

Beratung von Studierenden mit traumatischen oder belastenden Erfahrungen

12.02.2025

Prof. Dr. med. Marc Allroggen

Definition – Traumatisches Ereignis

Erlebnis, von dem eine unmittelbare Bedrohung für das eigene Leben und die eigene körperliche Unversehrtheit, welches für die meisten Menschen eine extreme Belastung darstellen würde, ausgeht. Auch eine reine Zeugenschaft eines solchen belastenden Ereignisses kann zu Symptomen einer Traumafolgestörung führen.

- hohe physiologische Erregung
- keine Bewältigungsmöglichkeiten (mehr) (incl. Kampf, Flucht)
- Erfahrung absoluter Hilflosigkeit, Ohnmacht und Selbstunwirksamkeit

→ Notwendigkeit innerpsychischer Schutzstrategien zur Bewältigung

Kategorien Traumatischer Ereignisse

Kategorie	Typ I	Typ II
Frequenz	Einmalig	Wiederholt
Dauer	Relativ kurz, klar umrissenes Ereignis	Über einen längeren Zeitraum wiederholende Ereignisse
Beteiligte Personen	Keine oder unbekannte Täter	Häufiger bekannte Personen als Täter
Hauptemotion	Angst	Schuld, Scham, Ekel, Angst, Wut, Ohnmacht
Psychiatrische Symptomatik	PTBS Symptome	Komplexe Störungsbilder, komplexe PTBS, mehrere komorbide psychische Störungen, Persönlichkeitsstörungen
Wiedererinnerung	Klar	Erinnerung an einzelne Ereignisse wird von anderen ähnlichen Ereignissen überlagert
Öffentlichkeit	Häufig öffentlich	Schweigegebote, schambesetzt
Unterstützung im sozialen Umfeld	Häufiger gegeben	Meist wenig da, ebenfalls hoch belastet oder gar involvier

J. M. Fegert et al. (Hrsg.) Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Springer Reference Medizin.

90% junger Erwachsener mit Fluchterfahrung in Deutschland haben traumatische Erfahrungen, davon zeigen 50% klinische Symptome und 20 bis 30 % das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (Witt et al. 2015)

Symptomentwicklung häufiger bei interpersonellen (~ 25%) als bei nicht interpersonellen Traumata (wie Unfällen, Naturkatastrophen etc.) (< 10%) (Alisic et al. 2014).

Opfer von Naturkatastrophen oder Bränden (Kinder und Jugendliche) (Osofsky et al. 2015):

- 50% weitgehend symptomfrei
- 20 % zeigen anfangs Symptome, die remittierten
- 18 % entwickeln die Symptome erst später
- 10 % zeigen einen chronischen Verlauf mit starken Symptomen direkt nach dem belastenden Ereignis

5-8 % Lebenszeitprävalenz für PTBS (Perkonig et al. 2000; Merikangas et al. 2010; Landolt et al. 2013)

FLUCHT UND STUDIUM

Immer mehr Geflüchtete studieren

Immer mehr jungen Menschen mit Fluchtgeschichte gelingt der Studieneinstieg an einer deutschen Hochschule. Die meisten kommen aus Syrien.

04.05.2020

Immer mehr studierfähige Geflüchtete schaffen den Einstieg in das deutsche Hochschulsystem. Inzwischen sind nach aktuellen Schätzungen rund 32.000 Geflüchtete regulär an einer Hochschule eingeschrieben. Das geht aus einer gemeinsamen Studie des Deutschen Akademischen Austauschdiensts (DAAD) und des Deutschen Zentrums für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (DZHW) hervor, die den Erfolg der DAAD-Hochschulprogramme für Geflüchtete untersucht.

Nach Schätzungen haben dem DAAD zufolge seit 2015 rund 170.000 junge Menschen mit einem ersten Hochschulabschluss einen Asylantrag in Deutschland gestellt. Insgesamt mehr als 24.000 Studierende mit Fluchthintergrund haben sich laut der Studie im Wintersemester 2018 an einer deutschen Hochschule eingeschrieben, 2015 waren es noch rund 15.700. Die meisten stammten 2018 aus Syrien (rund 8.800), dem Iran (rund 7.400) und Pakistan (rund 4.300), gefolgt von Nigeria, Afghanistan, Irak, Eritrea und Somalia. Insbesondere aus Syrien ist die Zahl der Immatrikulationen von rund 3.100 im Jahr 2015 deutlich gestiegen.

<https://www.forschung-und-lehre.de/lehre/immer-mehr-gefluechtete-studieren-2751>

Elternebene (Mulder et al., 2018)

psychische Erkrankung

Substanzmissbrauch/-abhängigkeit

Kriminalität

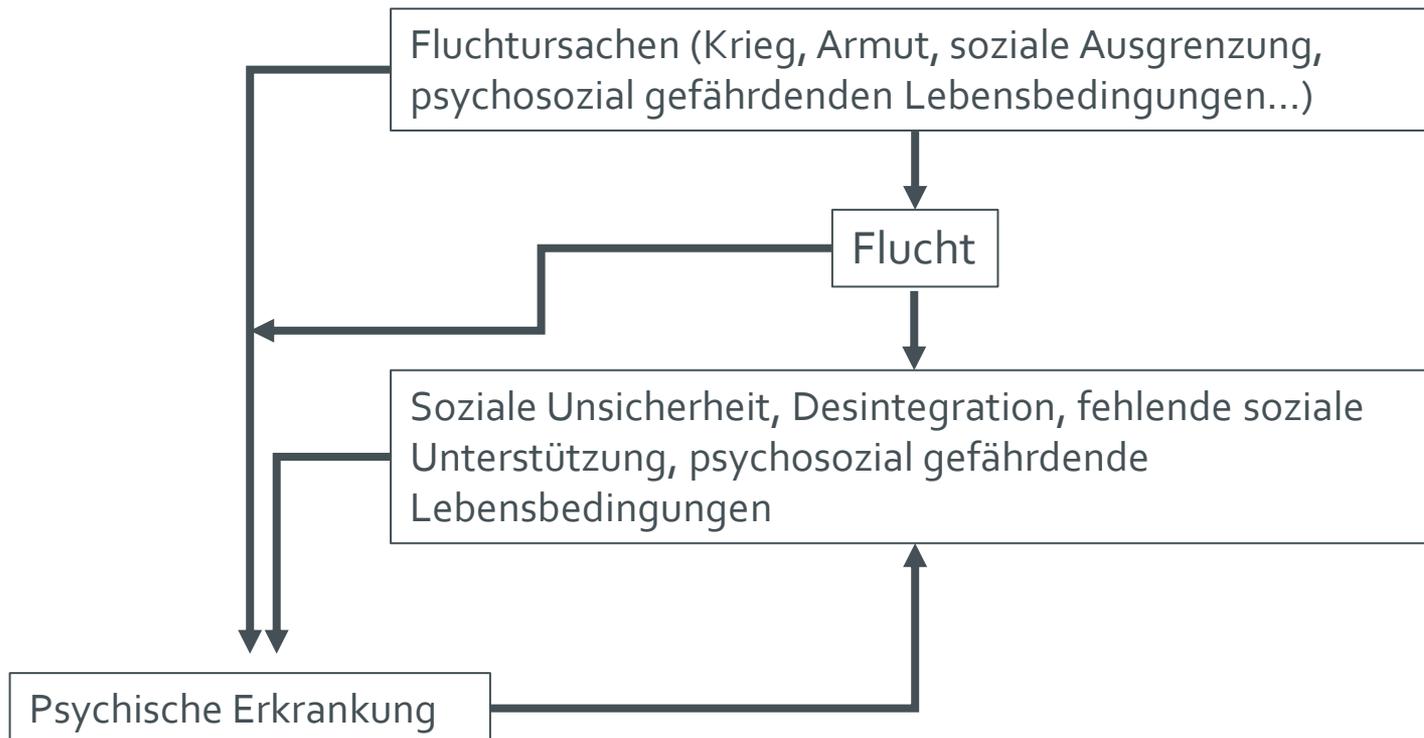
eigene belastende Erziehungserfahrungen

Kindebene (Berg et al., 2019)

psychische Erkrankung

Entwicklungsverzögerungen

Risikofaktoren für Menschen mit Fluchterfahrung



Symptomentwicklung begünstigende Faktoren

- Weibliches Geschlecht
- Geringeres Alter zum Zeitpunkt des traumatischen Erlebnisses
- Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit
- Geringerer sozioökonomischer Status und Intelligenz, schulische Probleme
- Psychische Probleme, die bereits vor dem traumatischen Erlebnis bestanden
- Vorhergehende andere traumatischen Erlebnisse
- Unsicherheit und angstbesetzte Erlebnisse in der Zeit nach dem traumatischen Erlebnis

- Dauer der traumatischen Erfahrung
- Traumatisches Erlebnis ging von Personen, insbesondere von solchen, zu denen eine Beziehung besteht, aus
- Ausmaß des dissoziativen Erlebens während des Ereignisses
- Körperliche Verletzung
- Ritualisierter Charakter des Ereignis

Symptomentwicklung begünstigende Faktoren

- Symptomatik unmittelbar nach dem traumatischen Erlebnis (Dissoziation)
- Geringere familiäre und soziale Unterstützung nach dem Trauma
- Komorbide psychische Erkrankungen
- Schuldzuschreibungen für das Trauma an Dritte
- Externalisierung und Verbleib in der Opferrolle

Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults

The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study

Vincent J. Felitti, MD, FACP, Robert F. Anda, MD, MS, Dale Nordenberg, MD, David F. Williamson, MS, PhD, Alison M. Spitz, MS, MPH, Valerie Edwards, BA, Mary P. Koss, PhD, James S. Marks, MD, MPH

Background: The relationship of health risk behavior and disease in adulthood to the breadth of exposure to childhood emotional, physical, or sexual abuse, and household dysfunction during childhood has not previously been described.

Methods: A questionnaire about adverse childhood experiences was mailed to 13,494 adults who had completed a standardized medical evaluation at a large HMO; 9,508 (70.5%) responded. Seven categories of adverse childhood experiences were studied: psychological, physical, or sexual abuse; violence against mother; or living with household members who were substance abusers, mentally ill or suicidal, or ever imprisoned. The number of categories of these adverse childhood experiences was then compared to measures of adult risk behavior, health status, and disease. Logistic regression was used to adjust for effects of demographic factors on the association between the cumulative number of categories of childhood exposures (range: 0–7) and risk factors for the leading causes of death in adult life.

Results: More than half of respondents reported at least one, and one-fourth reported ≥ 2 categories of childhood exposures. We found a graded relationship between the number of categories of childhood exposure and each of the adult health risk behaviors and diseases that were studied ($P < .001$). Persons who had experienced four or more categories of childhood exposure, compared to those who had experienced none, had 4- to 12-fold increased health risks for alcoholism, drug abuse, depression, and suicide attempt; a 2- to 4-fold increase in smoking, poor self-rated health, ≥ 50 sexual intercourse partners, and sexually transmitted disease; and a 1.4- to 1.6-fold increase in physical inactivity and severe obesity. The number of categories of adverse childhood exposures showed a graded relationship to the presence of adult diseases including ischemic heart disease, cancer, chronic lung disease, skeletal fractures, and liver disease. The seven categories of adverse childhood experiences were strongly interrelated and persons with multiple categories of childhood exposure were likely to have multiple health risk factors later in life.

Conclusions: We found a strong graded relationship between the breadth of exposure to abuse or household dysfunction during childhood and multiple risk factors for several of the leading causes of death in adults.

Medical Subject Headings (MeSH): child abuse, sexual, domestic violence, spouse abuse, children of impaired parents, substance abuse, alcoholism, smoking, obesity, physical activity, depression, suicide, sexual behavior, sexually transmitted diseases, chronic obstructive pulmonary disease, ischemic heart disease. (Am J Prev Med 1998;14:245–258) © 1998 American Journal of Preventive Medicine

Department of Preventive Medicine, Southern California Permanente Medical Group (Kaiser Permanente), (Felitti) San Diego, California 92111. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, (Anda, Williamson, Spitz, Edwards, Marks) Atlanta, Georgia 30333. Department of Pediatrics, Emory University School Medicine, (Nor-

denberg) Atlanta, Georgia 30333. Department of Family and Community Medicine, University of Arizona Health Sciences Center, (Koss) Tucson, Arizona 85727.

Address correspondence to: Vincent J. Felitti, MD, Kaiser Permanente, Department of Preventive Medicine, 7060 Clairemont Mesa Boulevard, San Diego, California 92111.

PTBS

1. Wiedererleben, Intrusionen/Alpträume
2. Vermeidungsverhalten
3. a) Hyperarousal/Übererregung
3. b) Veränderungen der Emotionalität bzw. Reagibilität auf Alltagssituationen

Komplexe PTBS

PTBS und zusätzlich

- 1) Probleme bei der Affektregulierung
- 2) Überzeugungen über die eigene Person als erniedrigt, unterlegen oder wertlos, begleitet von Scham-, Schuld- oder Versagensgefühlen im Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis
- 3) Schwierigkeiten, Beziehungen aufrechtzuerhalten und sich Anderen nahe zu fühlen.

- Wiederkehrende, ungewollte, intrusive, belastende traumabezogene Erinnerungen; bei Kindern auch traumabezogene Aspekte im Spiel
- Wiederkehrende, belastende Träume mit traumabezogenen Inhalten und/oder Affekten; bei Kindern ab 6. Lebensjahr auch: Albträume ohne Traumabezug
- Dissoziative Momente, z. B. Flashbacks, Handeln und Fühlen als ob; bei Kindern auch traumaspezifische Nachinszenierung
- Intensive psychische Belastung bei internaler oder externaler Konfrontation mit traumabezogenen Reizen
- Deutliche physiologische Reaktion bei internaler oder externaler Konfrontation mit traumabezogenen Reizen

- Vermeidung traumabezogener Erinnerungen, Gedanken, Gefühle bzw. Gespräche
- Vermeidung externaler traumabezogener Reize wie Aktivitäten, Orte bzw. Menschen

- Dissoziative Amnesie bezüglich eines Teilaspektes des Traumas
- Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Traumaaspekt zu erinnern
- Überdauernde und übertriebene negative Überzeugung oder Erwartung bezüglich der eigenen Person, anderer, der Welt (z. B. ich bin schlecht, die Welt ist gefährlich)
- Überdauernd gestörte Überzeugung bezüglich Ursache oder Konsequenz des/der traumatischen Ereignisse mit Selbst-/Fremdanklage
- Persistierender negativer Affekt, z. B. Angst, Horror, Wut, Schuld, Scham
- Vermindertes Interesse/Teilnahme an Aktivitäten
- Gefühl von Losgelöstheit/Entfremdung
- Überdauernde Unfähigkeit, positive Emotionen zu erleben

Symptomatik Autonome Erregung

- Reizbarkeit oder Wutausbrüche bei geringfügigem/ohne Anlass; verbale und physische Aggression
- Risikoreiches oder selbstschädigendes Verhalten
- Übermäßige Wachsamkeit
- Übertriebene Schreckreaktion
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Ein- und Durchschlafstörungen

87,5 % der jungen Erwachsenen mit PTBS leiden unter einer weiteren psychischen Erkrankung, 77 % gar unter zwei oder mehr zusätzlichen Diagnosen.

Der PTBS folgende Komorbiditäten: Depressionen, Suchterkrankungen und Angststörungen.

Der PTBS vorgelagerte Komorbiditäten: Angst- und somatoforme Störungen sowie externalisierende Störungen

Psychoedukation

Dreiphasenmodell (Stabilisierungsphase, Phase der Traumabearbeitung, Phase der Integration und Rückfallprophylaxe)

Emotionsregulation, Ressourcenaktivierung und Bewältigungsstrategien

Exposition bezüglich traumatischer Erinnerungen,

Kognitive Neubewertung und Klärung und Umstrukturierung dysfunktionaler traumabezogener Überzeugungen,

Narrativ zur biografischen Einordnung, Bedeutungsgebung und Reorganisation der Erinnerungen,

Stabilisierung und Transfer in den Alltag und Wiedergewinnung der Lebensqualität

Herausforderungen in der Beratung

- Scham (insb. bei interpers. Traumata) → Möglichkeiten des Ansprechens
- Unvorhergesehene Reaktionen (z.B. Dissoziation) → Möglichkeiten der Intervention
- Angst vor Retraumatisierung
- Kulturelle Aspekte

Hinweise aufgrund der Lebensgeschichte, Angaben der Studierenden, emotionale Reaktionen auf bestimmte Inhalte

- Ansprechen der eigenen Wahrnehmung („Ich merke, dass....“)
- Klärung der Bedeutung Trauma für aktuelle Situation
- Begrenzung (bei ausholenden Berichten)
- Hilfsangebote unterbreiten
- ggf. Klärung, was hilft Klient*innen
- Akzeptanz, wenn Klient*innen bestimmte Inhalte nicht thematisieren wollen

- keine Panik!
- frühzeitig Hilfe hinzuziehen
- Ansprechen mit Namen, auf aktuelle Situation verweisen
- Berührung (Schulter/Oberarm)
- bei anhaltender Dissoziation Notarzt hinzurufen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

marc.allroggen@uniklinik-ulm.de