

Psychische Traumatisierung und das Spektrum der Hilfsmöglichkeiten aus psychologischer Sicht

Zu den Chancen, Möglichkeiten und Grenzen der Anwendung traumaadaptierter psychotherapeutischer, kunsttherapeutischer und erlebnispädagogischer Maßnahmen in der Akutversorgung, Frühintervention und Aufarbeitungsphase nach einer erlittenen psychischen Traumatisierung

Einleitung und Vorblick

In dem folgenden Beitrag wird es um die Entwicklung der noch recht jungen psychologischen Trauma-Wissenschaft in den vergangenen Jahrzehnten und um die dabei gewonnenen Erkenntnisse über hilfreiche Maßnahmen bei der Akutversorgung, Frühintervention und psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit seelischen Traumatisierungen gehen.

Traumaadaptierte psychotherapeutische sowie kunsttherapeutische und notfallpädagogische Interventionen können den Betroffenen erweiterte Möglichkeiten für eine Verarbeitung des Erlebten eröffnen. Die darin enthaltenen Chancen für eine Integration und Transformation des Erlebten werden mit Hinweis auch auf die Grenzen der heute verfügbaren stabilisierenden und traumaintegrierenden Maßnahmen diskutiert und die verschiedenen Vorgehensweisen in ihren Anwendungsfeldern beleuchtet. Dabei wird die Bedeutung von sozialer Unterstützung und die Chance einer frühzeitigen notfallpädagogischen Intervention hervorgehoben und geeignete Methoden aus der psychologischen Stabilisierungs- und Traumaintegrationsarbeit näher in den Blick genommen.

Auch auf die besondere Situation von traumatisierten Kindern und Jugendlichen und auf wichtige Aspekte bei der Beurteilung und Behandlung von kindlichen Psychotrauma-Folgestörungen wird dabei näher eingegangen.

Schließlich wird die Bedeutung von Ich-stärkenden Maßnahmen und von einer die Selbstverantwortlichkeit und Würde der Betroffenen bewahrenden Haltung sowie die Notwendigkeit einer ausreichenden Unterstützung und Selbstfürsorge der HelferInnen thematisiert und auf die Möglichkeit einer aus der Transformation der psychischen Traumatisierung hervorgehenden Persönlichkeitsreife, eines sog. posttraumatischen Wachstums („posttraumatic growth“), hingewiesen.

Früher und heute: Ein Blick auf die Etappen der Entwicklung einer wissenschaftlichen Traumatheorie und auf die aktuelle Situation

Die Bedeutung von psychischen Traumatisierungen und ihren nicht selten die gesamte weitere Biographie maßgeblich mitbestimmenden Folgen wurde lange Zeit, auch in Fachkreisen, unterschätzt.

Die Trauma-Forschung und die Trauma-Wissenschaft sind noch verhältnismäßig jung. Nachdem Sigmund Freud am Ende des 19. Jahrhunderts zunächst die Bedeutung des Zusammenhanges zwischen erlittenen Traumatisierungen und später bestehenden psychischen Symptomen erkannt, dann aber, vermutlich unter dem Druck der damaligen Verhältnisse, sehr bald selbst wieder in Frage gestellt hatte, gab es einen langen Zeitraum, in dem Traumatisierungen als Ursache von seelischen Erkrankungen nicht im Fokus des allgemeinen bzw. fachöffentlichen Interesses standen.

Auch Hinweise von Rudolf Steiner, die aus heutiger Sicht auf diese Zusammenhänge Bezug nehmen, sind in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts offensichtlich noch wenig verstanden oder zumindest nicht in der Weise, wie es heute geschieht, aufgegriffen worden.

Erst in der zweiten Hälfte und gegen Ende des vergangenen Jahrhunderts, als die neurowissenschaftliche Forschung zunehmend die Zusammenhänge zwischen Traumatisierungen und späteren psychischen und körperlichen Störungszeichen zu bestätigen begann, gab es eine Art Paradigmenwechsel in der allgemeinen und damit einhergehend auch in der anthroposophisch erweiterten Psychotherapie.

1998 wurde mit Erscheinen des ersten einschlägigen deutschsprachigen Lehrbuches der Psychotraumatologie von Gottfried Fischer und Peter Riedesser ein wichtiger Markstein gesetzt. Riedesser beschäftigte sich zeitlebens vor allem mit Traumatisierungen, die Kinder und Jugendliche in Kriegs- und Vertreibungssituationen erleiden.

Kurz zuvor hatten im angloamerikanischen Raum das 1996 erschienene Buch *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society* des amerikanischen Psychiaters und Traumaexperten Bessel van der Kolk, das er zusammen mit dem australischen Traumawissenschaftler Alexander C. McFarlane und dem norwegischen Psychiater und Traumaspezialisten Lars Weisaeth veröffentlichte, und das 1997 erschienene Buch *Waking the Tiger – Healing Trauma* des amerikanischen Traumatherapeuten Peter A. Levine in Fachkreisen große Beachtung gefunden.

2001 erschien das bisher vielleicht bekannteste deutschsprachige Lehrbuch zur (psychodynamisch-imaginativen) Traumatherapie von Luise Reddemann mit dem Titel *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*.

2007 erschien das entsprechende Lehrbuch und Manual zur Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen von Andreas Krüger mit dem Titel *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche*.

2004 war wenige Jahre zuvor auch im angloamerikanischen Raum mit der Veröffentlichung von Peter A. Levine und Maggie Kline *Trauma Through A Child's Eyes* ein praxisorientiertes Lehrbuch für die Behandlung von kindlichen und jugendlichen Trauma-Opfern entstanden.

Mit Bernd Rufs 2012 erschienenen Buch *Trümmer und Traumata, anthroposophische Grundlagen notfallpädagogischer Einsätze*, wurde wenige Jahre später auch in der anthroposophisch und waldorfpädagogisch interessierten Öffentlichkeit ein wichtiger Markstein gesetzt. In dieser Veröffentlichung werden wesentliche Gesichtspunkte einer aus dem anthroposophischen Menschenverständnis heraus entwickelten Notfallpädagogik im Kontext der aktuellen Traumaforschung vorgestellt.

Im Rückblick stellen sich diese und weitere wichtige Veröffentlichungen zu dem Thema psychische Traumatisierung als bedeutsame Etappensiege in der Pionier- und Aufklärungsphase der sich zunehmend auch wissenschaftlich etablierenden Trauma-Psychologie dar. Innerhalb von nur wenigen Jahren wurde ein neurobiologisch untermauerter Paradigmenwechsel im Verständnis und in der psychotherapeutischen Behandlung von Trauma-Patienten eingeleitet. Er hat sich mittlerweile in beeindruckend kurzer Zeit auch weltweit vollzogen.

Die ungebrochen hohe Nachfrage nach Fachliteratur zu dem Thema zeugt von einem anhaltenden Interesse und von einem insgesamt größer gewordenen Bewusstsein über die Zusammenhänge zwischen erlittenen seelischen Traumatisierungen und den dadurch verursachten Folgeerkrankungen in der psychologisch-medizinischen Fachöffentlichkeit.

Darüber hinaus hat sich in den vergangenen Jahrzehnten ein steigendes Interesse und Bewusstsein über diese Zusammenhänge auch in weiten Teilen der Allgemeinbevölkerung herausgebildet. Gefördert wurde dies v.a. auch durch die langsame Enttabuisierung des Themas der erschreckend hohen Prävalenz von sexualisierter und anderer häuslicher und außerhäuslicher Gewalt und ihren Folgen sowie der Enttabuisierung der oft massiven und langanhaltenden Traumafolgen von Soldaten und Soldatinnen, die an Kampfeinsätzen beteiligt wurden.

Auch durch die aktuelle Flüchtlingssituation, welche die Not und die oft schwerwiegenden psychischen Folgeerkrankungen der Menschen mit Kriegs- und Fluchterfahrungen näher in die Alltagswelt und damit in das Bewusstsein vieler Menschen in den Gastgeberländern brachte, trug zu diesem Bewusstseinswandel bei.

In den letzten Jahren ist damit einhergehend auch eine Zunahme an Weiterbildungsbedarf zu dem Thema Trauma und Trauma-Folgen in den unterschiedlichsten Berufszusammenhängen entstanden. LehrerInnen, ErzieherInnen, HeilpädagogenInnen, Körper-, Bewegungs- und KunsttherapeutInnen, KrankenpflegerInnen, aber auch PolizistInnen, Feuerwehrmänner und -frauen, RettungssanitäterInnen, PastorInnen, JuristInnen und im Personalwesen Tätige sowie LaienhelferInnen, insbesondere Menschen, die sich in der Unterstützung von Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrungen engagieren, interessieren sich zunehmend für die Thematik.

Und das ist gut so. Denn all diese Menschen begegnen den Betroffenen in vielen Fällen Jahre bevor diese überhaupt die Möglichkeit haben bzw. in Erwägung ziehen, spezielle traumapsychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Gerade aber die traumadaptierte Akutversorgung der Betroffenen kann, so wissen wir aus der Trauma-Forschung, aber auch aus unserer täglichen klinischen Erfahrung, maßgeblich dazu beitragen, dass spätere Trauma-Folgen begrenzt und ggf. weiterbestehende Symptome leichter überwunden werden können.

Wenn in der Akuthilfe und Frühintervention, durch welche Berufsgruppe auch immer unterstützt, eine erste Beruhigung des in der Traumaisituation in akute Alarmbereitschaft versetzten neurobiologischen Systems erreicht werden kann, dann kann später auch der nachhaltige Wiederaufbau der inneren Stabilität leichter gelingen.

Die wiedererlangte innere Stabilität stellt das tragfähige Fundament dar, auf dem eine Integration des Erlebten in all seinen Aspekten gelingen kann, was wiederum Voraussetzung dafür ist, dass das Erlebte in angemessener Gewichtung in den Erinnerungsstrom der eigenen Lebensgeschichte eingeordnet werden kann. Für diesen sich an die Akut- und Frühphase nach einem Trauma anschließenden Prozess der nachhaltigen Stabilisierung und Integration des Erlebten können dann traumapsychotherapeutische Stabilisierungs- und Integrationstechniken im engeren Sinne zur Unterstützung des Heilungsprozesses hilfreich und u.U. auch notwendig sein.

Ein Verständnis dessen, was bei einer akuten Traumatisierung auch auf neurobiologischer Ebene geschieht, sowie die Kenntnis von hilfreichen und weniger hilfreichen Interventionen ist bei der Unterstützung von Trauma-Betroffenen eine fast unabdingbare Voraussetzung für ein tatsächlich hilfreiches Handeln. Insbesondere Kenntnisse darüber, welche Interventionen die Gefahr bergen, retraumatisierend statt beruhigend zu wirken und daher vermieden werden sollten, sind dabei sehr wesentlich. Dies gilt auch für pädagogische und therapeutisch tätige Fachkräfte, die nicht im engeren Sinne traumapsychotherapeutisch arbeiten, den Betroffenen aber in anderer Weise hilfreich zur Seite stehen sowie auch für gegebenenfalls involvierte LaienhelferInnen.

Angesichts der noch nicht ausreichend flächendeckend vorhandenen traumapsychologischen Akuthilfe ist die Weitergabe des entsprechenden Fachwissens an andere Berufsgruppen und engagierte LaienhelferInnen, gerade in unserer derzeitigen globalen Situation, auch im wahrsten Sinne des Wortes dringend Notwendig.

Die Bedeutung von sozialer Unterstützung in der Akuthilfe nach einem Trauma

Grundsätzlich gilt: Traumatisierte Menschen sind in besonderer Weise auf soziale Unterstützung angewiesen. Soziale Unterstützung ist ein wesentlicher Schutzfaktor, selbst wenn sie sich nur auf ein Mitaushalten der unabwendbaren, existentiell erschütternden Situation beschränken kann. Und ein längeres Ausbleiben oder gar Fehlen derselben ist ein schwerwiegender Risikofaktor für die Entstehung einer anhaltenden Psychotrauma-Folgestörung nach einem erlittenen Trauma.

Wenn die soziale Unterstützung dabei mehr eine haltgebende, ressourcen- und lösungsorientierte, d.h. verbliebene Kraft- und Hilfsquellen erhaltende und erweiternde und weniger eine problemorientierte Hilfestellung ist und wenn an erster Stelle die äußere und innere Stabilisierung der Betroffenen und nicht schon der Versuch einer detaillierten Trauma-Aufarbeitung steht, so wird sie in optimaler Weise dazu beitragen, dass die betroffenen Menschen wieder zu einer inneren Beruhigung und einem Gefühl des Getragenseins „trotz allem“ zurückfinden können.

Berücksichtigt werden sollte dabei, dass auch eine spätere Aufarbeitung der Traumatisierung in der Regel erst nach einer sorgfältigen Stabilisierungsphase, die u.U. viel Zeit in Anspruch nehmen kann, erfolgen sollte. Um eine Retraumatisierung zu vermeiden ist es in jedem Fall ratsam, diese unter fachkundiger Zuhilfenahme von bewährten traumapsychotherapeutischen Distanzierungs- und Integrationstechniken stattfinden zu lassen.

Sogenannte traumakonfrontative Interventionen, bei denen die traumatisch erlebte Situation noch einmal detailliert durchgearbeitet wird, um dadurch besser integriert werden zu können, sollten also, wenn irgend möglich, in eine traumaspezialisierte Psychotherapie eingebettet sein und auf der Grundlage einer tragfähigen therapeutischen Beziehung stattfinden.

Dass diese aus fachlicher Sicht sinnvolle Forderung auch in den sogenannten entwickelten Ländern nicht flächendeckend umgesetzt werden kann - und erst recht nicht in den instabilen Verhältnissen von Katastrophen- und Kriegsgebieten - mindert nicht ihre Bedeutung. Wenn diese Voraussetzung erfüllt werden kann, wird den Betroffenen in vielen Fällen zusätzliches Leid erspart, das sonst dadurch entstehen kann, dass gutgemeinte Hilfe aus mangelndem Wissen der HelferInnen über die notwendigen Abläufe bei der Re-Integration von traumatischen Erfahrungen, ihr Ziel verfehlt und im schlimmsten Fall eine Verschlechterung der Symptomatik bei den Betroffenen auslöst.

Angesichts der Tatsache, dass eine ausreichende medizinische und psychologische Versorgung in den allermeisten Kontexten, in denen Notfall-Hilfe geleistet werden muss, nicht zur Verfügung steht, kommt präventiven Interventionen der Notfall-Pädagogik, die eine Stabilisierung in der Akut- und Früh-Phase der Traumatisierung anstreben, um spätere Traumafolgesymptome möglichst gar nicht erst entstehen zu lassen, eine große Bedeutung zu.

Präventive Interventionen der Notfall-Pädagogik können in vielen Fällen in Gruppen-Settings durchgeführt werden, so dass zur gleichen Zeit eine größere Zahl von Betroffenen in eine haltgebende Erstversorgung eingebunden werden kann. Aufgrund ihrer überwiegend erlebnispädagogischen Ausrichtung können sie darüber hinaus auch bei Vorliegen von Sprachbarrieren ihre stabilisierende und schocklösende Wirkung unmittelbar entfalten.

Was das Vorgehen in der Akutsituation und Frühintervention nach einem Trauma und was spätere Therapieangebote beinhalten können und sollten, darum soll es nun im weiteren Verlauf des Kapitels im Überblick gehen.

Hilfreiche Maßnahmen in der Akuthilfe und Frühintervention als Basis für eine später gut gelingende Trauma-Integration

Bei der Akuthilfe und Frühintervention nach einem Trauma muss selbstverständlich an erster Stelle die Wiederherstellung der äußeren Sicherheit, d.h. die Beendigung der existentiellen Bedrohung, stehen.

Die Hauptsymptome der Posttraumatischen Belastungsreaktion

- Übererregung - erhöhte Alarmbereitschaft
- Intrusionen - unkontrollierbare Blitzerinnerungen bei der Exposition mit Trigger-Reizen
- Vermeidungsverhalten - Vermeiden von Situationen, die an das Trauma erinnern könnten

sind in einer als bedrohlich wahrgenommenen Situation zunächst als sinnvolle Wachsamkeits- und Warnzeichen zu werten. Sie dienen in einer akuten oder anhaltenden Gefahrensituation dem Überleben bzw. der Aufrechterhaltung der eigenen Unversehrtheit oder der Unversehrtheit von Angehörigen. Entsprechend werden sie sich naturgemäß und sinnvollerweise auch erst dann zurückbilden, wenn die äußere Sicherheit der Betroffenen, auch in ihrem subjektiven Erleben, wiederhergestellt ist.

An allererster Stelle brauchen Trauma-Betroffene also Schutzräume und Schutzzonen, die ihnen und ihren Angehörigen verlässliche sichere Orte zur Verfügung stellen, damit sie sich überhaupt leisten können, ihr in Alarmbereitschaft versetztes neurobiologisches System wieder zu stabilisieren. Zu dieser äußeren Stabilisierung gehören selbstverständlich auch alle notwendigen medizinischen Maßnahmen, die das Leben bzw. die physische Unversehrtheit sichern und gegebenenfalls entstandene physische Verletzungen und ihre Folgen begrenzen und lindern können.

Wenn die Betroffenen, und dies gilt insbesondere für betroffene Kinder, in dieser Phase der akuten Erschütterung nach rational nicht immer nachvollziehbaren Sicherungsvorkehrungen verlangen, wenn beispielsweise ein durch Einbruch traumatisiertes Kind darauf besteht, dass auch am Tage alle Türen und Fenster fest verschlossen werden oder ein kriegstraumatisiertes Kind verlangt, dass in der Silvesternacht alle Angehörigen im Haus verbleiben, dann sollte dies in der Akutsituation nach einem Trauma, wenn ein aufklärendes Gespräch nicht zu einer ausreichenden Beruhigung führt, wenn irgend möglich respektiert werden.

Manchmal reichen dann allerdings, gerade bei Kindern, auch symbolisch vollzogene Maßnahmen für ein subjektives inneres Sicherheitsgefühl aus. Wenn ein Kind sich z.B. nach dem Miterleben eines gewaltsamen Eindringens von Fremden in die eigene Behausung wünscht, dass nicht nur die Türen sondern auch der Schornstein abgesichert wird, dann kann diesem Wunsch ggf. auch durch ein symbolisches Versperren des Kamins oder auch durch den Einsatz eines gemeinsam mit dem Kind entwickelten „magischen Schutzsymbol“ o.ä. entsprochen werden.

Wichtig ist, dass sich die Betroffenen in ihrem Entsetzen und Grauen über das Erlebte ernst und angenommen fühlen können und dass ihre Bedürfnisse - auch die manchmal irrationalen Bedürfnisse - nach Schutz und Sicherheit in dieser Akut-Phase als Ausdruck ihrer massiven inneren Erschütterung verstanden und vor diesem Hintergrund uneingeschränkt respektiert werden.

Gerade bei sogenannten „man-made“-Traumata, bei denen Menschen durch andere Menschen traumatisiert wurden, führt eine Haltung, die den Betroffenen signalisiert: nicht du und deine Reaktionen und Bedürfnisse sind „verrückt“, sondern das, was du erlebt hast, ist „völlig verrückt“ und deine Reaktion auf dieses „völlig verrückte Ereignis“ ist also „ganz normal und dem völlig verrückten Ereignis angemessen“, in der Regel zu einer enormen Entlastung der Betroffenen. Dies kann bereits wesentlich zu einer Stabilisierung der Symptomatik und der traumabedingten gesteigerten Sicherheitsbedürfnisse beitragen.

Wir können also feststellen: Trauma-Folgesymptome sind zunächst sinnvolle, der Lebenserhaltung dienende Warnsignale. Erst wenn sie anhalten, nachdem die Gefahr schon länger und sicher vorüber ist, werden sie unzweckmäßig. Und erst, wenn sie sich auch nach einer angemessenen Erholungsphase nicht wieder von selbst zurückbilden, haben sie Krankheitswert und sind auch dann erst als behandlungsbedürftig einzuschätzen.

Stabilisierende Maßnahmen sind jedoch zu jedem Zeitpunkt nach einer Traumatisierung sinnvoll, da sie die Wahrscheinlichkeit verringern, dass sich später aus diesen sinnvollen Warnzeichen bei bestehender Gefahr eine anhaltende Trauma-Folgestörung entwickelt.

Dass Trauma-Folgesymptome noch eine gewisse Zeit nach der erlebten Bedrohung anhalten, ist also normal und in den meisten Fällen zu erwarten. Die Betroffenen frühzeitig psychoedukativ darüber aufzuklären, dass dies so ist, kann für diese sehr entlastend sein und bereits eine wichtige Intervention bei der Unterstützung einer allmählichen Beruhigung.

Bei Kindern und Jugendlichen muss dies in möglichst altersgerechter Art und Weise erfolgen, d.h. je jünger die Kinder sind, desto bildhafter, z.B. im symbolischen Spiel mit Puppen oder Tieren oder auch in Form von gleichnishaften Geschichten. Für die Vermittlung der notwendigen Informationen haben sich in der Kinder-Traumatherapie mittlerweile, abgestuft nach Alter und Entwicklungsstand, sehr hilfreiche Werkzeuge, Demonstrations-Utensilien und Vermittlungsmethoden etabliert. Ihre Anwendung trägt dazu bei, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen auf sehr schonende und altersentsprechende Art und Weise darüber aufgeklärt werden können, wie ihre meist als sehr quälend empfundenen Symptome mit dem Erlittenen zusammenhängen und wie sie selbst dazu beitragen können, diese zu lindern.

Eine solche behutsame Psychoedukation sowie das Vermitteln von altersgemäßen Selbsthilfetechniken stärken die Selbstakzeptanz und das Selbstwirksamkeitserleben, die in der Regel durch die erlebte Ohnmacht in der Traumasituation massiv beeinträchtigt sind. Dies hilft den Betroffenen, ihre Symptome und ihr verändertes Verhalten selbst besser zu verstehen und stärkt sie darin, sich nicht etwa selbst für die Folgen des Erlittenen zu schämen oder gar zu verurteilen. Ein aktives Ansprechen und Aufklären von Seiten der HelferInnen kann hier also von entscheidender Bedeutung sein.

In diesem Zusammenhang hat es sich auch bewährt, mögliche quälende irrationale Schuldgefühle, die als eine Form der Ohnmachts-Abwehr sowohl bei Erwachsenen als auch bei kindlichen und jugendlichen Trauma-Betroffenen fast immer anzutreffen sind, in Frage zu stellen und zu widerlegen. Diese Schuldgefühle werden selten spontan geäußert und sollten daher ebenfalls von HelferInnenseite aktiv thematisiert und im Gespräch - bzw. bei Kindern u.U. auch kraft der Autorität der meist idealisierten Helferpersonen - bearbeitet und aufgelöst werden.

Dies führt in der Regel ebenfalls zu einer enormen seelischen Entlastung der Betroffenen und erhöht damit die Wahrscheinlichkeit, dass sich das in Alarmbereitschaft verbliebene neurobiologische System von selbst wieder beruhigen kann.

Ist die äußere Sicherheit also wiederhergestellt, dann kann auch eine Stabilisierung der sogenannten inneren Sicherheit, d.h. eine nachhaltige Beruhigung des neurobiologischen Erregungszustandes und die Befriedung und der Wiederaufbau der erschütterten inneren Seelenlandschaften erfolversprechend unterstützt werden.

Für das konkrete Handeln in der Akuthilfe ist es sinnvoll, sich vor Augen zu führen, wie Mütter kulturübergreifend ihre eigenen oder auch fremde Kinder beruhigen, wenn diese nach erlebtem Schrecken auf Trost angewiesen sind.

Dazu gehören:

- Verlässliche Anwesenheit
- Nicht-wertende, wohlwollende und empathische Anteilnahme
- Wenn zugelassen: körperliche Nähe und körperlicher Halt
- Äußere und/oder emotional zur Verfügung gestellte Hülle und Wärme
- Wenn zugelassen: rhythmische, möglichst auch bilaterale Stimulation beinhaltende Wiegebewegungen, ggf. auch nach einfachen, aus der Zeit vor der Traumatisierung bekannten Melodien
- Gerade auch bei durch andere Menschen zugefügten Traumatisierungen: eine zunächst das vorausgegangene Verhalten des Traumatisierten in keiner Weise in Frage stellende, unbedingte Parteinahme für das Trauma-Opfer
- Wenn möglich: das Angebot, weiter zuverlässig hilfreich zur Verfügung zu stehen

Darüber hinaus wird es von Trauma-Betroffenen oft als sehr hilfreich empfunden, wenn in freilassender, nicht-drängender Art und Weise auf der einen Seite Raum für den gegebenenfalls gewünschten Ausdruck des Erlebten gegeben wird, auf der anderen Seite aber auch Bedürfnisse nach Ruhe, Rückzug oder auch Ablenkung uneingeschränkt respektiert werden.

Auch und v.a. die körperliche Abreaktion, aber auch die emotionale Abreaktion des erlebten Schreckens, die häufig mit einem unkontrollierten körperlichen Zittern und Beben einhergeht, hat sich als besonders wichtig für die Vermeidung länger anhaltender Traumafolgesymptome herausgestellt. Diese natürlichen Abläufe sollten daher nicht etwa unterbrochen oder gehemmt, sondern durch haltgebende zugewandte Anwesenheit und ermutigenden Zuspruch aktiv unterstützt werden.

Wird eine solche Abreaktion durch die Dramatik der äußeren Umstände oder durch eine äußere Unterbindung oder innere Unterdrückung verhindert, kommt es in der Regel in einem sehr viel höherem Ausmaß zur Ausbildung und Chronifizierung von länger anhaltenden Traumafolgesymptomen (vgl. dazu auch Levine, 1997, *Waking the Tiger – Healing Trauma*).

Eine von außen zur Verfügung gestellte sinnvolle Strukturierung des Tagesablaufes, in der sich Phasen der Ruhe und Entspannung mit Phasen sinnvoller Aktivität und körperlicher Bewegung abwechseln, haben sich in der ersten Zeit nach dem Trauma ebenfalls als sehr hilfreich erwiesen. Dabei sollten rhythmisierende und dadurch die Integration des Erlebten fördernde Elemente, wie beispielsweise Spaziergänge oder Bewegungsspiele, die u.a. eine natürliche bilaterale Stimulation und dadurch eine bessere Verarbeitung des Erlebten unterstützen, einen wichtigen Bestandteil eines solchen Tagesprogramms ausmachen. Sie werden von den Betroffenen, nach der ersten Schockphase nach dem Trauma, in der Regel auch sehr dankbar angenommen.

Stabilisierende und entlastende körper-, bewegungs- und kunsttherapeutische Angebote und die Gemeinschaft der Betroffenen und ihre gemeinsame Verarbeitung des Erlittenen fördernde Ritual-Arbeit sind weitere wichtige Elemente, die sich in der frühen Stabilisierungsarbeit von traumatisierten Menschen sehr bewährt haben.

Alle Maßnahmen, die die Vitalorganisation stärken und die durch den erlebten Schock beeinträchtigten Lebenskräfte mobilisieren und harmonisieren helfen können, sind in dieser Phase der Unterstützung von Traumatisierten von hohem Wert.

Neben dem zur Verfügungstellen von Hülle und Wärme, einer behutsamen, respektvollen Pflege des Körpers und der Bereitstellung einer möglichst ausgewogenen gesunden Ernährung, können auch äußere Anwendungen wie Bäder und Massagen, sofern sie mobilisierbar sind und entsprechende personelle Ressourcen zur Verfügung stehen, zu einer tiefgreifenden Stabilisierung beitragen. Bei der behutsamen Einbindung in eine von außen zur Verfügung gestellte, sinnvolle Rhythmisierung des Tagesablaufes sollte ein besonderes Augenmerk auch auf die Wiederherstellung eines gesunden Schlaf-Wach-Rhythmus mit ausreichend langen Ruhe- und Schlafphasen gelegt werden.

Anhaltende Schlafstörungen und daraus hervorgehende chronische Erschöpfungszustände sind bei Menschen mit psychischen Traumatisierungen sehr häufig anzutreffen und hängen u.a. mit dem im dauernden Alarmzustand verbliebenen neurobiologischen Systems und der schockartigen Dissoziation der Wesensglieder während der Traumatisierung zusammen. Alle Maßnahmen, die eine Beruhigung und Stabilisierung des neurobiologischen Systems und eine Harmonisierung des Wesensgliedergefüges befördern können, sind daher sinnvolle Interventionen, um einer solchen kräftezehrenden Chronifizierung der Übererregungszustände entgegen zu wirken.

Bei der stabilisierenden Gesprächsarbeit hat sich das aktive Fokussieren auf die verbliebenen bzw. mobilisierbaren Ressourcen (Kraft- und Hilfsquellen) und deren Erweiterung sowie das aktive Anbieten von sogenannten Stabilisierungsbildern und Überflutungsschutz-Maßnahmen bewährt, die im Folgenden noch näher besprochen werden sollen.

Neben diesen bewährten Techniken ist jedoch v.a. auch der unmittelbar stabilisierende Einfluss nicht zu unterschätzen, den eine psychisch stabiler, empathisch und zuversichtlich bleibender erwachsener Mensch für Kinder und Heranwachsende aber auch für psychisch destabilisierte Erwachsene haben kann, wenn er sich in der erschütternden Zeit während und nach einer Traumatisierung als verlässlicher Gesprächspartner und zugewandter Unterstützer der Betroffenen zur Verfügung stellt.

Damit dies in ausreichendem Maß und verlässlich geleistet werden kann, ist bei allen Maßnahmen der Akut-Hilfe und Frühintervention nach einem Trauma auch ein besonderes Augenmerk auf den Schutz, die Selbstfürsorge und die gegenseitige Unterstützung und Entlastung der beteiligten UnterstützerInnen selbst zu legen, damit Sekundär-Traumatisierungen und emotionalen Krisen auf Seiten der HelferInnen möglichst gut vorgebeugt wird.

Was versteht man in der Trauma-Psychologie unter Stabilisierungsbildern und Überflutungsschutz-Maßnahmen und wozu dienen sie?

Stabilisierungsbilder sind vorgestellte oder auch durch interaktives Spiel- oder Malmaterial aufgebaute oder hergestellte Bilder, die erfahrungsgemäß eine Beruhigung des in Alarmbereitschaft verbliebenen neurobiologischen Systems begünstigen.

Dazu gehören z.B. Vorstellungsbilder von einem Behältnis, beispielsweise einem Tresor, in den die traumatischen Erinnerungsbilder zwischengelagert und sicher eingeschlossen werden oder das Vorstellungsbild von einem sicheren inneren Ort, an den verschreckte oder schutzbedürftige Seelenanteile im inneren Erleben für eine gewisse Zeit in Sicherheit gebracht werden können. Imaginierte ideale Helferwesen können diesen in inneren Bildern wahrgenommenen geschwächten Seelenanteilen dann im inneren Erleben Trost und Schutz gewähren. Der unversehrte oder weniger in Mitleidenschaft gezogene Teil der Persönlichkeit kann sich dadurch ungestörter um wichtige Angelegenheiten im Gegenwartsleben kümmern, deren Regelung gegebenenfalls keinen Aufschub duldet – wie beispielsweise wichtige Anhörungen.

Als Überflutungsschutz-Maßnahmen bezeichnet man u.a. sogenannte Distanzierungs-, Separations- und Ego-State-Techniken, die den Betroffenen ermöglichen, sich dem Erlebten aus einer gewissen emotionalen Distanz heraus anzunähern, um das Erlebte besser verarbeiten und in den Strom der biographischen Erinnerungsbilder integrieren zu können. Dabei geht es darum, dass die Betroffenen in die Lage versetzt werden, das Erlebte zu erinnern und zu externalisieren, ohne dabei (zu sehr) von unbewältigten Emotionen und ggf. unerträglichen Körpersensationen aus der Traumasituation überflutet und dadurch u.U. noch einmal retraumatisiert zu werden.

Dazu gehört beispielsweise das unterstützte Erinnern bzw. Erzählen des Erlebten aus einer vorgestellten neutralen, u.U. weit entfernten Beobachter-Position (Distanzierung). Oder auch das Einnehmen eines Blickwinkels von der Person aus, die man heute ist, auf die Person, die man damals in der traumatischen Situation war, als würde man wie von außen auf einen anderen Menschen schauen (Separation). Auch das bloße Berichten in der 3. Person, als ließe man z.B. einen wohlwollenden Freund oder eine wohlwollende Freundin die eigene Geschichte berichten, hat sich bewährt.

Ist eine sprachliche Verständigung direkt oder über DolmetscherInnen möglich, sollte den Betroffenen der Sinn einer solchen Vorgehensweise zuvor ausreichend erklärt werden und das Erzählen in dieser Form anhand eines weniger belastenden Beispiels kurz eingeübt und dann im weiteren Gespräch von HelferInnenseite aus aktiv unterstützt werden.

Ein zusätzliches symbolisches Nachstellen des Erlebten mit Püppchen oder anderem Material hat sich ebenfalls sehr bewährt. So können z.B. die immer kleiner werdenden ineinander verschachtelten russischen Matroschka-Holzpuppen oder auch ein Körbchen mit unterschiedlich gestalteten kleinen Steinchen bei dieser Arbeit gute Dienste leisten.

In einem Sandfeld oder auf einem Blatt Papier aufgestellt, auf dem weitere Details der Situation symbolisch dargestellt oder eingezeichnet werden können und mit dessen Hilfe aus verschiedenen Blickwinkeln und variierbaren Entfernungen heraus alles betrachtet und verändert werden kann, können diese Hilfsmittel auf natürliche Art und Weise eine Distanzierung von dem Erlebten unterstützen.

Die in kleinerem Maßstab aufgestellten und betrachteten Ereignisse werden dabei bewusst wie aus einer weit entfernten „Adlerperspektive“ betrachtet und können im weiteren Verlauf der Stabilisierung auch fiktiv zu einem symbolisch dargestellten „guten Ende“ der Situation geführt werden.

Bei bestehenden Sprachbarrieren kann über das symbolische Nachstellen des Erlebten auch eine non-verbale Verständigungs-Brücke zwischen den Betroffenen und ihren HelfernInnen geschaffen werden. Wenn aufgrund bestehender Sprachprobleme nicht alles Mitgeteilte von den BegleiterInnen verstanden wird, so kann der oder die Betroffene doch zumindest einen Teil seiner bzw. ihrer

erlebten Schrecken unter Zuhilfenahme dieser Distanzierungs-Techniken externalisieren und unter dem anteilnehmenden Bemühen der HelferInnen ein Stück weit von sich weg stellen bzw. gegebenenfalls auch zu einem fiktiven guten Ende führen.

Dies alles kann in vielen Fällen bereits eine deutliche Beruhigung des neurobiologischen Systems herbeiführen - v.a. dann, wenn dabei bewusst eine erleichterte und vervollständigte Verarbeitung, beispielsweise unter Zuhilfenahme des BASK-Modells nach Brown/Reddemann (vgl. Reddemann 2001, *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*) oder unter Zuhilfenahme von Techniken aus dem Somatic Experiencing nach Levine (vgl. Levine, 1997, *Waking the Tiger - Healing Trauma*) befördert wird.

Dabei wird von Seiten der GesprächshelferInnen auf das bewusste Wahrnehmen und das explizite Benennen von allen Aspekten des Erlebten im Denken, Fühlen und Wollen, sowie auf das Wahrnehmen und Beschreiben von begleitenden und sich dabei gegebenenfalls verändernden Körpersensationen und -impulsen bzw. aufsteigenden Bildern während des Erzählens geachtet. Dies ist für eine vollständige Verarbeitung des Erlebten von entscheidender Bedeutung. Dabei wird angestrebt, dass möglichst alle in der Traumasituation gegebenenfalls abgespaltenen und/oder auseinandergerissenen Erfahrungsfragmente wieder in ein zusammenhängendes, bewusstes und ganzheitliches Erleben integriert werden. Auch traumabedingte körperliche Verspannungen, die häufig mit eingefrorenen Bewegungsimpulsen und mit der sogenannten Immobilitätsreaktion in der traumatischen Ohnmachtssituation zusammenhängen, können auf diese Weise wieder gelöst werden.

Zusätzlich kann durch die Anwendung von beispielsweise aus dem EMDR nach Shapiro (vgl. Shapiro, 1995, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*) oder den Emotional Freedom Techniques nach Craig (vgl. Craig, 2011, *The EFT Manual - Everyday Eft: Emotional Freedom Techniques*) abgeleiteten bilateralen und anderen Klopftechniken eine verbesserte Verarbeitung und Integration des Erlebten bereits in der frühen Phase der Traumaverarbeitung unterstützt werden - sofern die GesprächshelferInnen über ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen mit diesen Methoden verfügen. In den meisten Fällen wird eine solche spezialisierte Verarbeitungshilfe jedoch Fachleuten mit ärztlichem oder psychotherapeutischem Hintergrund vorbehalten sein und in den meisten Fällen auch erst zu einem späteren Zeitpunkt, beispielsweise im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Behandlung bei gegebenenfalls persistierenden Traumafolgesymptomen, eingesetzt werden.

Doch auch die Darstellung des Erlebten im Rollen- und Stellvertreterspiel oder der künstlerische Ausdruck des Erlebten in unterschiedlichen, gegebenenfalls auch symbolisierten oder verfremdeten Darstellungsweisen kann bereits einen sinnvollen Überflutungsschutz bieten und die Verarbeitung des Erlebten verbessern.

Wichtig ist bei all diesen Maßnahmen, dass von HelferInnenseite darauf geachtet wird, dass die Betroffenen beim Erzählen und Wiedererleben der belastenden Situationen nicht emotional überfordert und dadurch womöglich retraumatisiert werden.

Sogenannte Ego-State-Techniken, bei denen der bewusste und heilsame Umgang mit unterschiedlichen Persönlichkeitsanteilen bzw. unterschiedlichen Zuständen des Ich-Erlebten angeregt wird und bei deren Anwendung man ebenfalls sehr gut die ineinander verschachtelten russischen Matroschka-Holzpuppen als Anker der Aufmerksamkeit einsetzen kann, zählen zu den bewährten Maßnahmen, die in solchen Fällen zusätzlich helfen können, einen ausreichenden Überflutungsschutz herzustellen. Im Zweifelsfall sollte immer einer ressourcenorientierten Stabilisierung unter Verwendung von stabilisierenden Vorstellungsbildern und Überflutungsschutz-

Maßnahmen der Vorrang vor einem zu frühen Erinnern und Wiedererleben von traumatischen Erlebnisinhalten gegeben werden. Dies beugt einer Retraumatisierung der Betroffenen vor, die unbedingt zu vermeiden ist.

Eine therapeutisch geleitete Konfrontation mit dem Erlebten in all seinen Einzelheiten sollte in aller Regel erst in einer späteren Aufarbeitungsphase und frühestens dann erfolgen, wenn diese auf dem Boden einer ausreichend wieder hergestellten äußeren Sicherheit und einer nachhaltigen Beruhigung des neurobiologischen Systems mit Unterstützung durch in traumapsychotherapeutischen Distanzierungs-, Separations- und Integrations-Techniken ausgebildeten, erfahrenen TherapeutInnen stattfinden kann.

„Posttraumatic Growth“ und die Bedeutung von Ich-stärkenden Maßnahmen und einer die Selbstverantwortlichkeit und Würde der Betroffenen bewahrenden Haltung von Seiten der Helfer

Letztendlich geht es bei der nachhaltigen Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen um eine auf dem Boden einer nachträglich wieder hergestellten Beruhigung des neurobiologischen Systems vollzogene Re-Integration. Integriert und gelöst werden müssen dabei v.a. die in der traumatischen Situation aus Reizschutzgründen abgespaltenen und auseinandergerissenen unerträglichen Erfahrungsfragmente sowie die aus überlebenstaktischen Gründen zurückgehaltenen, sozusagen „eingefrorenen“, Handlungsimpulse.

Diese Re-Integration ermöglicht, dass auch die traumatisch erlebten Erfahrungen schließlich in angemessener Gewichtung in den Strom der biographischen Erinnerungen integriert werden können. Trauma-Folgesymptome können sich so wieder zurückbilden und das erschütterte Selbstwirksamkeitserleben wird wieder gestärkt. Auch in der Traumasituation gegebenenfalls entstandene Verspannungen und Impulshemmungen können auf diese Weise wieder aufgelöst und überwunden werden.

So kann den Betroffenen geholfen werden, mit der Zeit zu einer besseren Akzeptanz auch dieser Lebenserfahrungen und im besten Falle zu einem inneren Friedensschließen mit den erlittenen Umständen und der darin erlebten eigenen existentiellen Ohnmacht zu kommen. Auch gegebenenfalls bestehende, mit dem Trauma zusammenhängende Verbitterungen oder durch die Traumatisierung entstandene Vergeltungs- oder Selbstbestrafungsbedürfnisse können auf diese Weise leichter überwunden werden und es kann so wieder Kraft und Raum für eine positive, zukunftsgerichtete Lebensplanung entstehen.

Vor dem Hintergrund des anthroposophischen Menschenverständnisses kann man den Vorgang der Integration einer traumatischen Erfahrung auch als Wiedererlangung des in der Traumasituation verloren gegangenen harmonischen Zusammenspiels der Grundkräfte der Seele, von Denken, Fühlen und Wollen also, und als eine bewusst vollzogene, Ich-haft errungene Harmonisierung des durch das Trauma zerrütteten Wesensgliederzusammenhangs verstehen.

Durch das dabei notwendige selbstverantwortliche Ringen um Gelassenheit unter sehr schwierigen Bedingungen und das für die Re-Integration unabdingbare, bewusst und selbstverantwortlich ergriffene Einüben einer Distanzierung von den eigenen Gedanken, Gefühlen, Körpersensationen und Willensimpulsen kann es, wie beispielsweise auch bei der Anwendung der von Steiner gegebenen Seelenübungen, zu einer deutlichen Stärkung der Ich-Kräfte und in der Folge zu einer tiefgreifenden Reifung und Transformation der Persönlichkeit kommen.

Im englischsprachigen Raum wurde dafür von Richard G. Tedeschi und Lawrence G. Calhoun der Begriff „Posttraumatic Growth“ (vgl. Tedeschi/Calhoun, 1995, *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*) geprägt, der so viel wie Posttraumatisches Wachstum oder

Posttraumatische Reifung bedeutet und seit den 90er-Jahren, einhergehend mit dem steigenden Interesse an salutogenetischer Forschung und ressourcenorientiertem therapeutischen Handeln, zunehmend an Bedeutung gewann.

Mit diesem Begriff werden heute die Forschungsergebnisse und klinischen Erfahrungen in Verbindung gebracht, die bezeugen, dass ein Großteil der Menschen, die tiefgreifende Lebenskrisen durchlaufen, langfristig betrachtet seelisch gekräftigt daraus hervorgeht (vgl. dazu auch Tzipi/Berger, 2010, *Posttraumatic Growth and Culturally Competent Practice. Lessons Learned from Around the Globe* und Stephen, 2015, *Was uns nicht umbringt – Wie es Menschen gelingt, aus Schicksalsschlägen und traumatischen Erfahrungen gestärkt hervorzugehen*).

Bereits in den 60er Jahren des vorangegangenen Jahrhunderts hatte der jüdische Psychoanalytiker Victor Frankl, der in der Zeit des Nationalsozialismus selbst die unvorstellbaren körperlichen Strapazen und seelischen Qualen einer Internierung in einem Konzentrationslager überlebt hatte, im Zusammenhang mit der von ihm entwickelten Logotherapie und Existenzanalyse auf diesen Umstand hingewiesen. In der von ihm entwickelten Therapiemethode, die viele spätere Therapieansätze positiv beeinflusst und bereichert hat, wird in besonderer Weise die geistige Dimension des Menschen und sein existenzielles Streben nach Sinn als primäre Motivationskraft seines Strebens und als Kraftquelle für die Heilung auch schwerer seelischer Verletzungen verstanden und in den Blick genommen.

Eine therapeutische Haltung, die es ermöglicht, den Heilungsweg nach einem Trauma auch als einen geistig-seelischen Reifungsweg und damit als eine Chance für eine tiefgreifende geistig-seelische Transformation zu verstehen, kann traumatisierten Menschen erfahrungsgemäß sehr helfen, ihre verloren gegangene Würde wiederzufinden. Angesichts der mit einem Trauma oft einhergehenden gravierenden physischen und emotionalen Verluste kann es für den Überlebenswillen der Betroffenen entscheidend sein, wenn sie eine Unterstützung erleben, die sie ermutigt, auch aus dem unerschöpflichen Quell des inneren geistigen Lebens heraus neuen Lebensmut und die Kraft zu schöpfen, sich schließlich der Welt und den anderen Menschen wieder neu zuzuwenden.

In manchen Aspekten ist der durch die leidvollen Trauma-Folgesymptome notwendig gewordene und dabei oft zunächst als sehr mühsam erlebte Heilungsweg der Trauma-Betroffenen, der, wenn er gelingen soll, seine bzw. ihre aktive Ich-getragene und selbstverantwortlich vollzogene Mitarbeit voraussetzt, durchaus vergleichbar mit dem Weg eines Menschen, der auf einem spirituellen Schulungsweg das hierbei gelockerte Wesensgliederggefüge durch bewusste, Ich-haft vollzogene Arbeit an sich selbst wieder selbstverantwortlich miteinander zu verbinden lernt. Auch Rudolf Steiner nimmt, z.B. in seiner 1904/1905 zunächst als Aufsatzreihe und später als Buch erschienenen Schrift *Wie erlangt man Erkenntnisse der Höheren Welten*, auf diese Tatsache Bezug.

Die von einem schweren Schicksalsschlag oder Trauma erschütterten Menschen werden ebenfalls herausgefordert, die Wirkungen der – hier traumabedingten - Lockerung ihrer Wesensglieder durch eine Ich-getragene Bewusstseinsarbeit an sich selbst wieder auszugleichen, indem er sie u.a. lernen, sich aus eigener Kraft heraus zu beruhigen und sich aus dieser selbsterrungenen Gelassenheit heraus von den eigenen Gedanken, Gefühlen und Willensimpulsen zu distanzieren.

Vor diesem Hintergrund kann der Schicksalsschlag der traumatischen Erfahrung auch als eine Schicksalsaufforderung zu einer Schulung an sich selbst verstanden werden. Die leidvollen Traumafolgesymptome, die die Betroffenen dazu anhalten, angesichts unabwendbarer äußerer Umstände eine Lösung in einer inneren Erstarkung der Ich-Kräfte und der selbstverantwortlich errungenen Reifung der eigenen Persönlichkeit zu finden, können vor diesem Hintergrund auch als eine stetige Erinnerung und Aufforderung zu einer inneren Weiterentwicklung, und damit letztendlich sogar ein Stück weit als etwas Sinnvolles und Positives erlebt werden.

Eine solche Sichtweise auf die herausfordernden Schicksalsumstände von traumatisierten Menschen sollte diesen selbstverständlich niemals von außen aufgedrängt oder in irgendeiner Weise von ihnen erwartet werden. Dies wäre eine Anmaßung, die den HelferInnen und UnterstützerInnen nicht zusteht.

Oft sind es aber gerade die sehr schwerwiegend traumatisierten Menschen, die, nach der ersten Schock- und ggf. Verleugnungsphase nach dem Trauma, *selbst* nach einem solchen schicksalsmäßigen Sinn in dem Erлittene und seinen Folgen suchen. Sie sind dann häufig sehr dankbar dafür, wenn sie GesprächspartnerInnen begegnen, die ihnen mit einer die geistige Dimension unserer Existenz und unseres Schicksals mitberücksichtigenden Haltung ermöglichen, auch diesen existenziell erschütternden Herausforderungen ihres Lebens etwas Positives und Sinnvolles abzuringen.

Mit einem behutsam angeregten tieferen Verständnis der möglichen geistigen und schicksalsmäßigen Zusammenhänge einer Traumatisierung können die Betroffenen daher in der Regel besonders tiefgreifend unterstützt werden, ihre dringenden Sinnfragen ernst zu nehmen und innerhalb eines erweiterten Bezugsrahmens nach ihnen gemäßen biographischen Antworten zu suchen.

Erfahrungsgemäß erleben viele Trauma-Betroffene eine solche Sichtweise auf ihre Situation tatsächlich als eine große Entlastung, gibt sie ihnen doch innerhalb der traumatisch erlebten Ohnmacht und den mit dem Trauma einhergehenden, oft als entwürdigend erlebten äußeren Umständen ein Stück eigene - zumindest innerlich erlebte - Handlungsfähigkeit und Würde zurück.

Eine solche Sichtweise wird der Größe ihres Schicksals auch sehr viel besser gerecht als eine Haltung, die auf bloßes Mitleid ihnen gegenüber fokussiert.

Psychische Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen

Seelische Traumatisierung wird von Fischer und Riedesser (1998) 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“ definiert. Es ist evident, dass Kinder und Jugendliche, ebenso wie auch Menschen mit kognitiven oder anderen, z.B. auch körperlichen oder seelischen Einschränkungen, aufgrund geringer vorhandener Bewältigungsmöglichkeiten als vulnerabler einzuschätzen sind. Je nachdem auf welcher Entwicklungsstufe sich ein Kind zum Zeitpunkt einer Traumatisierung befindet, und je nachdem, welche speziellen Entwicklungsaufgaben dadurch gerade anstehen, wird es mit jeweils unterschiedlichen Symptommustern auf das Erlebte reagieren. (Vgl. dazu auch Krüger, 2007, *Erste Hilfe für traumatisierte Kinder*)

Zu bedenken ist bei Kindern auch immer, dass sie nicht ohne ihr familiäres und sonstiges soziales Umfeld betrachtet werden können, mit dem sie in Form vielfältiger Abhängigkeiten verbunden sind. Nicht nur das Vertrauen in die eigene Unversehrtheit und in die Sicherheit der Welt an sich wird durch ein traumatisches Ereignis erschüttert, sondern im Erleben des Kindes auch sein Vertrauen in die elterlichen oder anderen Bezugspersonen, die aus seiner kindlichen Sicht heraus versäumt haben, es zu schützen. Je jünger ein Kind ist, desto stärker wird es die eigenen Eltern als allwissend und allmächtig wahrnehmen bzw. idealisieren. Entsprechend erschüttert wird das Kind seine Beziehung zu den Eltern erleben, wenn diese offenbar nicht die von ihm angenommene Allmacht dazu genutzt haben, es aus der bedrohlichen Gefahrensituation zu retten.

Häufig übertragen Kinder die von den als nicht mehr verlässlich erlebten Elternpersonen abgezogenen Allmachts-Erwartungen auf die Helferpersonen in der Akuthilfe, denen dadurch eine große Verantwortung zukommt. Durch ihre Rolle als nun stellvertretend Sicherheit bereitstellende BeschützerInnen können sie zum einen als Beruhigungsquelle, zum anderen aber auch als mögliche VermittlerInnen zwischen den gegebenenfalls durch das Trauma emotional entfremdeten Familienmitgliedern einen wichtigen Beitrag für eine Deeskalation der Situation leisten.

Dafür ist es unerlässlich, dass die HelferInnen die auf sie übertragenen Idealisierungen und die dadurch ggf. ausgelösten oder verstärkten eigenen Größen- und Retter-Fantasien zu reflektieren gelernt haben und in der Lage sind, diese in sich selbst, aber auch in einem bekömmlichen Zeitrahmen und Maß bei den Betroffenen wieder aufzulösen. Dann können sie ihre erhöhten Einflussmöglichkeiten auf das traumatisierte Kind und sein miterschüttertes Umfeld mit Umsicht und Weitsicht zum Wohle aller einsetzen und als segensreiches Bindeglied zu einer Restabilisierung des zerrütteten Gesamtsystems beitragen.

Bei Kindern und Jugendlichen führen traumatische Erlebnisse nicht immer zu den typischen Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Neben ähnlichen neurobiologischen Reaktionsmustern, wie wir sie auch bei Erwachsenen finden, treten je nach Entwicklungsstand weitere alterstypische Reaktionsweisen auf, die HelferInnen in der Krisenhilfe kennen und erkennen sollten.

Bei Säuglingen äußern sie sich häufig in Fütterstörungen und schwer zu beruhigendem Schreien. Affektiv stark an die primären Bezugspersonen gebunden, wird sich deren Angst und Erregung während eines Traumas auf den Säugling übertragen und die dyadische Beziehung und die darin enthaltenen für den Säugling als existentiell erlebten Beruhigungsmöglichkeiten können dabei massiv gestört werden. Spätere Bindungs- und Beziehungsstörungen können hier ihren Ursprung nehmen.

Bei Kindern im Kleinkind- und Grundschulalter zeigt sich die Übererregung häufig in Form von Hyperaktivität und Konzentrationsstörungen. Intrusiv wiedererlebte Erfahrungen aus der Traumasituation werden häufig in Form von sog. traumatischen Reinszenierungen externalisiert. Gleichzeitig kann altersgemäßes Explorationsverhalten und die Kontaktaufnahme zu Gleichaltrigen gestört sein. Motorische Unruhe, zielloses Verhalten sowie Affekt- und Impulsdurchbrüche, aber auch emotionale Erstarrung bei gleichzeitiger Überwachsamkeit, eine sog. „frozen watchfulness“, können Folge und Ausdruck einer Traumatisierung sein. Auch Ein- und Durchschlafstörungen, unspezifische Bauch- und Kopfschmerzen und regressive Verhaltensweisen aller Art, sowie kindliches selbstverletzendes Verhalten, wie beispielsweise eine erhöhte Neigung zu Unfällen, können in diesem Alter als Folge einer Traumatisierung auftreten.

Bei Jugendlichen, die akut oder in der Vorgeschichte, z.B. durch multiple Traumatisierungen, komplex traumatisiert wurden, kommen selbstverletzendes und sich selbst und andere gefährdendes Risikoverhalten sehr häufig vor, ebenso die Gefahr, dass sie die als nicht anders auflösbar erlebten inneren Erregungszustände mit Drogen zu betäuben versuchen und dadurch physische und psychische Abhängigkeiten entwickeln. Selbstschädigende Verhaltensweisen, die sich auch in Schulverweigerung und Ausbildungsabbrüchen äußern können, sind auch hier nicht selten auf quälende irrationale Schuldzuschreibungen, man selbst hätte in der Trauma-Situation anders handeln oder das Trauma auf irgendeine Weise ganz verhindern sollen, zurückzuführen.

Diese sind als eine Abwehr der in der Trauma-Situation erlebten existentiellen Ohnmacht, die dem Selbstwirksamkeits- und Selbstbehauptungsbedürfnis, sowie dem altersgemäßen Unabhängigkeitsstreben der Jugendlichen massiv entgegensteht, zu verstehen.

Da diese Schuldgefühle selten spontan von den betroffenen Jugendlichen geäußert werden, sollten sie von den HelferInnen und therapeutischen UnterstützerInnen aktiv thematisiert, nach Möglichkeit entkräftet und therapeutisch durchgearbeitet und aufgelöst werden.

Zu den Möglichkeiten und Chancen einer spezialisierten traumapsychotherapeutischen Behandlung

Eine die innere Würde stärkende, zugewandte und respektvolle soziale Unterstützung der Betroffenen und eine behutsam angeregte, konsequente Ressourcenorientierung bilden das tragfähige Fundament, auf dem Trauma-Betroffene wieder festen Boden finden und sich aufrichten können. Vielen Menschen mit Trauma-Erfahrungen gelingt es, sich in einem solchen heilsamen Umfeld auch ohne darüber hinaus gehende traumapsychotherapeutische Unterstützung zu stabilisieren.

In einer spezialisierten Trauma-Psychotherapie kann jedoch häufig mit Hilfe von bewährten, die Integration und Transformation des Erlebten unterstützenden Methoden eine noch nachhaltigere Beruhigung des neurobiologischen Systems und die Integration ggf. noch unbewältigt gebliebener traumatischer Erlebnisinhalte erreicht werden. Dabei kommen neben den bereits erwähnten imaginativ und/oder kunsttherapeutisch unterstützten Stabilisierungsmethoden spezielle Konfrontations- und Integrations-Techniken zur Anwendung, die unter Einbeziehung von Distanzierungs-, Separations- und Ego-State-Techniken ein kontrolliertes Durcharbeiten der unbewältigt gebliebenen traumatischen Situation ermöglichen.

Für die sog. Traumakonfrontationsphase haben sich in der Praxis spezielle schonende Konfrontations-Techniken etabliert. Dazu gehören die Beobachter-Bildschirmtechnik und ein Durcharbeiten des Erlebten unter Berücksichtigung des sog. BASK-Modells (vgl. Reddemann, 2001, *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren* und Krüger, 2007, *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche*) sowie spezielle körperorientierte Integrations-Techniken wie EMDR, EFT, Somatic Experiencing, Psychokinesiologie und andere Verfahren, die bestenfalls in einer auf den Einzelfall zugeschnittenen Art und Weise miteinander kombiniert werden.

Gerade bei Kindern und Jugendlichen können diese Verfahren erfahrungsgemäß auch sehr gut mit kunst- und spieltherapeutischen Elementen kombiniert und z.T. auch – wenn traumaadaptiert angewendet - durch diese ersetzt werden. So hat sich in unserer praktischen Arbeit, gerade auch bei Kindern und Jugendlichen, aber auch bei erwachsenen Trauma-Betroffenen, das traumaadaptierte Arbeiten im therapeutischen Sandfeld sehr bewährt, welches u.a. eine natürliche Distanzierung und ein direktes Umsetzen von Handlungsimpulsen im symbolischen Spiel möglich macht.

Eine sorgfältige Abklärung und ggf. Wiederherstellung der äußeren und inneren Sicherheit sowie eine konsequente Ressourcen-Orientierung sollten allerdings auch hier die Basis bilden. Auch die Anwendung traumaspezialisierter Überflutungsschutzmaßnahmen und Integrationstechniken wie beispielsweise die Anwendung von Trost-Arbeit beinhaltenden Ego-State-Techniken und das therapeutisch geleitete Durcharbeiten unter Berücksichtigung des BASK-Modells oder von Techniken des Somatic Experiencing sollten auch in diesem Setting unbedingt Berücksichtigung finden. Denn auf diese Weise wird die erwünschte tiefgreifende, auch physisch wirksame (d.h. die neurobiologische Ebene miterfassende) traumaintegrierende und traumatransformierende Wirkung auch tatsächlich erzielt.

Zuvor kaum aushaltbare und daher abgespaltene Gefühle, z.B. des Entsetzens, der Empörung, der Scham, Verzweiflung, Angst, Wut oder auch des Ekels, können auf diese Weise eher zugelassen und

ausgedrückt und mit zunehmender Integration und Verarbeitung des Erlebten nach und nach Gefühlen der Trauer um das Geschehene und Verlorene Platz machen.

Eine spätere Neuorientierung in einem trotz allem als sinnvoll und positiv erlebten Leben nach dem Trauma kann dadurch entscheidend unterstützt werden.

Durch die Anwendung dieser spezialisierten traumapsychotherapeutischen Maßnahmen können also als nicht bewältigbar erlebte Erfahrungsfragmente aus der Traumasituation besser integriert und mit der Zeit als handhabbarer und aushaltbarer erlebt werden. Die Ich-Kräfte werden gestärkt, das im Schockzustand des Traumas gelockerte Wesensgliederggefüge kann sich wieder nachhaltig stabilisieren und Übererregungszustände und Schlaf- und andere Rhythmusstörungen können sich wieder zurückbilden.

Auch unkontrollierbare Flashbacks von unverarbeiteten Erinnerungsfragmenten, die sich vorher z.B. in Form von unerträglichen Bildern, unangenehmen Körpersensationen, Schmerzen oder auch Albträumen unkontrolliert ins Bewusstsein gedrängt haben und gegebenenfalls ein ständiges Vermeiden von Auslösereizen, sog. „Triggern“, erfordert oder z.B. Schlafstörungen und daraus entstehende chronische Erschöpfungszustände bewirkt haben, können dadurch wieder zurücktreten. Ebenso können sich Verspannungszustände, die häufig als Folge von in der Traumasituation ausgelösten Immobilitätsreaktionen auftreten, wieder auflösen, so dass die darin gebundenen Lebenskräfte befreit und für weitere Heilungsschritte und für in der Gegenwart anstehende Aufgaben eingesetzt werden können.

Dadurch kann bei vielen Betroffenen auch nach schweren seelischen Verletzungen wieder die Kraft entstehen, sich den Herausforderungen des Lebens mit neu gefasstem Mut und neuem Gestaltungswillen zu stellen.

Auch ein Einbeziehen von Elementen aus der anthroposophischen Biographiearbeit hat sich in der praktischen Arbeit, gerade auch bei Trauma-Patienten, die sich meist sehr intensiv mit Sinn-Fragen auseinandersetzen, sehr bewährt.

In den meisten Bezügen, in denen akute Notfallhilfe geleistet werden muss, stehen diese spezialisierten psychotherapeutischen Möglichkeiten allerdings meist gar nicht oder nur sehr unzureichend zur Verfügung.

Vor diesem Hintergrund kommt der stabilisierenden notfallpädagogischen Arbeit, die in der Frühphase nach einer Traumatisierung darauf zielt, dass langanhaltende Traumafolgen gar nicht erst entstehen oder zumindest deutlich abgemildert werden, ein ganz besonderer Stellenwert zu.

Zu den Möglichkeiten und Chancen einer spezialisierten traumapsychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Auch für Kinder und Jugendliche stehen heute wirksame spezialisierte traumapsychotherapeutische Behandlungsmethoden zur Verfügung.

Bei Kindern und Jugendlichen ist neben einer traumaadaptierten Vorgehensweise eine an die jeweilige Entwicklungssituation der Betroffenen angepasste psychotherapeutische Behandlung notwendig.

Darüber hinaus ist eine Beratung und ggf. Mitbehandlung der häufig ebenfalls sehr belasteten oder mit-traumatisierten Eltern und Geschwister und eine psychoedukative Aufklärung des sozialen Umfeldes des Kindes oder Jugendlichen für den Behandlungserfolg von wesentlicher Bedeutung.

Eine Behandlung von traumatisierten Säuglingen wird naturgemäß immer eine Behandlung der Dyade von Mutter und Kind bzw. anderer primären Bezugspersonen sein müssen und sollte nach Möglichkeit in darauf spezialisierten, gegebenenfalls auch stationären Einrichtungen durchgeführt werden.

Bei der Therapie von Kindern im Kleinkind- und Grundschulalter wird in vielen Fällen eine traumaadaptierte Spieltherapie, die in der Regel ambulant im Einzelsetting durchgeführt wird, die Methode der Wahl sein. In der Praxis bedeutet dies, dass die bewährten Stabilisierungs- und Integrationstechniken aus der Traumatherapie in kindgerecht abgewandelter, mehr spielerischer Art und Weise zur Anwendung kommen. Die Eltern und das weitere soziale Umfeld der Betroffenen sollte allerdings auch hier so engmaschig wie möglich mit in die Behandlung eingebunden werden.

Bei älteren Kindern und Jugendlichen kommen mit zunehmendem Alter und wachsender kognitiver Reife dann auch psychoedukative Elemente sowie imaginative und körpertherapeutische Techniken zum Einsatz, die, altersgemäß modifiziert, den bei Erwachsenen angewendeten Techniken entsprechen. Die zunehmende emotionale und soziale Reife und Unabhängigkeit von den Eltern und anderen Bezugspersonen macht in diesem Alter auch eine Behandlung möglich, wenn das soziale Umfeld nicht bereit oder in der Lage ist, sich auf eine Beratung und Mit-Behandlung einzulassen. Eine temporäre stationäre oder teil-stationäre Unterbringung kann dann manchmal hilfreich sein, um den für die Trauma-Aufarbeitung notwendigen äußeren Abstand zu den sonst gegebenenfalls zu belastenden sozialen Umgebungsfaktoren herzustellen.

Eine nachhaltige Stabilisierung und tiefgreifende Trauma-Aufarbeitung kann erfahrungsgemäß nur dann wirklich gelingen, wenn neben der Beendigung der traumatisierenden Umstände auch eine - zumindest temporäre - Unterbrechung des Kontaktes zu denjenigen Menschen und Umständen erreicht werden kann, die das Kind oder den Jugendlichen traumatisiert haben (TäterInnen) bzw. seine Traumatisierung nicht aktiv verhindert haben (Mit-TäterInnen). Eine tiefgreifende Trauma-Transformation ist darüber hinaus auf einen sozialen Schutzraum angewiesen, in dem der Opferstatus des Betroffenen während der Aufarbeitung der Traumatisierung ohne jedes Wenn und Aber anerkannt wird.

Zusätzlich zu der in einen verständnisvollen, wohlwollenden sozialen Schutzraum eingebetteten traumaadaptierten psychotherapeutischen Behandlung hat sich bei der Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen das Einbeziehen von kunst- und erlebnistherapeutischer Methoden sowie auch die Anwendung von tiergestützter Arbeit sehr bewährt.

Als eigenständige oder flankierende Maßnahmen können diese Methoden erfahrungsgemäß in praktisch allen Alters- und Entwicklungsphasen hilfreich zur Anwendung kommen, besonders auch dann, wenn die betroffenen Kinder oder Jugendlichen frühe Bindungstraumatisierungen oder akute Traumatisierungen durch andere Menschen erlitten haben und sich dadurch gegebenenfalls nur zögerlich auf eine therapeutische Beziehung im klassischen psychotherapeutischen Einzelsetting einlassen können.

Die Bedeutung kunsttherapeutischer und erlebnispädagogischer Methoden in der Akuthilfe und Frühintervention nach einem erlittenen Trauma

Allen künstlerischen Therapien, einschließlich der Musik-, Bewegungs- und erlebnispädagogisch ausgerichteten Therapien, kommt gerade bei der Frühintervention - aber auch bei einer späteren Trauma-Aufarbeitung, insbesondere auch bei Kindern und Jugendlichen - ein besonderer Stellenwert zu. Dies wird aus dem bisher Gesagten bereits deutlich geworden sein, es soll an dieser Stelle aber noch einmal besonders hervorgehoben werden.

Dies gilt insbesondere dann, wenn bei der Anwendung dieser Therapie- und Interventionsformen die beschriebenen wichtigen Aspekte eines traumaadaptierten Vorgehens berücksichtigt werden.

Wie kaum andere Therapieformen beinhalten künstlerische Therapieansätze bereits wesentliche Ressourcen mobilisierende, eine innere Distanzierung und Harmonisierung sowie ein neuerliches Selbstwirksamkeitsgefühl unterstützende Aspekte. Im Sozialen kann mit Hilfe dieser Ansätze sehr gut ein den Zusammenhalt unter den Betroffenen förderndes, gemeinschaftliches Erleben und eine gegenseitige Anteilnahme unterstützt werden. Sie stellen daher eine besonders sinnvolle, schonende und häufig auch erstmals wieder freudvoll erlebte Hilfestellung bei der Trauma-Bewältigung und -Verarbeitung zur Verfügung. Dies kann erfahrungsgemäß maßgeblich dazu beitragen, dass das Erlittene zunächst besser ertragen und zu einem späteren Zeitpunkt auch besser überwunden und in die Lebensgeschichte integriert werden kann.

Wenn traumatisierte Menschen durch entsprechende notfallpädagogische Unterstützung, wie beispielsweise durch behutsame psychoedukative Maßnahmen, ein besseres Verständnis ihrer eigenen veränderten Verfassung und der Schwierigkeiten und Nöte ihrer Angehörigen entwickeln können, wenn sie beim gemeinsamen Bauen und Einrichten von Schutzräumen und der Gemeinschaft dienenden Einrichtungen wieder Selbstwirksamkeit und Gruppenzusammenhalt erleben können, wenn sie mithilfe von Kunst-, Musik- und Bewegungstherapien wieder aus der Erstarrung heraus finden und Inseln der Freude wieder entdecken können und wenn sie mit Hilfe von geleiteter Symbol- und Ritualarbeit eine Neuordnung der inneren Repräsentanz ihres Lebensweges erleben, Altes betrauern und verabschieden und neue, den veränderten Umständen entsprechende Lebensziele entwickeln können, dann verringert dies in hohem Maße die Wahrscheinlichkeit, dass langanhaltende Traumafolgestörungen überhaupt entstehen müssen.

Kunsttherapeutische und erlebnispädagogische Maßnahmen beinhalten in besonderem Maße Ich-stärkende und die Entfaltung der Persönlichkeit unterstützende Aspekte, die im besten Falle dazu beitragen können, dass die Betroffenen gestärkt und gereift und mit neuem Gestaltungsmut und Gestaltungswillen aus ihren herausfordernden Schicksalsumständen hervorgehen können.

Denn vielen Trauma-Betroffenen gelingt es, gerade auch wenn ausreichende soziale und gegebenenfalls therapeutische Unterstützung vorhanden ist, ihr Leben und ihre Zukunft nach dem Trauma „trotz allem“ und mit neuem „Löwenmut“ wieder selbstverantwortlich und hoffnungsvoll in die Hand zu nehmen.

Sie dabei tiefgreifend zu unterstützen ist eine Aufgabe, die erfahrungsgemäß immer dann am besten gelingt, wenn ein gut aufeinander abgestimmtes multiprofessionelles Zusammenspiel aller beteiligten Berufsgruppen erreicht werden kann.

Wo eine ausreichende medizinische und traumapsychotherapeutische Versorgung jedoch nur unzureichend zur Verfügung steht, wie es im Kontext von notfallpädagogischen Einsätzen sehr häufig der Fall ist, kommt gerade den traumaadaptierten kunst- und erlebnispädagogischen Interventionen, die u.a. das Ziel haben, bereits in der Frühphase nach einer Traumatisierung der Entstehung von langanhaltenden Traumafolgestörungen entgegen zu wirken - und die vielfach auch in größeren Gruppensettings durchführbar sind - ein bedeutsamer, nicht zu unterschätzender Stellenwert zu.