

Trauma – Sozialraum – Modell*

Basisseminar:

„Das faszinierende System des Traumas“*

IPSE-Projekt
Institut für psychosoziale Entwicklung
Tauscherstraße 11, 01277 Dresden
www.ipse-projekt.de
info@ipse-projekt.de


Referent und Autor: Thore Volquardsen
Stand: 05/2016

* = © Alle Rechte liegen beim Verfasser und sind urheberrechtlich geschützt. Den Teilnehmern wird hiermit gestattet, dieses Skript für eigene Zwecke zu benutzen. Hierzu gehören auch die Aufgaben im Rahmen eines einrichtungswissenschaftlichen Multiplikatorensystems. Die Verwendung in Veranstaltungen, z.B. freiberuflicher Art, die dieses Skript betreffen, auch nur auszugsweise, ist nicht gestattet und wird strafrechtlich verfolgt. „Trauma-Sozialraum-Modell“ sowie „Das faszinierende System des Traumas“ sind geschützte Titel und dürfen nur mit Zustimmung des Verfassers genutzt werden.

Bild 1:
Alltagserleben
- die gesunde Selbstregulierung -

Alltagserleben

Achse 1: Kognition, Emotion und Physis
Achse 2: Zeit und Bewertung



Der Kreis symbolisiert den Menschen
mit allen seinen Möglichkeiten,
seinen Potenzialen und Regulierungen

Grundhaltung / Grundannahme:

Wir gehen vom gesunden Menschen, mit all' seinen Möglichkeiten, all' sein Potenzialen und all' seinen Regulierungsfähigkeiten aus.

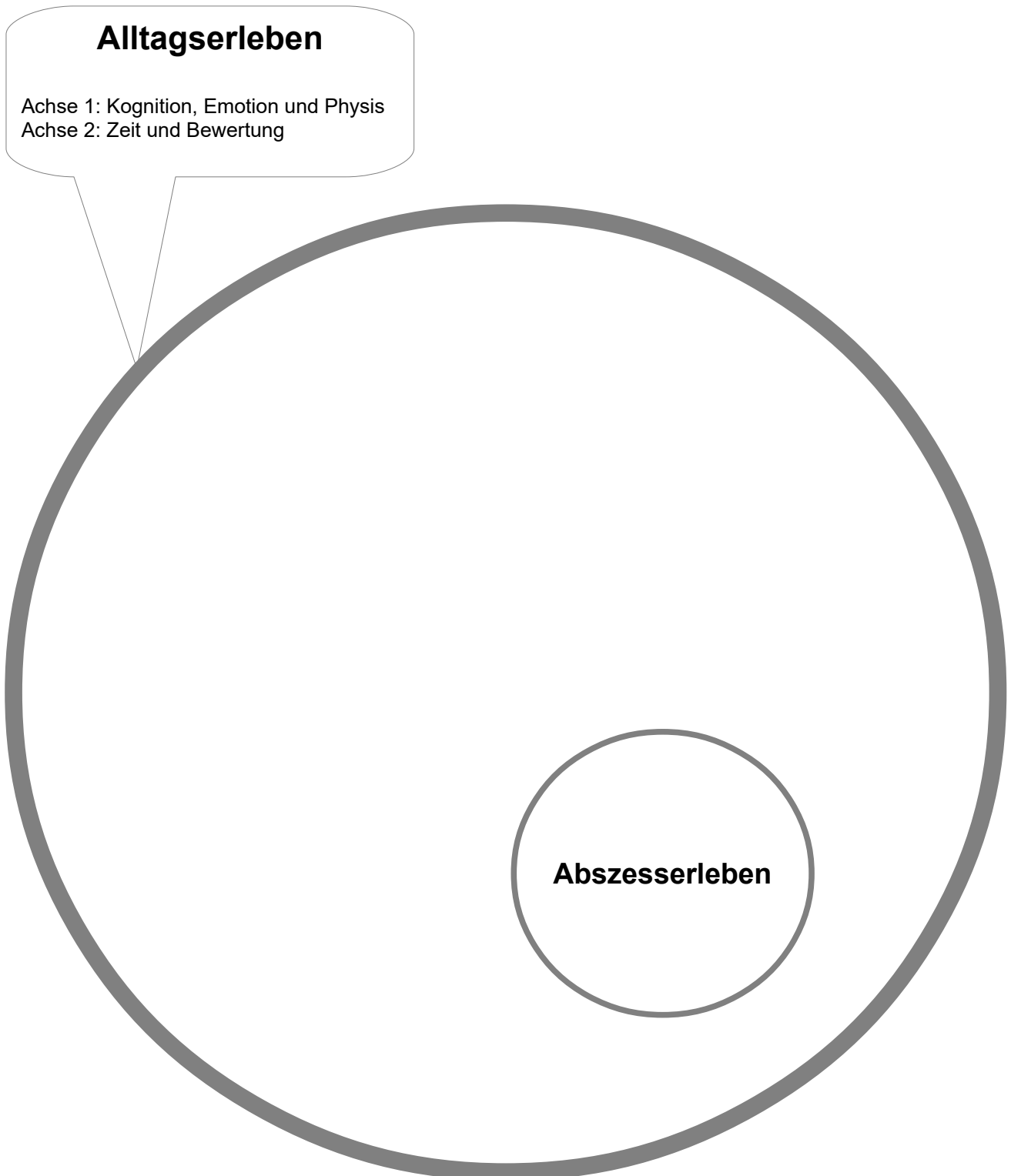
Auf der Achse 1 kommt es hierbei täglich immer wieder zu einer Ausbalancierung zwischen Kognition, Emotion und dem körperlichen Erleben, der Physis.

Auf der Achse 2 wird nun das Wahrgenommene der Achse 1 mit Erlebnissen aus der Vergangenheit abgeglichen, die als Vergleichswerte dienen, damit eine Bewertung und Entscheidung im Hier und Jetzt erfolgen kann.

In der Psychologie wird dieser Prozess als „*Selbstregulation*“ verstanden. Im Trauma-Sozialraum-Modell nennen wir diesen Prozess „*Alltagserleben*“.

Neurobiologisch betrachtet ist dieser Operationalisierungsprozess als ein langer Weg zu verstehen. Hier können Inhalte reflektiert, verschiedene Lösungen erarbeitet und verglichen werden.

Bild 2:
Abszesserleben
- der traumatische Abszess als Notfallsystem -



Wir bauen nun eine traumatische Situation in das Alltagserleben ein.

Was ist eine traumatische Situation?

Hierzu müssen wir zwei Kriterien festhalten:

1. Wir benötigen eine Situation katastrophalen Ausmaßes
2. Aus dieser Situation ist ein Ausweichen nicht möglich

Sind diese beiden Kriterien erfüllt, kann es zu einer neurobiologischen Notfallsituation kommen – der traumatischen Abszessbildung. Hier *verkapselt* der traumatische Abszess – zum Schutz des Alltagserlebens – die traumatischen Erlebnisse. Das Alltagserleben soll nach Möglichkeit nach diesem Ereignis schnell wieder in die gewohnte Regulierung zurückkehren können.

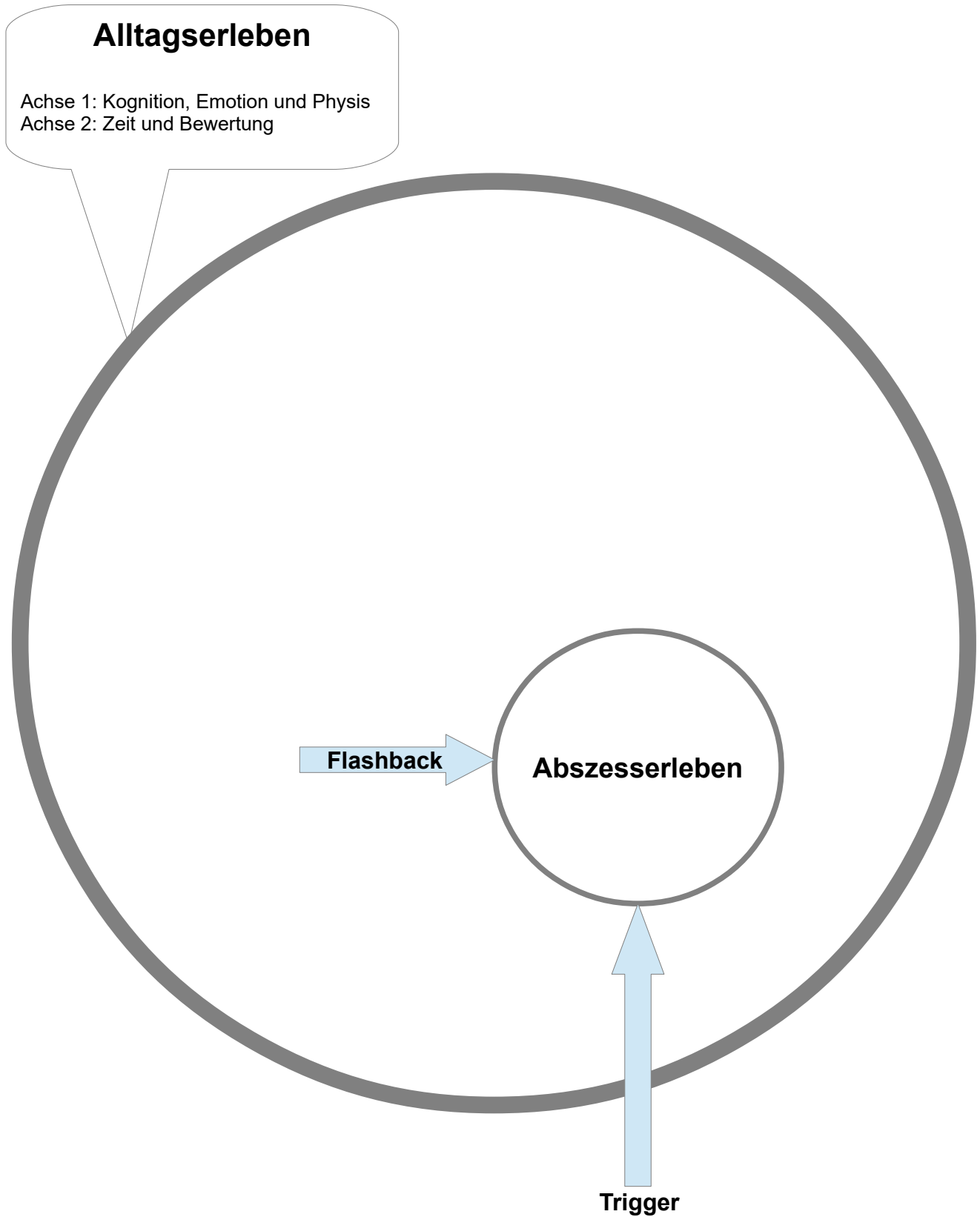
Das Wort „Abszess“ ist hierbei nicht bewertend zu verstehen, sondern soll vielmehr die Funktion verdeutlichen – nämlich die der Verkapselung. Die hier gespeicherten Inhalte sollen nicht oder nur teilweise in das Alltagserleben dringen können.

Hierbei wird das Erlebte abgespeichert. Im Wiedererleben sprechen wir im Trauma-Sozialraum-Modell dann von „*Abzesserleben*“. Viele andere traumatologische Ansätze benennen dieses als „*traumatischen Anteil*“.

Im Abzesserleben ist eine reflektorische Ebene nicht vorgesehen. Hier geht es – im Gegensatz zum Alltagserleben – um kurze, schnelle Wege, die rasch in Handlung umsetzen sollen.

Im Trauma-Sozialraum-Modell haben wir nun Vergleichsmöglichkeiten zwischen **Alltagserleben** und **Abszesserleben**.

Bild 3: Trigger und Flashbacks



Trigger

Trigger sind Außenreize – also Reize aus dem Sozialraum – die das Abszesserleben im Sinne eines Notfallerebens aktivieren. Hierbei können alle Sinne angesprochen werden.

Der traumatische Abszess ist davon überzeugt, er müsse dem Alltagserleben Schutz geben und die Situation, die vermeintlich bekannt zu sein scheint, abgreifen.

Das Verhalten im Abszesserleben ist jedoch mit traumatischen Erlebnissen aus der Vergangenheit gekoppelt und nicht der Regulierungsoperationalisierung des Alltagserlebens zugänglich. Dieses führt bei sogenannten Retraumatisierungen oftmals zu Problemen im Sozialraum, da die betroffene Person scheinbar inadäquat reagiert und ggf. handelt.

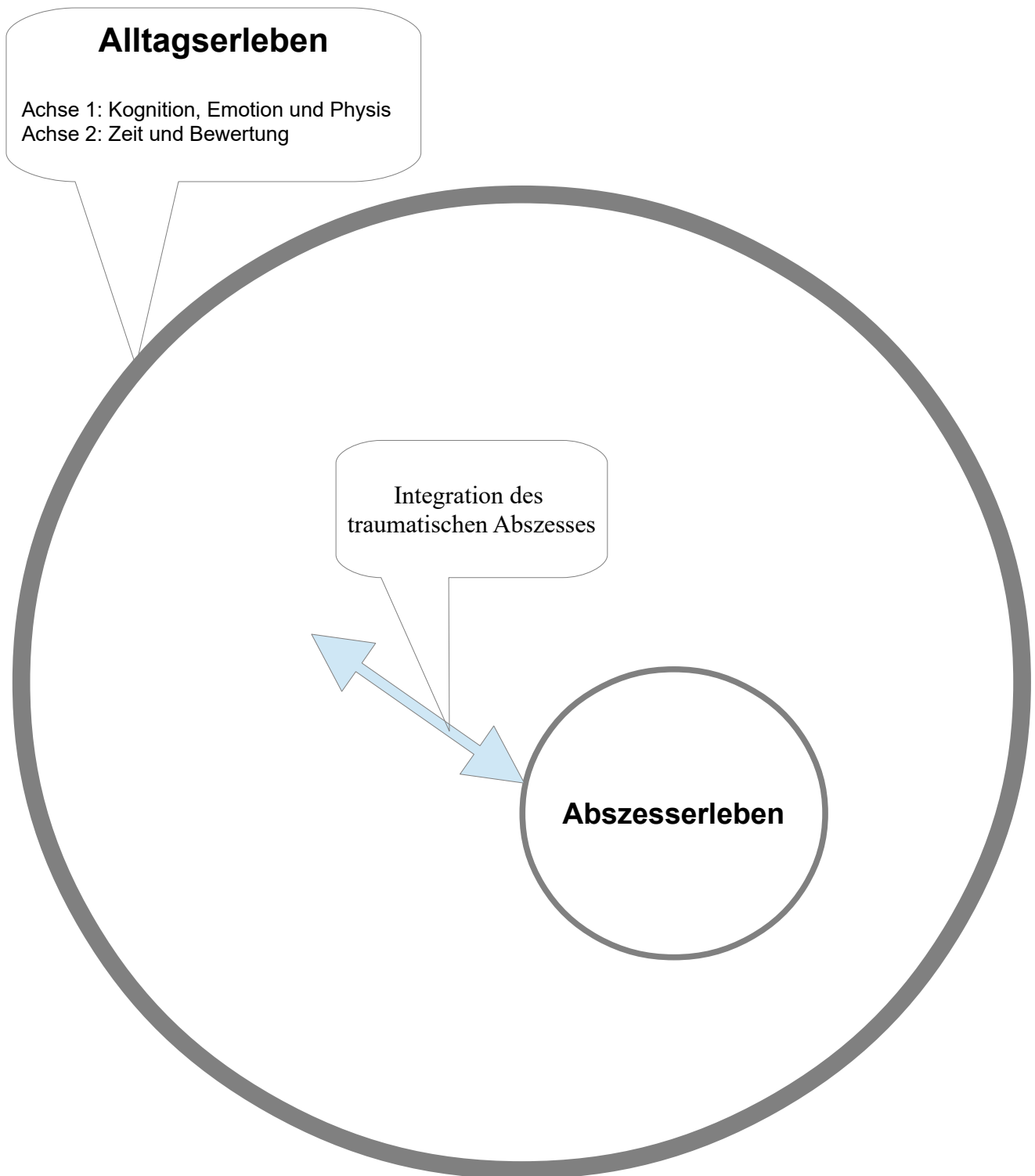
Der Trigger löst also eine Wiedererinnerung aus – ein Wiedererleben der traumatischen Situation aus der Vergangenheit. Es findet also meist keine reale Traumatisierung statt im Sinne einer Wiedertraumatisierung, sondern vielmehr ein Wiedererleben der alten traumatischen Situation/en.

Flashbacks

Bei Flashbacks handelt es sich um innere Abläufe. Hier findet kein Außenreiz statt. Innere Bilder, Gerüche, Geräusche und ähnliches treten für eine Blitzsekunde in den Vordergrund und verursachen das Wiedererleben im Sinne einer Aktivierung des Abszesserlebens.

Ein Wiedererleben wird als *Retraumatisierung* verstanden.

Bild 4:
Natürliche Heilungsprozesse
- Abszessintegration -

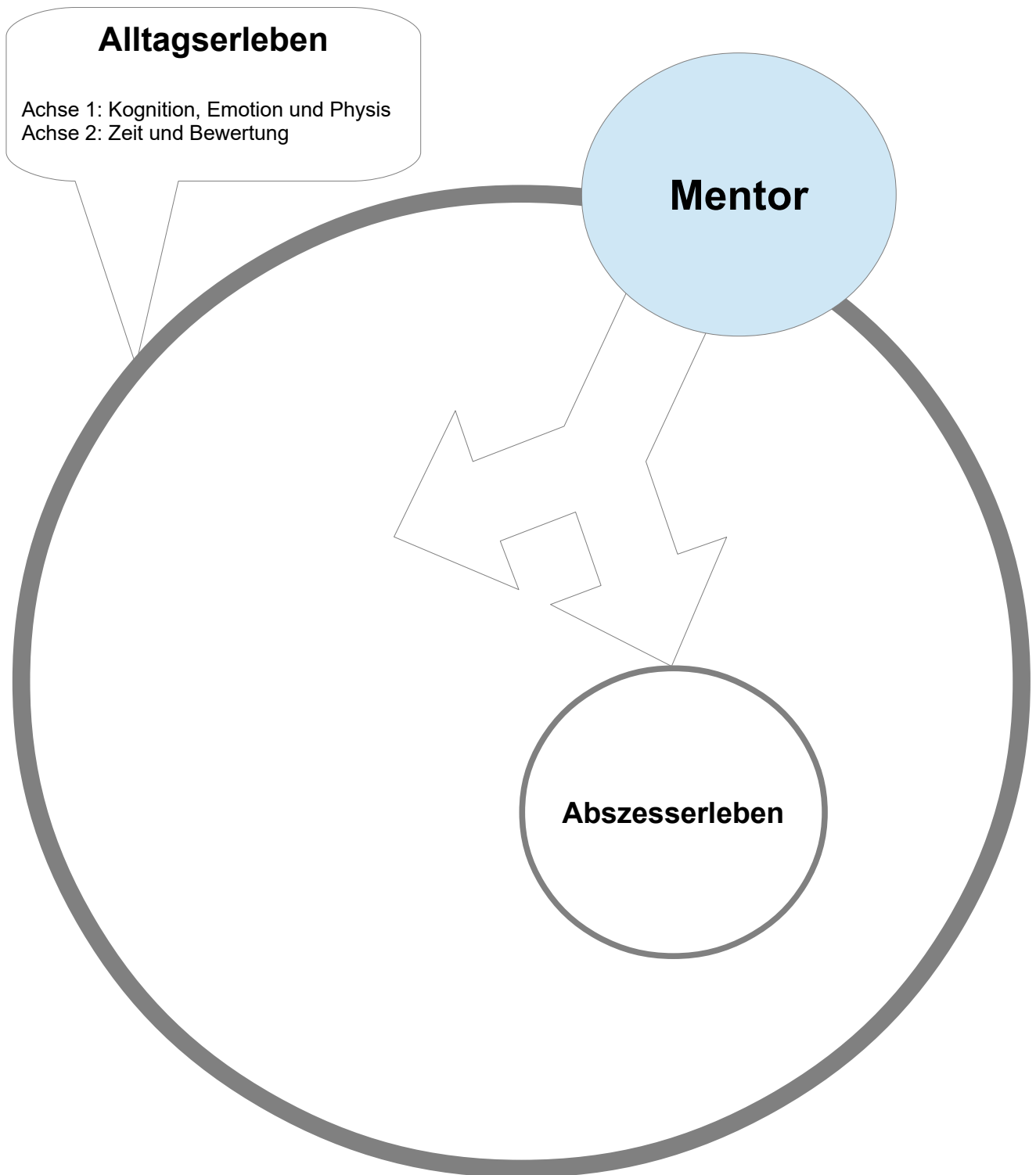


Natürliche Heilungsprozesse entstehen in der Regel durch ein Interesse des Alltagserlebens am Abszesserleben.

Der traumatische Abszess wird hierbei neurobiologisch erfasst und einer möglichen Regulierung unterzogen. Jetzt kann das Abszesserleben – je nach Qualität des traumatischen Ereignisses – entscheiden, ob es dosiert Inhalte in das Alltagserleben ausschüttet. Hierbei ist wichtig, wie stabil das Alltagserleben vom Abszesserleben erlebt wird.

Eine dosierte Ausschüttung von traumatischen Inhalten wird als Integrationsprozess in das Alltagserleben verstanden. Es kommt hierbei also zu einer eigenen „Traumabegehung“. Das Alltagserleben kann mit den entsprechend kleinen „Inhaltspaketen“ eine Regulierung vornehmen.

Bild 5:
Der eingekaufte Mentor



Ist die Qualität Abszesserlebens zu gravierend oder wird das Alltagserleben als nicht stabil genug erachtet, so kann es zu Störungen des Heilungs- bzw. Integrationsprozesses kommen.

Das Alltagserleben ist nicht bereit, Inhalte dosiert an das Alltagserleben weiter zu leiten und hält die Verkapselung geschlossen.

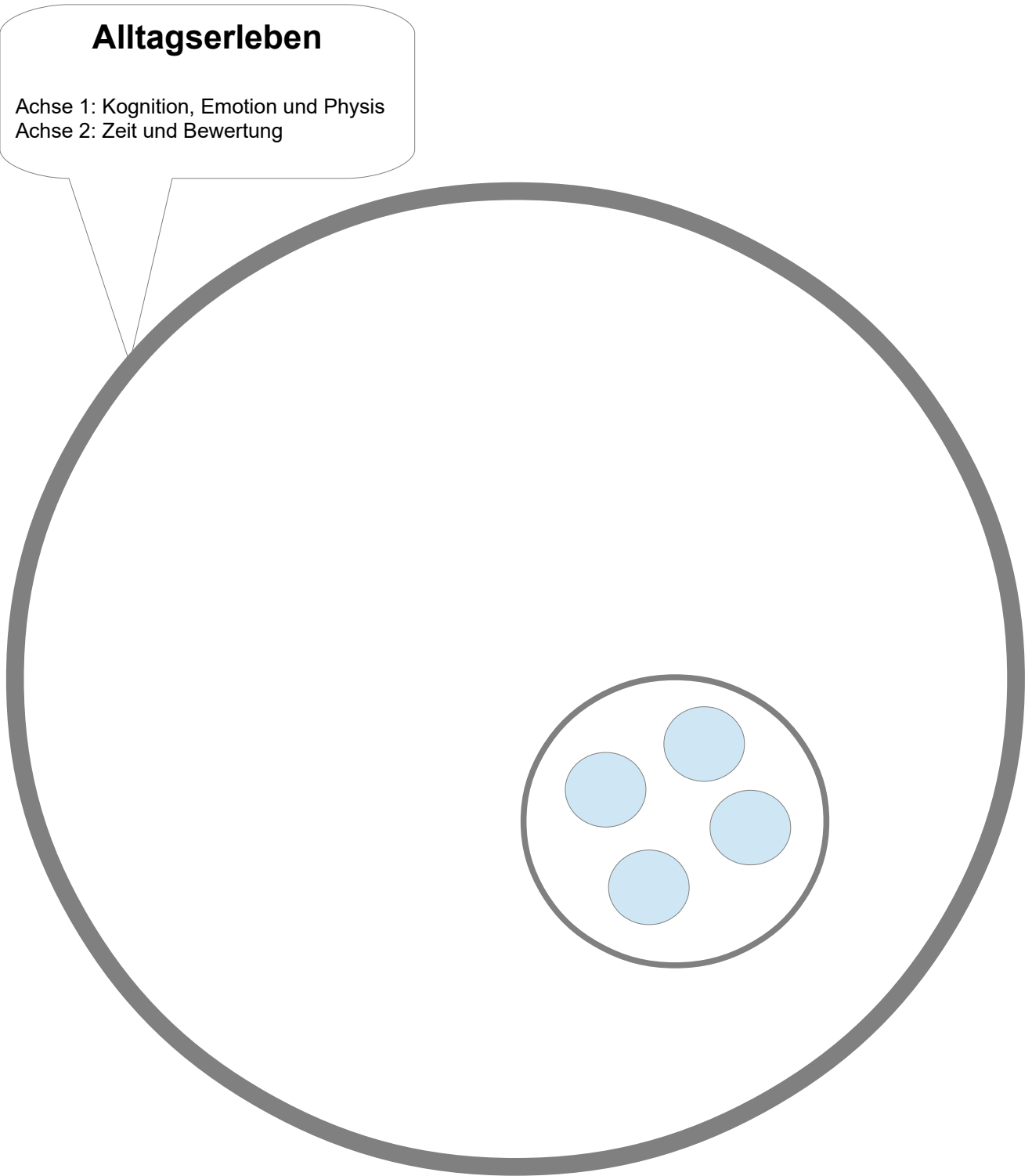
In einer solchen Situation kann ein Mentor in die Regulierung eingreifen und das Alltagserleben stabilisieren. Stabilisierungsarbeit ist dann eine Voraussetzung für eine „Traumabegehung“, die zu einer Integration der traumatischen Inhalte in das Alltagserleben führen soll. Auf der anderen Seite soll das Abszesserleben seine Verkapselung aufgeben können, damit die Inhalte dosiert weitergeleitet werden können. Auch hier kommt es dann zu einem Integrationsprozess traumatischen Erlebens in das Alltagserleben und kann dann der regulierung zugeführt werden.

Den Mentor nennen wir in der Regel *Traumatherapeuten* mit allen seinen verschiedenen Ansätzen und Behandlungsmöglichkeiten.

Bild 6:
Komplexe Traumata (kPTBS)
- die Fragmentierung im Abszesserleben -

Alltagserleben

Achse 1: Kognition, Emotion und Physis
Achse 2: Zeit und Bewertung



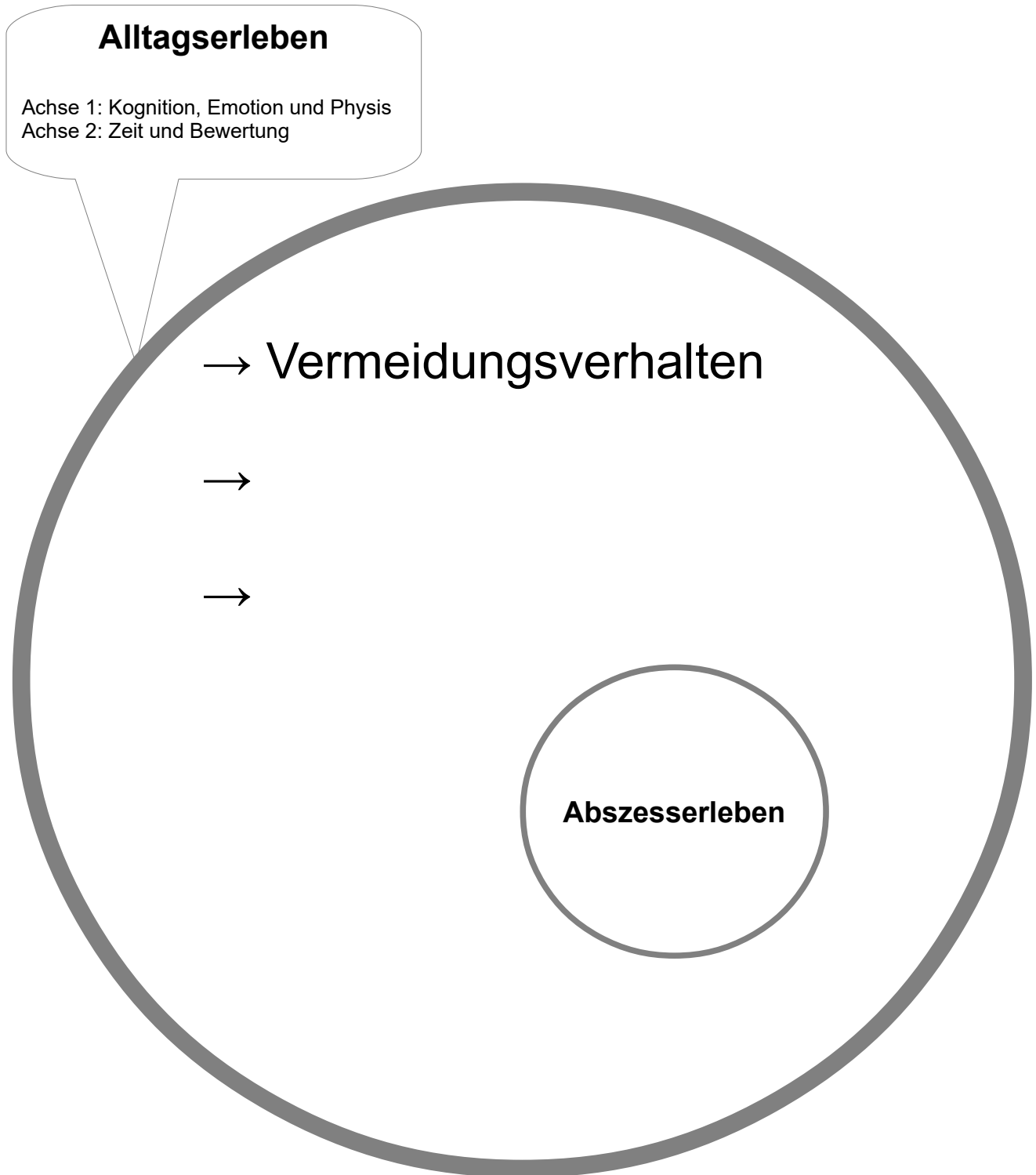
Im Gegensatz zu einer einmaligen Traumatisierung kann es durch wiederholte Traumatisierungen gleicher Qualität zu komplexen Traumastörungen kommen.

Hierbei entstehen „Unterabszesse“. Diese speichern die Erlebnisse jedoch nicht nach zeitlichen Erlebnissen, sondern vielmehr nach Inhalten (traumatischen Qualitäten).

Die komplexe Traumastörung kommt häufig bei wiederholter sexualisierter Gewalt oder bei Mißhandlungen vor.

Von entscheidender Bedeutung ist hierbei, dass die Unterabszesse einer hierarchischen Struktur folgen, die mit entsprechenden Inhalten einhergehen. Nur so kann ein ausreichender Schutz für das Alltagserleben hergestellt werden. Aber auch das Abszesserleben schützt sich durch das Fragmentieren in Unterabszesse. Hierdurch entsteht eine Tragfähigkeit der traumatischen Qualitäten, die ansonsten nicht aushaltbar wären.

Bild 7: Vermeidungsverhalten



Widmen wir uns nun nochmals dem Alltagserleben zu!

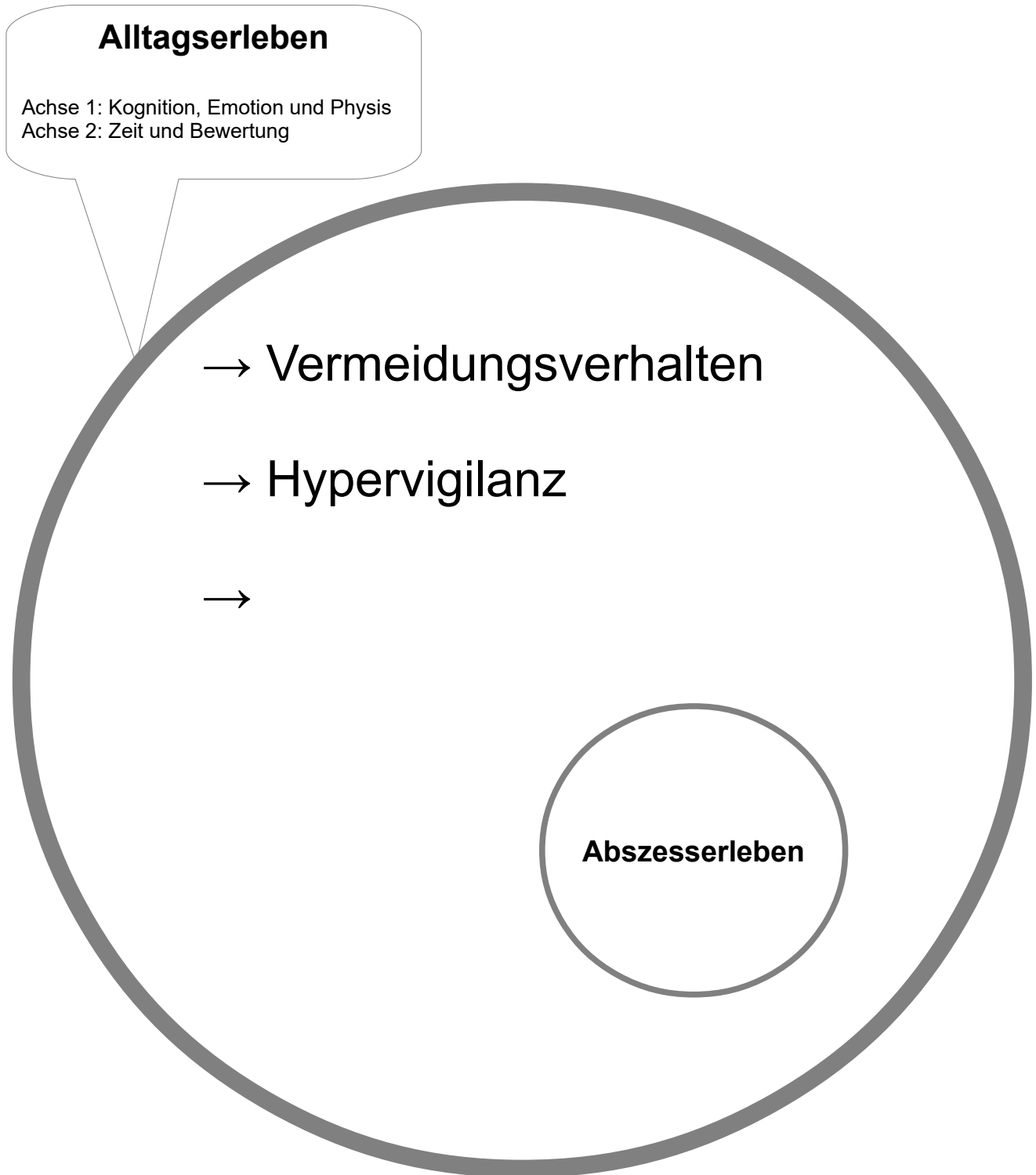
Damit das Wiedererleben im Sinne einer Retraumatisierung durch Trigger vermieden werden kann, besteht die Möglichkeit des Aufbaus eines *Vermeidungsverhaltens*. Dieses entsteht nach dem Grundsatz „learning by doing“. Was nicht gut tut soll in Zukunft vermieden werden. Was retraumatisierte Inhalte nach vorne bringt soll durch Situationsvermeidung umgangen werden. Hier ist Kreativität gefragt. Dieser Prozess läuft in der Regel nicht bewusst ab.

Darüber hinaus kann das Vermeidungsverhalten als Ressource transformiert werden, so dass für den Außenstehenden ht die „Schwäche“ dominiert, sondern „Stärke“ bzw. „markante Besonderheiten“.

Vermeidung ist ein Verhalten!

Vermeidungsverhalten kann in extremer Form zu sozialer Isolation führen und auch zu sozialen Anstieg. Hierbei schauen wir uns allerdings noch die anderen, folgenden Punkte an, da es hier vielfach zu Kombinationen und zu Interaktionen kommt, die in ihrer Dynamik miteinander kommunizieren und sich somit ergänzen und sich beeinflussen. Vermeidungsverhalten sollte somit im Kontext betrachtet werden.

Bild 8: Hypervigilanz



Die Vigilanz meint die Wachheit.

Hypervigilanz meint somit die Überwachheit. Sie wird verstanden als Frühwarnsystem und denkt die erlebten Situationen voraus.

Hierbei treten Hypervigilanz und Vermeidungsverhalten in einen dynamischen Austausch und bedingen sich meist gegenseitig.

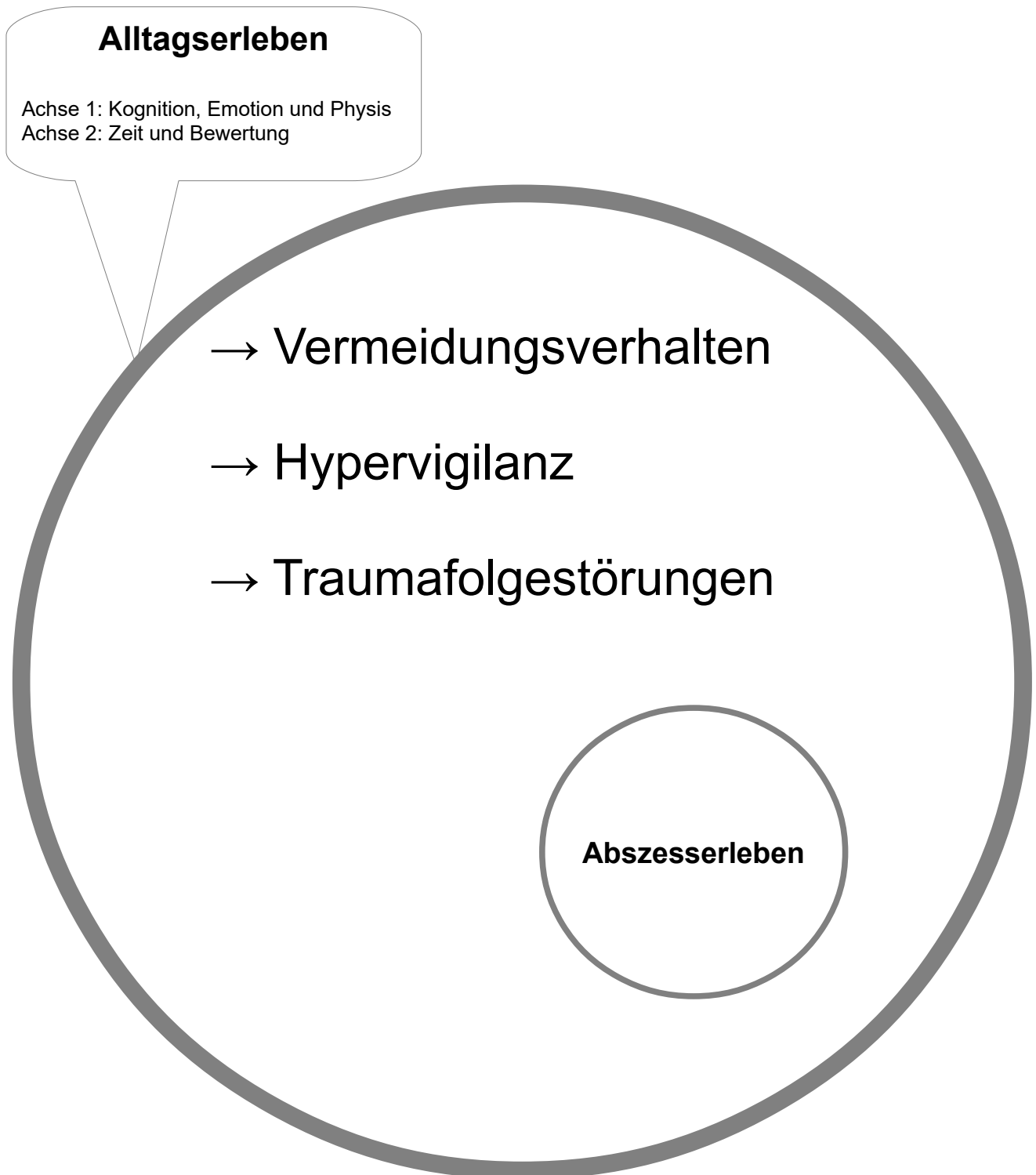
Im Gegensatz zum Vermeidungsverhalten ist die Hypervigilanz kein Verhalten, sondern eine neurobiologische Konsequenz des traumatischen Abszesses.

Gefahren sollen rechtzeitig erkannt werden. Hierauf folgt dann eine Reaktion des Vermeidungsverhaltens.

Bei der Hypervigilanz müssen Energiereserven zur Verfügung gestellt werden. Dieses geht dauerhaft zu Lasten der gesamten Person.

Hypervigilanz ist anstrengend und kann zu einer „Burn-Out-Symptomatik“ führen, wobei der traumatische Abszess oftmals übersehen wird und lediglich die Symptomatik eines „Burn-Outs“ behandelt wird.

Bild 9: Traumafolgestörungen



Als Traumafolgestörungen können fast alle Störungen aus dem ICD-10 genannt werden.

Wichtig hierbei ist, dass die Folgestörungen der Regulierungsfähigkeit im Alltagserleben dienen, also das Ziel haben, Abszesserleben zu unterdrücken bzw. zu vermeiden.

Zu den Störungen gehören Suchterkrankungen, bipolare Störungen (Depressionen und Manien...), Phobien, Angst- und Panikstörungen, Zwangsstörungen, Essstörungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, psychotische Erkrankungen, atypischer Autismus, aber auch Störungen aus den Bereichen des Kindes- und Jugendalters wie z.B. ADHS.

Hierzu gehören dann auch Symptombilder wie selbstverletzende Verhaltensweisen (Schneiden der Haut, Fußnägel ziehen, Knochen brechen, Verbrennungen und Verbrühungen, Verätzungen, polyvalenter Substanzmittelmissbrauch, paranoider Wahn und dergleichen mehr.

Bild 12:
Sekundärer Krankheitsgewinn
Primärer Krankheitsgewinn



Sekundärer Krankheitsgewinn

wird auch als äußerer Krankheitsgewinn bezeichnet. Hierbei möchte die Person Aufmerksamkeit durch den Sozialraum bekommen. Man könnte sagen, die Regulierung erfolgt durch das Andocken und die Rückmeldung der Außenwelt.

Primärer Krankheitsgewinn

wird auch als innerer Krankheitsgewinn bezeichnet. Die Symptome dienen der Regulierung im Alltagserleben. Sie sind so zu verstehen, dass sie zur Ausbalancierung notwendig sind. Die Außenwelt spielt diesbezüglich eine untergeordnete Rolle – zumindest wenn wir den primären Krankheitsgewinn von sich aus betrachten. Erst durch die Bewertung der Außenwelt kann es zu deutlichen Verschlimmerungen kommen – besonders dann, wenn der primäre Krankheitsgewinn mit dem sekundären Krankheitsgewinn verwechselt.

Bild 13

Reaktionsvarianten des Abszesserlebens

→ *Einfrieren*

→ *Flucht*

→ *Angriff (im Sinne einer Verteidigung)*

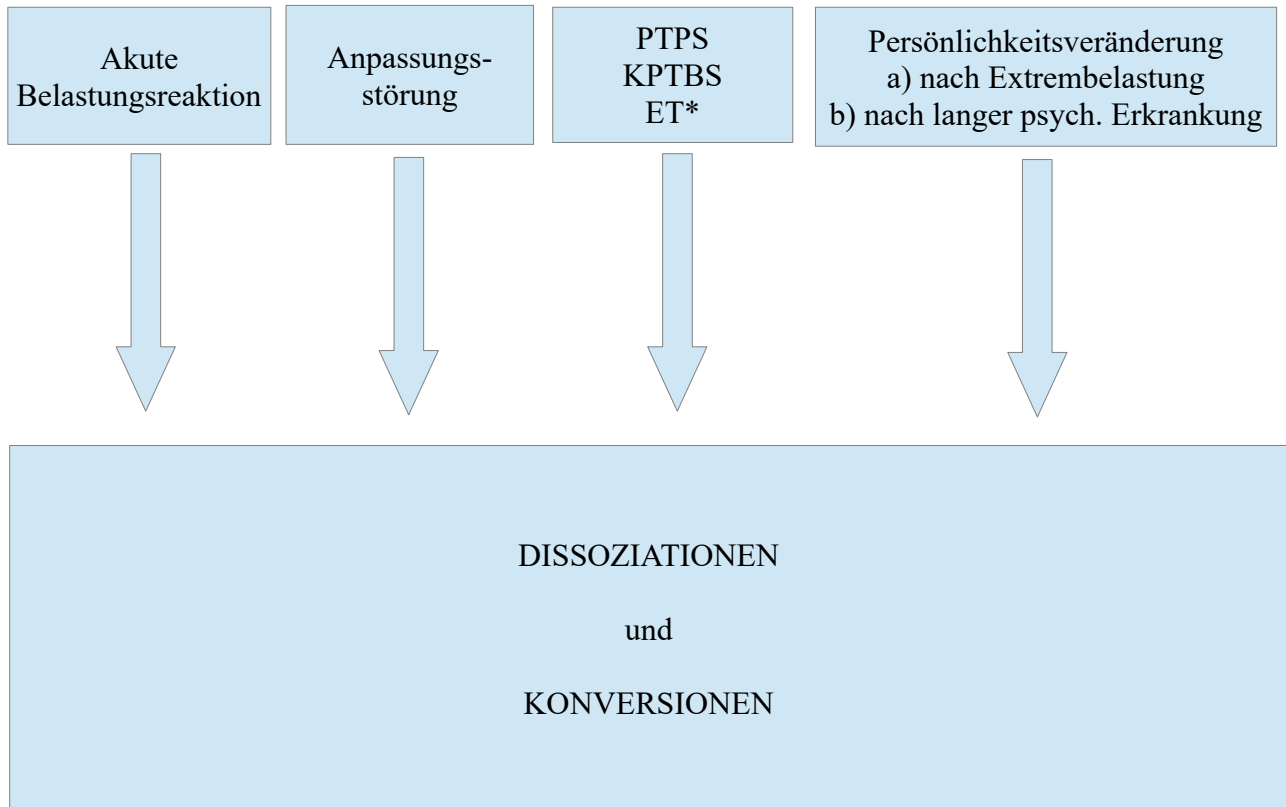
Bedenken Sie:

Das Abszesserleben ist ein neurobiologischer Schutzmechanismus. Geschützt werden soll das Alltagserleben. Die Aufgabe des traumatischen Abszesses ist die, die Inhalte der traumatischen Situation/en abzufangen und zu verkapseln. Das Abszesserleben wird als „kurze neurobiologischer Weg“ verstanden, weil Reflektion, Lösungsorientierung, Abwägen, Abwarten und dergleichen nicht möglich ist (so wie es im Alltagserleben möglich ist). Stattdessen soll hier die Geschwindigkeit zum Handeln erhöht werden.

Auch Aggressionen, die einem Abszesserleben zugeordnet werden können, sind als Schutzmechanismus zu verstehen. Sie sind einer Sanktion mit Einsichtswunsch des Sozialraumes nicht zugänglich. Eine solche Regulierungsmöglichkeit ist im Abszesserleben nicht möglich.

Bild 14

Zuordnung der Traumastörungen nach dem ICD-10



Die weiteren Ausführungen hierzu – wie sie im Tagesseminar stattgefunden haben – werden nicht aufgezeigt, da sie den Rahmen dieses Skripts übersteigen würden.

*ET = Entwicklungsstrauma

Das Entwicklungsstrauma ist eine der noch im wissenschaftlichen Fokus stehenden Traumastörungen, bei der es bei der Entstehung keinerlei physischer Misshandlung bzw. keinerlei physischen Missbrauchs bedarf.

Vielmehr geht es beim ET um Mobbing-situationen, Vernachlässigungs- und Verwahrlosungszustände sowie Illoyalitätszustände von (Erwachsenen-)Hilfssystemen.

Kennzeichen des ET sind Bindungsstörungen sowie Störungen in der Regulierung von Nähe und Distanzen.

Die frühere Annahme, dass die Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht auf der Grundlage von Traumata begünstigt wird, ist durch den neurobiologischen Nachweis des ET somit nicht mehr haltbar.

Abschluss

Nicht dargestellt werden die Forschungen von Peter Levine im Zusammenhang mit traumatischen Erlebnissen bei Tieren.

Weiterhin nicht dargestellt werden die Besonderheiten in OEG – Verfahren (hier z.B. Glaubwürdigkeitsgutachten, praxisnahe Begleitung im OEG-Verfahren...)

Nicht dargestellt wird die Auseinandersetzung mit der Pharmakobehandlung (Risiken, Möglichkeiten, Indikationen, Überwachung...)

Hier nicht dargestellt werden erste Auswertungen, Bewertungen und konzeptionelle Konsequenzen für die interdisziplinären Versorgungssysteme im Zusammenhang mit traumatisierten Menschen.

All diese Punkte würden den Rahmen dieses Skripts übersteigen.

Der „rote Faden“ dieses Skripts soll Ihnen noch einmal aufzeigen, wie traumatische Erlebnisse verarbeitet werden und welche Möglichkeiten des Umgangs zur Verfügung stehen – insbesondere auf neurobiologischer Ebene.

Thore Volquardsen