



PENTAGRAMM-TRAUMAPÄDAGOGIK Modul I

BASIS-WISSEN ZU TRAUMA, TRAUMA- FOLGESTÖRUNGEN UND DEM HILFREICHEN UMGANG MIT DEN BETROFFENEN PTP-I

Definition Trauma:

Fischer und Riedesser definieren ein (Psycho-)Trauma in ihrem Lehrbuch der Psychotraumatologie „als ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen

Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“

Wichtig ist, dass wir auf der einen Seite einen inflationären Gebrauch des Mode-Wortes „Trauma“ oder „Psychotrauma“ vermeiden und auf der anderen Seite fundierte Kenntnisse darüber haben, welche Symptome und Verhaltensweisen auf ein Trauma im engeren Sinne hindeuten können und was wir bei Verdacht oder Vorliegen einer Psychotrauma-Folgestörung tun können.

BASIS-WISSEN TRAUMA-ARBEIT:

Ein Psycho-Trauma kann entstehen, wenn ein Mensch

- Opfer oder Zeuge einer existentiell bedrohlich erlebten Situation wird, in der Leib, Leben oder die seelische Integrität eines Menschen oder eines Tieres in Gefahr sind und dabei
- Hilflosigkeit, Ohnmacht und schutzlose Preisgabe in einem Ausmaß erlebt werden, das bei beinahe jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung ausgelöst hätte

Wichtig ist der Aspekt der sog. VULNERABILITÄT:

- Entscheidend ist immer, ob die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten ausreichen, das Erlebte zu integrieren! Menschen reagieren unterschiedlich auf Ereignisse!
- Dennoch gibt es Traumatisierungs-Situationen die praktisch bei jedem Menschen eine Traumatisierung auslösen, wie z.B. Terror, Folter oder sexualisierte Gewalt.

Typische Traumatisierungssituationen sind:

1. Technische und Natur-Katastrophen, Krieg, Vertreibung, Folter, Terror-Anschläge
2. Überfälle und Vergewaltigungen
3. Gewalt und sexualisierte Gewalt in der Familie und im nahen Umfeld, Vernachlässigung und das Aufwachsen bei psychisch kranken Eltern sowie schwere Krankheit, Tod und Verlust in der Familie
4. Geburt und medizinische Eingriffe
5. Mobbing, Ächtung, Manipulation im sozialen Umfeld wie Schule, Arbeit, Nachbarschaft

Risikofaktoren:

- Je früher, länger und schwerer das Trauma und je größer die Nähe zum Täter/zur Täterin, desto wahrscheinlicher, dass sich nach der Traumatisierung langanhaltende Traumafolgestörungen entwickeln

Schutzfaktoren:

- Soziale Unterstützung und die Anerkennung des Opferstatus der Betroffenen, ohne jedes Wenn und Aber, können helfen, dass sich nach der Traumatisierung keine Traumafolgestörungen entwickeln



PENTAGRAMM-TRAUMAPÄDAGOGIK Modul I

ECCE HOMO:

In dem Herzen webet Fühlen,
In dem Haupte leuchtet Denken,
In den Gliedern kraftet Wollen
Webendes Leuchten,
Kraftendes Weben
Leuchtendes Kraften:
Das ist - der Mensch

Rudolf Steiner, 1919

Was geschieht bei einer Traumatisierung?

Bei einer Traumatisierung, wenn der oder die Betroffene im Zusammenfassen und Bewerten aller eingehenden Sinneseindrücke blitzartig realisiert, dass die bedrohlichen Situationsfaktoren die vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten übersteigen, springt im neurobiologischen System ein Notfall-Programm an und basale Hirnstrukturen des Hirnstammes, die wir in ganz ähnlicher Weise mit den Reptilien gemein haben, übernehmen das Zepter der Verhaltenssteuerung.

Das sog. „Reptilien-Gehirn“ aber kennt nur 3 Verhaltensweisen, die in einer solchen Bedrohungs-Situation reflexartig und jenseits unserer bewussten Steuerungsmöglichkeiten ausgelöst und aufrechterhalten werden und die nun quasi programmartig und automatisch ablaufen:

- Kampf,
- Flucht,
- oder Totstell-Reflex

Was geschieht bei einer Trauma-Folgestörung?

Bei einer Trauma-Folgestörung ist das „Notfall-Programm“ des „Reptilien-Gehirns“ weiterhin aktiv geblieben. Nach einer akuten Traumatisierung ist es zunächst normal und zu erwarten, dass das „Notfall-Programm“ nicht sofort wieder abgeschaltet wird. Hält so ein Zustand aber über einen längeren Zeitraum an oder wird ein solcher Zustand womöglich chronisch, so spricht man von einer anhaltenden Trauma-Folgestörung, einer sog. PTSD oder „Posttraumatischen Belastungsstörung“

Dissoziation der Wesensglieder, Dissoziation der Seelenfähigkeiten des Denkens, Fühlens und Wollens und

Dissoziation der Erinnerungsfähigkeiten:

Bei einer Traumatisierung kommt es jedoch nicht nur zu einer Veränderung im Gehirn, sondern der neurobiologische Vorgang ist im Grunde ein Spiegel dessen, was sich auf geistig-seelisch-körperlicher Ebene ereignet: In einer traumatischen Situation kommt es oft schlagartig zu einer Dissoziation des Wesensglieder-Zusammenhanges, d.h. des Zusammenhanges zwischen Physischem Leib, Lebenskräfte-Leib, Seelen-Leib und Ich und in der Folge zu einer Dissoziation des harmonischen Zusammenspiels der Seelenkräfte und Seelenfähigkeiten des Denkens, Fühlens und Wollens.

TRAUMA-ARBEIT BEINHALTET
EINE RE-INTEGRATION VON
DENKEN, FÜHLEN UND WOLLEN



PENTAGRAMM-TRAUMAPÄDAGOGIK Modul I

Was geschieht bei einer Trauma-Therapie?

In der Trauma-Pädagogik und in den ersten drei Stabilisierungs-Phasen der Trauma-Therapie geht es zunächst um eine sorgfältige Stabilisierung auf den 3 Ebenen:

In der Trauma-Pädagogik und Traumatherapie bemühen wir uns darum, den Betroffenen eine selbstwirksam anwendbare Hilfestellung zu geben, die es ihnen ermöglicht, wieder in innere Gelassenheit und dadurch in eine Beruhigung der alarmierten neurobiologischen Situation zurückzufinden.

- der sog. „Äußeren und sozialen Sicherheit“ (Physischer Leib),
- der sog. „Äußeren Stabilität“ (Grundlage für die Regeneration der Lebenskräfte) und
- der sog. „Inneren Stabilität“ (Beruhigung der alarmierten innerseelischen und neurobiologischen Situation und Wiederaufbau und Neuordnung der zerrütteten inneren Seelenlandschaften).

In der Trauma-Therapie geht es im Weiteren darum, die durch die Stabilisierungs-Phasen wiedergewonnene und ggf. neu gestärkte Stabilität zu nutzen, um dem Erlittene noch einmal in neuer Weise, bewusst und Ich-haft zu begegnen. Und das bisher unbewältigbar erscheinende schließlich doch noch, aus der integrierenden Kraft des gestärkten Ich heraus, zu verarbeiten und zu integrieren.

In der so wiedererrungenen Gelassenheit kann es dann möglich werden, bisher nicht bewältigbar erscheinende, seelisch scheinbar „unverdaubare“ Erfahrungen, noch einmal neu in den Blick zu nehmen und ggf. mithilfe spezieller, moderner Trauma-Integrations-Techniken wirksam und nachhaltig zu re-integrieren.

Trauma-Begegnung:

In der Trauma-Begegnungs-Phase können moderne, neurobiologisch fundierte Trauma-Integrations-Methoden eine wirksame und nachhaltige Verarbeitung und Integration des Erlittene wesentlich erleichtern und unterstützen.

Trauma-Transformation:

In der Trauma-Transformations-Phase können nach der Verarbeitung des Traumas - und einer Phase des Trauerns um das Erlittene und Verlorene - Fragen nach dem Sinn des Erlebten Raum finden. So kann ein „Aufbruch in ein Leben nach dem Trauma - trotz allem“ in Anbindung an das eigene höhere Wesen und an vorgeburtliche Lebenszielsetzungen sowie menschheitliche Aufgaben gelingen.



PENTAGRAMM-TRAUMAPÄDAGOGIK Modul I

Eine kleine „Eselsbrücke“:

- ❖ H - Hyperarousal
- ❖ I - Intrusionen
- ❖ V - Vermeidung

Alle Arten von psychischen, psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen können mit einer chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung in Zusammenhang stehen

Was sind die Symptome einer Trauma-Folgestörung?

Zu den Leitsymptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung gehören Symptome der Übererregung, unkontrollierbare Flashbacks aus der Traumasituation und Vermeidungsverhalten in Bezug auf Trigger-Reize, die an das Trauma erinnern könnten.

Darüber hinaus kann es zu einer anhaltenden Veränderung des Selbst- und Welt-Verständnisses kommen.

Je nach Alter und Entwicklungsstand reagieren Kinder und Jugendliche mit altersspezifischen Symptomen auf das Erlittene.

Als „Esels-Brücke“ können wir uns merken:

Bei einer ersten Vor-Beurteilung, ob es sich um eine Trauma-Folgestörung handeln könnte, achten wir darauf, ob die drei Leitsymptome der PTBS vorhanden sind (Ist der/die Betroffene „HIV-positiv“?):

- H – Hyperarousal-Zeichen, wie Unruhe, chronische Übererregung, erhöhte Wachsamkeit, Schreckhaftigkeit, Hyperaktivität, Schlafstörungen, chronische Erschöpfung
- I – Intrusionen, unkontrollierbare Nachhall-Erinnerungen und Alpträume, sog. Flashbacks mit Erinnerungen oder Erinnerungs-Fragmenten aus der Traumatisierungs-Situation mit u.U. Panik und massiven unkontrollierbaren körperlichen Reaktionen
- V – Vermeidungsverhalten in Bezug auf Trigger-Reize, die an das Trauma und die Traumasituation erinnern könnten, wie Umwege, Rückzug, auch Innerer Rückzug, u.U. in Form von Dissoziationen

Wichtig: Alle diese Symptome und Symptom-Kombinationen können, müssen aber nicht (!) auf eine erlittene Traumatisierung hinweisen!

Bei einer Chronifizierung der Trauma-Folgesymptomatik kann es zu anhaltenden Persönlichkeitsveränderungen, andauernden Konzentrations-Störungen und in der Folge zu praktisch allen psychischen, psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen kommen.

Es wird auch zunehmend diskutiert, dass es Zusammenhänge zwischen Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen und frühen, schweren, anhaltenden oder wiederholten Traumatisierungen in der Vorgeschichte geben könnte.



PENTAGRAMM-TRAUMAPÄDAGOGIK Modul I

Alle Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung können auch bei Kindern und Jugendlichen auftreten.

Darüber hinaus gibt es Alters- und Entwicklungsspezifische Symptome und Verhaltensweisen, die auf eine Traumatisierung hinweisen können.

2 Grundregeln für den Umgang mit Betroffenen:

- **Konsequente Ressourcen-Orientierung!**
- **Keine Annäherung an das Trauma ohne Überflutungsschutz!**

Was sind die Symptome bei Kindern und Jugendlichen?

Je nach Alter und Entwicklungsstand eines Kindes oder Jugendlichen kommen zu den klassischen PTBS-Symptomen, die wir auch bei Kindern und Jugendlichen beobachten können, noch altersspezifische Symptome und Verhaltensweisen hinzu, die jedoch auch individuell verschieden sein können:

Säuglinge:

Fütterstörungen, Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, verminderte Beruhigbarkeit, Schreien, Bindungsstörungen als Folge, etc.

Kleinkinder:

EB- und Schlagstörungen, Ziellose Unruhe und Hyperaktivität, Emotionale Leere, Regression (Einnässen, Einkoten z.B.), Somatisierungen (Kopf- und Bauchschmerzen z.B.), Rückzug, Reinszenierungen, etc.

Schulkinder Grundschulalter:

Schlafstörungen, Alpträume, Ängste, Vermeidungsverhalten, Somatisierungen, Unruhe und Hyperaktivität, Konzentrations- und Lernstörungen, Emotions- und Impuls-Regulationsstörungen, raptusartige „Ausraster“, etc.

Jugendliche:

Selbstverletzendes und Risiko-Verhalten, Versuch einer „Selbst-Medikation“ mit Drogen und Medikamenten, Abhängigkeit/Sucht, Emotionale Instabilität, Impuls-Durchbrüche, klassische PTBS-Symptomatik wie bei Erwachsenen

Sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen sind viele der erwähnten Symptome eine Folge des in Alarmbereitschaft verbliebenen neurobiologischen „Notfall-Programms“. Um den Betroffenen helfen zu können, ist es entscheidend, dass wir dies verstehen und entsprechend handeln! Zwei Grundregeln haben sich in der Begleitung und Behandlung von Trauma-betroffenen Menschen herauskristallisiert, die wir unbedingt beachten sollten:

Sobald wir Anzeichen dafür wahrnehmen, dass ein Mensch - ob nun Erwachsene/r, Kind oder Jugendliche/r - traumatisiert sein und weiterhin im Modus des aktivierten neurobiologischen „Notfall-Programms“ verblieben sein könnte, sollten wir uns an folgende zwei Grundregeln halten:

1. Konsequente Ressourcenorientierung
2. Keine Annäherung an das Trauma ohne Überflutungsschutzmaßnahmen



PENTAGRAMM-TRAUMAPÄDAGOGIK Modul I
