

FACTSHEET TRAUMA UND PRÄVENTION

aus Sicht der österreichischen Suchtprävention

ÖSTERREICHISCHE **ARGE**
SUCHTVORBEUGUNG



„TRAUMA-FOLGE-PRÄVENTION“

„Trauma-Folge-Prävention“ bedeutet in erster Linie, wertvolle Beiträge zu all dem zu leisten, was Menschen mit guter Bindungssicherheit ausstattet.

Die Ergebnisse der Bindungsforschung geben Auskunft über das Entstehen von Beeinträchtigungen der Beziehungsqualitäten bis hin zur Entwicklung eines desorganisierten Bindungsstils von Personen mit traumatischen Erfahrungen.

Gabriele Gloger-Tippelt (2008) verwendete für die aus den Erkenntnissen der Trauma- und Bindungsforschung resultierenden Präventionsangeboten den Begriff „**Bindungsbegründete Prävention**“.

Mit diesem Begriff wird folgende Botschaft verbunden: wie Menschen in der Lage sind, auf bedrohliche Ereignisse zu reagieren, hängt wesentlich davon ab, welche Bindung sie als Kinder zu ihren nächsten Bezugspersonen hatten.

Die Theorie über das Bindungsverhalten geht zurück auf **John Bowlby** (1969, 1982), der mit dem Begriff „**Bindung**“ die Fürsorge und Schutz bietende Beziehung durch die primäre(n) Bezugsperson(en) beschreibt, die dem Kind erst die Freiheit für neugieriges Entdecken der Umwelt eröffnet. Die unterschiedlichen Bindungsqualitäten/Bindungsstile bilden sich nach Bowlby (1969, 1982) bereits im ersten Lebensjahr aus und bleiben prägend bis ins Erwachsenenalter. Dieses Bindungsverhalten dient dem Überleben und ist biologisch verankert.

Was bedeutet sichere Bindung?

Kinder mit sicherer Bindungsentwicklung sind in der Lage, sich in Notsituationen Hilfe zu holen, sie haben mehr freundschaftliche Beziehungen, ein ausgeprägtes und differenziertes Bewältigungsverhalten. Sie können auf verschiedene Bewältigungsstrategien zurückgreifen und können als Erwachsene partnerschaftliche Beziehungen eingehen, die eine gewisse emotionale Verfügbarkeit für den Partner beinhalten und für beide Seiten befriedigend sind. Ihre Gedächtnisleistungen und ihr Lernverhalten sind besser. Sie lösen Konflikte konstruktiver und sozialer und zeigen in Konfliktsituationen weniger aggressives Verhalten. Auch die Sprachentwicklung von Kleinkindern ist besser und weist weniger Störungen auf (vgl. Dieter et al. 2005; Klann-Delius 2002).

All diese positiven Effekte sind bei Kindern mit unsicherer Bindungsentwicklung verlangsamt oder schwächer ausgeprägt; Kinder mit Bindungsstörungen dagegen zeigen in all diesen Entwicklungsbereichen sogar erhebliche Irritationen und psychopathologische Auffälligkeiten (Brisch 2006).

Wenn im Folgenden verdeutlicht wird, wie sichere Bindung durch Trauma gefährdet bzw. Bindungsentwicklung schon verhindert werden kann, wird es nachvollziehbarer, wie Präventionsfachleute dazu beitragen, Bindungsverhalten zu ermöglichen bzw. wiederherzustellen, indem sie Suchtprävention, Gewaltprävention, Suizidprävention, Essstörungsprävention u.v.m. mit Hilfe von gesundheitsförderlichen Maßnahmen umsetzen.

So können „**Frühe Hilfen**“ schon einsetzen bevor ein Kind zur Welt kommt. Wenn Eltern vorbereitet sind und mehr darüber wissen, was auf sie zukommen kann, wo sie Unterstützung bekommen können – wenn Feinfühligkeitstraining nicht nur den neugeborenen Babys zugute kommt, sondern wenn durch das wachsende Verständnis der Eltern auch für die eigene Geschichte die Möglichkeit eröffnet wird, selbst noch Heilsames nachzuholen.

Versuch einer Definition

Um schlüssig den Zusammenhang zwischen guter Bindung (Entwicklung) und der Auswirkung auf die Folgen von traumatischen Erfahrungen darstellen zu können, ist es notwendig den Versuch einer Definition und kurzen Beschreibung von „**Trauma**“ voranzustellen:

Nach Fischer und Riedesser (1998, S. 79) ist Trauma ein „vitaler 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.“

In den **AWMF-Leitlinien** beinhaltet die Definition auch die Zeugenschaft.

Eine traumatisierende Erfahrung könnte man als „verkörperten Schreck“ bezeichnen: Mehr als „nur“ eine Kränkung. Wobei allemal durch Kränkungen auch Erinnerungen an traumatische Erfahrungen – wie man im Fachjargon sagen würde – getriggert (in Erinnerung gerufen) werden können, bis hin zum Wiedererleben („flash-backs“).

Durch traumatische Erfahrungen kann die gesamte Persönlichkeit erschüttert werden.

Wenn die von außen einwirkenden Kräfte so enorm sind, dass die Verarbeitungsmechanismen lahm gelegt werden, dann wird aus einer Stress-Situation eine traumatische Situation mit dem Erleben von Todesangst. Die wiederum führt zu einer maximalen Erregung des Organismus: das Herz-Kreislaufsystem arbeitet auf Hochtouren, motorisch kommt es zu einer tonischen Immobilisierung, indem Ab- und Adduktoren gleichzeitig erregt sind, d.h. Bewegung kann nicht umgesetzt werden, trotz maximaler organischer Erregung. „Der Schrei bleibt im Hals stecken.“ Diese maximale Herzfrequenz und maximale vegetative Erregung ist für den Organismus nicht lange aufrecht zu erhalten, deshalb kommt es zum **“shut down”**. Diese Lähmungsreaktion (das englische **“freeze”** verdeutlicht die Schockreaktion noch besser) angesichts solch einer Situation äußert sich als „geistiges Wegtreten“ und der „Neutralisierung“ akuter Todesangst. Dies wird u.a. durch das sofortige Ansteigen von Noradrenalin und Endorphinen bewirkt, welche die integrative Wahrnehmung blockieren. Es kommt dadurch zu einer zunehmenden Wahrnehmungsbeeinträchtigung in Form einer Fragmentierung, die die emotionale Bewertung verändert (vgl. Huber, 2003, S.43). Die Fragmentierung kann das Ereignis betreffen oder – ab einem bestimmten Ausmaß der Traumatisierung – die ganze Persönlichkeit. Deshalb sollte man sich selbst oder andere Menschen, wenn man unadäquates Verhalten feststellt, nach dem **„Konzept des guten Grundes“** fragen: Was im Denken, Fühlen, Verhalten oder den Körperreaktionen, beziehungsweise am Beziehungsverhalten könnte fragmentarischer Teil einer akuten Traumatisierung bzw. einer Traumaerinnerung sein? Die Dissoziation dunkelt Erinnerungen ab, die Symptome aber kommen durch.

Um eine traumatische Erfahrung zu verarbeiten, bedient sich der menschliche Organismus zweier Arten von Selbstheilung, die er immer wieder abwechselt:

- **Intrusion:** das Bedürfnis, sich mit dem Trauma auseinander zu setzen, darüber zu sprechen, davon zu träumen, es immer wieder (unbewusst ausgelöst) zu erinnern.
- **Konstriktion:** das Bedürfnis sich zurückzuziehen und in Ruhe gelassen zu werden.

Während der normalen Zeit der Verarbeitung eines Traumas, die acht Wochen bis ein halbes Jahr dauern kann, können auch Gefühle der Verwirrung, der Entfremdung und einer erhöhten Reizbarkeit, sowie andere heftige Gefühle wie Panik oder Todesangst auftreten.

Beim gelingenden Prozess der Traumabewältigung durchlebt man die Phasen: Aufschrei, Verleugnung, wiederkehrende Erinnerungszustände bis hin zu Phasen des Durcharbeitens und der Integration.

Gelingt dieser Prozess aus unterschiedlichen Gründen nicht, kommt es zu einer Intensivierung, Verlängerung bzw. Blockade des natürlichen Ablaufes und daraus folgend zur Entstehung der Symptome einer **posttraumatischen Belastungsstörung** (PTSD – Post Traumatic Stress Disorder).

Es gibt Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit einer einfachen wie auch komplexen PTSD erhöhen:

- **Faktoren vor dem traumatischem Ereignis:** geringe soziale Unterstützung, „Schicksalsschläge“, Armut der Eltern, bestehende Misshandlungen in der Kindheit, dysfunktionale Familienstrukturen, familial-genetische Geschichte psychischer Störungen, Introversion oder extrem gehemmtes Verhalten, Geschlecht: weiblich, schlechte körperliche Gesundheit, vorherige psychische Störung
- **Faktoren während des Traumas:** Länge und Ausmaß und Wiederholung der traumatischen Einwirkung, subjektives Bedrohungsgefühl; Traumafolgen können auch zunehmen u.a. bei Zeugenschaft bzw. wenn jemand selbst TäterIn wird
- **Faktoren nach dem traumatischem Ereignis:** mangelnde soziale Unterstützung, fortgesetzt negative Lebensereignisse, mangelnde Anerkennung des Traumas durch andere, sekundäre Stressfaktoren wie Schulwechsel, Umzug, Zerstörung des Zuhauses, wiederholte Bedrohung, Angst vor TäterInnen und finanzielle Probleme

Komplexe posttraumatische Belastungsstörungen können sich zeigen in:

- **Störungen in der Regulation von Affekten und Impulsen:** Umgang mit Ärger, Selbstverletzung/Selbstbeschädigung, Suizidalität, Störungen der Sexualität, Exzessives Risikoverhalten
- **Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins:** Amnesien, vorübergehende dissoziative Episoden und Depersonalisierung
- **Störungen der Selbstwahrnehmung:** Wirkungslosigkeit, Stigmatisierung, Schuldgefühle, Scham, Isolation, Bagatellisieren
- **Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen:** Unfähigkeit zu vertrauen, Reviktimisierung, Viktimisierung anderer Menschen
- **Somatisierung:** Somatoforme Beschwerden, Hypochondrische Ängste
Veränderung der Lebenseinstellung: Fehlende Zukunftsperspektive, Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen.

Traumaverarbeitung bedeutet:

Im HIER und JETZT sein statt im DORT und DAMALS

„Dass es Traumata gibt, ist eine Tatsache des Lebens. Sie müssen jedoch nicht zur lebenslänglichen Strafe werden. Traumata sind nicht nur heilbar, sondern können auch transformierend wirken. Traumata zählen zu den wichtigsten Kräften der menschlichen Entwicklung, des psychischen, sozialen und spirituellen Erwachens.“ (Levine, 1998)

Insofern bedeutet Traumafolgeprävention auch, Sorge zu tragen, dass Bindungspersonen sichere Bindungspersonen sind bzw. werden. Dass über MultiplikatorInnen Wissen und Sensibilität vermittelt wird, was sichere Bindung bedeutet, und wie sie gefördert werden kann. Ohne jede Unterstützung führen anhaltende traumatische Stressbedingungen zu einer Überforderung der stressmodulierenden Systeme, und diese verursacht eine auf Dauer erniedrigte Angst- und Stressschwelle, Wahrnehmungsdefizite, sowie mangelnde Affektkontrolle.

Körpereigene Drogen im Stress-Reaktionszyklus:

1. Adrenalin & Noradrenalin (Katecholamine)

sind Neurotransmitter und Hormone, die im Nebennierenmark gebildet werden. Sie steigen bei Alarm und Angstsituationen an und werden – gekoppelt an den Fluchtreflex – ins Blut abgegeben. Sie regen das Herz- Kreislaufsystem an (erhöhen Durchblutung, Blutdruck, Herzfrequenz und Blutfluss ins Muskelgewebe). Es kommt durch sie zur schnellen Energiebereitstellung und einer erhöhten Aufmerksamkeit.

2. Dopamin (Belohnungssystem) und Serotonin (Glückshormon)

Dopamin ist ein überwiegend erregender Neurotransmitter, der Signale zwischen Neuronen weiterleitet und dadurch körperliche und geistige Bewegung fördert (u.a. Feinmotorik, Gemütsverfassung, Lebensfreude, Mut, Konzentration, Merkfähigkeit, Lernen). Dopamin wird auch bei der Einnahme von Amphetaminen, Opiaten, Kokain und Nikotin vermehrt ausgeschüttet. Dopamin-ausschüttung erzeugt Glücksgefühle und weckt den Wunsch nach Wiederholung (Beteiligung an der Suchtentwicklung als körpereigenes Aufputzmittel). Menschen mit zu hoher Dopaminkonzentration erleben eine gesteigerte Wahrnehmung und können wichtige und unwichtige Empfindungen nicht mehr gut unterscheiden. Dies kann bis hin zu psychotischen Zuständen führen. Dopamin steht in Wechselwirkung zum dämpfend-entspannend wirkenden Serotonin.

3. Cortisol und Vorläuferstoffe (CRH & ACTH)

sind Antistresshormone, „Reservetank“, Schmerz- und Entzündungshemmungsmittel. Cortisol bremst übermäßige Aktivität des Immunsystems, reguliert mit Insulin den Blutzuckerspiegel, erhöht Ausdauer, Wahrnehmung und Anpassung an Umweltbedingungen, wirkt bei chronisch hoher Ausschüttung neurotoxisch. Kampf oder Flucht-Reaktionen sind mit großem Stress und dadurch erhöhtem Cortisolspiegel verbunden. Der gesamte Körper läuft auf Hochtouren. Bei Resistenz nimmt der Cortisolspiegel aufgrund zunehmender Erschöpfung ab.

4. Endorphine und Oxytocin

werden ausgeschüttet z. B. bei Verliebtheit (verbunden mit den Stresshormonen).

Endorphine sind Stressunterbrecher, wirken schmerzdämpfend, beruhigend bis betäubend.

Psychoaktive Substanzen...

- schaffen eine künstliche Membran, „Schmerzpflaster“
- sind Stress- und Affektregulationsmittel
- und werden zur Selbstmedikation genutzt (Khantzian, 1985)

Der Vorteil besteht in einer verlässlichen prompten Wirkung. Der Nachteil besteht darin, dass es keine Dauerlösung ist, wegen der zunehmend beträchtlicheren Nebenwirkungen.

Alkohol und Opium sind die ältesten Medikamente zur Linderung von Schmerz und zur Regulierung von Schlaf. Nikotin eignet sich zur Dekompensation von Hungergefühlen, zur Verhinderung von Affektdurchbrüchen und hilft zu dissoziieren. Nach dem 1. Weltkrieg kam es zu einem deutlichen Anstieg des Konsums von Nikotin, Morphin und Kokain, nach dem 2. Weltkrieg erhöhte sich der Konsum von von Nikotin, Heroin und Aufputschmitteln.

Es besteht eine hohe Korrelation von PTSD und Substanzmissbrauch.

Der Konsum von Alkohol, Medikamenten und anderen psychoaktiven Substanzen erfolgt 1,5 – 2mal häufiger bei Bestehen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).

Psychoaktive Substanzen werden zu „Kunstdünger“ für „ausgelaugte“ Rezeptoren:

- Sie normalisieren neuronalen Stressablauf
- Sie wirken schmerzstillend

Opiate, Alkohol und Benzodiazepine: stoppen die Stresshormonzufuhr, dämpfen Erregung, verlängern die Erholungsphase

Kokain und Aufputschmittel: verlängern die Erregungsphase
(vgl. Dopamin-, Noradrenalin- und Serotonin-RI) – „Stress = Spaß“

Nikotin: durch Acetylcholin beschleunigte Erholungsphase, erhöht Adrenalin, Noradrenalin, Cortisol, Dopamin und Serotonin

Genuss- und Nahrungsmittel (Koffein, Zucker, etc.) beeinflussen ebenso Neurotransmitter.

Die gute Nachricht zum Schluss:

Unser Gehirn ist ein „nutzungsabhängiges Organ“. Das bedeutet, dass auch der gegensätzliche Prozess möglich ist, nämlich eine „erfahrungsabhängige“ Weiterentwicklung. Neue Erfahrungen und zwischenmenschliche Begegnungen lassen die Nervenverbindungen wachsen, aus denen die Psyche besteht, deshalb können auch unsicher oder desorganisiert gebundene Menschen im Laufe ihres Lebens eine sichere Bindung lernen (vgl. Hüther, 2016)

Präventionsfachkräfte sollten dafür sorgen, dass das Basiswissen über Traumaentstehung und über die Möglichkeiten der Vorbeugung an Mütter und Väter sowie an andere Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen weitergegeben wird: beispielsweise an Multiplikator/inn/en bei Fortbildungen für Lehrpersonen, Jugendarbeiter/innen, Sozialarbeiter/innen, Gesundheitspersonal.

Projekte im Bereich der „Frühe Hilfen“ eignen sich dafür besonders gut.

LITERATUR

AWMF-Register Nr. 051/010: Patientenversion S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung.
<http://www.awmf.org/leitlinien/patienteninformation.html> am 25.02.2012

Besser Lutz Ulrich (2006): EMDR-Kindercurriculum 2006. Traumatherapie und E.M.D.R. bei Kindern und Jugendlichen. Isernhagen (www.zptn.de)

Bowlby, J. (1969/82): Attachment and loss. Vol I: Attachment. New York (Basic Books).

Brisch, Karl Heinz (2006): Bindung und Trauma. Schutzfaktoren und Risiken für die Entwicklung von Kindern. Psychotherapie im Dialog. Psychoanalyse, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapien 4, 382-386.

Dieter, S.; Walter, M. & Brisch Karl Heinz (2005): Sprache und Bindungsentwicklung im frühen Kindesalter. Logos Interdisziplinär 13, 170-179

Fischer, Gottfried & Riedesser, Peter (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München/Basel: Reinhard.

Franz Matthias, West-Leuer Beate (Hg.) (2008): Bindung Trauma Prävention. Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen als Folge ihrer Beziehungserfahrungen. Psychosozial-Verlag. Gießen.

Gloger-Tippelt Gabriele (2008): Bindung in der Kindheit – Grundlagen, Auswirkung von traumatischen Erfahrungen und Prävention. In: Franz Matthias, West-Leuer Beate (Hg.): Bindung Trauma Prävention. Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen als Folge ihrer Beziehungserfahrungen. Psychosozial-Verlag. Gießen. S. 39-71.

Gruber Christine, Hopfner Martina (2011): Relevanz frühen Traumas und Einbezug des Körpers in die traumatherapeutische Arbeit bei früh traumatisierten KlientInnen ("PreVerb Trauma Integration")
<http://www.journal-fuer-psychologie.de/jfp-3-201-11.html>.

Huber Michaela (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil I. Paderborn: Junfermann.

Hüther Gerald (2016): Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. Göttingen. Vandenhoeck und Ruprecht GmbH u. Co.KG.

Klann-Delius, G. (2002): Bindung und Sprache in der Entwicklung. In: Brisch, K.H.; Grossmann, K.E.; Grossmann, K. et al. (Hg.): Bindung und seelische Entwicklungswege – Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. Stuttgart. Clett Cotta. S. 87-107.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. (4. korrigierte Aufl.). Bern: Huber

Autorin: Mag. phil. Christine Gruber, Klinische und Gesundheitspsychologin, zert. Traumabehandlerin ZAP Wien, zert. E.M.D.R.-Practitioner; Ausbildung zur Systemischen Therapeutin (Spara I. und Varga von Kibed, M.) in freier Praxis, ehemals Wissenschaftlerin am Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung und psych. Leitung einer Jugend(sucht)beratungsstelle, Ref. der NÖ-Fachstelle für Suchtprävention, Leitung einer therap. Wohngemeinschaft für Frauen, später für Jugendliche, Med. tech. Fachkraft

Redaktion: Christine Gruber, Peter Koler – Forum Prävention

Grafik: Sabine Mayer, Institut Suchtprävention, Linz

Das Fact-Sheet ist ein Gemeinschaftsprodukt der Österreichischen Arge Suchtvorbeugung.

ÖSTERREICHISCHE **ARGE**
SUCHTVORBEUGUNG