

Trauma – Sozialraum – Modell*

Tagesseminar:

„Ich kann das nicht...!“*

- wenn die nicht gelebte Trauer zum Trauma wird -

IPSE-Projekt
Institut für psychosoziale Entwicklung
Tauscherstraße 11, 01277 Dresden
www.ipse-projekt.de
info@ipse-projekt.de

Referent und Autor: Thore Volquardsen
Stand: 02/2017

* = © Alle Rechte liegen beim Verfasser und sind urheberrechtlich geschützt. Den Teilnehmern wird hiermit gestattet, dieses Skript für eigene Zwecke zu benutzen. Hierzu gehören auch die Aufgaben im Rahmen eines einrichtungsinternen Multiplikatorensystems. Die Verwendung in Veranstaltungen, z.B. freiberuflicher Art, die dieses Skript betreffen, auch nur auszugsweise, ist nicht gestattet und wird strafrechtlich verfolgt. „Trauma-Sozialraum-Modell“ sowie „Ich kann das nicht...!“ sind geschützte Titel und dürfen nur mit Zustimmung des Verfassers genutzt werden.

Das Seminarthema "Ich kann das nicht...!" liegt grundsätzlich begründet in einer Verneinung, also häufig in der Wahrnehmung einer Handlungsunfähigkeit bzw. in der Annahme, sich der neuen, veränderten Situation nicht anpassen zu können.

Im traumatischen Konzept werden wir im Folgenden den spezifischen Bereich der Anpassungsstörungen betrachten.

Grundsätzlich gehören die Anpassungsstörungen zu den Traumastörungen. Näher betrachtet können wir festhalten, dass es im Erleben der neuen oder veränderten Situation nicht gelingt eine angemessene und konstruktive Anpassung (im Sinne einer Integration) herzustellen, die im Alltagserleben einer Person letztendlich bereichernd wirkt auf der Basis einer Erfahrungskompetenz. Die „katastrophale Situation“ oder besser ausgedrückt „das schwierige und belastende Lebensereignis“ kann also fortlaufend nicht im Alltagserleben integriert und eingebaut werden – wird mit den zur Verfügung stehenden Mitteln abgewehrt.

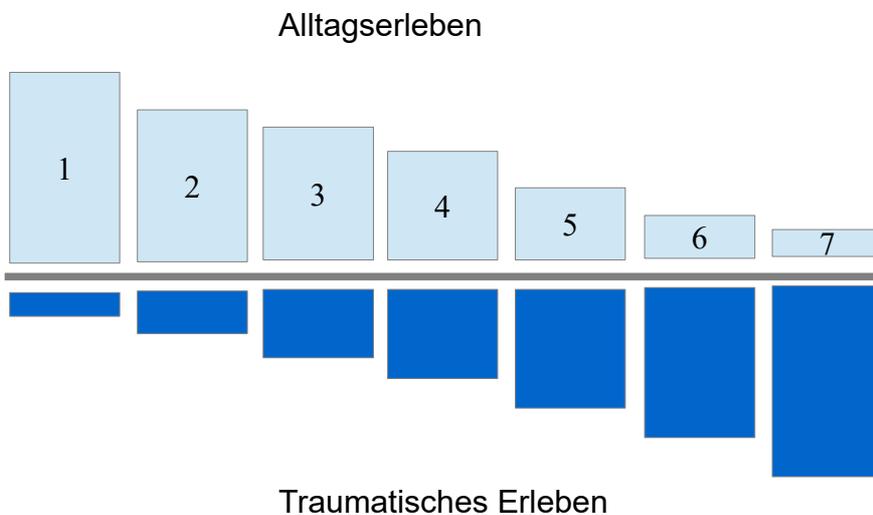
Die Anpassungsstörungen zählen hierbei zum Bereich der Akuttraumatologie. Einer Anpassungsstörung geht eine akute Belastungsstörung voraus. Diese kann sich jedoch im Alltagserleben nicht integrieren, weil eine Abwehr die Integration verhindert. Abwehr kann die Ursache in Schuld Wahrnehmung haben, aber auch in einer fehlenden Erfahrungsvielfalt, einer neurotisch vernetzten Grundstruktur im Alltagserleben, einer verlernten emotionalen Schwingungsfähigkeit, einer zu großen Kopflastigkeit, einer dogmenorientierten und starren Lebensansicht und vieles mehr. Ich gehe weiter unten darauf ein, was die Anpassungsstörung begünstigen kann.

Bei der Anpassungsstörung können wir also davon ausgehen, dass Blockaden eine Integration des traumatischen Erlebens in das Alltagserleben verhindern bzw. erschweren oder verzögern. Sollte sich die Anpassungsstörung im weiteren Verlauf chronifizieren, so transformiert sich dieses akute Störungsbild in der Regel in eine chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung (chronische PTBS). Im Bereich der Anpassungsstörung haben wir also eine zeitlich begrenzte Interventionsoption, Blockaden zu erkennen und diese durch eine individuelle Ansprache und Begleitung integrationsfähig zu machen, so dass auf diese Weise das traumatische Erlebnis, nämlich das belastende Ereignis, in das Alltagserleben transformiert werden kann.

Bevor wir uns jedoch spezifisch mit dem Bereich der Anpassungsstörungen befassen, möchte ich die sieben anerkannten und allgemeingültigen Dissoziationsstufen kurz vorstellen und diese entsprechend der Bedarfe weiterentwickeln, so dass wir nachher insgesamt auf neun Dissoziationsstufen kommen, wobei wir uns in dieser Thematik lediglich dann mit der ersten Dissoziationsstufe beschäftigen, nämlich die der Anpassungsstörungen. Aufgrund der Übersicht der Dissoziationsstufen verstehen wir dann auch die Problematik und die Auswirkungen der Chronifizierung.

Grafik 1:

Die 7 Dissoziationsstufen



Wie in der Grafik 1 zu sehen, befindet sich oberhalb der Nulllinie das Alltagserleben mit seiner Ausprägung an Erfahrungswerten oder an Erfahrung und Bewertungswerten, die die individuelle Kompetenz einer Person abbilden soll. Kurz formuliert bedeutet dieses, dass im oberen Bereich der Grafik im Alltagserleben die Ressourcen einer Person dargestellt werden unterhalb der Nulllinie sich das traumatische Erleben mit den eher belastenden Faktoren wahrgenommen werden. Traumatisches Erleben kann nunmehr das Alltagserleben deutlich beeinträchtigen oder überlagern.

Dissoziationsstufe 1: posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) – akut

Dissoziationsstufe 2: chronische posttraumatische Belastungsstörung (chronische PTBS)

Dissoziationsstufe 3: komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS); DESNOS u.a.

Dissoziationsstufe 4: DDNOS DIS - erfahrungskonditioniert

Dissoziationsstufe 5: DDNOS DIS - fremdkonditioniert

Dissoziationsstufe 6: DIS ID - programmiert; Mind control/Gehirnwäsche

Dissoziationsstufe 7: DIS ID - programmiert und invers programmiert; Mind control/Gehirnwäsche

Im Bereich dieser Dissoziationsstufen können wir die Anpassungsstörungen nicht wieder finden.

Die Anpassungsstörungen der ersten Stufe zuzuordnen, nämlich der der akuten PTBS, wäre fatal, da die Symptome der Anpassungsstörung nicht deckungsgleich mit der der akuten PTBS sind. Aus diesem Grundgedanken gehört die Anpassungsstörung in einen eigenen diagnostischen Bereich. Somit ist die Anpassungsstörung als eine selbstständige bzw. eigenständige Diagnose zu verstehen. So wird sie derzeit ja auch im ICD-10 einsortiert und im ICD-11 nach aller Voraussicht sogar weiter spezifiziert.

Konsequent sollten wir also vor der Dissoziationsstufe der akuten PTBS eine weitere einbauen, die wir als „Stufe 0“ bezeichnen können (um nicht alles komplett verschieben zu müssen), und zwar die der Anpassungsstörung. Somit hätten wir eine achte Dissoziationsstufe. Aber auch im hinteren

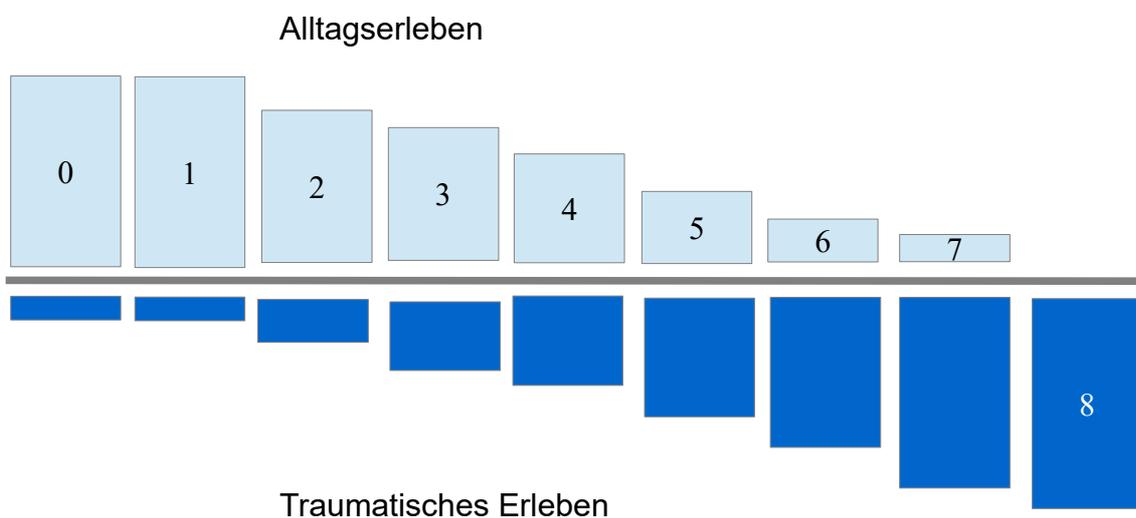
Bereich können wir eine Dissoziationsstufe einbauen, die sich von der Dissoziationsstufe sieben noch einmal unterscheidet, nämlich in der Art und Weise, dass das Alltagserleben verschütt gegangen ist, also derzeit nicht vorhanden bzw. abrufbar zu sein scheint. In diesem Falle würde eine Person lediglich vom traumatischen Erleben heraus planen und agieren bzw. reagieren können. Selbstverständlich würde eine solche Dissoziationsstufe auch aus dem Bereich der DIS ID - programmiert und invers programmiert – Mind control und Gehirnwäsche ihre Charakteristik finden.

In Grafik 2 habe ich die zusätzlichen Dissoziationsstufen eingezeichnet.

In diesem Tagesseminar beschäftigen wir uns insbesondere mit der Stufe 0, also der der Anpassungsstörung. In dem Tagesseminar „Vielfalt – Ich bin Viele... Zersplitterung des Selbst“ gehe ich auf die letzte Stufe ein. Hierzu können Sie alternativ das Skript mit selbigem Titel abrufen.

Grafik 2

erweiterte Dissoziationsstufen



Somit ergibt sich nunmehr folgendes Bild der Dissoziationsstufen im Überblick:

Dissoziationsstufe 0: Anpassungsstörung und verzögertete bzw. komplizierte Trauer

Dissoziationsstufe 1: posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) – akut

Dissoziationsstufe 2: chronische posttraumatische Belastungsstörung (chronische PTBS)

Dissoziationsstufe 3: komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS); DESNOS u.a.

Dissoziationsstufe 4: DDNOS DIS - erfahrungskonditioniert

Dissoziationsstufe 5: DDNOS DIS - fremdkonditioniert

Dissoziationsstufe 6: DIS ID - programmiert; Mind control/Gehirnwäsche

Dissoziationsstufe 7: DIS ID - programmiert und invers programmiert; Mind control/Gehirnwäsche

Dissoziationsstufe 8: DIS ID - programmiert und invers programmiert; Mind control/Gehirnwäsche – jedoch ohne ein Bewusstsein für ein Alltagserleben

Die Charakteristik der Anpassungsstörung besteht darin, dass sie

- A) eine Störung im sozialen Netzwerk aufweist oder
- B) die sozialen Werte beschädigt hat oder
- C) aus einem größeren Entwicklungsschritt oder einer Krise besteht und nicht überwunden werden kann.

Schauen wir uns diese drei Möglichkeiten in beispielhafter Art und Weise noch einmal näher an.

Zu A) gehören Ereignisse wie Trennung der Eltern; Umzug in einen anderen Ort und damit verbunden ein Peergruppenwechsel; Verlust/Tod einer Bezugsperson oder eines nahestehenden Menschen (auch Fehlgeburten, Todgeburten und ähnliche Erlebnisse – sog. „Sternenkinder“ - aber auch eine Abtreibung); Trennung aus einer Lebensbeziehung als Paar; Arbeitslosigkeit und damit verbunden der Verlust von Kontakten zu Kollegen und andere Situationen, die das soziale Netzwerk beeinträchtigen können.

Zu B) gehören Ereignisse wie Verlust des Arbeitsplatzes mit Bezug auf den Verlust von Status, Fleiß, Respekt und Anerkennung; Flucht und diesbezüglich der Wechsel von kulturellen Werten, Bräuchen und gesellschaftlichen Normen

Zu C) gehören Ereignisse wie Einschulung, Beförderung, Berentung, Krankheit und dergleichen

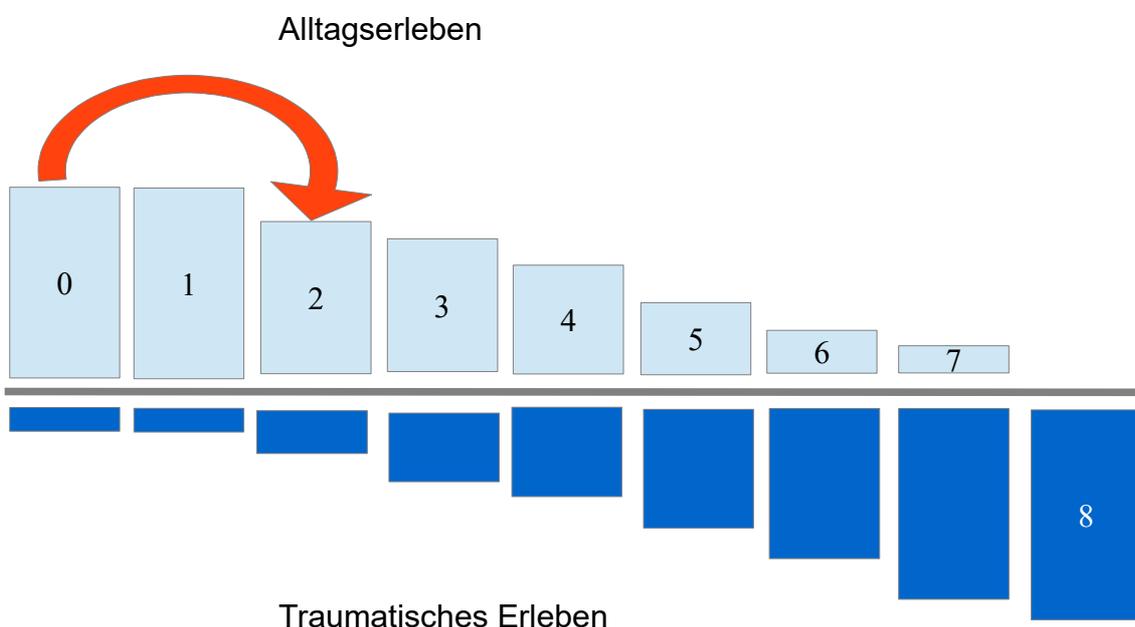
Grundsätzliches:

Das Seminarthema „Ich kann das nicht...!“ könnte man vervollständigen in „Ich kann das nicht aushalten...!“. Hier wird deutlich, dass die betroffene Person auf eigene Kompetenzen nicht zurückgreifen kann oder aber weil die Kompetenzen gar nicht zur Verfügung stehen, weil diese nicht vorhanden sind.

Warum ist es erforderlich, eine weitere Dissoziationsstufe einzubauen?

Das Problem der Chronifizierung axial (Grafik 3) und multiaxial (Grafik 4)

Grafik 3

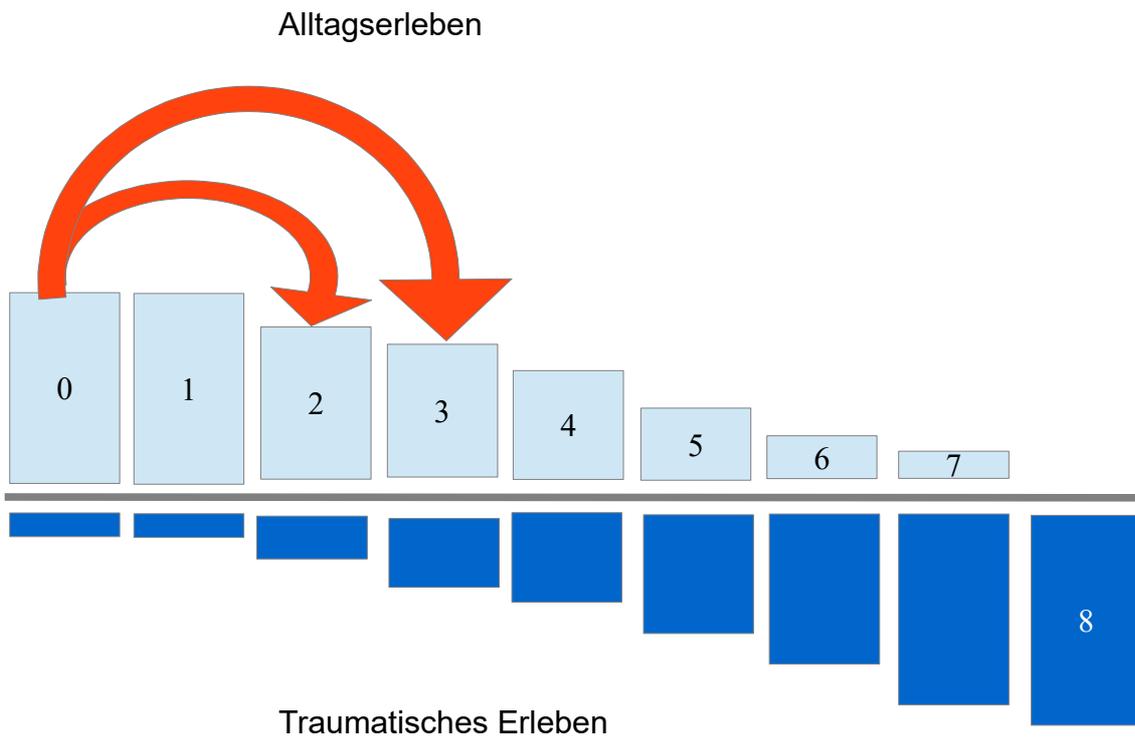


Die Gruppe der Anpassungsstörungen gehört in den Bereich der Akuttraumatologie. Wenn eine solche Störung sich manifestiert und somit chronifiziert, entwickelt sie sich diese in eine chronifizierte PTBS und wechselt somit die Dissoziationsstufe direkt zweifach (!). Wir haben es dann mit dem Vollbild einer chronisch verlaufenden posttraumatischen Belastungsstörung zu tun (siehe Grafik 3).

Die Dissoziationsstufe der Anpassungsstörungen ist primär durch pädagogische Interventionsmodelle gekennzeichnet. Auch können hier präventive als auch mittelpräventive pädagogische Konzepte zum Tragen kommen. Aus diesem Grund spielt sie zu Beginn oder sogar noch in der Prävention sehr häufig in der psychotherapeutischen Versorgung keine all zu große Rolle, sondern erst dann, wenn eine Symptomvielfalt entstanden ist, die zu einem deutlichen persönlichen Leidesdruck führt oder alternativ zu einem Leidendruck der Sozialraummitglieder.

Aber so einfach und eindimensional können wir diese Betrachtung nicht aufrecht erhalten, weil es häufig multiaxial zu weiteren traumatischen Erlebnissen kommt, die hier aufgezeigt werden sollen.

Grafik 4



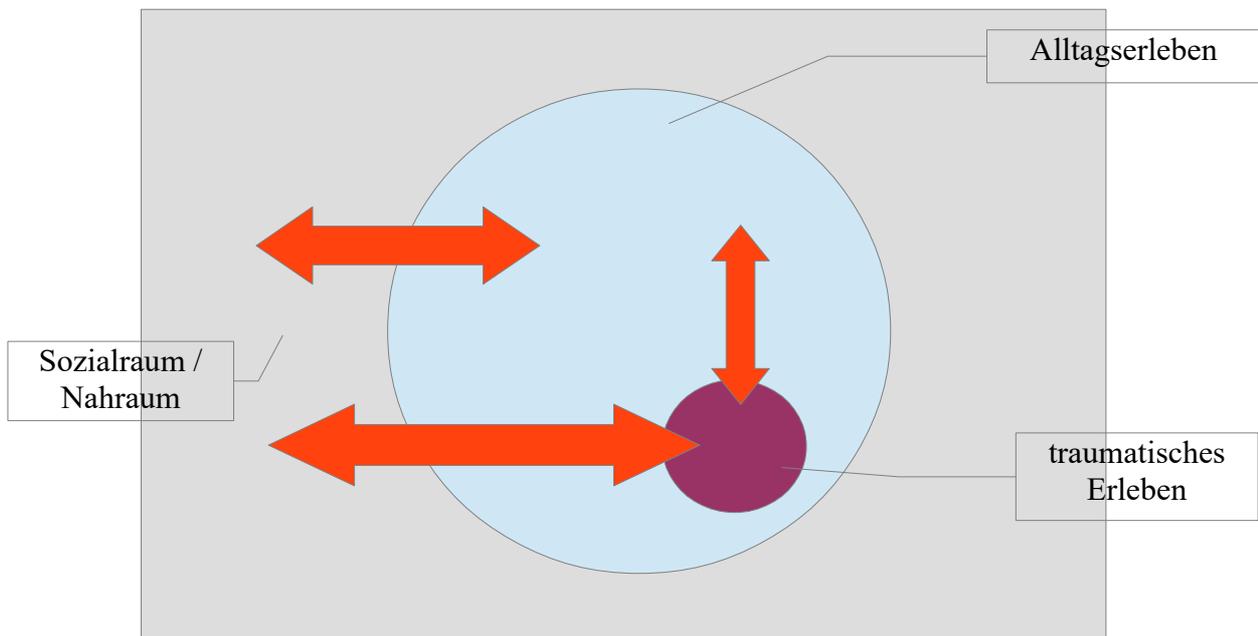
In der Grafik 4 ist die fortschreitende Chronifizierung und die Möglichkeit einer Mehrfachtraumatisierung deutlich zu erkennen.

In der Praxis bedeutet dieses, dass eine von Anpassungsstörung betroffene Person neue (traumatische) Erfahrungen im Sozialraum machen kann, die insbesondere mit Mobbing, Fremdbestimmung und Illoyalitäten der professionellen Hilfesysteme bzw. der Erwachsenensysteme zu tun haben und somit weitere Traumatisierungen ermöglicht oder begünstigt werden können. Hinzu kommt noch, dass es in diesem Bereich zu einer Vielzahl an Fehldiagnostik und somit Fehlbehandlung kommen kann, die letztendlich einen Chronifizierungsverlauf fördern und einer langfristigen Genesung entgegen stehen.

Auf dem ersten Blick – bezogen auf die Anpassungsstörung – verlieren wir bei Folgetraumatisierungen die Kausalverkettung. Auf dem zweiten Blick können wir diese wieder finden, wenn wir die (Gesamt-)Symptomatik in Zusammenhang bringen. Das Trauma-Sozialraum-Modell bietet uns hierbei eine wesentliche Hilfe, solche (teilweisen komplexen) Verflechtungen sichtbar und somit professionell – also mit einer ausreichenden Nähe-und-Distanzregulierung – erlebbar zu machen.

Bedauerlicherweise gehen viele professionellen Systeme immer noch davon aus, dass die Bereiche der Anpassungsstörungen und anderer Trauma- und Traumafolgestörungen ein personeninterner Dialog oder eben blockierter Dialog ist, der, wenn er positiv integriert wird, zur Heilung oder zumindest zu einer Linderung oder Milderung der Symptome führt. Dem ist nicht so. Der personeninterne Dialog reicht nicht aus. Wir müssen den Dialog zu einem Trialog aufwerten, da der Sozialraum bzw. der spezifische Nahraum eine nicht unwesentliche Rolle spielt, nämlich mindestens die der spiegelneuronischen Resonanz. Sozialraum tritt in sofern mittel- oder sogar unmittelbar als Regulierungshilfe oder Regulierungshemmnis auf (siehe Grafik 5).

Grafik 5



Nun wird deutlich, dass wir eine „sozialraumorientierte Traumaarbeit“ benötigen, da wir uns in einem Dialog befinden und somit Teil des Systems sind bzw. Teil des Systems werden. Aus dieser Verantwortung können wir nicht heraustreten.

Aus einer pädagogischen Verantwortung heraus sollten wir uns dafür stark machen, dass wir den erzieherischen, beraterischen sowie den sozialpädagogischen Auftrag bei Anpassungsstörungen erkennen und kompetente Konzepte und Modelle vorhalten, die einen Chronifizierungsverlauf nach Möglichkeit verhindern.

Was fördert eine Anpassungsstörung?

- Das Fehlen von Kontrasterfahrungen
- Krankheit und Tod wird als Feind erlebt
- Schwäche wird als gesellschaftlicher Feind erlebt
- Mangelhafter Umgang mit Senioren
- Der Tod als Medienereignis
- Die Sprachlosigkeit zu Themen wie Trennung, Tod, Krankheit, Krise
- Die Bewertung von Scheitern in einem Leistungssystem
- Das Gefühl von Schuld verhindert den Prozess des Annehmen-Könnens
- Das Outsourcen von Krankheit, Tod, sozialem Abstieg
- Die Entwertung von Trauer bei Abschied oder Verlust
- Das Erlernen einer Trauerunfähigkeit
- Die Reduktion auf Leistung bzw. Leistungssysteme
- Das Schaffen von Absicherungssystemen in nahezu allen Lebenslagen bzw. -situationen
- Die fortschreitende Entkoppelung von gesellschaftlichen Zusammenhängen

- Die fortschreitende Entkoppelung von persönlicher Integrität
- Das Verlorengelassen von Kausalbezügen (Ursache – Wirkung)
- Kulturschock durch drastische Sozialraumveränderung (Wechsel oder Veränderung von sozialen Werten und Normen)
- Das Vorhalten von primär „Reaktionspädagogischen Konzepten“ (RpK) mit einer klassischen „Wenn-Dann“-Orientierung, einhergehen mit einer Grundhaltung aus Versorgungs- und Fürsorgekonzepten
- Bereits vorhandene traumatische oder prätraumatische Erfahrungen, z.B. Bindungs- und Entwicklungstraumata durch Verwahrlosung, Vernachlässigung, Mobbing und/oder Illoyalitäten
- Suchterfahrung – stoffgebunden als auch stoffungebunden
- psychische Labilität auf der Basis von neurotischem Erleben, bipolaren Störungen etc.
- schwache emotionale Strukturen im Sozialraum

Präventive Ansätze und Methoden:

- Erleben fördern auf der Achse I + II nach dem TSM
- Beteiligung fördern und suchen
- Beständigkeit anbieten in den beiden zuvor genannten Punkten
- Vielfalt fördern und akzeptieren
- Patenschaften im Sozialraum bilden
- Begegnungsräume schaffen
- Metaebenen einbauen, die andere Perspektiven beleuchten
- Herstellen von situativen Kontrakten
- Versuch von Inklusion und Beteiligung, um Isolation aufzuheben bzw. zu verringern
- Verzicht von Sanktionen
- Schaffen von (emotionaler) Routine, Orientierung und Ritualen in Form von „Aktionspädagogischen Konzepten“ (ApK) statt starrer Strukturen und einer „Wenn-Dann“-Orientierung von primär „Reaktionspädagogischen Konzepten“ (RpK)

Die sozialraumorientierte Traumaarbeit in aktuellen Situationen der Nichtanpassungsfähigkeit:

- Metaebenen einbauen, die andere Perspektiven beleuchten
- Psychoedukative Beratung und Begleitung
- Abklärung von Suizidalität
- Herstellen von situativen Kontrakten
- Versuch von Inklusion und Beteiligung, um Isolation aufzuheben bzw. zu verringern
- Schaffen von Routine, Orientierung und Ritualen in Form von „Aktionspädagogischen Konzepten“ (ApK) statt starrer Strukturen und einer „Wenn-Dann“-Orientierung von primär „Reaktionspädagogischen Konzepten“ (RpK) (siehe hierzu Skript „...ich zähle bis drei...!“ - echte Teilhabe von traumatisierten Menschen)
- Verzicht von Sanktionen
- Erleben fördern auf der Achse I + II nach dem TSM
- Beteiligung fördern und suchen

- Beständigkeit anbieten in den beiden zuvor genannten Punkten
- Schaffung von Nischen
- Schaffung eines „realen-sicheren-Ortes“ - nach Möglichkeit im Lebensbereich „Wohnen“ (schauen Sie diesbezüglich in das Skript „Ich wünschte mir, ich könnte Dir das erstaunliche Licht Deines Seins zeigen“)
- Einbetten des katastrophalen Erlebens in die eigene Biographie bez. Sinnggebung, Chancen- und Grenzaufzeigungen
- Stärkung des Alltagserlebens durch ein „Sich-Erleben-Dürfen“ in Schutzzonen/Schutzräumen
- Von der „Globalerfassung“ zum konkreten und spezifischen Wahrnehmen
- Trauerausdruck ermöglichen in all seinen Phasen wie Weinen, Wut, Verzweiflung, Sinnlosigkeit, Anklage und und und
- Trauerausdruck aushalten und begleiten können
- Trauerausdruck transformieren können in ein weiter entwickeltes Lebenskonzept, in dem das katastrophale Erlebnis seinen wertschätzenden Platz bekommt

Teamarbeit:

- Selbsterfahrung, eigene Verführbarkeiten und Befindlichkeiten
- eigene Psychohygiene
- Einbettung in ein Teamkonzept und einer lebendigen, gelebten Teamkultur
- Formulierung von ggf. vorhandenen transgenerativen Traumata und damit einhergehende Schuld wahrnehmung und Schuldausgleich
- Schaffen von Routine, Orientierung und Ritualen in Form von „Aktionspädagogischen Konzepten“ (ApK) statt starrer Strukturen und einer „Wenn-Dann“-Orientierung von primär „Reaktionspädagogischen Konzepten“ (RpK)

Schwere und langfristige Folgen, wenn also Anpassungsstörungen nicht wertschätzend bearbeitet und integriert bzw. teilintegriert werden:

- Subgruppenbildung (siehe auch: Skript: „Der frühe Vogel kann mich mal“)
- Suchtmanifestierung (siehe auch: Skript: „Der frühe Vogel kann mich mal“)
- Isolation
- Kriminalität
- Traumafolgestörungen wie Angst/Panik/Phobien/Zwang (auch in generalisierter Entwicklung) sowie soziale Probleme, Empfindungsstörungen, Erschöpfungsstörungen, Entwicklung einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstruktur, Aufmerksamkeits- und Fokussierungsstörungen, Erkrankungen des psychovegetativen Nervensystems mit all seinen spezifischen Auswirkungen und Ausdrucksweisen (...)
- Beziehungsstörungen
- Überanpassung
- Entwicklung einer querulatorischen Persönlichkeitsstruktur
- (...)

Wie Sie ja bereits sicherlich wissen, habe ich hier lediglich den „roten Faden“ dargestellt mit all seinen Ausdruckformen. Die Dynamik des Tagesseminares kann natürlich nicht wiedergegeben werden. Dieses Skript soll für Sie eine kleine Arbeitshilfe für Ihre Praxis darstellen. Sie können dieses Skript beispielsweise für eine Checkliste bei der Hilfeplanung verwenden; eine andere Möglichkeit wäre die Einbettung in konzeptionelle Teilbereiche oder Supervision, Teamkultur und Selbsterfahrung.

Herzliche Grüße

Thore Volquardsen
Referent

persönlich zu erreichen unter:
thore.volquardsen@ipse-projekt.de

P.S.

Schauen Sie einfach mal wieder auf den Link zu diesem Skript. Es wird diesbezüglich immer wieder zu Aktualisierungen kommen, die Sie selbstverständlich abrufen können.

Dieses Skript wird in Kürze noch einmal ergänzt!