus der traumatherapeutischen Praxis selbst. Durch ihre Methodenvielfalt können sie nuanciert eingehen auf die individuell ganz unterschiedlichen Umstände und Folgen der Traumatisierung.

Für **Schocktraumata**, also akute Traumatisierungen mit zeitnaher therapeutischer Unterstützung (Trauma Typ 1, A-Trauma), gelten in mancher Hinsicht andere Grundsätze und Methoden. (Siehe z.B. bei FISCHER.)

Psychoanalytische/psychodynamische und verhaltenstherapeutische Methoden wurden erfolgreich integriert in traumatherapeutische Ansätze. Andersrum entdecken psychoanalytische bzw. verhaltenstherapeutische Profis in zunehmendem Maße traumatherapeutische Erkenntnisse und Erfahrungen als wertvolle Ergänzung für die eigene Arbeit. So besteht also durchaus Hoffnung, daß die professionelle Aufmerksamkeit für Realtraumatisierungen in Kindheit und Jugend in absehbarer Zeit zunehmen wird.

Leider werden etliche neuere therapeutische und therapieergänzende Methoden, die sich offenbar gerade in der Unterstützung traumatisierter Menschen bewähren, von den meisten Krankenkassen derzeit noch nicht bezahlt. Manche TherapeutInnen können stattdessen ihre 'anerkannten' Therapieformen abrechnen. Gar nicht so selten entscheiden sich Betroffene notgedrungen dafür, eine nach dem eigenen Empfinden vertrauenswürdige und erfolgversprechende, jedoch 'nicht anerkannte' therapeutische Unterstützung selbst zu bezahlen. – Besonders schwierig ist es für Menschen mit Dissoziativer Identitätsstruktur ("Multiple Persönlichkeit"), qualifizierte (und kassenfinanzierte) Therapiemöglichkeiten zu finden.

Bedauerlicherweise gehören Traumafolgestörungen und ihre fachgerechte Betreuung bis heute nur sehr am Rande zur Ausbildung von Fachärzten für Psychiatrie bzw. von Psychotherapeuten. Symptomatische Folgen seelischer Traumatisierungen werden noch immer oft vorschnell nach traditionellen psychoanalytischen oder verhaltenstherapeutischen Kriterien interpretiert bzw. "behandelt". Ohne differenziertes Verständnis für **die besondere psychische Entwicklung nach frühen Traumatisierungen** werden solche therapeutische Bemühungen allenfalls kurzfristig Entlastung bieten (vor allem durch den zugewandten Kontakt mit der Theapeutin/dem Therapeuten). Im allgemeinen verstärken die ungunstigen therapeutischen Erfahrungen bei den Betroffenen Selbstzweifel und das Gefühl, zu versagen und rundherum überflüssig zu sein auf der Welt. Durch unangemessene Anforderungen ("Sie sind doch eine erwachsene Frau!") oder andererseits durch Überinvolvement des Therapeuten/des Therapeuten (die Klientin "beschützen zu wollen vor der bösen Welt") können ursprüngliche traumatische Konstellationen reaktiviert werden. – Auch Erfahrungen wie diejenige mir von einer Traumaüberlebenden berichteten sind kaum Ausnahme:

TRAUMATISIERUNGEN IN KINDHEIT UND JUGEND

Der Chefarzt in der Akutstation stellt StudentInnen eine Patientin mit Traumafolgestörungen vor. Sie berichtet von ihren Schwierigkeiten, sich in eine fremde Umgebung hineinzuwagen. Der Professor halblaut zu den Studenten: "Das ist natürlich meiden!" – Die Patientin fühlt sich deswegen mißachtet, stellt ihn zur Rede, ob er jemals Panikattacken gehabt habe?! Ob ihm klar ist, daß das Todesängste sind, die man da hat?! – Natürlich kommt nichts dabei heraus.

Es gibt mittlerweile etliche Ausbildungsinstitute für psychotraumatologische Fort- und Weiterbildungen, die nach meiner Kenntnis sehr gut nachgefragt werden (*siehe hier auf der Linkliste*). Trauma, ein Modethema? Mag sein, aber dahinter steht ein großer und früher mißachteter Bedarf, - steht immenses Leid sehr vieler Trauma-Überlebender, die oft über Jahre und Jahrzehnte vergebliche "Behandlungs"-Versuche hinter sich haben.

Zur Situation von Angehörigen

Symptomatische Folgen von Psycho-Traumatisierungen sind eigentlich keine Krankheit. Sie waren im bisherigen Leben die einzigen Möglichkeiten, sich ein gewisses Maß an seelischer Stabilität zu erhalten; es sind Selbstheilungsversuche. Traumatisierte Menschen sind insofern nicht nur "Opfer", sondern sie sind "**Überlebende**", die bereits ein hohes Maß an Lebensmut und innerer Stärke bewiesen haben!

Angehörige, PartnerInnen und FreundInnen haben große Bedeutung bei der seelischen Weiterentwicklung der Betroffenen – über die kompensatorische "Überlebens"-Form hinaus, hin zu einem selbstbestimmten Leben in der Gegenwart und in die Zukunft hinein, demgegenüber die schlimmen Erfahrungen endlich '*Vergangenheit werden können*'.

Betroffene erleben in PartnerInnen und FreundInnen oft erstmalig im Leben vertrauenswürdige Mitmenschen, mit denen gewaltlose Zuwendung und Nähe vorstellbar wird. Entsprechend groß ist die Angst vor neuerlicher Verletzung und Zurückweisung, entsprechend schnell werden immer wieder die lebenslang entwickelten individuellen Schutzmechanismen aktiviert. – Dies alles sollten solidarische Angehörige situativ möglichst verständnisvoll beantworten, ohne jedoch die eigenen Empfindungen und Bedürfnisse oder ihre zeitweilige Überforderung zu verdrängen.

Sowohl für Betroffene als auch für PartnerInnen gibt es sehr gute Ratgeber speziell zum Umgang mit den Folgen sexueller Traumatisierung. – Voraussetzung für solidarische Unterstützung eines in Kindheit und/oder Jugend traumatisierten Menschen ist jedoch vor allem die Bereitschaft, einen authentischen, liebevollen und ganz individuellen Austausch mitzutragen, in dem bei aller nötigen Rücksicht auf die besonderen Umstände beide oder alle Beteiligten **selbstverantwortlich bleiben** für ihre eigene Lebensgestaltung.

Erste Literaturempfehlungen:

Ellen BASS / Laura DAVIS: Trotz allem. Wege zur Selbstheilung für sexuell mißbrauchte Frauen (Berlin 1990)

Thijs BESEMS / Gerry van VUGT: Wo Worte nicht reichen. Therapie mit Inzestbetroffenen (München 1990)

(Zitat:) Daniela DAHM (Lilith e.V., Verein für Unterstützung von Frauen mit Drogenproblematik/Nürnberg), in: Storchenebene im Minirock. Frauen, HIV und AIDS (hrsg. von Heidemarie Kremer) (Herdecke 2000)

Laura DAVIS: Verbündete. Ein Handbuch für Partnerinnen und Partner sexuell mißbrauchter Frauen und Männer (Berlin 1992)

Gottfried FISCHER: Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen (Düsseldorf/Zürich 2003)

Silke B. GAHLEITNER: Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung (München/Basel 2005)

Judith HERMAN: Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden (Paderborn 2003)

Andreas KNUF (Hrsg.): Leben auf der Grenze. Erfahrungen mit Borderline (Bonn 2002)

Wendy MALTZ: Sexual Healing. Ein sexuelles Trauma überwinden (Reinbek 1993)

Luise REDDEMANN / Cornelia DEHNER-RAU: TRAUMA. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen (Stuttgart 2004)

Babette ROTHSCHILD: Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung (Essen 2002)

Martha SCHALLECK: Rotkäppchens Schweigen. Die Tricks der Kindesmissbraucher und ihrer Helfer (Freiburg i.Br. 2006)

**Kontaktadressen zum Thema Traumafolgeschäden und Traumatherapie
(Information, Betreuung, Fortbildung)**

(Ohne Gewähr für Aktualität! – Um Hinweise auf Fehler wird gebeten!!)

Beratung und selbsthilfeorientierte Angebote

www.schotterblume.de

Bundesweite Hilfe für Mißbrauchsopfer (auch Männer): Tel. 0700-73353644
e-mail-Beratung unter: seelenhilfe@schotterblume.de

www.aufrecht.net

Internetangebot von Überlebenden von sexueller Gewalt in der Kindheit. Sehr lesenswerte Berichte, viele links. Trotz nder fachlich nuancierten Darstellungen psychotraumatologisch nicht immer korrekt bzw. nicht auf dem neuesten Stand. Leider nahezu kein Verständnis für die besondere Situation/Psychodynamik bei DIS.Gehört dennoch zu den besseren Webseiten zum Thema Trauma.

www.tauwetter.de

Anlaufstelle für Männer, die als Junge sexuell mißbraucht wurden

www.borderline-plattform.de

Deutschsprachige Selbsthilfeseite u.a. mit Übersicht über aktuelle Selbsthilfegruppen

www.narzissmus.net

Virtuelle Selbsthilfegruppe für Betroffene mit **Narzißtischer Persönlichkeit**

www.infonetz-dissoziation.de

Angebot der Medizinischen Hochschule Hannover, bietet Diagnostik für Betroffene mit mutmaßlicher PTBS/Dissoziativen Störungen, Beratung zu Behandlungsmöglichkeiten, Kriseninterventionsprogramm.
Diverse Forschungsprojekte, Links zu Informöglichkeiten für Profis

www.vielfalt-info.de

VIELFALT e.V. - Information zu Trauma und Dissoziaton
(Postfach 100602, 28006 Bremen)

Bietet seit vielen Jahren Informationen, Beratung, Unterstützung für Betroffene, Angehörige **und Profis**, Listen mit stationären Therapieangeboten und zu **Supervision und kollegialem Austausch für HelferInnen**, Weiterbildungsangebote, Hinweise auf **Fortbildungsangebote anderer Anbieter**.
Scjhwerpunkt: DIS (Multiple Persönlichkeit).

<http://lichtstrahlen.opfernetz.de>

Selbsthilfeseiten von/für Traumaüberlebende/n

www.borderline-angehoerige.de

Chats und Mailinglisten für Angehörige/PartnerInnen

www.rotetraenen.de

Selbsthilfeseite zum Thema Selbstverletzungen

www.psychotherapiesuche.de

Psychotherapie-Informationsdienst (PID)

TRAUMATISIERUNGEN IN KINDHEIT UND JUGEND

www.trauma-informations-zentrum.de

Informationen für Betroffene von einer psychotherapeutischen Praxis

www.dissoziation.org

Informationen von Betroffenen für Betroffene, Schwerpunkt Dissoziation und Multiple Persönlichkeit (DIS).

Sehr lesenswert!

www.dunkelziffer.de

Unterstützung für sexuell mißbrauchte Kinder. Prävention, fachliche Fortbildung, anwaltliche Hilfe. Spezialgebiet: Öffentlichkeitsarbeit gegen Kinderpornografie. Bundesweite Beratung: 040/39901828. E-mail: info@dunkelziffer.de

www.wildwasser-marburg.de

Fachberatungsstelle zu sexueller Gewalt in der Kindheit, feministische Orientierung. Wichtige Veranstaltungen und Informationen zu geschlechtsspezifischen Aspekten von Trauma.

www.frauennotrufe.de

Bundesverband autonomer Frauennotrufe; Kontakte zu parteilich-feministischen und patriarchatskritischen Projekten und Beratungsstellen, insbesondere auch im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt

www.borderline-community.de

Deutschsprachige Seite für Betroffene mit Informationen, Erfahrungsberichten, Hinweisen, Mailinglisten und Chat

www.trauma-beratung-leipzig.de

www.dissoziation-und-trauma.de

TRAUMA **B**ERATUNG **L**EIPZIG / Trialogische Borderline-Beratungsstelle

Bislang noch ehrenamtliches Angebot für Betroffene, Angehörige und HelferInnen. Online-Information und –Beratung für Betroffene/angehörige/Profis, im Rahmen der zeitlichen Möglichkeiten auch persönlich. Themen: Folgeschäden aufgrund von Psychotraumatisierungen in Kindheit und Jugend, Schwerpunkte: Borderline und DIS.

Kooperation mit der Sächsischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (SGSP).

Für traumabetroffene Kinder

www.traumapaedagogik.de

Website für praxisorientierte Arbeit mit traumatisierten Kindern in **pädagogischen Arbeitsfeldern**. Wichtige neue Initiative (von Volker Vogt und Martin Kühn) auf Grundlage der aktuellen psychotraumatologischen Erkenntnissen und Erfahrungen. Eine Fülle von praxisrelevanten Hinweisen, Links und Referaten einschließlich der Möglichkeit, einen online-Newsletter zu abonnieren. Wunderbar! Sehr empfehlenswert!

www.welle-ev.de/trauma

Zentrum für Traumapädagogik von Welle e.V., einem Träger ambulanter sozialpädagogischer Leistungen der Kinder-/Jugend- und Familienhilfe im Rhein/Main-Gebiet. Das Zentrum für Traumapädagogik hat Vorreiterfunktion; Mitbegründerin ist Wilma Weiß ('Philipp sucht sein Ich').

www.kindertraumainstitut.de

Bietet Weiterbildung zur **speziellen Psychotraumatologie** bei Kindern und Jugendlichen.

Fachgesellschaften und kommerzielle Fortbildungen für Profis

www.dissoc.de

Deutsche Sektion der Internationalen Gesellschaft zum Studium dissoziativer Störungen (ISSD).
Wichtige Seite zur Information für HelferInnen

www.degpt.de

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)

www.psychotraumatologie.de

Deutsches Institut für Psychotraumatologie

www.prometheus-trauma.de

Universitätsklinik Heidelberg, Datenbank für Fachleute aus dem Bereich (im Aufbau!)

www.estd.org

European Society for Trauma and Dissociation mit Sitz in Zeist/Niederlande (enge Zusammenarbeit mit Onno van der Hart.)

www.psychiatrie.de

Informative Seiten, organisiert von Aktion Psychisch Kranke, Dachverband Gemeindepsychiatrie und Deutscher Gesellschaft für Soziale Psychiatrie.

www.bzfo.de

Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin

www.vivofoundation.net bzw. www.vivo.org

Forschungs- und Weiterbildungsorganisation zur Betreuung von Menschen, die im Zusammenhang mit **Krieg/Terror/Folter** traumatisiert wurden. Hierfür entwickelte Therapiemethode: ‚Narrative Exposure Therapy‘ (NET)

Zusammenarbeit mit der Uni Konstanz und dem Europäischen Flüchtlingsfonds.

www.acst-europe.com

Informationen/weiterbildungen zum Thema **Somatische Traumatologie/Soziales Trauma** (A. St.Just)

www.issd.org

Web-Seite der ISSD mit speziellen Informationen für Fachleute aus nichtamerikanischen Ländern, wichtige Informationen für Profis (englischsprachig!)

www.trauma-pages.com

Sehr breites Informationsangebot für Fachleute zum Thema Traumapsychologie/Dissoziation (englisch!)

www.michaela-huber.com

Informationen zu Fortbildungen mit der bedeutenden Psychotraumatologin (info@michaela-huber.com)

www.sidran.org

Web-Seite der Sidran-Foundation, die **Unterstützung für Personen mit posttraumatischen Störungen**, Öffentlichkeitsarbeit sowie Information und Ausbildung für Fachleute bietet. (englischsprachig!)

www.psychotraumatology-institute-europe.com oder www.pi-europe.eu

Neugegründetes Institut (PIE) mit der Zielsetzung, Forschung im Bereich der komplexen psychischen Traumatisierung zu fördern. Schwerpunkt: Dissoziative Störungen. Fortbildungsangebote (auch auf deutsch bzw. mit Simultanübersetzung)

www.traumatherapie.de

Institut für Traumatherapie, Berlin. Bietet traumatherapeutische Fortbildungen an; Zusammenarbeit mit dem Behandlungszentrum für Folteropfer

www.uni-koeln.de/phil-fak/psych/klin

Institut für klinische Psychologie und Psychotherapie der Uni Köln (Direktor: G.Fischer).

Diverse Projekte und Angebote für Profis, Weiterbildungen.

www.luise-reddemann.info

Fortbildungsangebote für die Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie (PITT) nach Reddemann

TRAUMATISIERUNGEN IN KINDHEIT UND JUGEND

www.traumahealing.com

Informationen über Somatic Experiencing, die Traumatherapie nach Peter A. Levine (englischsprachig!)

www.traumazentrum-berlin.net

Bietet ein modular aufgebautes Curriculum „Spezielle Psychotraumatherapie“ an.

www.emdria.de

Kommerzielles Ausbildungsinstitut für EMDR

www.EMDR-Institut.de

Seminare und Fortbildungen zu EMDR.

www.traumaforum-berlin.de

Ausbildungscurriculum Traumatherapie mit EMDR bei Kindern und Jugendlichen sowie andere Fortbildungen.

Leitung: Dagmar Eckers.

www.institut-berlin.de

Psychotraumatologie-Seminare auf der Grundlage von Hypnotherapie nach Milton Erickson sowie Systemische Therapie (Standards der DeGPT)

www.thzm.de

Trauma Hilfe Zentrum München e.V.. Bietet Fortbildungen, auch zur Strukturellen Dissoziation. Kooperation mit PIE.

www.iip.ch

Psychotherapeutisches Institut im Park (Schaffhausen/Schweiz)

Zentrum für Psychotraumatologie und Psychotraumatherapie.

Bietet Fortbildungen für Profis mit führenden Traumatherapeuten an.

www.psychotraumazentrum-kassel.de

Bietet Zusatzqualifikationen zum/zur FachberaterIn in Psychotraumatologie.

www.avt-koeln.org

Akademie für Verhaltenstherapie Köln, macht auch Fortbildungen im Bereich Psychotrauma.

www.ifp-hamburg.de

Institut für Psychotraumatologie Hamburg (Pia Heckel), bietet verschiedene Fort- und Weiterbildungen, Zusammenarbeit mit Psychotraumazentrum Kassel.

www.kindertraumainstitut.de

Bietet Weiterbildung zur **speziellen Psychotraumatologie** bei Kindern und Jugendlichen.

Stand: August 2009