



# TRAUMAFOLGENPRÄVENTION IM KONTEXT VON KRIEG, FLUCHT UND VERTREIBUNG


**Tagung der ARGE Suchtprävention**

Kloster Neustift  
Vahrn bei Brixen/Südtirol, 17.-19. Okt. 20

## REFERENTINNEN

**Marion Diatel** (UNUM institute - Wien)

**Mag.<sup>a</sup> Christine Gruber** (UNUM institute - Wien)



**Wissen schaffen  
Traumafolgen vorbeugen  
Ressourcen stärken**



# INHALTLICHE KURZFASSUNG

## 1. Trauma Definitionen

Damit die Zusammenhänge schlüssig werden, seien hier einige grundlegende Definitionen vorangestellt.

Der Begriff „Trauma“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet Wunde, „Psychotrauma“ könnte folglich mit „Verletzung der Seele“ übersetzt werden.

Fischer und Riedesser (1998, S.79) definieren ein psychisches Trauma 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.“

Eine weitere Definition stammt von Besser (2006):

„Traumata, d.h. traumatische Erlebnisse sind Situationen, in denen Menschen von Ereignissen überrascht werden, die durch ihr plötzliches Auftreten und ihre Heftigkeit/Intensität an Bedrohung die Betroffenen in einen ungeschützten Angst-Schreck-Schock und damit in einen überflutenden „Stresszustand“ versetzen.“

In den AWMF-Leitlinien beinhaltet die Definition auch die Zeugenschaft:

„Die Person war selbst Opfer oder Zeuge eines Ereignisses, bei dem das eigene Leben oder das Leben anderer bedroht war oder eine ernste Verletzung zur Folge hatte. Die Reaktion des Betroffenen beinhaltet Gefühle von intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Durch das traumatische Erleben wird das Vertrauen in sich selbst und andere grundlegend erschüttert.“

## 2. Formen von Trauma

<b>Bindungsstörungen</b>	<b>Typ I:</b> einmalig	<b>Typ II:</b> mehrmalig oder sequentiell, nicht organisiert	<b>Typ III:</b> mehrmalig, sequentiell, organisiert
<b>Persönlichkeitsstörungen</b>	<b>PTBS</b> anhaltende Trauerstörung, Anpassungsstörung	<b>PTBS</b> komplexe PTBS, partielle DIS	<b>Komplexe PTBS</b> partielle DIS strukturelle DIS

Quelle: Jan Gysi/Diagnostik von Traumafolgestörungen

Eine Differenzierung nach Kriterien wie z.B. Schwere, Dauer oder Art des Traumas führte Terr (1989) dazu, zwei unterschiedliche Typen von Traumen zu definieren:

### Typ-I-Traumen oder Schock-Traumen

sind schicksalhafte Ereignisse, die das gewohnte Leben eines Menschen abrupt unterbrechen. Es sind einmalige Ereignisse, die völlig unerwartet auftreten. Dazu zählen beispielsweise Naturkatastrophen, Verkehrsunfälle, Raubüberfälle und Vergewaltigung, aber auch der plötzliche Verlust einer Bezugsperson durch Tod oder Beziehungsabbrüche.

### Typ-II-Traumen oder chronische kumulative oder sequentielle Traumen

wirken dagegen wiederholt im Sinne einer Dauerbelastung. Unter Umständen können diese jahrzehntelang andauern. Es handelt sich um Situationen, aus denen es kein Entrinnen gibt – etwa durch politische Gewalt bei Krieg, Folter, Geiselnahme, sexuelle Gewalt, Gewalterfahrungen in der Familie, Vertreibung, Gefangenschaft oder im personalen Nahbereich bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung.

### Typ-III-Traumen – Folgen organisierten Verbrechens

Gysi (2020) differenzierte dann noch weiter und fasste Traumen aufgrund von organisiertem Verbrechen zu einer eigenen Kategorie. Unter organisiertes Verbrechen fällt sexuelle und andere Ausbeutung von Menschen, Menschenhandel, (Kinder-)Pornografie, Abrichten von Menschen für Waffen- und Drogenhandel, (Konzentrations-)Lagerhaft.

### 3. Die traumatische Zange

Die traumatische Zange resultiert aus:

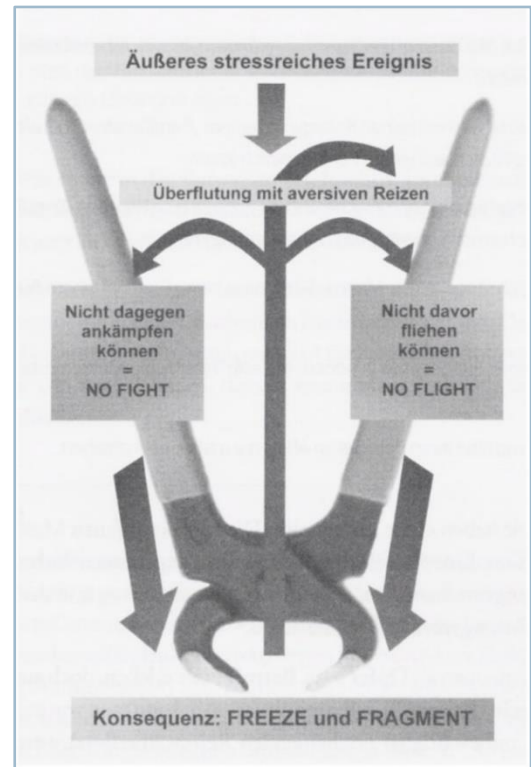
**Überflutender Angst** (Schock, Kollaps, Kurzschluss, mit ‚Es-ist-aus-Gefühl‘, Todesnäheerleben)

**Hilflosigkeit** – nicht entfliehen können

**Ohnmacht** – nicht dagegen ankämpfen können

**Kampf und Flucht** (die onto- und phylogenetisch verankerten Reaktions-möglichkeiten auf Angst und Schmerz) sind blockiert

Quelle: Besser, L. (2006)



### 4. Traumafolgen

Unter Traumafolgen bzw. Traumafolgenstörungen versteht man eine Vielzahl an Symptomen mit unterschiedlichen Schweregraden, die direkte Folgen eines traumatisierenden Ereignisses sind und ohne diese schwerwiegende Erfahrung nicht entstanden bzw. aufgetreten wären.

**Traumafolgen sind normale Reaktionen normaler Menschen auf nicht normale Situationen!**

#### 4.1. Wie verhalten sich Menschen mit Traumafolgen?

**TRAUMATRIAS: Wiedererleben, Vermeidung und Hyperarousal – neue ICD-11-Diagnose!**

➤ **Wiedererleben:**

wiederkehrende, belastende Erinnerungen (Introsionen) – olfaktorisch, bildhaft, akustisch, taktil, gedanklich, in Form von Alpträumen, ausgelöst durch „Triggersituationen“, d.h. wenn Sinnesreize Flashbacks verursachen. Das Wiedererleben fühlt sich an, als ob die Situation im Hier und Jetzt stattfinden würde und nicht eine Erinnerung an Dort und Damals wäre.

- **Übererregung oder Hyperarousal:**  
zeigt sich durch Schreckhaftigkeit, Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrations-schwierigkeiten, Wutausbrüche, Reizbarkeit, Ungeduld, schlechte Laune und/oder das Gefühl „ständig auf der Hut“ sein zu müssen (erhöhte Wachsamkeit).
- **Vermeidung:**  
Gefühle, Gedanken, Gespräche, Aktivitäten, Orte oder Menschen, die an das Trauma erinnern, werden gemieden, um Flashbacks zu verhindern. Daraus resultiert sozialer Rückzug, aber auch ein eingeschränktes emotionales und Zukunfts-erleben, emotionale Taubheit.
- **Untererregung oder Hypoarousal:**  
ist ein Abschaltzustand, der als solcher oft nicht erkannt wird.
- **Erinnerungslücken – Amnesie:**  
heute wieder als partielle oder strukturelle Dissoziation bezeichnet
- **Körperliche Symptome:**  
Schweißausbrüche, Errötung / Blässe, beschleunigte Herzaktivität, Übelkeit, Kopfdruck, Schwindel
- **Misstrauen, Scham- und Schuldgefühle, vermindertes Selbstwertgefühl**

## 5. Dissoziation

Pierre Janet (1889, 1907, 1911) hat die Dissoziation als mangelnde Integration von zweien oder mehreren „Systemen von Ideen und Funktionen, die eine Persönlichkeit ausmachen“, (Janet, 1907 S.332, Übersetzung Ellert Nijenhuis) definiert.

### **Nichtrealisierung als Kern der Traumatisierung**

aus: „Das Verfolgte Selbst“

*„Chronisch Traumatisierte befinden sich in einem schrecklichen Dilemma. Einerseits verfügen sie nicht über eine adäquate Integrationsfähigkeit, und andererseits vermögen sie ihre entsetzlichen Erlebnisse und Erinnerungen nicht vollständig zu realisieren. Trotzdem müssen sie ihr Alltagsleben bewältigen, in dem manchmal die Menschen, die sie missbraucht, misshandelt oder vernachlässigt haben, weiterhin eine Rolle spielen.“ (Van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2006/2008)*

*„Das Sinnvollste, was sie tun können, ist, die unaufgelösten und schmerzhaften Traumata, die sie in der Vergangenheit erlebt haben und möglicherweise auch in der Gegenwart noch erleben, mental zu vermeiden und, so gut es geht, eine Fassade der Normalität aufrechterhalten. Doch trotz ihrer scheinbaren Normalität ist ihr ‚Leben an der Oberfläche des Bewusstseins‘ (Appelfeld 1994) ständig gefährdet. Die gefürchteten Erinnerungen, die durch starke Trigger reaktiviert werden, verfolgen Traumatisierte insbesondere dann, wenn ihre emotionalen und physischen Ressourcen erschöpft sind.“*

*„Der Unterschied zwischen traumatischen Erfahrungen und belastenden, überaus stressbelastenden Erfahrungen liegt in der physischen Anschauung und Bewertung aus der Dritte-Person-Perspektive darin, dass bei letzterem – im Gegensatz zu ersterem – die Schritte der Synthese, Personifikation, Präsentifikation noch weitgehend funktional ablaufen können. Dabei kommt es aber nicht zu mangelhafter Koordination und Integration der Erfahrung in die Persönlichkeit eines Menschen.*

*Traumatische Erfahrungen werden dagegen nicht in die Persönlichkeit integriert und werden nicht oder nicht weit genug mental symbolisiert, sobald die Erfahrung vorbei ist, sondern sie bestehen als traumatische Erinnerungen fort.“ (Nijenhuis, 2016, S. 294)*

**In seinen Büchern bezieht sich der Begriff DISSOZIATION auf eine Dissoziation der Persönlichkeit und dissoziative Symptome auf die Manifestation dieser Dissoziation.**

### **5.1. Dissoziative Symptome**

Psychoform:

- negative Symptome: Amnesie, Depersonalisation, emotionale Betäubung
- positive Symptome: Stimmenhören, „Gemachte Emotionen“, Wieder-Erleben des Traumas, affektive und kognitive Komponenten

Somatoform:

- negative Symptome: Schmerzlosigkeit, körperliche Betäubung, motorische Hemmungen
- positive Symptome: lokalisierte Schmerzen, „gemachte“ Körpererinnerungen, Wieder-Erleben des Traumas, körperliche Komponenten

(Lit.: Nijenhuis, E.R.S. (2006). Somatoforme Dissoziation: Phänomene, Messung, und theoretische Aspekte. Paderborn: Junfermann Verlag

## 6. Neurobiologische Grundlagen

Das menschliche Gehirn verfügt über die zwei Reizverarbeitungs- bzw. Speichersysteme – Hippocampus und Amygdala (beide im limbischen System), wo einlangende Information parallel bewertet wird. In traumatischen Situationen kann es zu einer blockierten Informationsverarbeitung kommen, da unter massivem Stress die Zusammenarbeit von rechter (Amygdala) und linker (Hippocampus) Hirnhälfte unterbrochen wird, was in weiterer Folge zu Unregelmäßigkeiten der Informationsverarbeitung und -speicherung führt. Das Alarmsystem des Körpers wird überaktiviert, was sich in extremen Gefühlen von Angst und Hilflosigkeit äußert. Während das bewusste Gedächtnis blockiert wird, werden unbewusste Verbindungen zwischen situativen Reizen, Gefühlen und Körperreaktionen gelernt. Diese werden „chaotisch“ abgespeichert und sind deswegen sehr leicht wieder aktivierbar (durch Reize, Gefühle, Körpersignale).

### 6.1. Neuroplastizität – oder die gute Nachricht

Da das menschliche Gehirn nicht fest verdrahtet ist und sich die synaptischen Verbindungen strukturell oder in ihrer Effizienz kontinuierlich aufgrund von Umwelterfahrungen oder sensorischen Einflüssen verändern, ist es zeitlebens formbar und strukturiert sich nutzungsabhängig selbst. Das bedeutet, dass auch der gegensätzliche Prozess möglich ist – neue Erfahrungen und zwischenmenschliche Begegnungen lassen die Nervenverbindungen wachsen, weswegen auch unsicher oder desorganisiert gebundene Menschen im Laufe ihres Lebens eine sichere Bindung lernen können.

### 6.2. Das autonome Nervensystem

Das Autonome Nervensystem (ANS) besteht aus einem aktivierenden sympathischen und einem beruhigenden parasympathischen Zweig. Der Sympathikus sorgt für eine Steigerung der Erregung, einschließlich Kampf- und Fluchtreaktionen, der Parasympathikus dient der Selbsterhaltung. Er steuert Körperfunktionen, wie z.B. Verdauung, Wundheilung, Fortpflanzung, Schlaf, etc.

Bei jedem Einatmen wird das Sympathische Nervensystem aktiviert. Der Puls steigt leicht an. Beim Ausatmen wird das parasympathische Nervensystem aktiviert und dadurch die Herzfrequenz verlangsamt und allgemein eine Entspannungsreaktion im Organismus angeregt.

Unser Herzschlag ist nie ganz regelmäßig – einmal schneller, einmal langsamer – das Zeitintervall zwischen zwei Herzschlägen ist nie genau gleich. Das wird mit dem Begriff der „Herzratenvariabilität“ ausgedrückt und bedeutet umgekehrt auch, dass wir über ein Verändern des Atemmusters Einfluss auf die HRV nehmen können. Wenn die HRV groß ist (gut trainiert), ist die Regulationsmöglichkeit in Stresssituationen ebenfalls größer.



## 7. Traumaerfahrung von Menschen, die Krieg/Flucht/Vertreibung erlebt haben

„Du kannst nichts dafür, dass du das Problem hast, aber ungerechterweise trägst du allein die Verantwortung, es loszuwerden.“ (Lineham)

Es ist jedoch notwendig, dafür umfassend **Sicherheit herzustellen, Problembewusstsein zu unterstützen und Traumawissen zu vermitteln.**

### **Vertrauensaufbau bedeutet Bindungsaufbau:**

Vertrauen als Mechanismus der Aufhebung der Ungewissheit:

- auf Systemebene: Sicherheit und soziale Unterstützung
- auf Begegnungsebene: Authentizität, Empathie, Offenheit, Diskretion, Kontinuität

Problem: häufiger Bezugspersonenwechsel

Flucht führt zu Bindungsunsicherheiten – Flüchtlingskinder erleben oft:

- Stress
- Anpassungsdruck
- Entbehrungen
- Anfeindungen

Das Bindungssystem ist meist bereits vor der Flucht extrem erschüttert: Verlust an Urvertrauen, Sicherheit und Schutz durch nahe Bindungspersonen. Durch die oder während der Flucht brechen oft Beziehungen zu nahen Bindungspersonen ab (auch durch Tod derselben).

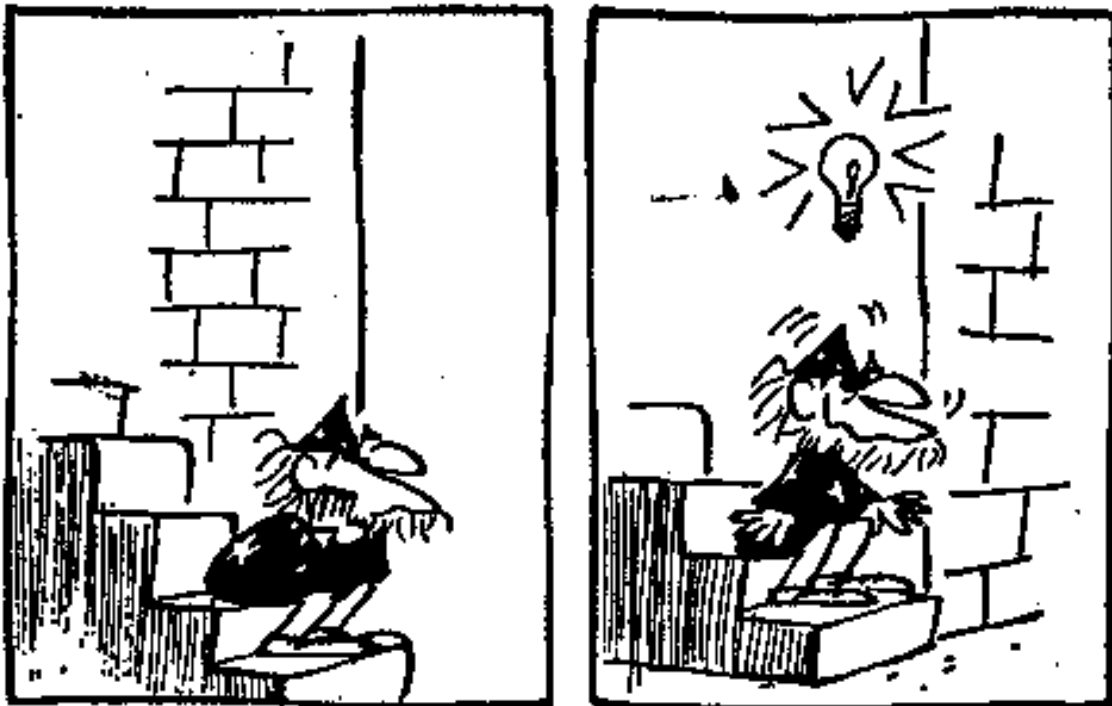
Im Ankunftsland: Isolation von den sprachlichen, kulturellen und religiösen Wurzeln; setzt sich der Stress in der neuen Umgebung fort, steigt die Wahrscheinlichkeit einer traumatischen Verarbeitung.

Eine Herausforderung, auch für professionelle HelferInnen, ist das **Erkennen von dissoziativen Zuständen**. Bei Menschen mit dissoziativen Zuständen tritt selbst bei massiver innerer Angst und Panik, bei Alpträumen und flash-backs nichts nach außen: „Das Kind hat zwar viel durchgemacht, ist aber stabil.“ Das Wissen über Dissoziation als Überlebensmechanismus ist wichtig! Es braucht eine feinfühlig Annäherung, eine Gewissheit, dass die Umgebung sicher ist und Gewissheit, dass keine Gewalt droht und **konstante Bezugspersonen**.

Auffallend ist manchmal nur, dass unbeteiligte Erzählen von schrecklichen Erlebnissen, dass die Geschichten bruchstückhaft sind, kleinere oder größere Zeitlücken bestehen.

Manche reagieren mit somatischen Beschwerden wie Essstörungen, chronischen Schmerzen, Schlafstörungen ...

Menschen aus dem Mittelmeer- oder arabischen Raum drücken Probleme und Ängste insgesamt oft eher über Schmerzen aus: „Herzschmerz“ – auf allen Ebenen (vgl. Brisch, 2016)



## 8. Literatur

- AWMF-Register Nr. 051/010: Patientenversion S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. <http://www.awmf.org/leitlinien/patienteninformation.html>
- Besser Lutz Ulrich (2006): EMDR-Kindercurriculum 2006. Traumatherapie und E.M.D.R. bei Kindern und Jugendlichen. Isernhagen ([www.zptn.de](http://www.zptn.de))
- Brisch, Karl Heinz (2006b): Bindung und Trauma. Schutzfaktoren und Risiken für die Entwicklung von Kindern. Psychotherapie im Dialog. Psychoanalyse, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapien 4, 382-386.
- Brisch, Karl Heinz (Hg.) (2016): Bindung und Migration. Klett Cotta
- Brisch, Karl Heinz (2016): Bindungstraumatisierung. Wenn Bindungspersonen zu Tätern werden.
- 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.
- Gysi, J. (2020): Diagnostik von Traumafolgestörungen. Multiaxiales Trauma-Dissoziations-Modell nach ICD-11. Zürich. Hochgrefe.
- Hüther Gerald (2016): Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. Göttingen. Vandenhoeck und Ruprecht GmbH u. Co.KG
- Reddemann, L. (2001): Imagination als heilsame Kraft – Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Pfeiffer/Klett-Cotta. Göttingen
- van der Kolk, Bessel A. (2016 3. Auflage): Verkörperter Schrecken. Traumaspuren im Gehirn, Geist und Körper und wie man sich heilen kann. Aus dem Amerikanischen von Theo Kierdorf & Hildegard Köhr. G.P. Probst Verlag Lichtenau/Westfalen. ISBN 978-3-944476-13-1