

## **Kurzkonzept zur Psychotraumatologischen Beratung und Psychoedukation für Jugendliche und Jungerwachsene**

*„Wenn nichts mehr so ist, wie es vorher einmal war...“*

### **Angebotsbeschreibung**

Lebensbedrohliche Verkehrsunfälle, Gewaltverbrechen, Opfer von Straftaten, Mobbing, Krieg/ Flucht, plötzliche lebensbedrohliche Erkrankungen, schwere persönliche Schicksalsschläge und plötzliche Verluste - solche Erfahrungen können unser Leben von jetzt auf gleich von Grund auf erschüttern. Das Erleben von Gewalt ist immer ein seelisch erschütterndes Ereignis.

Ob ein solches Ereignis eine akute Belastungsreaktion zur Folge hat, die auch ohne psychotherapeutische Behandlung innerhalb kurzer Zeit ausheilen kann oder ob schwerwiegende Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auftreten, hängt von einer ganzen Reihe von Faktoren ab. Psychotraumatologische Beratungsgespräche können helfen, eine erste seelische Entlastung zu erfahren, wieder ein Gespür für den eigenen Wert zurückzuerlangen, Selbstheilungskräfte zu fördern, zusätzlich belastende Entwicklungen zu verhindern und eine traumatherapeutische Behandlung anzuregen. Akut traumatisierte bedürfen einer raschen Hilfe. Auch das Miterleben eines schweren Unfalls oder anderer existentiell bedrohlicher Situationen (z.B. Todesfall oder schwere Erkrankung bei einem Familienmitglied) können als akut traumatisch für die Betroffenen eingestuft werden.

Die Psychotraumatologische Erstberatung liegt zeitlich zwischen dem traumatischen Ereignis und einer eventuellen Psychotherapie. Eine psychotraumatologische Erstberatung stellt selbst keine Psychotherapie dar und hat diese nicht zwangsläufig zur Folge. Auch wenn die traumatische Situation schon länger zurück liegt und der Jugendliche unter Langzeitfolgen des Traumas leidet, ist eine psychotraumatologische Beratung sinnvoll:

Für traumatisierte Jugendliche und Jungerwachsene mit selbstverletzendem Verhalten, Essstörung oder Suchtverhalten, die auf einen langfristigen Traumatherapieplatz warten, bieten wir psychotraumatologische Beratung an. Unsere Aufgabe sehen wir darin, den traumatisierten Jugendlichen und Jungerwachsenen zu stabilisieren und über den

traumatischen Prozess aufzuklären. Dazu nutzen wir unten angegebene Methoden. In der eigentlichen Traumatherapie kommt es später zur Traumaverarbeitung und bei genug protektiven Faktoren (Resilienzfähigkeit, stabiles soziales Umfeld etc.) zur Integration des Traumas in die eigene Lebensgeschichte.

Eine zusätzliche ausführliche psychotraumatologisch/ traumapädagogische Erziehungsberatung und Psychoedukation für (Pflege) Eltern, Erziehungsberechtigte, Bezugspersonen, Betreuer ist sinnvoll, da sie eine elementare Schutzfunktion für den Betroffenen ausüben. Die psychotraumatologische Erziehungsberatung hilft ihnen, das Verhalten des Jugendlichen zu verstehen, seine Trigger zu erkennen und den Umgang mit Intrusionen und Flashbacks zu erlernen. Der traumapädagogische Teil der Erziehungsberatung zeigt den (Pflege-) Eltern, Erziehungsberechtigten, Bezugspersonen Wege auf, wie sie adäquat auf die Verhaltensweisen des Jugendlichen eingehen können und ihm dabei helfen, wieder Vertrauen zu fassen.

**Folgende veränderte Erlebnis- und Verhaltensweisen (Beschwerden) können bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen auftreten:**

- Sie spielen immer wieder die gleiche Situation, ohne dass sich etwas verändert (z.B. könnte dies so aussehen: Häuser umstoßen und Autos umgekippt durch die Haustrümmer schieben und dabei Schreien oder sonstige Laute von sich geben)
- Sie reagieren ohne erkennbaren äußeren Anlass, zerstören z.B. Gegenstände, beginnen plötzlich heftig zu weinen oder zu schreien, klammern sich ganz fest oder versuchen wegzulaufen
- Sie schreien nachts im Schlaf, manchmal ohne davon zu erwachen
- Sie schauen mit durchdringendem Blick ins Leere, reagieren nicht auf Ansprechen
- Das Erlebte läuft wie ein Film immer wieder "vor dem inneren Auge" ab
- Teile des Erlebten tauchen immer wieder als Bilder "vor dem inneren Auge" auf
- Kinder wollen nicht mehr richtig spielen, auch nicht das Lieblingsspiel
- Sie zeigen ein verändertes Essverhalten (gar nichts mehr oder ganz viel)
- Sie werden still und ziehen sich von ihren Spielkameraden und Eltern zurück
- Sie wirken wie betäubt, scheinbar teilnahmslos und gleichgültig ihrer Umwelt gegenüber
- Sie zeigen bisher unbekannte heftige aggressive Reaktionen (auch gegen sich selbst)
- Sie vermeiden alles, was an das schlimme Erlebnis erinnern könnte (auch darüber zu reden)
- Kinder nässen/koten wieder ein, obwohl sie schon länger sauber waren
- Kinder sprechen wieder, wie sie als jüngere Kinder gesprochen haben
- Sie klammern, wollen sich aus der sicheren häuslichen Atmosphäre nicht entfernen und in den Kindergarten oder die Schule gehen, haben Angst sich zu trennen
- Kinder / Jugendliche haben häufiger Bauch- oder Kopfschmerzen
- Sie können abends nicht einschlafen oder wachen nachts immer wieder auf
- Sie zeigen wieder oder erstmals Dunkelangst

- Sie zeigen eine motorische Unruhe oder sind wie erstarrt
- Sie können sich schlecht konzentrieren, zeigen auf Dauer schlechtere schulische Leistungen
- Sie erinnern sich zwar an Details des Geschehens, können sich aber Alltagsdinge nicht mehr merken
- Sie erschrecken sich bei Geräuschen oder Situationen, die sie früher nicht erschreckt haben
- Jugendliche beginnen, Alkohol zu trinken oder andere Drogen zu nehmen
- Sie haben extreme und schnelle Stimmungswechsel
- Sie leiden unter Angst- und Panikattacken, Zwängen und Phobien
- Sie haben ein geringes Selbstwertgefühl/ Selbstvertrauen/ negatives Selbstkonzept
- Sie leiden unter Entwicklungsverzögerungen und Bindungsstörungen (Distanzlosigkeit)

### **Methoden und Arbeitsweisen**

- Erarbeitung des Verlaufsmodells der psychischen Traumatisierung nach G. Fischer
- Psychoedukation PTBS („Prinzip der Normalität“)
- Erhebung der aktuellen Vorgeschichte und der Symptomatik unter psychotraumatologischen Gesichtspunkten
- Erhebung der Eigen- und Familienanamnese (Genogrammarbeit und Arbeit mit dem Familienbrett)
- Diagnostik mit dem C-DES Test (Befragungsbogen für Kinder und Jugendliche zu dissoziativem Erleben und posttraumatischer Symptomatik)
- Imaginative Stabilisierungstechniken (z.B. „Innerer sicherer Ort“ nach L. Reddemann)
- Distanzierungstechniken zur Affektkontrolle (z.B. „Bildschirmtechnik“, „Tresorübung“)
- Ego-State-Arbeit
- Achtsamkeitsübungen (Lernen zu beobachten und wahrzunehmen was ist, ohne zu bewerten)
- Fragen nach Ausnahmen, gibt es Momente besser, freier, ohne (nach Steve de Shazer)
- Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit fördern (Salutogenese)
- Wahrnehmungen stimulieren, die mit positiven emotionalen Zuständen zusammenhängen, z.B. Freudetagebuch, Freudebiographie, Arbeit mit Ressourcen, Stärken, Fähigkeiten. Die Freudebiographie erheben
- Erfahrungen stimulieren, die positive, emotionale Zustände hervorrufen, z.B. Imaginationen, Ressourcenaktivierung, körperliche Aktivitäten, die angenehm erfahren werden, Fragen nach bisherigen positiven Erfahrungen in allen Sinnesbereichen, sammeln was Gut tut und beruhigt
- Selbstheilungskräfte aktivieren
- Notfall-oder Krisenplan erarbeiten (Notfallkoffer)
- Reden über Trauma, wenn die emotionale Belastung begrenzt ist (Stressregulation)

## **Ziele der Beratung**

- Hilfen im Umgang mit überwältigenden Gefühlen
- Krisenintervention
- Wiederherstellung von Sicherheit, Kontrollfähigkeit und Normalität
- Förderung von Selbstbestimmtheit
- Förderung individueller Bewältigungsmöglichkeiten
- Trigger identifizieren, Stress besser bewältigen
- Vorbeugung von Folgestörungen
- Umgang mit Flashbacks und Intrusionen
- Verständnis vom Umfeld, Verständnis für sich selbst
- Ressourcen aktivieren
- Schutzfaktoren hochfahren, Risikofaktoren minimieren
- Selbstverletzendes, fremdverletzendes Verhalten reduzieren
- Stabilisierung („Leben statt nur überleben“)

## **Zielgruppen (Jugendliche mit...)**

- Gewalt und Missbrauchserfahrungen
- Kriegserfahrungen, Flucht (Flüchtlinge)
- Elterlicher Alkohol- und Drogenmissbrauch
- Arbeitslosigkeit der Eltern
- Trennung/ Scheidung/Patchwork Familien
- Psychisch erkrankte Eltern
- Pflege-, Adoptivkinder
- Schwere körperliche Erkrankung (Kind/ Eltern)
- Tod einer nahestehenden Person
- OP's, Krankenhausaufenthalte
- Schwere Unfälle (direkt oder indirekt betroffen)
- Umzüge/ Schulwechsel
- Mehrfachtraumatisierung
- Traumatisierte Eltern

## **Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen:**

Das Trauma ist ein prozesshafter Verlauf, der sich über die traumatische Situation hinaus erstreckt. Es kann sein, dass das Kind erst Wochen nach dem traumatischen Ereignis entsprechende Verhaltensweisen zeigt. Ohne Hilfe wirkt das Trauma in der Psyche fort. Unterstützend in der Traumabewältigung sind folgende Verhaltensweisen des sozialen Umfeldes:

- Sicherheit, Geborgenheit und Schutz gewähren (kein Täterkontakt!)
- In den normalen Alltag zurückfinden (soziale Stabilisierung)
- Selbstbewusstheit und Selbstkontrolle fördern

- Liebevoller Zuwendung
- Zuhören können ohne das Ereignis zu verharmlosen
- Glaubhaftigkeit des Jugendlichen nicht in Frage stellen
- Nicht der Jugendliche ist verrückt, die Situation ist ver-rückt!
- Die starken Gefühle (Re-Inszenierung) des Jugendlichen aushalten können
- „Triggerarme“ Umgebung schaffen
- Ressourcen des Jugendlichen wecken
- Das Geschehene in die Lebensgeschichte einordnen
- Wissen, dass das veränderte Verhalten des Jugendlichen eine normale Reaktion auf eine schwer zu bewältigende Erfahrung ist

Eine professionelle psychotraumatologische Beratung (Traumaberatung, Traumatherapeuten, Psychologen mit traumatherapeutischer Zusatzausbildung) kann Langzeitfolgen vermeiden (Posttraumatische Belastungsstörung PTBS). Frühzeitige professionelle Diagnostik, Beratung und qualifizierte therapeutische Maßnahmen können dabei helfen, eine Traumafolgestörung zu verhindern, bzw. bereits vorhandene Symptome zu lindern oder zu beheben.

Nicht jedes Trauma führt zu anhaltenden psychischen Störungen, zur Traumatisierung oder zu PTBS!

### **Über mich**

Wir arbeiten in unserer Praxis in einem multiprofessionellen Team. Ich habe mich spezialisiert auf die psychotraumatologische und traumapädagogische Beratung unserer Klienten.

Felicia Dubberke, Jahrgang 1980

Diplom-Sozialpädagogin/ Sozialarbeiterin

Traumapädagogin, IBAF gGmbH

Fachkraft für Psychotraumatologie und Beratung, DIPT e.V.

Lösungsorientierte Beraterin, Kreisel e.V.