

„Wenn ich groß bin, möchte ich Kinderarzt werden“

TEIL I

Streiflichter aus der trauma-psychotherapeutischen Behandlung des 9-jährigen Flüchtlingskindes Javid – Zugleich: Eine Einführung in die PENTAGRAMM-TRAUMATHERAPIE als einer waldorforientierten Traumatherapie-Methode für Kinder, Jugendliche und in der Kindheit/Jugendzeit traumatisierte Erwachsene

Vortrag von Annette Junge-Schepermann, gehalten im November 2017 bei der GAÄD-Tagung in Kassel zum Thema „Psychotrauma“ sowie bei der Notfallpädagogischen Jahrestagung der Freunde der Erziehungskunst Rudolf Steiners im Juni 2019 am Parzival - Zentrum in Karlsruhe zum Thema „Notfallpädagogik - Wie Pädagogik verletzten Kinderseelen helfen kann“

Liebe Freunde, liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich begrüße Sie herzlich zu meinem Vortrag. Es ist mir eine Freude und Ehre, Ihnen heute von einem ganz besonderen jungen Menschen erzählen zu dürfen, dem 9-jährigen Flüchtlingsjungen Javid, der in Afghanistan schwer traumatisiert wurde - und von seinem Heilungsweg, den ich eine Zeit lang trauma-psychotherapeutisch begleiten durfte.

Javid ist jetzt im Sommer 10 Jahre alt geworden. Er lebt mit seiner Familie - mit seinem Vater, seiner Mutter, seinem jüngeren Bruder und seiner kleinen Schwester - in Hamburg. Javid ist ein tatkräftiger, wissbegieriger und hilfsbereiter Junge. Er liebt seine Familie und er spielt gerne mit seinen Freunden Fußball. Er mag auch gerne Tiere, v.a. Walfische. Überhaupt fasziniert ihn die bunte Unterwasserwelt und er interessiert sich sehr für Indianer, für ihre Lebensweise, ihre Waffen und für das Land, das sie einmal bevölkert haben. Sein größter Wunsch ist zurzeit, dass er zu Weihnachten eine Playstation bekommt, auch wenn sein Vater eigentlich dagegen ist. Sein Vater möchte, dass sein Sohn, von dem er weiß, dass er überdurchschnittlich begabt ist, v.a. fleißig für die Schule lernt, damit er Abitur machen und später studieren kann, wenn er es möchte. Javid weiß schon, was er später einmal werden möchte. Aber zurzeit interessiert ihn noch mehr, seiner Mutter, die etwas weniger streng ist als sein Vater, möglichst viel das Handy abzuschwatzen, um darauf mit seinen Freunden zusammen Minecraft zu spielen.

Sie merken: Javid ist ein kluger, sympathischer und scheinbar ganz normaler 10-jähriger Junge, der wie so viele Kinder seines Alters hohe Ziele für einen späteren Beruf und allerlei altersgemäße Flausen im Kopf hat. Wie sie interessiert er sich für die Natur und für Sport sowie für die spannenden Möglichkeiten, welche die modernen technischen Geräte eröffnen. Aber, der Anschein trügt: Javids Leben ist alles andere als das eines normalen 10-Jährigen.

Javid lebt erst seit 2 1/2 Jahren in Deutschland. Davor hat er mit seiner Familie in Afghanistan gelebt. Er wurde dort im Alter von 7 Jahren, wie so viele Kinder in Afghanistan, von Taliban - wahrscheinlich zur Rekrutierung für Kriegszwecke - entführt und schwer traumatisiert. Während der Entführung musste Javid u.a., an einen Schreibtischstuhl gefesselt, die Tötung eines anderen Menschen miterleben. Als es ihm kurz darauf gelang, sich von seinen Fesseln zu befreien und durch einen Spalt in der Wand des Verschlags, in dem er festgehalten wurde, zu fliehen, wurde auch auf ihn geschossen. Dennoch gelang es ihm damals, wie durch ein Wunder, körperlich unversehrt zu entkommen. Seine eigenständige, erfolgreiche Flucht aus der Gefangennahme wurde bei der späteren Aufarbeitung seiner Traumatisierungen zu einer wichtigen Ressource auf seinem Heilungsweg. Darauf werde ich später noch näher eingehen. Nach seiner Flucht aus der Gefangenschaft fand Javid erst nach einer mehrstündigen Odyssee seine Eltern wieder, denen er zunächst nichts von seinen schrecklichen Erlebnissen während der Stunden der Entführung erzählte. Sie glaubten zunächst, Javid habe sich aufgrund der zu dieser Zeit häufig wechselnden Straßenabsperungen auf seinem Weg von der Schule nach Hause verlaufen.

Erst als sich kurze Zeit später, wieder auf seinem Schulweg, eine Festnahme durch bewaffnete Männer wiederholte - diesmal waren es Polizisten, die ihn vor einer Schießerei absichern wollten - brach Javid verzweifelt zusammen und vertraute sich seinen hinzu gerufenen Eltern diesmal auch über all das an, was er bei der vorausgegangenen Entführung durch die Taliban erlebt hatte. In dieser Situation beschloss sein entsetzter Vater, nicht noch länger zu zögern und sofort die schon häufiger angedachte und bereits gut vorgeplante Flucht nach Europa zu wagen. Dass er dies unmittelbar nach Javids Bericht über die schrecklichen Erlebnisse während der Gefangennahme durch die Taliban in Angriff nahm und mit ihm gemeinsam erfolgreich durchstand, wurde später zu einer weiteren wichtigen Ressource auf Javids Heilungsweg.

Nach einer abenteuerlichen mehrwöchigen Flucht durch verschiedene Länder fanden Javid und sein Vater - und später auch die nachgeholten weiteren Mitglieder seiner Familie - in Hamburg eine neue Heimat.

Die Familie, Vater, Mutter, Javid und sein jüngerer Bruder (seine kleine Schwester wurde erst zu einem späteren Zeitpunkt in Deutschland geboren) kam zunächst in einer Erstaufnahme-Einrichtung unter. Sie musste dann in den folgenden 2 Jahren noch zweimal in andere Flüchtlingsunterkünfte umziehen. Dies war leider auch mit zwei weiteren Schulwechslern von Javid verbunden. Da es sehr schwierig ist, als Flüchtlingsfamilie in Hamburg eine Wohnung zu finden, wird auf Javid voraussichtlich noch vor dem Übergang in die weiterführende Schule ein weiterer Schulwechsel zukommen, wenn sich der Wunsch der Familie erfüllt, bald eine eigene Wohnung beziehen zu können. Denn Javids Eltern werden darauf angewiesen sein, jede nur mögliche Wohnung, auch in einem weiter entfernten Bezirk der Stadt, anzunehmen.

Als ich Javid kennen lernte war er 9 Jahre und 8 Monate alt und gerade in der mittlerweile 3. deutschen Grundschule angekommen. Zum Glück bei einer sehr engagierten und erfahrenen Klassenlehrerin, die sich in den letzten Jahren ihrer Berufstätigkeit bewusst vorgenommen hatte, Kindern mit Migrations- und Fluchthintergrund eine besonders warmherzige Zuwendung und all ihre langjährige Erfahrung zur Verfügung zu stellen, um ihre Integration optimal zu unterstützen. Eine weitere wichtige Ressource auf Javids Heilungsweg.

So hatte sich diese Lehrerin auch nach Kräften bemüht, Javid in ihre Klasse zu integrieren, sie hatte ihn z.B. ganz nah bei sich sitzen lassen, um ihm möglichst viel Unterstützung und, wenn er es brauchte, Körperkontakt geben zu können und sie hatte versucht, ein besonders herzliches Verhältnis zu ihm aufzubauen und einen guten Kontakt zu anderen Kindern in der Klasse anzubahnen. Javid nahm diese Zuwendung zunächst zögerlich, dann aber doch sehr dankbar an und entwickelte in den ersten Wochen eine sehr enge Bindung an die neue Lehrerin. Als die Klassenlehrerin jedoch einige Monate später erkrankte und für eine Zeit nicht zur Arbeit kommen konnte, zeigte er schon nach wenigen Tagen gravierende Verhaltensauffälligkeiten. Diese waren so massiv, dass die Schulleitung seine Beschulung in dieser Klasse zum Schutz der anderen Kinder in Frage stellen musste.

Javid litt auch Monate nach seiner Flucht noch unter schweren und unkontrollierbaren Traumafolgesymptomen.

Dazu zählten u.a.:

- **Starke Unruhe, Überwachsamkeit und das Bedürfnis, alles und alle zu kontrollieren**
- **Schlaf- und Einschlafstörungen, daraus resultierend chronische Erschöpfung**
- **Flashbacks von der Entführungssituation und wiederkehrende Albträume, in denen er sich von „den Killern aus Paris“ und von „Monstern“ verfolgt und getötet erlebte**
- **Ausgeprägte dissoziative Zustände in Belastungssituationen, v.a. wenn das Thema der in Afghanistan in Lebensgefahr zurückgelassenen Großeltern berührt wurde**
- **Unkontrollierbare Impulsdurchbrüche ohne erkennbare Auslöser**

- **Proaktives Vermeiden von Ohnmachtssituationen in Form von aggressivem, dominierendem Verhalten gegenüber Gleichaltrigen und jüngeren Kindern**
- **Chronische Kopf- und Bauchschmerzen, Vermeidungsverhalten in Bezug auf Stress**
- **Massive Konzentrationsprobleme und schulische Leistungsstörungen bei Vorliegen eines leicht überdurchschnittlichen IQ-Niveaus**

Sein Alltagsleben in der Familie und in der Schule war dadurch massiv erschwert und überschattet. Javid galt infolge seiner gravierenden Lern- und Konzentrationsprobleme und der dadurch bedingten Leistungsdefizite unter den Pädagog*innen der Schule als vermutlich lernbehindertes Kind. Aufgrund seiner starken sozialen Verhaltensauffälligkeiten galt er darüber hinaus als nur begleitet beschulbar. Javid wurde - wie so viele traumatisierte Kinder - zunächst mit irreführenden Verdachts-Diagnosen wie ADHS und Störung des Sozialverhaltens versehen, was dazu führte, dass der Blick der Eltern, Lehrer*innen und Erzieher*innen auf die wahren Hintergründe seines Verhaltens für viele Monate mehr oder weniger verstellt wurde.

In der Schule sorgte man sich v.a. um das vermutete massive Gewaltpotential des Jungen und um die Sicherheit der Mitschüler*innen und Lehrer*innen. Die überwiegend mit schwarzen Farben gemalten Bilder von Panzern, Maschinengewehren und getöteten Menschen sah man zunächst v.a. als Ausdruck seiner Gewaltbereitschaft – und zu diesem Zeitpunkt noch nicht als das an, was sie eigentlich waren: ein Versuch, das Erlebte und Erlittene zu externalisieren und sich damit den Erwachsenen im schulischen Umfeld über seine entsetzlichen Erlebnisse in seinem Heimatland und auf der Flucht anzuvertrauen.

Erst als die Situation eskalierte und die Schule sich weigerte, Javid weiter am Unterricht teilnehmen zu lassen bzw. dies an die Bedingung knüpfte, dass ein Kinderarzt hinzugezogen wurde und eine psychodiagnostische Abklärung stattfand, wurde bei ihm die - richtige - Diagnose einer kindlichen Psychotrauma-Folgestörung gestellt und die notwendige kindertraumatherapeutische Behandlung eingeleitet.

Heute, ein dreiviertel Jahr später, ist Javid ein gut integriertes, lernwilliges und dem Unterricht hochmotiviert folgendes Kind geworden. Er schläft abends rechtzeitig ein und geht morgens ausgeschlafen in die Schule. Er liebt seine Lehrer*innen, nimmt ihre Unterstützung gerne an und lässt keine Gelegenheit aus, ihnen zu zeigen, wie dankbar er für ihre Bemühungen um ihn ist. Kopf- und Bauchschmerzen kommen nur noch selten und nur noch im Zusammenhang mit Prüfungssituationen vor. Javid hat mittlerweile auch eine ganze Reihe von Freunden gefunden, mit denen er gleichberechtigt auf dem Schulhof spielt und nachmittags den nahen Fußballverein besucht.

Javid hat nach einer kindertraumatherapeutischen Kurzbehandlung und einigen weiteren Wochen, in denen die dadurch ermöglichten positiven Verhaltensänderungen durch verschiedene Maßnahmen weiter stabilisiert werden konnten, nun gute Aussichten, wieder in altersangemessener Weise Anschluss an die Lern- und Entwicklungsaufgaben seiner gleichaltrigen Freunde und Mitschüler zu finden. Seiner Versetzung und auch einem späteren Übergang ins Gymnasium scheint nun nicht mehr viel im Wege zu stehen, was ihn wiederum zu noch fleißigerem Lernen motiviert, da es ihn seinem ersehnten Ziel näherbringt, das er auf der Flucht aus Afghanistan gefasst hatte: Eines Tages Medizin zu studieren und Kinderarzt zu werden, um anderen Kindern mit Flucht- und Kriegserfahrungen einmal helfen zu können.

Als ich vor einigen Monaten angefragt wurde, ob ich bereit wäre, hier auf der Herbsttagung der GAÄD in Kassel einen Fall aus meiner Praxis vorzustellen und ich darüber nachzudenken begann, welches meiner Patientenkindern dafür in Frage kommen könnte, da ergab es sich, dass noch am selben Tag eine dringende Anfrage von einem befreundeten Kinderarzt bei mir einging, ob ich mir vorstellen könnte, ein Erstgespräch mit den Eltern eines schwer kriegstraumatisierten Jungen zu führen und meine Kontakte zur Trauma-Ambulanz der Universitätsklinik zur Verfügung zu stellen, um dort eine möglichst

umgehende Aufnahme des Jungen zu erwirken. Ich hängte also dieses Erstgespräch abends an meine Sprechstunde dran, in der Annahme, den Fall spätestens am nächsten Morgen in guten Händen am Universitätsklinikum angebunden zu wissen. Doch dann kam es anders.

Javid kam mit seinem Vater zum Erstgespräch, begleitet von der sehr engagierten ehrenamtlichen Flüchtlingshelferin der Familie, deren selbstloses Engagement zu einer weiteren wesentlichen Ressource auf Javids Heilungsweg werden sollte.

Schon am Telefon hatte mir die Flüchtlingshelferin die schwierige Situation in der Schule in dramatischen Bildern beschrieben.

Am Telefon hatte die Flüchtlingshelferin auch bereits erste Andeutungen über mögliche traumatisierende Umstände in der Zeit in Afghanistan gemacht. Wie es bei traumatisierten Kindern so häufig der Fall ist, war ihre Beschreibung des Jungen im schulischen Alltag kaum mit dem Bild in Übereinstimmung zu bringen, das von Javid im Erstgespräch bei mir entstand:

Vor mir saß ein schüchtern wirkender, leicht adipöser Junge mit freundlichen, klugen und empathischen Augen, der – etwas in sich zusammengesunken – eher einen depressiven und ängstlichen als einen aggressiven Eindruck vermittelte. Nur eine starke Unruhe der Füße, mit denen er nervös vor sich hin wippte, verriet seine innere Anspannung.

Dass er dabei abwechselnd mit dem rechten bzw. linken Fuß wippte, war ungewöhnlich, die meisten traumatisierten Kinder wippen unruhig mit nur einem Fuß oder Bein auf und ab oder trommeln mit nur einer Hand vor sich hin, wenn sie sich belastet fühlen. Das Javid sich mit dem abwechselnden Wippen der Füße bereits selbst bilateral stimulierte, stellte eine weitere Ressource auf seinem Heilungsweg dar. In der Situation des Erstgesprächs registrierte ich dies zunächst nur als einen erfreulichen Hinweis auf Javids offensichtlich vorhandenen Fluchtimpulse in Belastungssituationen. Dieser Umstand weckte in mir die Hoffnung, dass Javid noch über ein situationsangemessenes Selbstwirksamkeitserleben verfügte - was angesichts der erlittenen Ohnmacht in der Entführungssituation nicht selbstverständlich war. Seine gelungene Flucht aus der Gefangenschaft und die ebenfalls erfolgreiche Flucht nach Europa zusammen mit seinem Vater mochte ein Schutzfaktor in Bezug auf sein durch die Ohnmachtserlebnisse in Afghanistan mit Sicherheit schwer erschüttertes Selbstwirksamkeitserleben sein, dachte ich mir. Bei der vorliegenden Schwere der Traumatisierung wären sonst deutlichere Anzeichen einer verinnerlichten Haltung von Hilflosigkeit und Ohnmacht in einer solchen Stress-Situation, wie es unser mit hohem Erwartungsdruck von Seiten der Schule verbundenes Gespräch darstellte, zu erwarten gewesen.

Bei vielen schwer traumatisierten Kindern kommt es in Belastungs- und Stress-Situationen zu einem reaktiven Einfrieren ihrer Bewegungsimpulse und zu weiteren dissoziativen Symptomen mit nebeneinander bestehender Übererregung und emotionaler Abschaltung, häufig auch verbunden mit nervösen Bewegungstereotypen, wie beispielsweise nervösem Wippen oder Trommeln mit einem Fuß oder den Fingern einer Hand bei ansonsten angespannter Bewegungslosigkeit des restlichen Körpers.

Ich werde diese Thematik an dieser Stelle nicht weiter vertiefen. Wir werden in unserer Arbeitsgruppe zur Diagnostik kindlicher Psychotrauma-Folgesymptome aber bei Bedarf noch näher auf diese für die Behandlungsplanung und -prognose nicht unwesentlichen diagnostischen Feinheiten eingehen können.

Javids Vater betonte derweil während des Erstgesprächs, dass sein Sohn eigentlich keinerlei Probleme habe - weder zuhause noch in der Schule. Das Problem seien einzig und allein die Lehrer, diese seien ungerecht und voreingenommen gegen seinen Sohn. Javid brauche auch keine Behandlung, weder hier noch am Universitätsklinikum. Er, sein Vater, werde mir daher maximal 2 Sitzungen gestatten, um mit seinem Sohn zu arbeiten. Und das auch nur, weil die Schule es zur Bedingung für eine weitere Teilnahme am Unterricht gemacht habe. Zu mehr Zugeständnissen sei er

darüber hinaus nicht bereit. Er werde diesbezüglich auch nicht seine Meinung ändern, ich bräuchte also gar nicht erst versuchen, ihn von etwas anderem zu überzeugen. Er erwarte ansonsten von mir, dass ich der Schule umgehend schriftlich mitteilte, dass sein Sohn keinerlei Symptome oder Verhaltensauffälligkeiten aufweise.

Keine guten Voraussetzungen für die in diesem Fall ohne Zweifel notwendige längerfristige traumapsychotherapeutische Begleitung des Jungen!

Normalerweise hätte ich dem Vater also erklären müssen, dass eine Behandlung unter diesen Voraussetzungen keinerlei Sinn macht. Dennoch vereinbarte ich noch die zwei möglichen Sitzungen mit Javid, zur weiteren Diagnostik, wie ich dem Vater erklärte, in der Hoffnung, auf diese Weise vielleicht doch noch ein paar weitere Stunden für die Beratung und Behandlung des Jungen und seiner Familie „freischlagen“ zu können.

Das offensichtliche schwere Schicksal des Jungen hatten bei mir Mitgefühl ausgelöst und das beeindruckende persönliche Engagement der Klassenlehrerin und der ehrenamtlichen Flüchtlingshelferin darüber hinaus Solidarität und Sympathie mit den beteiligten Unterstützerinnen dieser leidgeprüften Familie. Auch die etwas provokative Haltung des Vaters bewirkte bei mir eher eine Art trotzigem Ehrgeiz, dem Jungen wenigstens in den wenigen möglichen Behandlungsstunden die maximale Hilfe zukommen zu lassen, als dass sie mich von einem solchen Versuch abgebracht hätte.

Angesichts der am selben Tag bei mir eingegangenen Anfrage für die GAÄD-Tagung in Kassel, beschloss ich, die Situation als eine Chance anzusehen: eine Chance für Javid und eine Chance für die moderne, hier auch anthroposophisch erweiterte, Kindertraumatherapie, einmal beweisen zu können, wozu sie mittlerweile in der Lage ist, wenn es wirklich drauf ankommt.

So kam es, dass ich Javid nach einem weiteren Dolmetscher-gestützten Vorgespräch mit seinen Eltern und mehreren Gesprächen mit den Lehrern in der Schule zunächst zwei sorgfältig vorbereitete 1 ½-stündige Behandlungssitzungen zur Verfügung stellte, in denen ich versuchte, alles in die Waagschale zu werfen, was ich an umfangreicher gelernter Methodik, jahrelang erprobtem Handwerkszeug und immerhin fast 25-jähriger Erfahrung auf diesem Gebiet zur Verfügung stellen konnte.

Von dieser Kurzzeitbehandlung des schwer traumatisierten Javid möchte ich Ihnen im Folgenden berichten.

Zu Javids Behandlung:

Javid wurde von mir nach der Methode der Pentagramm-Traumatherapie behandelt, einer u.a. anthroposophisch erweiterten Kindertraumatherapie-Methode, die wir in den vergangenen knapp 25 Jahren gemeinsam mit einer Reihe anthroposophisch orientierter Therapeut*innen und unter mehrjähriger wohlwollender Anleitung und Supervision von zunächst Prof. Dr. Peter Riedesser (langjähriger ärztlicher Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums in Hamburg und, neben Gottfried Fischer, Autor des ersten deutschsprachigen Lehrbuches der Psychotraumatologie) und später Dr. Andreas Krüger (Begründer der einschlägig bekannten tiefenpsychologischen Kindertraumatherapie-Methode PITT-Kid und des IPKJ, Institut für Psychotraumatologie des Kindes- und Jugendalters) in Hamburg entwickelt haben.

Günstige Fügungen haben es mir in Hamburg ermöglicht, diese Methode nicht nur in unserer anthroposophisch orientierten Gemeinschaftspraxis, sondern auch innerhalb des Jugendpsychiatrischen Dienstes der Stadt Hamburg anwenden zu können, wo wir über lange Jahre einen leitenden Kinderarzt und mehrere Kolleginnen und Kollegen hatten, die eine große fachliche Offenheit sowohl für ein traumapsychologisches als auch für ein anthroposophisch erweitertes und waldorforientiertes Verständnis und Vorgehen mitbrachten.

Die Methode hat sich sowohl in der längerfristigen Therapie traumatisierter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener als auch in abgewandelter Form in der Kurzzeitbehandlung, der akuten Krisenintervention und in der Beratung und Begleitung von Angehörigen traumatisierter Menschen bewährt.

Was verbirgt sich hinter dem Namen Pentagramm-Traumatherapie? Es handelt sich dabei um eine Methode, bei deren Entwicklung wir versucht haben, die bewährten „Königswege“ der verschiedenen Traumatherapie-Methoden, die sich in den letzten Jahrzehnten weltweit herausgebildet und etabliert haben, zum Wohle der uns anvertrauten meist schwer traumatisierten Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen zusammen zu bringen und sie vor dem Hintergrund des anthroposophischen Menschen-, Krankheits- und Schicksalsverständnisses zu verfeinern und zu verschmelzen, um den Betroffenen eine möglichst umfassende und ganzheitliche Behandlung zur Verfügung stellen zu können.

Basis der Pentagramm-Traumatherapie ist zunächst die klientenzentrierte, non-direktive Kinderspieltherapie nach Virginia Axline (bzw. bei Erwachsenen die klientenzentrierte, non-direktive Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers). Ihre spezifisch trauma-psychotherapeutischen Wurzeln reichen tief in die verschiedenen, heute weltweit anerkannten und etablierten Traumatherapie-Methoden hinein, darunter an erster Stelle die tiefenpsychologische, psychodynamisch-imaginative Traumatherapie-Methode PITT nach Luise Reddemann bzw. deren Weiterentwicklung für Kinder und Jugendliche PITT-Kid nach Andreas Krüger, sowie die in den USA entstandene und mittlerweile auch in Europa zunehmend etablierte körperorientierte Traumatherapie-Methode Somatic Experiencing, die von ihrem Begründer Peter Levine in Zusammenarbeit mit Maggie Kline auch für Kinder und Jugendliche weiterentwickelt wurde. Darüber hinaus integriert die Pentagramm-Traumatherapie abgewandelte Elemente aus dem EMDR nach Shapiro und favorisiert für die Traumabegegnung und Traumaintegration eine konsequente Anwendung des in den tiefenpsychologischen Traumatherapien gerne verwendeten sog. BASK-Modells nach Bennett Brown, bei dem es um eine differenzierte und sorgfältige Reintegration der Bereiche des Denkens, Fühlens, Körperempfindens und Wollens in Bezug auf die traumatische Situation geht.

Um in der sehr sensiblen und entscheidenden Phase der sog. Traumakonfrontation/ Traumabegegnung eine möglichst schonende und bei den jüngeren Patienten kindgerechte Vorgehensweise bei der Begegnung mit traumatischem Erinnerungsmaterial beizubehalten, bezieht die Pentagramm-Traumatherapie darüber hinaus, v.a. bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen aber auch bei der Behandlung von Erwachsenen, regelhaft Elemente aus der analytischen Sandspiel-Therapie und, wo es möglich ist, auch Elemente aus der traumaadaptierten Reit- und/ oder Musiktherapie mit ein.

Hierin unterscheidet sie sich von den anderen mit einbezogenen Traumatherapie-Methoden, auf deren Erkenntnissen und Erfahrungen sie aber ansonsten konsequent aufzubauen versucht. Anders als bei den anderen genannten Traumatherapie-Methoden vollzieht sich die Behandlung in der Pentagramm-Traumatherapie darüber hinaus in 5 großen Hauptphasen der Therapie, die sich jeweils noch einmal in 5 Unterphasen aufgliedern, so dass sich dadurch eine 5 x 5-Phasen-Therapie ergibt.

Die Phasen umfassen eine schrittweise Stabilisierung und Heilung auf 5 Ebenen: Physische Sicherheit, Stabilisierung der Lebenskräfte, Stabilisierung der innerseelischen Situation, Ich-geleitete Trauma-Integration sowie Trauma-Transformation im Sinne einer auf der Grundlage der nun besser integrierten Erfahrungen von existentieller Erschütterung noch einmal neu ergriffenen Wiederanbindung an ureigene Lebensziele und -impulse. Sie berücksichtigt hierbei die Lehre von den Wesensgliedern des Menschen und der Bedeutung eines harmonischen Zusammenspieles der menschlichen Seelenkräfte des Denkens, Fühlens und Wollens, wie wir sie von Rudolf Steiner in seiner anthroposophischen Menschenkunde zur Verfügung gestellt bekommen haben.

Die Einhaltung der Reihenfolge innerhalb des großen Behandlungszyklus als auch innerhalb der 5 kleinen 5-stufigen Behandlungszyklen wird von uns dabei als wesentlich für den Behandlungserfolg

angesehen. Innerhalb dieser Struktur und der festgelegten Reihenfolge vollzieht sich die Behandlung jedoch in einer maximal an die Bedürfnisse und Umstände des jeweiligen individuellen Falles angepassten Art und Weise. Die Einhaltung bzw. Überprüfung der Phasen und der in ihnen enthaltenen Unterphasen in einer festgelegten Reihenfolge soll dabei auf der einen Seite der Selbstkontrolle des Therapeuten/ der Therapeutin dienen, indem es ihr bzw. ihm ein sinnvolles Gerüst und Werkzeug an die Hand gibt, um möglichst keine für den Behandlungserfolg wesentlichen Aspekte der Methode während des Behandlungsverlaufes zu übersehen. Auf der anderen Seite sind die einzelnen Phasen in ihrem Aufbau fein aufeinander abgestimmt. Jede einzelne Phase bildet inhaltlich die Grundlage für das optimale Ausschöpfen des Potentials der jeweils nachfolgenden Behandlungs-Phase.

Dies bedeutet, dass beispielsweise beim Vorliegen einer Stockung oder Blockade des Ablaufes in einer der vorangehenden Phasen der Schwerpunkt der Arbeit weiter auf der Auflösung dieser Stockung im Behandlungsverlauf und auf einer weiteren Unterstützung des angestrebten Zwischenzieles liegen sollte. Dabei ist häufig ein Zurückgehen auf die vorletzte Behandlungsphase und ein noch sorgfältigeres Bearbeiten der Zwischenziele dieser vorletzten und der darauffolgenden letzten Phase sinnvoll, manchmal auch ein noch weiterreichendes Zurückgehen. Auch bei der Behandlung von Javid gab es so eine Stockung am Beginn der Trauma-Begegnungsphase, die durch sorgfältige Erarbeitung weiterer Ressourcen und Schutzimaginationen aufgelöst werden konnte, worauf ich im Folgenden noch weiter eingehen werde.

Die 5 Haupt-Phasen der Pentagramm-Traumatherapie umfassen:

- I. **Das Absichern der Äußeren und Sozialen Sicherheit, d.h. das Finden und Absichern von äußeren und sozialen Schutzräumen**, je nach der Dynamik im System u.U. in Form von einer der folgenden bewährten 5 Schutz-Möglichkeiten:
 - 1. Schutz für das ganze System bei Gefahr von außen**

z.B. Flüchtlingsunterkunft, gesicherter Aufenthaltsstatus, Anerkennung als Opfer von politischer Verfolgung im Herkunftsland
 - 2. Schutz für einen Teil des Systems bei Gefahr von einem (oder mehreren) Familienmitglied(ern)**

z.B. Frauenhaus, Wegweisung, Platz-/ Kontaktverbot, Unterlassungsverfügung nach dem Gewaltschutzgesetz
 - 3. Schutz eines Jugendlichen (oder mehrerer Jugendlicher und ggf. Kinder) der Familie bei Gefahr durch die Eltern bzw. den Rest des Systems**

z.B. Betreute Jugend-Wohngruppe, Heilpädagogisches Heim, Pflegeeltern, KJPP
 - 4. Schutz eines Kindes (oder mehrerer Kinder) der Familie bei Gefahr durch die Eltern bzw. den Rest des Systems**

z.B. Kinderschutzhäuser, Pflegefamilien, begleiteter Umgang, KJPP
 - 5. Schutz eines oder mehrerer Kinder oder Jugendlicher bei Gefahr durch die Dynamik im System**

z.B. bei Ausgrenzungstendenzen gegenüber dem Kind oder Jugendlichen durch das System - beispielsweise bei drohendem Sichtbarwerden von verleugneten Familiengeheimnissen im System aufgrund von Aussagen des Kindes oder Jugendlichen: Unterbringung in einer haltgebenden Ersatzgemeinschaft oder temporäre Unterbringung auf einer geschlossenen Station der KJPP zum Schutz vor Ausgrenzung, Schuldzuweisungen und Entwertungen/ Kränkungen durch das System u./o. vor eigenem reaktiven selbstverletzenden oder suizidalen Verhalten

II. Das Herstellen und Erweitern der sog. Äußeren Stabilität

bezüglich der folgenden 5 wesentlichen Lebensbereiche:

1. Wohnen
2. Arbeit/Schule
5. Beziehungen
4. Gesundheit
5. Spiritualität/Werte-Orientierung

III. Das Herstellen und Stabilisieren der sog. Inneren Stabilität

unter Berücksichtigung der folgenden 5 bewährten Stabilisierungsmethoden:

1. Distanzierung
2. Separation
3. Ressourcenmobilisierung
4. Schutzimaginationen
5. Innere Kind-Arbeit

IV. Trauma-Begegnung und Trauma-Integration:

unter Zuhilfenahme von möglichst schonenden Konfrontations-Techniken – unter Berücksichtigung der folgenden 5 entscheidenden Elemente

1. Distanzierung
2. Separation
3. Ressourcenmobilisierung
4. Schutzimaginationen
5. Detaillierte Trauma-Durcharbeitung unter Zuhilfenahme von traumaadaptierten Sandspiel- und Integrationstechniken abgeleitet nach BASK, SE und/oder EMDR

V. Trauern, Sinnsuche und Trauma-Transformation:

Anerkennen, Trauern, Sinnsuche, Mut schöpfen, Aufbruch und Neubeginn
- unter Berücksichtigung von Elementen aus der systemische Aufstellungs- und Ritualarbeit und der anthroposophisch orientierten Biographie-Arbeit:

1. Distanzierung
2. Anerkennen, was geschehen und was ggf. verloren ist, Realisieren: Es ist vorbei!
3. Realisieren, was bleibt: Ressourcen, Möglichkeiten, Handlungsspielräume
4. Verluste betrauern, Verlorenes verabschieden, neue Lösungen zu sich einladen
5. Sinnsuche, neuen „Löwenmut“ entwickeln, den Lebensfaden wieder aufzunehmen und neue Aufgaben zu finden, Aufbruch und Neubeginn

Im weiteren Verlauf des Vortrages - TEIL II - wird die Behandlung des traumatisierten Flüchtlingskindes Javid ausführlich entlang dieser bewährten Reihenfolge der 5x5 Phasen der Pentagramm-Traumatherapie beschrieben.

In exemplarischer Weise kann daran der Phasen-Aufbau und die Sinnhaftigkeit der sorgfältigen Berücksichtigung der aufeinander aufbauenden Behandlungsschritte der Pentagramm-Traumatherapie und ihrer Voraussetzungen nachvollzogen werden.

Der gesamte Vortrag, TEIL I und TEIL II findet sich im Mitglieder-Bereich der Homepage der DtGAP und kann bei Interesse dort eingesehen bzw. als PDF heruntergeladen werden.

Die 5 x 5 Phasen der Pentagramm-Traumatherapie im Überblick:

I. „Äußere und soziale Sicherheit“ – Finden von Schutzräumen

Beispielhafte Schutzräume:

1. Flüchtlingsunterkunft
2. Frauenhaus
3. Betreute Jugend-WG
4. Kinderschutzhaus/Pflegef.
5. Heilpäd. Heim/geschl. KJPP

Zu: I. „Äußere Sicherheit“

Parteilichem Sortieren: Wer ist im Sinne des Kinderschutzes (noch) „UnterstützerIn“ und wer gegebenenfalls (doch) „Mit-TäterIn“ im System?

Im Sinne der Regel: Traumatherapie hat nur Aussicht auf Erfolg, wenn:

- Eindeutiges Ende der Gewalt !
- **Ausnahmslos: Kein TäterInnen-/Mit-TäterInnen-Kontakt !**
- **Anerkennung des Opferstatus im sozialen Umfeld ohne jegliches Bagatellisieren und ohne jegliches Wenn und Aber !**
- **!!! FIRST THINGS FIRST!!! – no exceptions !!! -**

In diesem Sinne:

Auffinden und Absichern von adäquaten äußeren und sozialen Schutzräumen als unabdingbare Voraussetzung für alles Weitere!

III. „Innere Stabilität“ Beruhigung des neurobiologischen Notfall-Programms

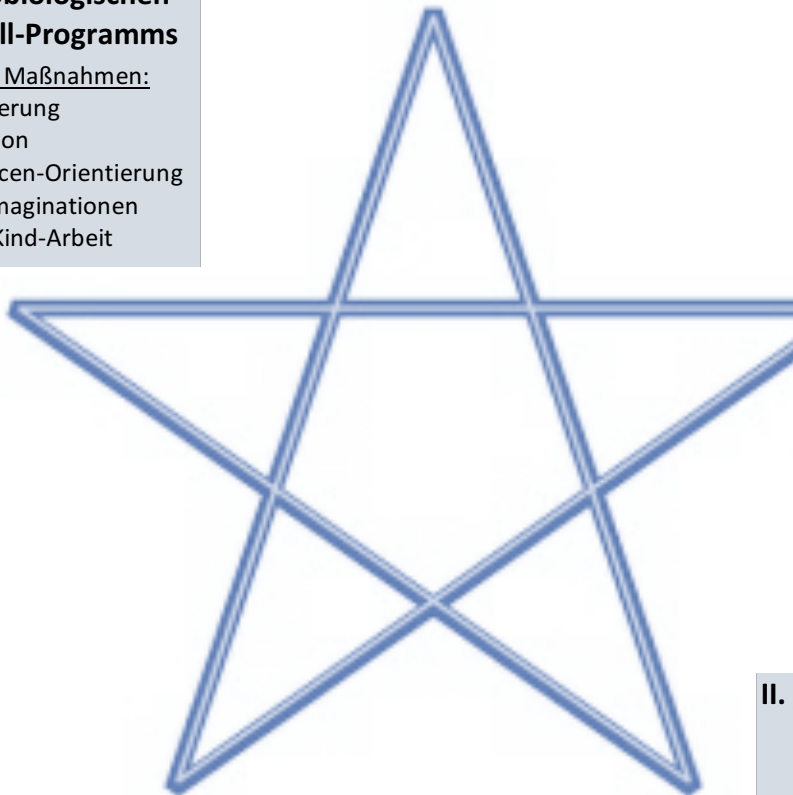
5 bewährte Maßnahmen:

1. Distanzierung
2. Separation
3. Ressourcen-Orientierung
4. Schutzimaginationen
5. Innere-Kind-Arbeit

IV. „Trauma-Begegnung und Trauma-Integration“ - unter Berücksichtigung von BASK, SE und EMDR

5 wesentliche Elemente:

1. Distanzierung
2. Separation
3. Ressourcen-Mobilisierung
4. Einsatz zuvor erarbeiteter Schutzimaginationen
5. Durcharbeiten nach BASK, SE, EMDR



II. „Äußere Stabilität“, d.h. Stabilisierung und ggf. Erweiterung wichtiger Lebensbereiche/Säulen

5 Säulen der Äußeren Stabilität:

1. Wohnen
2. Arbeiten/Schule
- 3. Beziehungen**
4. Gesundheit
5. Spiritualität/Werte-Orientierung

V. „Trauer, Sinnsuche und Trauma-Transformation“: Begreifen, Anerkennen, Orientieren, Trauern und Verabschieden, Sinnsuche: Neue Aufgaben finden, Aufbruch und Neubeginn

5 typische Phasen:

1. Distanzierung
2. Anerkennen, was ist, Realisieren: Es ist vorbei
3. Realisieren, was bleibt, Ergreifen verbliebener/neuer Möglichkeiten
4. Verlorenes betrauern und verabschieden, Raum schaffen für Neues
5. Sinnsuche, neue Ziele/Aufgaben finden, Aufbruch und Neubeginn