



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Auswirkungen frühkindlicher Bindungsorganisation auf die Emotionsregulation

Inwieweit lassen sich traumatherapeutische Handlungsansätze auf Grundlage der Polyvagaltheorie in die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe integrieren?

Bachelorarbeit

vorgelegt von

Judith Lübke

URN-Nummer: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2022-0497-6

Berufsbegleitender Studiengang Soziale Arbeit (SG16)

Erstprüfer: Prof. Dr. phil. Roland Haenselt

Zweitprüfer: Dipl. Soz. Päd. Angela Weging

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1. Bindung und Trauma	3
1.1. Definition, Entstehung und Ursprung des Begriffes „Trauma“	3
1.2. Grundlagen der Bindungstheorie	7
1.3. Entstehung von Entwicklungstraumata	12
1.4. Symptomatik von traumatisierten Kindern und Jugendlichen	15
1.5. Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung zum erwachsenen Menschen	19
2. Die Polyvagaltheorie	21
2.1. Historischer Rückblick zur Hirnentwicklung	22
2.2. Grundlagen der Polyvagaltheorie	25
2.2.1. Das System des sozialen Engagements	28
2.2.2. Neurozeption	30
2.3. Beziehung zwischen Trauma und dem System des sozialen Engagements	32
3. Die Polyvagaltheorie als Grundlage für Handlungsansätze in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe	34
3.1. Vagusregulation mit Hilfe des Körpers	38
3.2. Vagusregulation mit Hilfe von Klang und Atmung	40
3.3. Materialiensammlung	42
4. Fazit	47
5. Selbstständigkeitserklärung	50
6. Literaturverzeichnis	51

Einleitung

„Das menschliche Dasein ist ein Gasthaus. Jeden Morgen ein neuer Gast. Freude, Depression und Niedertracht – auch ein Moment der Achtsamkeit kommt unverhofft zu Besuch. Grüße und bewirte sie alle! ... Behandle jeden Gast ehrenvoll... Dem dunklen Gedanken, der Scham, der Bosheit – begegne ihnen lachend an der Tür, und lade sie zu dir ein. Sei dankbar für jeden, der kommt, denn alle wurden dir aus einer anderen Welt geschickt, um dich zu führen.“¹

Dieser Auszug aus dem Gedicht „Das Gasthaus“ von Rumi, einem bedeutenden persischen Dichter des Mittelalters, stellt, mit Hilfe von Metaphern, den Umgang mit Gefühlen dar.² Mit diesem Gedicht ermutigt Rumi, uns dem zu öffnen, was uns das Leben schenkt und dankbar dafür zu sein, durch Freude aber auch durch Trauer, Depression oder Gemeinschaft, den Prozess von Veränderungen anzunehmen und uns unseren Ängsten zu stellen. Er stellt unseren Körper in seinem Gedicht als Gasthaus dar, das „Gäste“ - Emotionen empfängt, die zur Selbstreflexion anregen und keinesfalls missachtet werden sollten.

Was ist aber mit den Menschen - Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen - die diese Fähigkeit, „Gäste in ihr Gasthaus einzuladen und diese ehrenvoll zu behandeln“ nicht oder nicht mehr steuern können, denen es nicht gelingt, Emotionen zu deuten und von jenen übermannt werden? Die in ihrer Vergangenheit Erfahrungen gesammelt haben, die in ihrem tiefsten Unterbewusstsein schlummern, das emotionale System „still gelegt“ haben und somit nicht in der Lage sind, diese Emotionen zu verarbeiten?

Immer wieder hört und liest man in den Medien von Vernachlässigung und Missbrauch an Kindern und Jugendlichen. Vor allem derzeit, während der Pandemie, nahm die Zahl der Kindeswohlgefährdungsmeldung in den vergangenen 2 Jahren drastisch zu. Aus den Zahlen der polizeilichen Kriminalstatistik geht für das Jahr 2020 hervor, dass es erneut einen Anstieg von Kindesmissbrauch und Missbrauch von Schutzbefohlenen verzeichnet, einen dramatischen Anstieg von 52% stellt die Kinderpornografie dar. Des Weiteren wurden 7%

¹ Rumi, zit. nach Bessel van der Kolk 2021, S.329

²vgl. Blümel 2015 (Internetquelle)

mehr Kindesmisshandlungen sowie 10 % mehr Misshandlungen von Schutzbefohlenen im Jahre 2020 im Vergleich zum Vorjahr in Deutschland, verzeichnet.³

Im Jahre 2012 veröffentlichte das Bundesamt für Justiz Ergebnisse und Erkenntnisse eines Modellversuchs zur Abklärung und Zielerreichung in stationären Maßnahmen. Hieraus ging hervor, dass über 80% der befragten Kinder und Jugendlichen, die in stationären Jugendhilfeeinrichtungen in der Schweiz lebten, mindestens einmal in ihren Leben ein traumatisches Erlebnis erfahren haben und über ein Drittel der befragten Personen sogar mehr als drei traumatische Erfahrungen in der Vergangenheit erlebt haben.⁴

Heutzutage verzeichnen Jugendhilfeeinrichtungen einen hohen Anteil ihrer Klienten*innen an mehrfach traumatisierten Kindern und Jugendlichen, die charakteristische Gemeinsamkeiten im Lebenslauf aufweisen und gekennzeichnet sind durch scheiternde Verläufe mit immer wiederkehrenden Beziehungsabbrüchen, ohne dass klientenzentrierte Trauma bezogene Hilfen erfolgen. Verfahren zur Risikoerkennung und Dokumentation im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Jugendhilfeeinrichtungen, die leicht angewandt werden könnten, fehlen, sowie gemeinsame Richtlinien zwischen den Systemen, die den Umgang mit dem benannten Personenkreis definieren.⁵

Aus diesen Erkenntnissen entstand für mich folgende Fragestellung: Inwieweit lassen sich traumatherapeutische Handlungsansätze auf Grundlage der Polyvagaltheorie in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe integrieren?

Grundlegendes Wissen zur Traumathematik sowie zur Bindungstheorie werden zu Beginn der Arbeit ausführlich benannt, Symptomatiken bei Kindern und Jugendlichen beschrieben, sowie die Auswirkungen von Traumatisierungen auf die kindliche Entwicklung, insbesondere auf die Emotionsregulation. Der nächste Abschnitt der Bachelorarbeit beinhaltet Ausführungen zur Polyvagaltheorie, die davon ausgeht, dass jeder Mensch in der Lage ist, durch körpereigene Prozesse, die es anzuregen und zu aktivieren gilt, Genesungsprozesse anzuregen. Hierbei geht es nicht darum, dass traumatisch Erlebte zu vergessen, sondern vielmehr darum, mit dem Erlebten und den damit einhergehenden körperlichen und emotionalen Empfindungen zu leben bzw. zu verarbeiten und einzuordnen. Im letzten Abschnitt werden traumatherapeutische Handlungsweisen auf Grundlage der Polyvagaltheorie

³ vgl. Die Bundesregierung 2021 (Internetquelle)

⁴ vgl. Schmid u.a. 2012, S.128

⁵ vgl. Goldbeck/ Fegert/ Ziegenhain 2013, S. 14

erläutert, um zum Abschluss die Thesis der Arbeit in Bezug auf die Integrationsfähigkeit der Handlungsansätze in der stationären Jugendhilfe zu prüfen.

1. Bindung und Trauma

„Die Wurzeln der Resilienz... sind in dem Gefühl zu suchen, von Geist und Herz eines liebevollen, eingestimmten und selbstbeherrschten Anderen verstanden zu werden und darin geborgen zu sein.“⁶

Dieses Zitat von Diana Fosha, dass Bessel van der Kolk in seinem Buch „Verkörperter Schrecken“ integriert hat, beschreibt grundlegende Eigenschaften, die einem Säugling und auch im weiteren Laufe des menschlichen Lebens gegeben werden sollten, um Resilienz zu entwickeln. Dies ermöglicht es, im Leben schwierige Situationen zu durchstehen, ohne dabei seelisch Schaden zu nehmen. Resilienz ist gekennzeichnet durch unter anderem Selbstbewusstsein, Kontaktfreudigkeit, Optimismus und guter Anpassungsfähigkeit. Was ist jedoch mit den Kindern und Jugendlichen, die keine Wurzeln im „Resilienten Boden“ schlagen konnten, die schon in frühester Kindheit keine Geborgenheit und Nähe erfahren haben oder traumatische Erlebnisse erlitten? Im Folgenden wird ein Grundlagenwissen zum Thema „Bindung und Trauma“ geschaffen, welches erforderlich ist, um sich mit der weiteren Thematik der Polyvagaltheorie auseinanderzusetzen.

1.1. Definition, Entstehung und Ursprung des Begriffes „Trauma“

Der Begriff „Trauma“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet Wunde. Im Duden wird Trauma als eine Lebenserfahrung eines Menschen definiert, die zu Überforderungsreaktionen auf innerer psychischer Ebene führt und die Wahrnehmungsfähigkeit und Belastbarkeit stark einschränkt, sodass es zu krank machenden Folgewirkungen kommt. Psychische Erkrankungen werden hier als posttraumatische Belastungsstörung definiert. Als traumatische Erfahrungen werden im Duden Katastrophen, das Miterleben eines Unfalls und Krieg genannt. Des Weiteren definiert das Nachschlagewerk Duden den Begriff Trauma als eine Wunde des Organismus, die durch Gewalt entstanden ist und als seelische Verletzung im Unterbewusstsein noch lange anhalten kann.⁷

⁶ Fosha, zit. nach Bessel van der Kolk 2021, S.129

⁷ vgl. Duden 2015, S.385, S. 416

Stephen Porges, der Begründer der Polyvagaltheorie, ergründete, auf den grundlegenden traumatherapeutischen Erkenntnissen und somatischen Therapien, des Peter Levine's, die Verbindung zwischen neurobiologischen Mechanismen und traumatischen Erlebnissen.⁸ Peter A. Levine ist Biologe, Psychologe und Physiker und eine bedeutende Persönlichkeit auf dem Gebiet der Traumaforschung, der zahlreiche Bücher zu der benannten Thematik schrieb. Levine hat durch jahrelange Forschung ein Konzept entwickelt, das auf körperpsychotherapeutischer Basis beruht, um traumatische Folgestörungen zu behandeln. Levine's Herzensangelegenheit bezieht sich auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die es zu beschützen gilt und das unnötige Leid, das viele Kinder ertragen müssen, zu lindern. Nach Levine kann eine Traumatisierung nicht nur durch Katastrophen, Missbrauch und Krieg verursacht werden, sondern auch harmlos erscheinende Vorfälle, wie ein kleinerer Autounfall, ein medizinisch oder operativer Routineeingriff, Trennung und Scheidung der Eltern oder Stürze, beispielsweise mit dem Fahrrad, können dafür Auslöser sein. Unsere erste Reaktion auf eine, für uns bedrohlich erscheinende Situation erfolgt instinktiv, weil wir in gefährlichen Situationen keine Zeit haben, über unser Handeln nachzudenken. Angeborene Überlebensmechanismen werden in diesen Situationen aktiviert und stellen die Grundlage eines Traumas dar, das auf physiologischer Natur beruht.

Traumasympptome sind das Resultat aus äußeren Einflüssen. Das Ausmaß dieses Faktors ist bei der Art der Ausprägung der Traumasympptomatik von entscheidender Rolle, definiert ein Trauma aber nicht. Wie Levine in seinem Buch „Verwundete Kinderseelen heilen“ beschreibt, liegt das Trauma im Nervensystem und nicht im Ereignis selbst. Sind wir in einer für uns gefährlichen Situation, schaltet unser Gehirn instinktiv in primäre Reaktionsmuster um, die unser Überleben sichern sollen. Werden diese Hirnareale aktiviert, setzen sie eine große Menge an Energie frei. Dieser Adrenalinstoß, der mit starkem Herzklopfen, vermehrtem Schwitzen, erweiterten Pupillen, einer flachen und schnellen Atmung, Erhöhung der Blutgerinnung, Abnahme der verbalen Ausdrucksform und vielen anderen physiologischen Reaktionen einhergeht, ermöglicht uns, uns selbst und die Menschen die wir lieben, zu beschützen und vor Unheil zu bewahren.⁹ Diese angeborenen überlebenswichtigen Reaktionsmuster können für Menschen, die nicht verstehen und einordnen können, was in ihrem/seinem Körper geschieht, erschreckend und beängstigend wirken, vor allem dann, wenn dies zum Nachteil geschieht, in Form von Erstarren, wenn Flucht- oder

⁸ vgl. Porges 2010, S.10

⁹ vgl. Levine/Kline 2021, S.13, S.17, S.23

Kampfreaktionen nicht erfolgen können. Es entsteht ein Gefühl der Hilflosigkeit, da der Körper in der Erstarrungsphase nicht bewegungsfähig ist, jedoch ist die große Menge an Energie immer noch gespeichert und wartet nur darauf, die begonnene Situation zu beenden. Dieser Fakt ist für das Verständnis von Trauma von großer Bedeutung. Entscheidend für eine Traumatisierung ist, was während und nach der Situation mit dem Überschuss an Energie geschieht. Der gesamte Energieüberfluss muss während und nach dem bedrohlichen Ereignis aufgebraucht werden, um eine Traumatisierung zu verhindern. Wird diese Energie nicht gänzlich aufgebraucht, bleibt sie im Körper verschlossen und schafft einen Nährboden für traumatische Symptome. Bei Kindern gilt, je jünger sie sind, umso weniger Ressourcen können sie nutzen, um sich vor Gefahren zu schützen. Folglich staut sich eine große Menge an Energie an, die nicht aufgebraucht wird.¹⁰

Die Qualität der frühkindlichen Interaktion zwischen Mutter und Kind ist ein wichtiges Fundament, damit das Kind Fähigkeiten erlernen kann, die es im späteren Leben zur Anpassung an Belastungen benötigt. Erfahrene emotionale Sicherheit und Zuverlässigkeit tragen dazu bei, Bewältigungsstrategien zu entwickeln und resilient gegenüber belastenden Erfahrungen zu sein.¹¹

Noch vor der Zeit der Aufklärung, machten die Menschen böse Geister, Gott, Hexen, Magie und Sünden für unangemessene Verhaltensweisen verantwortlich. Im 19. Jahrhundert begannen Wissenschaftler*innen in Deutschland und Frankreich diese Verhaltensweisen näher zu beobachten und in Zusammenhang mit der komplexen Welt zu analysieren und zu verstehen. Zudem gab es einen Aufschwung in der pharmakologischen Forschung und Probleme, wie Wut, Faulheit, Gier und Geiz beispielsweise wurden als „Störung“ deklariert, die mit chemischen Stoffen behandelt werden konnten. Eine Studie aus dem Jahre 1968, dessen Resultate im American Journal of Psychiatrie publiziert wurden, ergab, dass eine reine Psychopharmaka Behandlung bei schizophrenen Patienten*innen bessere Resultate erzielte als bei Patienten*innen der Kontrollgruppe, die dreimal wöchentlich zur Gesprächstherapie gingen. Lehrbüchern der Psychiatrie dieser Zeit konnte man entnehmen, dass Abweichungen im Gehirn ursächlich verantwortlich für psychische Erkrankungen sind und ein chemisches Ungleichgewicht im Gehirn besteht. Theorien von Philosophen*innen wie Carl Gustav Jung und Sigmund Freud wurden mit der pharmakologischen Revolution in den Hintergrund gedrängt.¹² Ende des 19. Jahrhundert erschien gehäuft in Artikeln in Frankreich und England der Begriff „railway spine“. Dies stellte ein Syndrom

¹⁰ vgl. Levine/Kline 2021, S.23f

¹¹ vgl. Brisch/Hellbrügge 2003, S.67

¹² vgl. van der Kolk 2021, S.39

einer psychischen Nachwirkung von Eisenbahnunfällen dar, die sich vor allem durch Gedächtnisverlust bemerkbar machten. Die Medizin setzte sich gründlicher mit psychischen Erkrankungen auseinander und das Wesen der traumatischen Erinnerung trat mehr in den Vordergrund. Aus der Erforschung der Hysterie und deren Studienergebnissen, wurden die größten Fortschritte in der Analyse psychischer Erkrankungen verzeichnet. Hysterie wurde lange für eine Krankheit von Frauen gehalten, die hypochondrisch und instabiler veranlagt waren. Diese Annahme änderte sich, als herausgefunden wurde, dass die Hysterie ihren Ursprung in einem Trauma aus der Kindheit hat, durch erlebten sexuellen Missbrauch. Die größten Wegbereiter*innen der Neurologie und Psychiatrie wie Sigmund Freud, Pierre Janet und Jean-Martin Charcot waren an dieser Entdeckung beteiligt. Janet veröffentlichte im Jahre 1889 den ersten wissenschaftlichen Artikel zu traumatischem Stress, in dem er die These aufstellte, dass ein Erleben einer starken emotionalen Erregung, der Grundbaustein für posttraumatische Symptomaten ist. Er fand ebenfalls heraus, dass Menschen nach traumatischen Erlebnissen, Empfindungen, Emotionen und mit dem Trauma in Verbindung stehende Handlungen, automatisch wiederholen. Janets oberstes Ziel war es, den Geist seiner Patienten*innen in Gesprächen zu ergründen und traumatische Erfahrungen und die damit einhergehenden Symptomaten zu behandeln. Er war der Erste, seit Beginn der Traumaforschung, der auf den Unterschied zwischen den Geschichten, die Menschen über ihre Traumaerfahrung erzählten und der Traumaerinnerung selbst, hingewiesen hat.¹³ Das Interesse, Traumata wissenschaftlich zu erforschen, unterlag in den letzten 150 Jahren starken Schwankungen, die durch politische Gegebenheiten und pharmakologische Forschungen begründet waren. Verschiedenste Entwicklungspsychologen*innen und Bindungstheoretiker*innen haben sich mit dieser Thematik über viele Jahrzehnte auseinandergesetzt. Im Zuge der Erarbeitung der Thesis ist es von größter Wichtigkeit, bindungstheoretisches Grundlagenwissen näher zu betrachten und den Mythos aus dem Weg räumen, dass kleine Kinder zu jung sind, um traumatische Erlebnisse zu verzeichnen.

¹³ vgl. van der Kolk 2021, S. 213f, S.215f

1.2. Grundlagen der Bindungstheorie

„Bei unserem Eintritt in die Welt schreien wir, um uns bemerkbar zu machen. Daraufhin kümmert sich sofort jemand um uns, badet uns, wickelt uns, gibt uns etwas zu essen, und, was das Beste ist, unsere Mutter legt uns auf ihren Bauch oder an ihre Brust, und wir erleben einen wonnevollen Kontakt von Haut zu Haut. Wir Menschen sind zutiefst soziale Wesen; unser Lebensziel ist, unseren Platz in der menschlichen Gesellschaft zu finden.“¹⁴

John Bowlby, ein englischer Psychoanalytiker und Psychiater, gilt als Begründer der Bindungstheorie, die aussagt, dass die Entstehung einer sicheren emotionalen Bindung eines Kindes, Grundlage für eine gesunde psychische und emotionale Stabilität, für den weiteren Lebensweg, ist.¹⁵ Ende des Jahres 1940 gab John Bowlby seine wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Auswirkung kriegsbedingter Trennungen von kleinen Kindern und deren Müttern bekannt sowie die Auswirkungen von Trennungsphasen während eines Krankenhausaufenthaltes von Kindern, die zu jener Zeit ohne Mutter im Krankenhaus behandelt und versorgt wurden. Bowlby erkannte, dass Kinder mit Verhaltensstörungen auf reale Ereignisse reagieren, wie auf Trennung, Vernachlässigung und Gewalt und dieses Verhalten kein Produkt kindlicher sexueller Fantasien ist, wie zu damaliger Zeit angenommen wurde. Aufgrund dieser Erkenntnis, widmete John Bowlby sein weiteres Leben der Erforschung, der uns heute bekannten Bindungstheorie. Auf dem Weg zum erwachsenen Menschen lernen wir für uns selbst zu sorgen, sowohl emotional wie auch physisch. Doch das Erste, was uns auf diesem Weg zur Selbstfürsorge gelehrt wird, wird durch die Art vermittelt, wie Andere für uns sorgen. Harmonische Interaktionen mit unseren Bezugspersonen bestimmen größtenteils unsere spätere Selbstregulation. Erfahren wir im Säuglings- und Kleinkindalter von unseren Eltern Trost und Geborgenheit und können darauf vertrauen, sind wir für das spätere Leben gestärkt und können schlimmen Schicksalsschlägen gegenüberreten.¹⁶ John Bowlby kam zu der Erkenntnis, dass Kinder vor allem auf Gesichter und Stimmen ansprechen und höchst sensibel auf Gesichtsausdruck, Stimmcharakter, Bewegungsgeschwindigkeiten, Körperhaltung und physiologische Veränderungen reagieren. Bowlby wies darauf hin, dass diese angeborene Fähigkeit durch unsere Evolution bestimmt ist und das Überleben von kleinen Kindern sichert. Kinder wählen von Natur aus eine bestimmte bzw. wenn überhaupt nur sehr wenige Bezugspersonen aus, mit denen sie ein gemeinsames

¹⁴ van der Kolk 2021, S.135

¹⁵ vgl. Brisch/ Hellbrügge 2003, S.7

¹⁶ vgl. van der Kolk 2021, S.134f

Kommunikationssystem herstellen. Aus dieser Interaktion entsteht eine primäre Bindungsbeziehung. Je intensiver der/die Erwachsene sich mit dem Kind beschäftigt, umso enger wird die Bindung zwischen den Beiden und das Kind hat die besten Voraussetzungen, um gesunde Reaktionen auf die sich umgebende Welt zu entwickeln.¹⁷

Hieraus ergeben sich laut Bowlby das Bindungssystem, seitens des Kindes und das Fürsorgesystem, seitens der Bezugsperson, die es zu unterscheiden gilt. Das Bindungssystem richtet sich auf die Sicherung der Nähe des Kindes zur Bezugsperson und sorgt für emotional-psychische Sicherheit. Dieses System wird durch den Säugling aktiviert, wenn eigene Sicherheitsbedürfnisse gestillt werden müssen. Das Fürsorgesystem zielt darauf ab, geeignete Verhaltensweisen bei der Bezugsperson zu aktivieren, die die Bedürfnisse des Kindes nach Sicherheit und Nähe befriedigen sollen. Die Bezugsperson nutzt hierfür frühere Fürsorgeerfahrungen, die im Unterbewussten gespeichert sind. Dieses abgespeicherte Repertoire an fürsorglichen Verhaltensweisen kann durch neue Erfahrungen verändert und ergänzt werden, mit dem Ziel, zwischen dem Säugling und der Bezugsperson Nähe und Sicherheit herzustellen. Das Kind bzw. der Säugling setzt Signalverhaltensweisen, wie Weinen, Lächeln, Blickkontakt ein oder setzt aktive Bindungsverhaltensweisen, wie Suche nach Körperkontakt oder Festklammern ein, um das Fürsorgesystem bei der Bezugsperson zu aktivieren. Sensitivität und Feinfühligkeit sind unabdingbare Fähigkeiten der Bezugsperson, die es ihnen ermöglichen, ein angemessenes Fürsorgeverhalten zu zeigen und die Signal- und Bindungsverhaltensweisen des Kindes richtig zu interpretieren, um beispielsweise zwischen Hunger- und Schmerzschi-ei unterscheiden zu können. Reagiert die Bezugsperson angemessen auf die kindlichen Bedürfnisse, erfährt das Kind ein Gefühl der Sicherheit in seiner Umgebung und kann Vertrauen zu der sich umgebenden Welt entwickeln. Dies gilt als Fundament für die Entstehung einer sicheren Bindung zwischen dem Kind und der Bezugsperson. Es wird davon ausgegangen, dass das Bindungsverhalten und das Explorationsverhalten des Kindes nicht gleichzeitig ablaufen können und es einem Kind, das durch Bindungsverhalten, das Fürsorgesystem der Bezugsperson aktivieren will, nicht in der Lage ist, gleichzeitig seine Umwelt zu erkunden.¹⁸ Bowlby zeigte auf, dass kommunikative und interaktive Erfahrungen des Säuglings mit der Bezugsperson die Qualität der Bindung beeinflussen und sich daraufhin unterschiedliche Bindungsqualitäten ergeben. Forschungen ergaben, dass bereits Kleinkinder in den ersten Lebensjahren affektive und

¹⁷ vgl. van der Kolk 2021, S.135

¹⁸ vgl. Lohaus/Vierhaus 2019, S.120f, S.122, S.125

sensomotorische Beziehungserfahrungen sammeln und Erwartungen auf nonverbaler Ebene in Gedächtnisstrukturen gespeichert werden.¹⁹

Sind die kindlichen Bedürfnisse gestillt, ist die Voraussetzung dafür gegeben, dass das Kind seine Umwelt erkunden kann. Diese Bindungserfahrungen, die das Kind in seiner Entwicklung sammelt, beeinflussen das Eingehen späterer Bindungen, die an bestimmte Erwartungen an soziale Beziehungen geknüpft sind. Auf Grundlage der Bindungserfahrungen, die das Kind im Laufe der Bindungsentwicklung in den ersten zwei Jahren seines Lebens gesammelt hat, lassen sich vier charakteristische Bindungsmuster differenzieren. Kinder, die eine sichere Bindung zu ihrer Bezugsperson entwickelt haben, können auf Entdeckungsreise in der Umgebung gehen und bei unsicheren Situationen zu ihrer Bezugsperson zurückkehren. In Trennungssituationen weinen die Kinder oftmals, weil sie ihre Bezugsperson vermissen, freuen sich bei Wiederkehr dieser und suchen sofort Nähe und Geborgenheit. Trösten des Kindes durch fremde Personen ist in Trennungssituationen nicht vollständig möglich. Kinder, die eine unsicher- vermeidende Bindung aufweisen, verhalten sich in Trennungssituationen zur Bezugsperson gleichgültig und scheinen äußerlich kaum davon berührt zu sein. Der fremden Person gegenüber verhalten sie sich unauffällig und bei Wiederkehr der Bezugsperson meiden sie dessen Nähe und gemeinsame Aktivitäten. Kinder, die eine unsicher- ambivalente Bindung aufzeigen verhalten sich in Trennungssituationen bei Wiederkehr der Bezugsperson ärgerlich und wütend. Sie sind auch bei Wiederkehr kaum zu trösten und reagieren auf die fremde Person eher passiv bis wütend. Vor der Trennungssituation ist zu beobachten, dass die Kinder die Nähe zur Bezugsperson suchen, jedoch wenig Interesse an der Entdeckung der Umgebung zeigen. Das letzte charakteristische Bindungsmuster ist die desorganisiert- desorientierte Bindung, bei der Kinder widersprüchliche Verhaltensmuster zeigen, die keinem anderen Bindungsmuster zugeordnet werden können. Die Kinder weisen bizarre Verhaltensweisen, wie Verhaltensstereotypen oder unvollständige Bewegungsmuster auf. Kinder, die keine sichere Bindung aufweisen, haben in ihrer frühesten Kindheit erfahren müssen, dass von der Bezugsperson keine Sicherheit und Zuverlässigkeit ausgeht und sie zurückgewiesen wurden. Aus Angst, erneut zurückgewiesen zu werden, zeigt das Kind kein Bindungsverhalten und es besteht keine sichere Basis. Diese Kinder zeigen Verhaltensweisen einer unsicher vermeidenden Bindung, in extremen Stresssituationen ist jedoch zu beobachten, dass Kinder trotz der unsicheren Bindung die Nähe zur Bezugsperson suchen.²⁰

¹⁹ vgl. Gil/Rupprecht 2003, S.969

²⁰ vgl. Lohaus/Vierhaus 2019, S.125f

Haben Kinder wechselnde Erfahrungen zwischen Zuverlässigkeit und Unzuverlässigkeit ihrer Bezugspersonen gesammelt, die phasenweise abliefen, zeigen sich Verhaltensweisen einer unsicher ambivalenten Bindung. Das Kind neigt dazu, sich an die Bezugsperson zu klammern und so Nähe und Geborgenheit zu sichern, kann die Bezugsperson zur Emotionsregulation jedoch nicht nutzen und reagiert wütend in Trennungssituationen. Erfährt ein Kind besonders ungünstige Interaktionserfahrungen seitens der Bezugsperson, wie ängstliches oder beängstigendes Verhalten oder sogar Misshandlungen, weist es Verhaltensweisen einer desorganisierten- desorientierten Bindung auf.²¹

Gesammelte Bindungserfahrungen im Laufe der Kindheit wirken sich zum einen auf das Explorationsverhalten des Kindes aus und zum anderen auf die Entwicklung der „inneren Welt“. Belastende frühe Bindungserlebnisse können zu einer Störung im Bereich der Affektregulation führen und somit einen Nährboden für andere psychische und psychosomatische Symptomatiken bilden. Kinder, die jedoch eine sichere Bindung aufbauen konnten, sind im späteren Leben geschützter vor psychischen Störungen insbesondere vor Phobien.²² Kinder erlernen bestenfalls im Zuge der Bindungserfahrungen ihre Emotionen zu regulieren, Bedürfnisse mitzuteilen und absichtsvoll zu handeln. Dieser Prozess der sozialen- emotionalen Entwicklung ist beginnend gekennzeichnet durch die Entwicklung von Regulation und Aufmerksamkeit, dass ein neugeborenes Kind durch in Kontakt treten aufweist. Es schaut seinen Eltern in die Augen und stellt durch die Aktivierung des Fürsorgesystems, ein System der Nähe und Geborgenheit her. Dies stellt den Übergang zum Entwicklungsschritt der sozialen- emotionalen Entwicklung dar. Er ist gekennzeichnet durch das in Kontakt treten des Kindes mit dessen Bezugsperson und Verbundenheit. Ein gegenseitiges aufeinander eingehen, indem die Eltern Geräusche und Aktivitäten des Kindes spiegeln, schaffen die Basis einer wechselseitigen und instinktiven Beziehung zueinander. Dies stellt den Übergang zum dritten Prozess der sozial- emotionalen Entwicklung dar, der gekennzeichnet ist durch das Erlernen der Fähigkeit zur bidirektionalen Kommunikation. Das Kind entwickelt im ersten Lebensjahr gemeinsam mit den Eltern ein Kommunikationssystem, das es ihnen ermöglicht, die Bedürfnisse des Kindes richtig zu deuten. Das Kind schafft kommunikative Grundlagen, um in soziale Interaktion zu treten und Bedürfnisse, wie aus dem Bettchen genommen werden, Schuhe ausziehen oder draußen spazieren gehen, zu äußern.²³ Es kann verstehen, was eine andere Person ihnen mitteilen möchte, welches durch körperliche Gesten, Gesichtsausdruck und Verhalten, das auf bestimmten

²¹ vgl. Lohaus/Vierhaus 2019, S. 127

²² vgl. Gil/Rupprecht 2003, S.968

²³ vgl. Delahooke 2020, S.45f

Emotionen beruht, interpretiert wird. Dies stellt die grundlegenden Fähigkeiten einer weiteren Phase der emotionalen- sozialen Entwicklung dar, in der das Kind das soziale Problemlösen erkennt. Das Kind ist in der Lage seine neu erlernten Fähigkeiten zu nutzen, um Andere auf eigene Bedürfnisse und Gefühle aufmerksam zu machen, durch Fragen und Zeigen beispielsweise, ohne in direkte Kommunikation zu treten. Im weiteren Verlauf dieses Prozesses, emotional- soziale Fähigkeiten zu erlernen, wird die Kommunikation des Kindes zu seiner Bezugsperson effizienter, wenn es Wörter und Symbole nutzt. Dies ermöglicht dem Kind durch direkte Kommunikation, Bedürfnisse und Gefühle zu äußern. Es muss nun nicht mehr Wünsche durch physische Handlungen, wie die Mutter an die Hand zu nehmen, um einen Keks beispielsweise zu bekommen, zum Ausdruck bringen. Das Kind erlernt im Laufe der ersten Lebensjahre Worte zur Kommunikation zu nutzen, die auch Gegenstände, Empfindungen und Wünsche beschreiben. Dies ermöglicht ihm eigene Gefühle auszudrücken und anderen Menschen mitzuteilen. Die Verwendung von Symbolen in der Kommunikation deutet auf einen weiteren Schritt der sozialen- emotionalen Entwicklung hin. Der Mensch ist nun in der Lage sich emphatisch seinem Gegenüber zu verhalten und versteht, dass Menschen nicht immer gleich fühlen und auch andere Ansichten haben, die es zu tolerieren gilt. Der Mensch ist nun in der Lage eine eigene Meinung zu vertreten und mit der Komplexität der sich umgebenden Umwelt fertig zu werden. Dieser beschriebene dynamische Prozess der sozial- emotionalen Entwicklung ermöglicht es Kindern ihre Emotionen, Impulse und Verhaltensweisen zu kontrollieren, sowie über innere Kämpfe, Ängste und Gefühle reden zu können, ohne mit Verhalten darauf zu reagieren. In dieser Entwicklung ist jeder Mensch von verschiedensten Mitmenschen, der Umgebung und individuellen Erlebnissen umgeben, die diese Phase beeinflussen. Auch die eigene Gehirnentwicklung ist dabei nicht außer Acht zu lassen. Der Prozess der sozial -emotionalen Entwicklung läuft somit individuell ab und die Fähigkeit, Emotionen, Impulse und Verhaltensweisen zu kontrollieren, kann bis ins Erwachsenenalter andauern.²⁴

Diese Erfahrungen, die das Kind im Laufe seiner Entwicklung gesammelt hat, fließen in die spätere soziale Entwicklung mit ein. Sicher gebundene Kinder sind, sind in der Kindheit kontaktfreudiger und beliebter untereinander, da sie im sozialen Gefüge Unterstützung erwarten, weil sie diese in ihrer frühesten Kindheit erfahren haben. Auch die kognitive Entwicklung wird durch eine sichere Bindung positiv beeinflusst.²⁵

²⁴ vgl. Delahooke 2020, S.46f

²⁵ vgl. Lohaus/ Vierhaus 2019, S.130

Wie schon erwähnt können Kinder, die sich nicht um die Aktivierung von Fürsorgeverhalten bemühen müssen und somit ihr Bindungssystem gestillt ist, ihre Umgebung erkunden und auf Entdeckungsreise gehen und Unbekanntes untersuchen, Erfahrungen sammeln und Neues lernen. Kinder, die jedoch in frühesten Kindheit traumatische Erfahrungen gesammelt haben und die angestaute Energie, die während des traumatischen Erlebnisses entstanden ist, nicht abbauen konnten, schaffen eine Grundlage für Traumafolgestörungen.

1.3. Entstehung von Entwicklungstraumata

„Sichere frühe Beziehungen schützen Kinder vor lebenslangen Problemen. Und Eltern mit eigenen genetisch bedingten Schwächen können diesen Schutz an die nächste Generation weitergeben, wenn sie in ihrem Bemühen adäquat unterstützt werden.“²⁶

Die Kindheit ist die Phase von der Geburt, bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, in der das Kind verschiedenste Entwicklungsphasen durchläuft und unterschiedliche Bindungserfahrungen, je nach Reifegrad und Alter, sammelt. Traumatisierungen während dieser Phase durch Bindungspersonen können ausschlaggebend dafür sein, dass weitere Entwicklungsschritte nicht oder nur mühevoll bewältigt werden können. Das Wachstum des neuronalen Systems wird, je früher das traumatische Erlebnis eintrat, tiefgreifend beeinflusst. Das Kind ist nicht in der Lage das Trauma allein zu bewältigen, weil seine Widerstandskraft nicht ausreichend ausgebildet ist. Vor allem traumatische Erlebnisse durch Bindungspersonen sind besonders schwer zu bewältigen, da diese in der Kindheit den sicheren Hafen symbolisieren und schutzgebend sein sollen, wenn Gefahr droht. Trotz zahlreicher Präventionsangebote für Familien mit Kindern, wachsen immer noch zahlreiche Kinder in Familien auf, in denen sie geschlagen, sexuell missbraucht oder vernachlässigt werden. Traumafolgestörungen können sogar transgenerativ weitergegeben werden und können ein Leben völlig verändern.²⁷

Als Entwicklungstraumatisierung wird die traumatische Erfahrung von Kindern bezeichnet, die sich über einen längeren Zeitraum erstreckt, in der das Kind wichtige Entwicklungsschritte bewältigen musste, die für die weitere Entwicklung notwendig sind. Diese Art der Traumatisierung geschieht oft durch Bindungspersonen, die in einer sicheren Bindungsqualität den sicheren Hafen fürs Kind darstellen und ihnen Schutz vor Gefahren

²⁶ van der Kolk 2021, S.188

²⁷ vgl. Garbe 2015, S.16ff

bieten sollen. Das Kind erfährt in frühesten Kindheit, dass die Bindungsperson Geborgenheit und Schutz nicht oder nur teilweise bieten kann. Gefühle, wie Angst, Einsamkeit und Schmerz werden aufgrund dieser Erfahrungen als normal erlernt. Bereits vorgeburtlich und nach der Geburt werden Erfahrungen gesammelt und durch den Aufbau basaler neuronaler Verknüpfungen im Gehirn gespeichert, die im weiteren Leben bestätigt und verstärkt werden. Frühe Erfahrungen mit Bindungspersonen wirken sich auf die Entwicklung des Urvertrauens aus, dem natürlichen Prozess unseres Organismus, vom Zustand der Anspannung in den Zustand der Entspannung, nach einem negativen Erlebnis zu kommen.²⁸

Das Entwicklungsstrauma wird im Jahre 2009 von Bessel van der Kolk als neue Diagnose im kinderdiagnostischen Bereich vorgeschlagen. Diese Diagnose soll frühe Traumatisierung zusammenfassen, die bis jetzt nicht in Diagnosehandbüchern niedergeschrieben ist. Folgen chronischer Traumatisierung mit Entwicklungsbeeinträchtigungen, bei denen Kinder mit starken negativen Gefühlen, wie Angst und Wut beispielsweise agieren, sollen ebenfalls erfasst werden. Starke Bindungsstörungen und dissoziative Symptomatiken sind ein Teil der Anzeichen für frühe Traumatisierung bei Kindern, die dadurch in ihrer gesamten Entwicklung beeinträchtigt werden.²⁹

Im Jahre 2009 reichte van der Kolk bei der American Psychiatric Association einen Antrag auf Einführung der neuen Diagnose, der entwicklungsbezogenen Traumafolgestörung, ein. Vorherige Studien mit unterschiedlichsten Klinikern*innen und Forschern*innen, die sich auf Kindheitstraumata spezialisierten und als Arbeitsgruppe zusammentraten, erforschten viele Jahre die Symptomatiken von Kindern und Jugendlichen, die psychosoziale Verhaltensauffälligkeiten zeigten. Bei der Auswertung der Ergebnisse stellten die Wissenschaftler*innen Parallelen bei Verhaltensweisen der Kinder fest, wie Dysregulation im Spiel, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwächen sowie Probleme bei der Herstellung und Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten. Die Gefühle der Kinder wechselten rasch von einem Extrem ins Andere und sie konnten hierbei nicht benennen, wie sie sich fühlten, noch konnten sie sich beruhigen. Sie waren getrieben von Wut- und Panikanfällen bis hin zur Ausdruckslosigkeit und Abwesenheit. Van der Kolk und weitere Kliniker*innen aus der Arbeitsgruppe suchten nach einer passenden Diagnose für diese Kinder, deren Krankenakte im Laufe der Zeit mit verschiedensten Diagnosen bestückt und als nichtssagende Etiketten den Kindern angehängt wurden.³⁰ Störung mit oppositionellem Trotzverhalten oder disruptive Affektregulationsstörung sind beispielsweise Diagnosen, die zwar das

²⁸ vgl. Garbe 2015, S.21ff

²⁹ vgl. Hantke/ Görges 2012, S.93

³⁰ vgl. van der Kolk 2021, S.191f

Verhalten der Kinder beschreiben aber nicht zur Heilung beitragen. Neue Medikamente wurden verschrieben und mit Verhaltens- und Expositionstherapie mit diesen Kindern durch Psychologen*innen, die nicht an der Arbeitsgruppe beteiligt waren, gearbeitet. Dies war zwar zu damaligen Zeit der modernste Weg, jedoch brachte er wenig Erfolg und verschlimmerte manchmal sogar die Symptome bei den betroffenen Kindern. Nachdem Bessel und sein Forscherteam ihre Ergebnisse zusammengetragen hatten, reichten sie diese wie bereits erwähnt im Februar 2009 ein. Der Antrag auf Einführung der entwicklungsbezogenen Traumafolgestörung wurde abgelehnt und in dem Antwortschreiben darauf hingewiesen, dass die Tatsache, dass frühkindliche schädliche Erlebnisse zu einer Entwicklungsstörung führen können, nicht durch die Forschung belegt sei, sondern einer klinischen Institution entsprungen ist.³¹ Auch andere Fachleute haben sich mit der Thematik auseinandergesetzt und schlagen ebenfalls eine Einführung der Diagnose im Diagnosehandbuch vor. Forschungsergebnisse weisen eindeutig darauf hin, dass langanhaltende Traumatisierungen in der Kindheit, vor allem verursacht durch Bindungspersonen, folglich komplexer und tiefer in die Persönlichkeit hineingehen als traumatische Erlebnisse, die im späteren Leben erfahren werden. Die folgende Abbildung aus dem Buch „Das kindliche Entwicklungs-trauma“ von Elke Grabe zeigt, dass Entwicklungstraumastörungen unter Typ 2 aber auch unter Typ 3 und 4 zu finden sind und Symptomatiken differenzierter betrachtet werden müssen.³²

Typ I einfache PTBS	Intrusionen, Vermeidung, Hyperarousel, ohne Komorbidität
Typ II PTBS plus traumakompensatorische Symptomatik	plus Komorbidität, z. B. Angst, Depression, Somatisierung, Abhängigkeitserkrankungen, Depersonalisation, Derealisation, sonstige kompensatorische Symptome
Typ III PTBS plus persönlichkeitsprägende Symptomatik	plus schwere emotionale Instabilität dissoziative Symptomatik, Bindungs- und Beziehungsstörungen, verändertes Selbst- und Weltbild
Typ IV PTBS plus komplexe dissoziative Symptomatik	plus Amnesien, Teilidentitätsstörungen, Identitätswechsel

Abb. 3: Diagnostik und Symptomatik von Traumafolgestörungen (nach Schellong 2013)

33

³¹ vgl. van der Kolk 2021, S.191ff, S.194

³² vgl. Garbe 2015, S.28

³³ vgl. ebd.

An der Universität in Zürich haben sich im Jahre 2015 Tobias Hecker und Andreas Maercker aus dem psychopathologischen Bereich, mit dieser Thematik ebenfalls auseinandergesetzt und Vorschläge für die Übernahme der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung in das neue ICD- 11 gemacht. Diese neue Diagnose ist gekennzeichnet durch Affektregulationsstörungen, Bindungsstörungen und einem negativen Selbstbild und hebt sich damit von der, im ICD-10 beschriebenen Symptomen für eine klassische posttraumatische Belastungsstörung ab. Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung ist gekennzeichnet durch starke psychologische Reaktionen, die ausgelöst werden durch sich wiederholende traumatische Erlebnisse. Das häufigste traumatische Erlebnis ist hierbei sexueller und physischer Missbrauch.³⁴ Mit der Einführung der neuen Diagnose in das Diagnosehandbuch ICD-11 wurde ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung gemacht, um im klinischen Alltag mit Patienten, die in ihrer frühesten Kindheit traumatische Erfahrungen gesammelt haben, komplexer arbeiten zu können. In welcher Art sich die Symptomatik von traumatisierten Kindern und Jugendlichen zeigt, wird im nächsten Gliederungspunkt genauer betrachtet.

1.4. Symptomatik von traumatisierten Kindern und Jugendlichen

„Jedes Trauma ist enorm ängstigend, aktiviert maximal das Bindungssystem und erschüttert das Gefühl von einer sicheren emotionalen Basis. Dies umso mehr, wenn der Täter eine Bindungsperson ist, an die sich etwa das Kind in Zeiten vor der Traumatisierung vertrauensvoll gewandt hat.“³⁵

Die jahrelange Forschung in der Psychotraumatologie hat gezeigt, dass eine Fülle von psychischen Symptomen nach einer Traumatisierung, die nicht verarbeitet wurde, entstehen kann. Psychische Erkrankungen, wie Angsterkrankungen, Borderline-Störungen und Depressionen, aber auch Affektregulationsstörungen können auf der Grundlage von traumatischen Erlebnissen und posttraumatischen Belastungsstörungen gedeihen.³⁶ Schüttet der Körper aufgrund eines Traumas vermehrt Stresshormone aus, um vorgestellte und reale Gefahren zu verarbeiten, entstehen psychische Symptome, wie Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Hypersensibilität gegenüber Geräuschen oder Berührungen und nicht nachvollziehbare Körperschmerzen. Menschen sind in aufgebrachten Situationen nicht in der

³⁴ vgl. Hecker/Maercker 2015, S.4f, S.9f

³⁵ Brisch/ Hellbrügge 2003, S.8

³⁶ vgl. Brisch/Hellbrügge 2003, S.8

Verfassung aufmerksam zu sein und sich auf bestimmte Dinge zu konzentrieren. Folglich entwickeln sie Aktivitäten, um ihre Anspannung zu verringern, wozu auch selbstschädigendes Verhalten, chronische Masturbation und Wiegebewegungen des Körpers zählen. Die Feinmotorik und die Sprachentwicklung werden ebenfalls durch anhaltenden Stress negativ beeinflusst, weil die Betroffenen ihre Energie darauf fokussieren, die Kontrolle über ihr Leben zu behalten. Kinder und Jugendliche, die oft in ihrem Leben verlassen wurden, bleiben in einer nach Nähe und Geborgenheit suchenden Haltung, selbst denen gegenüber, die sie misshandelt, missbraucht oder vernachlässigt haben. Sie sehen sich selbst als wertlos an und empfinden Selbstekel. Oftmals ist zu beobachten, dass es den Betroffenen schwerfällt, Freundschaften einzugehen.³⁷ Charakteristische Symptomatiken von Traumata, welche in jeder Altersstufe zu beobachten sind. Dazu zählen die Übererregung, die Kontraktion, die Dissoziation und das Empfinden von Taubheit und Erstarrung, das mit dem Gefühl von Hilflosigkeit einher geht. Das traumatische Erlebnis wird durch die Dissoziation abgespalten und aufgeteilt, so dass Bilder, Geräusche, Emotionen, physische Empfindungen und Gedanken, die mit dem Trauma in Verbindung gebracht werden, als sensorische Erinnerungsteile in die Gegenwart dringen und immer wieder aufs Neue erlebt werden.³⁸ Der Begriff „Dissoziation“ entstand Ende des 19. Jahrhunderts in der Traumaforschung und bezeichnet einen Mechanismus, der im Falle von Bedrohung und Überforderung von staten geht und das vernünftige, verstandesmäßige Denken abschaltet, um lebenserhaltende Aktivitäten anzuregen. Die Wahrnehmung von Schmerz und anderen Gefühlen wird verhindert, sobald der Körper in eine Über- oder Unterspannung gerät. Die Übererregung ist der Zustand der Kampf- und Fluchtreaktion sowie der Lähmung, die Unterspannung meint den Zustand der Ohnmacht. Dissoziation zeigt sich somit in unterschiedlichsten Erscheinungsformen, die sich zum Teil auch widersprechen können. Es kann also sein, dass ein Betroffener in diesem Zustand vor Spannung bebt und aggressiv reagiert, ein Zweiter hingegen liegt am Boden, weil er ohnmächtig geworden ist und ein Dritter scheint äußerlich entspannt zu sein, tobt aber innerlich. Während dieser Phase der Dissoziation ist das bewusste Denken unterbrochen und Erlebtes kann nicht verarbeitet und gespeichert werden.³⁹

Die Fähigkeit des Urteilsvermögens, die Wahrnehmungsfähigkeit, die Bindungsqualität und die eigene Persönlichkeit spielen eine entscheidende Rolle in der Ausprägung der Symptomatik. Auch unterscheiden sie sich von Kleinkindern zu Erwachsenen. Kinder

³⁷ vgl. van der Kolk 2021, S.192f, S.82f

³⁸ vgl. Levine/Kline 2021, S.60

³⁹ vgl. Hantke/Görges 2012, S.74f, S.77f, S.

haben im Gegensatz zu Erwachsenen weniger Zugang zu Ressourcen, die es ihnen ermöglichen, die Situation einzuschätzen und so Stress zu reduzieren. Hierbei sind sie auf die Unterstützung der Erwachsenen angewiesen, die die Bedürfnisse nach Sicherheit, Geborgenheit und Selbstregulation befriedigen müssen. Kleinkinder und Säuglinge sind in ihren motorischen und sprachlichen Fähigkeiten noch begrenzt und entwickeln nach einem traumatischen Erlebnis sehr wahrscheinlich neue Ängste, Reizbarkeit, verschließen sich, reagieren impulsiv und integrieren Vermeidungsverhalten. Der Zustand des „Einfrierens“ bzw. der Dissoziation tritt bei kleinen Kindern und Säuglingen ein, wenn das Nervensystem die eigene Belastungsgrenze erreicht hat. Zu beobachten ist, dass sie Auffälligkeiten im Schlafmuster aufzeigen sowie in der Art des Spiels, einen erhöhten Drang nach Aktivitäten haben und dazu neigen emotional über zu reagieren, durch übersteigerte Wut oder Angst. Des Weiteren klagen diese Kinder oftmals über Kopf- und Bauchschmerzen und gehen nach dem Trauma in frühere Entwicklungsphasen zurück, die ihnen ein Gefühl der Sicherheit gegeben haben. Kinder im Vorschulalter haben eine größere Vielfalt an Bewältigungsstrategien zur Verfügung, die es ihnen ermöglichen auf ein traumatisches Erlebnis zu reagieren. Bei ihnen ist zu beobachten, dass sie in frühere Verhaltensweisen, wie Einkoten, Einnässen oder Daumenlutschen beispielsweise zurückkehren. Kinder spielen häufig und wiederkehrend Aspekte des Traumatums nach und es scheint, als wäre es ein Spiel ohne Fantasie und abwechslungsreiche Situationen, dass von Hoffnungslosigkeit gesteuert wird. Hierbei kann das Kind auch, wenn es gewalttätige Situationen nachspielt, von der Opferrolle in die Täterrolle wechseln. Des Weiteren ist zu beobachten, dass Kinder über Alpträume klagen, in denen die Erinnerungen des traumatischen Erlebnisses zum Vorschein treten. Sie schreiben einzelnen Aspekten der Situation besondere Bedeutung zu und können beispielsweise, nachdem sie einen Brand eines gelben Holzhauses gesehen haben, alle anderen gelben Häuser als Gefahr ansehen. Ein- und Durchschlafstörungen sowie übermäßige Schreckhaftigkeit zählen zu den Symptomen der Übererregung nach einem Trauma. Werden diese Symptome chronisch, können sie denen der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung ähneln. Emotionale Ausbrüche mit aggressivem Verhalten und Entwicklung neuer Ängste sind ebenfalls symptomatische Anzeichen im Vorschulalter für eine Traumatisierung. Alltägliche Routineabläufe und Freizeitaktivitäten werden zur emotionalen Belastungsprobe für die Kinder, aber auch für die Eltern.⁴⁰

Haben Kinder in den ersten Lebensjahren bereits mehrfach traumatische Erfahrungen sammeln müssen, kann dies mit einer Bindungsstörung einhergehen, die die Überlebens- und

⁴⁰ vgl. Levine/Kline 2021, S.61f, S.64f, S.68f, S.71ff, S.73f

Verhaltensmuster verändert. Kinder mit einem Entwicklungstrauma ziehen sich oft in ihre eigene Welt zurück, zeigen Anzeichen von Nährstoffmangel durch eine Unterernährung und neigen zu selbstverletzendem Verhalten, wie Bisswunden zufügen oder Haare ausreißen. Kinder, die Liebesentzug erfahren haben, scheinen ihre Erwartungshaltung an das Eingehen an emotional hilfreichen Beziehungen ad acta gelegt zu haben und reagieren auf äußere Einflüsse mit ängstlichem, abwehrendem und erschrockenem Verhalten.⁴¹

Kinder im Schulalter und Jugendliche zeigen ebenfalls Störungen im Schlafverhalten, neigen dazu, das Erlebte wieder zu erleben und klagen über körperliche Beschwerden. Das Verhalten dieser Kinder und Jugendlichen ist unbeständig und von neuen Ängsten gekennzeichnet. Traumatisierte Schulkinder werden häufig erst in der Schule auffällig, da in dieser Zeit neue Stressfaktoren hinzukommen. Häufig werden Diagnosen, wie Aufmerksamkeitsdefizitstörung gestellt, sowie Schulphobie, Verhaltensauffälligkeiten oder Depression. Schulkinder haben, im Gegensatz zu Säuglingen und Kleinkindern, ein höheres Niveau an moralischer Entwicklung und zukunftsorientiertem Denken initiiert, das es ihnen ermöglicht komplexer zu denken. Hieraus ergibt sich aber auch die Möglichkeit, dass sie in chronischer Übererregung Zukunftsängste entwickeln, ihnen oder ihren Mitmenschen könne etwas Schlimmes zustoßen. Die Kinder befinden sich in einem ständigen Überwachungsmechanismus. Nervosität, Schreckhaftigkeit und gesteigerte Wachsamkeit gegenüber der Umgebung ist die Folge. Sie werden als leicht ablenkbar, unkonzentriert oder „Tagträumer“ beschrieben, als streitsuchend aber auch als extrem schüchtern, bis hin zur sozialen Isolation. Studien ergaben, dass es hierbei geschlechtsspezifische Unterschiede gibt und Mädchen eher nach innen gerichtete Verhaltensweisen, wie Rückzug, aufzeigen, Jungen hingegen reagieren eher nach außen, mit streitsüchtigem Verhalten beispielsweise.⁴²

Jugendliche weisen oftmals Symptomaten auf, die denen der Erwachsenen ähneln. Das Wiedererleben des traumatischen Erlebnisses wird versucht zu unterdrücken, indem Erinnerungen und die damit verbundenen Gedanken, Gefühle und Aktivitäten vermieden werden. Sie greifen nach betäubenden Mitteln, wie Drogen oder Alkohol, um diese Erinnerungsfragmente für eine Zeit lang ausblenden zu können und suchen nach aufregenden Abenteuern, die sexueller oder gefährlicher Natur sein können. Zu beobachten ist auch, dass sie unter Schlaflosigkeit leiden, reizbar, depressiv, unaufmerksam und/oder ängstlich sind. Sie schwänzen die Schule und erleiden einen Leistungsabfall. Jugendliche, die von sexuellem und körperlichem Missbrauch betroffen waren, reagieren oftmals mit

⁴¹ vgl. Brisch/Hellbrügge 2003, S.109

⁴² vgl. Levine/Kline 2021, S.78ff, S. 80ff

selbstverletzendem Verhalten, in dem sie sich zum Beispiel Schnittwunden zufügen, um so ihren Schmerz zu lindern und die Kontrolle über den eigenen Körper zurückzuerlangen.⁴³ Wie bereits erwähnt, können verschiedenste Symptomatiken und unangemessene Verhaltensweisen, als Folge von Traumatisierung gesehen werden. Zu beachten ist jedoch, dass kein Symptom ausschließlich nach einem traumatischen Erlebnis auftritt. Eine sorgfältige Diagnostik, geleitet von spezialisiertem Fachpersonal ist unabdingbar, um eine genaue Traumadiagnose feststellen zu können. Diese kann nicht anhand von Symptomen bestimmt werden.⁴⁴

Inwieweit das traumatische Erlebnis, symptomatisch zum Vorschein tritt, hängt von unterschiedlichen Fähigkeiten, bereits entwickelten Wahrnehmungsmöglichkeiten, dem Entwicklungsstand, der Beziehungsgestaltung zu den Bezugspersonen und der Altersgruppe ab. Im nächsten Gliederungspunkt wird ein Überblick geschaffen, wie sich manifestierte Traumasymptome auf die Entwicklung zum erwachsenen Menschen auswirken und welche Folgen dies auf die Emotionsentwicklung hat.

1.5. Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung zum erwachsenen Menschen

Wenn Fragmente eines erlebten Traumas immer wieder zum Vorschein treten, prägen sich die produzierten Stresshormone der Erinnerung immer tiefer in das Unterbewusste ein. Menschen können sich im Alltag auf das Geschehene in ihrer Umgebung nicht mehr einlassen und es fällt ihnen schwer, sich auf alltägliche Aufgaben zu konzentrieren und die Freuden des Lebens zu genießen. Diese traumatisierten Menschen leben nicht komplett in der Gegenwart, sondern stecken in ihrer Vergangenheit fest.⁴⁵ Wie bereits erwähnt, ähneln die Symptomatiken von traumatisierten Jugendlichen, denen der Erwachsenen. Jedoch sind die Folgen aufgrund ihrer Einflussnahme auf das Ich- Bewusstsein andere. Die Autonomieentwicklung schließt in der Phase der Adoleszenz ab, in der ethische Wertvorstellungen initiiert und die Persönlichkeit und Beziehungsfähigkeit grundlegend entwickelt wurde. Bereits erlernte Ressourcen wirken schützend auf traumatische Erfahrungen und können Folgen abmildern. Erleben Kinder und Jugendliche in der Phase der Autonomieentwicklung überwältigenden Stress, kann sich dies negativ auf die Persönlichkeitsentwicklung auswirken. Identitäts- und Persönlichkeitsstörungen sind die Folge von regelmäßiger

⁴³ vgl. Levine/Kline 2021, S.86f

⁴⁴ vgl. Hantke/Görges 2012, S.93

⁴⁵ vgl. van der Kolk 2021, S. 83

Dissoziation, vor allem hervorgerufen durch Missbrauch von Vertrauenspersonen, in der Phase der Adoleszenz. Ein verzerrtes Ich- Bewusstsein tritt zum Vorschein, das gekennzeichnet ist durch Angst, Schuld und Scham. Einer Studie zu Folge haben Jugendliche, die gewalttätige Handlungen miterlebt haben, ein dreifach höheres Risiko, ein Problem mit Alkohol und Drogen zu bekommen und mit doppelt hoher Wahrscheinlichkeit an Depressionen zu erkranken. Jugendliche, die sexuellen Missbrauch erfahren haben hatten eine 80% höhere Wahrscheinlichkeit ein posttraumatisches Belastungssyndrom zu entwickeln.⁴⁶

Traumatisierte neigen dazu, auf eine gesunde und liebevolle Lebensweise gegenüber ihrem Geist und ihrem Körper zu verzichten. Für viele Kinder scheint sich der Fakt, sich selbst zu hassen, der sichere Weg zu sein, als die Beziehung zu vertrauten Personen durch Wut oder Aggression zu gefährden. Missbrauchte und misshandelte Kinder wachsen oft mit negativen Ich- bezogenen Glaubenssätzen auf, die das Erlebte aus der Vergangenheit rechtfertigen sollen. Betroffene unterdrücken ihre Wut und Verzweiflung, betäuben ihre Gedanken und Gefühle und spalten sich von der Wirklichkeit ab, um den Missbrauch oder die Misshandlungen zu vergessen und ihr alltägliches Leben so gut wie möglich organisieren zu können. Nach einem Trauma leben Betroffene mit einem veränderten Nervensystem. Die überschüssige Energie, die nach dem traumatischen Erlebnis nicht abgebaut und im Körper gespeichert wurde, wird genutzt, um das Chaos im Inneren zu bewältigen. Die Unterdrückungs- und Vermeidungshandlungen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, können zur Entstehung verschiedenster körperlicher Symptome führen, wie Fibromyalgie, Autoimmunerkrankungen und chronische Erschöpfung.⁴⁷ Zudem zerstören traumatische Erfahrungen die Bindungssicherheit und wirken sich negativ auf die psychische Gesundheit aus, vor allem dann, wenn das Trauma durch Vertrauenspersonen verübt wurde. Die Hauptsymptomatik sind schwere psychopathologische Entwicklungen mit Bindungsstörungen, wie Persönlichkeitsstörungen, Borderline- Persönlichkeitsstörungen und stark ausgeprägten narzisstischen Persönlichkeitsstörungen. Bei Kindern wird die Entwicklung der somatischen und kognitiven Fähigkeiten negativ beeinflusst, durch schwere emotionale Entwicklungsstörungen. Die Grundlage für psychopathologische und psychosomatische Entwicklungen sind traumatische Erlebnisse, die in der Symptomatik der Bindungsstörung die gravierendste Form der emotionalen Störung darstellen.⁴⁸ Der größte Schutzfaktor für einen Menschen ist die sichere Bindung an eine Bezugsperson, um sich emotional gesund zu entwickeln. Verunsicherung und die Zerstörung der inneren Bindungsmuster können eine

⁴⁶ vgl. Levine/Kline 2021, S.92, S.85

⁴⁷ vgl. van der Kolk 2021, S. 331, S.68

⁴⁸ vgl. Brisch/Hellbrügge 2003, S.114

Desorganisation in Bezug auf die Bildung psychischer Strukturen nach sich ziehen und stellen einen Nährboden für Symptombildung dar. Diese Strukturen können von Generation zu Generation weitergegeben werden und interaktionelle Störungen hervorrufen, auch wenn die derzeitige Generation keinem Trauma ausgesetzt war. Die Wiederherstellung der emotionalen Sicherheit zu Bindungspersonen, kann sich bei der Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen positiv auswirken. Wurde das Trauma jedoch von einer Bindungsperson verursacht, ist diese Wiederherstellung der emotionalen Sicherheit nicht gegeben und hat einen negativen Einfluss auf die psychische Entwicklung, mit der Folge der Bindungsstörung, die sich auf weitere Beziehungsgestaltungen niederschlagen kann. Traumatisierung in Form von psychischer Gewalt, kann Kinder nicht nur psychopathologisch anlasten, sondern auch im späteren Leben zu Terrorismus, Militarismus, Kriminalität und barbarischen Erziehungsmethoden führen. Die hat zur Folge, dass das Trauma über mehrere Generationen weiterleben wird.⁴⁹ Um die Weitergabe des Traumas zu vermeiden und dem Boden der Symptomatiken traumatisierter Kinder und Jugendlichen die Nährstoffe zu entziehen, wird es im weiteren Verlauf der Bachelorarbeit um traumabezogene therapeutische Handlungsansätze, auf Grundlage der Polyvagaltheorie, gehen. Im Folgenden wird es zunächst einen historischen Rückblick zur Hirnentwicklung geben sowie grundlegendes Wissen zur Polyvagaltheorie geschaffen werden.

2. Die Polyvagaltheorie

Stephen w. Porges, Begründer der Polyvagaltheorie, hat im Jahre 1994 in seiner Antrittsrede als Präsident der Gesellschaft für psychophysiologische Forschung, seine Theorie, welche aus neuen Forschungserkenntnissen zum Vagusnerv entstanden ist, vorgestellt. Mit dem Titel „Orienting in a Defensive World: Mammalian Modifications of our Evolutionary Heritage – A Polyvagal Theory“ veröffentlicht Porges ein Jahr nach seinem Vortrag, seine Erkenntnisse zur Polyvagaltheorie in einer Fachzeitschrift.⁵⁰ Porges stellt hiermit ein neues Verständnis des autonomen Nervensystems her, das auf den früheren Beobachtungen des Charles Darwin beruht und nachfolgende wissenschaftliche Forschungen einbezieht. Die unterschiedlichen Zweige des Vagusnervs, des 10. Hirnnervs, werden als polyvagal bezeichnet. Er setzt zahlreiche Organe, wie Herz, Lunge, Magen, Darm und Gehirn in Verbindung zueinander. Das Zusammentreffen viszeraler Empfindungen unseres

⁴⁹ vgl. Brisch/ Hellbrügge 2003, S.129f, S.170

⁵⁰ vgl. Rosenberg 2021, S.85

Körpers gegenüber Gesichtern und Stimmen von Menschen in der Umgebung, kann durch die Polyvagaltheorie ein Wissen über das Zusammentreffen von Gefühlen bei Gefahren und Sicherheit, vermitteln. Diese Theorie liefert eine Erklärung dafür, wie freundliche und beruhigende Stimmen sowie das Umsorgt werden von geliebten Menschen, ein Gefühl von Sicherheit und Ruhe vermitteln. Aber auch, wie Ablehnung Wutreaktionen hervorrufen und zu einem Zustand der psychischen Überbelastung führen kann. Des Weiteren macht diese Theorie verständlich, wie die Befreiung aus von Furcht und desorganisierten Zuständen, durch harmonische und von Nähe und Geborgenheit geprägte Beziehungen, gelingt. Grundlage der Polyvagaltheorie ist es, Trauma zu verstehen und Heilungsmethoden zu implizieren, die den gesamten Körper stärken und den Zustand der Erregung regulieren sollen. Die Polyvagaltheorie ermöglicht ein Verständnis der Wirkungsweise unkonventioneller Techniken zu entwickeln und aufgeschlossener gegenüber uralten nicht medikamentösen Behandlungsansätzen zu sein.⁵¹ Bevor es im Weiteren tiefergreifend um das Grundlagenwissen der Polyvagaltheorie geht, ist es im Zuge der Bachelorarbeit von größter Wichtigkeit, ein Verständnis dafür zu haben, wie sich die Forschung zur Hirnentwicklung des Menschen in den letzten Jahren entwickelt hat.

2.1. Historischer Rückblick zur Hirnentwicklung

Bevor sich die Forschung auf dem Gebiet des menschlichen Nervensystems mit dessen Erregungszustände näher beschäftigt hat, vertrat man die Annahme, dass das autonome Nervensystem zuständig ist für Organfunktionen, wie beispielsweise Atmung und Verdauung, die automatisch ablaufen. Dieses veraltete Modell besagt, dass die zwei Kreisläufe des autonomen Nervensystems, der Sympathische und der Parasympathische, für Entspannung oder Stress verantwortlich sind. Stressreaktionen auf Gefahren wurden demnach dem sympathischen Kreislauf zugeschrieben. Dem Parasympathischen hingegen wurde die Verantwortung für Entspannungsmechanismen in Verbindung mit dem Vagusnerv übertragen. Des Weiteren wurde die Meinung vertreten, dass es nur einen Vagusnerv gibt. Die erste schriftliche Erwähnung des Vagusnervs stammt von dem griechischen Arzt Claudius Galen, in der Zeit um 130- 200 n. Chr.. Galen lebte im Römische Reich und studierte die Funktion des Vagus an Gladiatoren, sowie an Schweinen und Berberaffen, die er seziierte. Hierbei erkannte er, dass die Durchtrennung des Vagusnervs zu Funktionsstörungen führte.⁵²

⁵¹ vgl. van der Kolk 2021, S.95f, S.106

⁵² vgl. Rosenberg 2021, S.74, S.84

Die Annahme war verbreitet, dass jedes Organ, das dem sympathischen Nervensystem unterlag, ausschlaggebend für kortikale und limbische Funktionen sei. Folglich entstand ein Themenschwerpunkt der damaligen Forschung, das parasymphathische Einflüsse, Interaktionen zwischen dem sympathischen und dem parasymphathischen Nervensystem, periphere autonome afferente Nervenbahnen und die zentralen Merkmale des autonomen Nervensystems beispielsweise nicht berücksichtigte. Bereits im Jahre 1872 ging Charles Darwin davon aus, dass der Vagusnerv von großer Bedeutung in dem bidirektionalen Zusammenspiel zwischen Herz und Hirn sei. In seinem Buch über Gemütsbewegungen beschreibt er die dynamische Beziehung zwischen dem zentralen Nervensystem und dem Vagusnerv. Darwin vertrat die Auffassung, dass eine Kommunikation zwischen Hirnrealen und peripheren Organen durch bestimmte Nervenbahnen beeinflusst wird, die es uns ermöglichen mit Emotionen auf unsere Umgebung zu reagieren. Weiterhin ging Darwin davon aus, dass sich der Herzschlag und die Gehirnaktivität durch manifestierte emotionale Zustände verändern und die Strukturen des Hirnstamms über den Vagusnerv auf das Herz auswirken können. Zu Darwins Zeit war noch nicht bekannt, dass der Vagus aus mehreren Fasern besteht und in sich verzweigt ist, daher stand ihm die Funktion der unterschiedlichen Vaguszweige für seine Forschung nicht zur Verfügung.⁵³

Darwin's Werk der Gemütsbewegungen enthielt zahlreiche Beobachtungen und Untersuchungen das grundlegende Wissen zu den Emotionen, Beschreibungen zur Organisation unseres physischen Körpers und stellt Zusammenhänge zwischen uns Menschen und den Säugetieren der Tierwelt her. Nach Darwins Auffassung haben Emotionen ihren Ursprung in der Biologie der Säugetiere und sind für die Ausführung von Aktivitäten nicht wegzudenken. Sie dienen dazu Handlungen anzuregen, um im Organismus ein Gefühl von Sicherheit und physischer Balance wieder herzustellen.⁵⁴ So schrieb er in seinem Buch „*Der Ausdruck der Gemütsbewegungen*“: „Ich glaube, es ist nun gezeigt worden, dass der Mensch und die höheren Thiere, besonders die Primaten, einige wenige Instinkte gemeinsam haben. Alle haben dieselben Sinneseindrücke und Empfindungen, ähnliche Leidenschaften, Affekte und Erregungen, selbst die complexeren, wie Eifersucht, Verdacht, Ehrgeiz, Dankbarkeit und Großherzigkeit.“⁵⁵

Die Forschungsergebnisse und Beobachtungen des Charles Darwin haben einen großen Beitrag zur Erschaffung theoretischer Grundlagen der Neuropsychophysiologie des autonomen Nervensystems geleistet. Im Laufe des letzten Jahrhunderts konnte anhand dieses

⁵³ vgl. Porges 2010, S.44f

⁵⁴ vgl. van der Kolk 2021, S.91f

⁵⁵ Darwin zit. nach van der Kolk 2021, S.91

theoretischen Grundwissens die Messung der Herzfrequenz bei affektiven und sensorischen Einflüssen sowie das Zusammenspiel zwischen Herz und Hirn bei der Regulation psychologischer Zustände erforscht werden. Die Entwicklung der Polyvagal- Theorie basiert auf der Entwicklungsgeschichte des autonomen Nervensystems. Vergleicht man das Nervensystem unserer Vorfahren auf der Entwicklungsstufe des Reptils, mit dem der Säugetiere, zeigen sich erhebliche Unterschiede. Im Verlauf der Evolutionsgeschichte hat sich das Nervensystem komplexer entwickelt und Säugetiere haben mit den Jahren Gehirnstrukturen erlangt, die es ihnen und uns ermöglichen, Defensiv- und Sozialverhalten zu steuern. Das Nervensystem hat sich in der weiteren Entwicklung ein Repertoire an Affekten und Verhaltensmöglichkeiten angeeignet, die es uns gestatten, Emotionen zu erkennen und auszudrücken, in sozialen Kontakt mit Mitmenschen zu treten und kommunizieren zu können.⁵⁶ In der Evolutionsgeschichte, vom Reptil zum Säugetier, entstand somit ein neuer Zweig des autonomen Nervensystems. Reptilien hatte nur zwei Möglichkeiten auf Gefahren zu reagieren, zu erstarren oder kämpfen und fliehen. Mit dem neu entstandenen Zweig konnten diese alten Reptilienstrukturen reguliert und gesteuert werden. Säugetiere konnten sich nun in sicheren Situationen auf Gesundheit, Entwicklung und Genesung konzentrieren und hatte die Möglichkeit, Gefahren zu erkennen und dementsprechend darauf zu reagieren. Erkennen die neuen Gehirnstrukturen keine Gefahr, werden alte Reptilienstrukturen im Gehirn gehemmt.⁵⁷

Obwohl schon Charles Darwin Ende des 19. Jahrhunderts seine faszinierenden Erkenntnisse in literarischen Werken der Menschheit zur Verfügung stellte, wurde in der westlichen Wissenschaft der bidirektionalen Kommunikation zwischen Geist und Körper größtenteils keine Beachtung geschenkt, obwohl alternative traditionelle Heilmethoden, vor allem in China und Indien, noch heute von großer Bedeutung sind.⁵⁸ Die Polyvagaltheorie fußt darauf, dass es mehrere Vaguszweige gibt und dass sich das autonome Nervensystem der Säugetiere in der Evolution verändert und angepasst hat. Im Folgenden soll ein Grundlagenwissen dieser Theorie geschaffen werden.

⁵⁶ vgl. Porges 2010, S.46, S.36

⁵⁷ vgl. Porges 2021, S.90

⁵⁸ vgl. van der Kolk 2021, S.94

2.2. Grundlagen der Polyvagaltheorie

Porges Modell der Polyvagaltheorie fußt auf der Erkenntnis, dass der Vagusnerv aus zwei unterschiedlichen Zweigen besteht, die an verschiedenen Orten im Körper entspringen. Das autonome Nervensystem besteht aus drei Nervenkreisläufen, dem Grenzstrang des Sympathikus, der die Erregungszustände Kampf und Flucht mobilisiert, dem vorderen Ast des Vagusnervs, der für soziales Engagement und positive Entspannungszustände verantwortlich ist und dem hinteren Vagusast, der für Erstarrung, Verlangsamung und depressive Verhaltensweisen zuständig ist. Unsere Funktionen im Körper werden durch das Zusammenspiel der drei benannten Kreisläufe gesteuert und helfen uns einen ausgeglichenen und gleichbleibenden inneren Zustand zu bewahren. Des Weiteren hängen diese drei Kreisläufe mit unseren emotionalen Zuständen zusammen und beeinflussen somit unser Verhalten.⁵⁹

Zeitstrahl der physiologischen Entwicklungsgeschichte:

vor 500 Mio. Jahren	vor 300 Mio. Jahren	vor 80 Mio. Jahren
parasympathisch dorsaler Vagus nicht myelinisiert	Sympathisches Nervensystem	parasympathisch ventraler Vagus myelinisiert
Immobilisierung Lebensgefahr, Totstellreflex	Gefahr, aktives Vermeiden Mobilisierung	Sicherheit, Selbstberuhigung Soziales Engagement

60

Das primitivste und älteste dieser drei Kreisläufe, das über 500 Million Jahre alt ist, stammt ursprünglich von Fischen einer früheren Art ab. Ziel dieses Subsystems ist die Aktivität und Aufrechterhaltung der inneren Organe und der Immobilisation, der Aufrechterhaltung und notfalls Abschaltung des Stoffwechsels. Das sympathische Nervensystem hat sich evolutionär als nächstes entwickelt, vor ca. 300 Million Jahren, in der Zeit der Reptilien. Dieses Erregungssystem ist dafür zuständig den Körper zu mobilisieren und Handeln zu verstärken, in dem es Kampf- und Fluchtreaktionen ermöglicht. Das dritte Subsystem ist das Jüngste und findet sich nur bei Säugetieren wieder. Es entwickelte sich vor etwa 80 Millionen Jahren und ist zuständig für soziale Beziehungen und Bindungsverhalten. Dieses Subsystem ist der Ast des parasympathischen Nervensystems, der den Säugetiervagus bzw. den „klugen“ Vagus steuert und mit den Kranielnerven, die für Stimmlage und Gesichtsausdruck zuständig sind, zusammenwirkt. Dieses in der Evolutionsgeschichte neue System

⁵⁹ vgl. Rosenberg 2021, S.74f

⁶⁰ vgl. Levine 2011, S.136

steuert Bindungen, Beziehungen und Bindungsprozesse und regt die unwillkürlichen Muskeln in Gesicht, Herz und Lunge beispielsweise an, um uns und unseren Mitmenschen Emotionszustände mitteilen zu können.⁶¹ Die bereits erwähnten zwei Vagus- Äste entspringen an unterschiedlichen Orten im menschlichen Körper. Der vordere Vagus- Ast, auch ventraler Vagus- Ast oder „kluger Vagus“ genannt, beginnt im Hirnstamm in einem Nervenkerengebiet. Er agiert mit vier anderen Hirnnerven zusammen und besitzt eine Myelinschicht, eine isolierende Schicht, aus Bindegewebszellen. Diese Schicht ermöglicht dem vorderen Vagusnerv Informationen schneller zu transportieren. Agieren der ventrale Vagus und die benannten vier anderen Hirnnerven zusammen, wird ein Zustand von sozialer Zufriedenheit erreicht, der nur ermöglicht werden kann, wenn Gefahren von außen, die durch Kampf oder Flucht bewältigt werden müssen, nicht vorhanden sind. Dieses Zusammenspiel fördert Entspannung und Ruhe und legt die Grundbausteine für eine körperliche und seelische Gesundheit, um beispielsweise liebevolle Beziehungen einzugehen und eine Eltern – Kind – Bindung herzustellen. In diesem Zustand können wir glücklich, produktiv und kreativ sein. Die Aktivität des ventralen Vagus wird jedoch bei Gefahr und Bedrohung eingestellt und unser autonomes Nervensystem nutzt dann frühere, primitivere Reaktionsweisen der Evolution. Wird der Bereich des ventralen Vagus stillgelegt, ist es uns nicht mehr möglich, eine bewusste Wahl zu treffen oder verstandesmäßig zu Denken. Unsere gesamte Energie geht in abwehrende und instinktiv geleitete Reaktionen über.⁶²

Das sympathische Nervensystem, das evolutionär als zweites entstanden ist, ergänzt das parasympathische Nervensystem durch seine homöostatische Funktion. Im Zusammenspiel mit dem ventralen und dem dorsalen Vagus, werden Herz- und Atemfrequenz, sowie Verdauungsfunktionen unterstützt. Der Sympathikus aktiviert unseren Körper zu Kampf und Flucht, wozu wir Bewegungsabläufe unserer Gliedmaßen nutzen. In diesem Zustand entfernen wir uns von der Co. Regulation durch die schützende Funktion (Mobilisierung) des Sympathikus.⁶³ Unser System ist dann mehr auf die Identifizierung von potenziellen, charakteristischen Gefahren eingestellt, als auf Geräusche für soziale Kommunikation und Verbundenheit. Gerät das Nervensystem immer wieder in den Zustand des Sympathikus und wurde die entstandene Energie nicht aufgelöst, bleibt es chronisch aktiviert. Eine übermäßige Wachsamkeit ist die Folge, durch einen erhöhten Cortisolspiegel ist das Stillsitzen nicht möglich, das Herz schlägt schneller, die Atmung ist flacher und wir halten unablässig Ausschau nach Gefahren. Der dorsale Vagus, auch hinterer Vagus genannt, ist der älteste

⁶¹ vgl. Levine 2011, S.131f

⁶² vgl. Rosenberg 2021, S.86ff

⁶³ vgl. Dana 2021, S.36ff

Teil des autonomen Nervensystems und ist für Verdauungsfunktionen und Überlebensmechanismen zuständig. Seine Funktion wirkt schützend vor physischem und psychischem Schmerz und konserviert Energie mit Shutdown oder Kollaps. Der dorsale Vagus kann mittels Dissoziation bei einem traumatischen Erlebnis helfen. Durch Verringerung der Blutzufuhr zum Gehirn und der damit verbundenen Sauerstoffversorgung, werden kognitive Funktionen verändert und Dissoziation ermöglicht. Dieser Vagus- Ast reagiert auf Signale größter Gefahr und sichert das Überleben, indem Erstarrung den Energiebedarf reduziert und die Verbindung zu anderen unterbrochen wird, um so einen schützenden kollabierenden Zustand hervorzurufen. Wenn wir den Ausdruck „zu Tode erschreckt“ verwenden, beschreibt dies den Zustand des dorsalen Vagus. Vergegenwärtigen wir uns die Funktionen des hinteren Vagus, kann davon ausgegangen werden, dass im Falle eines Traumas, dieser Bereich des Körpers betroffen ist und aktiviert wird, durch beispielsweise sexuellen Missbrauch, Krankheiten, Verletzungen, Misshandlungen oder traumatischen medizinischen Behandlungen. Die Folgen können bei der Aktivierung des dorsalen Vagus von Ohnmacht bis hin zu gesundheitlichen Problemen, die auf eine Beeinträchtigung der Immunfunktion zurückzuführen ist, reichen. Psychische Krankheiten, wie Depression, Dissoziation, Rückzug können zum Vorschein treten, aber auch Verdauungsprobleme oder chronischer Energiemangel.⁶⁴ Ein weiterer wichtiger Aspekt der Polyvagaltheorie ist die „Vagusbremse“, die zum myelinisierten Vagus gehört und die Herzfrequenz hemmt. Der Vagus verlangsamt den Herzschlag, der ohne Vagusbremse bei über hundert Schlägen pro Minute läge. Diese „Bremse“ kann gelöst werden, wenn wir möchten, dass unser Herz schneller schlägt ohne den Sympathikus zu aktivieren. Alle Säugetiere verfügen über diese Möglichkeit, die Herzleistung zu erhöhen, um Mobilitätsleistung zu optimieren. Patienten, die eine Borderline- Persönlichkeitsstörung aufweisen, haben Probleme, die Vagusbremse funktionsfähig zu halten, die auf die Funktion der Neurozeption zurückzuführen ist.⁶⁵

Durch die Wirkung der Vagusbremse auf das Herz kann unser System flexibel reagieren. Wird Energie benötigt, wird die Bremse teilweise gelöst. Der ventrale Vagus bereitet dann unseren Körper darauf vor, zu Handeln und ermöglicht einen stärkeren Zufluss von Energie des sympathischen Nervensystems. Die Ausschüttung von Kortisol und Adrenalin wird gehemmt. Bei akuter Gefahr hingegen, wird die Vagusbremse gänzlich gelöst und der Sympathikus übernimmt die Führung. Adrenalin und Kortisol ermöglichen hierbei Kampf- und Fluchtreaktionen. Tritt die Vagusbremse wieder in Funktion, kehren wir in den

⁶⁴ vgl. Dana 2021, S.36ff

⁶⁵ vgl. Porges 2021, S.103f

Ruhezustand zurück. Diese Fähigkeit ermöglicht im Tagesablauf zwischen Aktivität und Entspannung zu wechseln.⁶⁶

„Porges hat erklärt, dass die Fähigkeit zu jeder Form von tiefer Intimität – enge Umarmungen, Schlafen im gleichen Bett mit einem Partner und Sex – voraussetzt, dass man in der Lage ist, den Zustand der Immobilität zuzulassen, ohne sich zu fürchten.“⁶⁷

Besonders Traumatisierte haben Schwierigkeiten zwischen Situationen, die sicher sind und denen die durch Gefahr das Abwehrsystem aktivieren sollen, zu unterscheiden. Diese Unterscheidung können sie nur vornehmen, wenn sie ein Gefühl der körperlichen Sicherheit wiederherstellen.⁶⁸ Im nächsten Gliederungspunkt wird das System des sozialen Engagements näher betrachtet, um weiterführend den Begriff der Neurozeption in Bezug zur Polyvagaltheorie zu erläutern.

2.2.1. Das System des sozialen Engagements

Das System des sozialen Engagements und die subjektiven Empfindungen beitragender Körperorgane, tragen aus Sicht der Polyvagaltheorie zur Veranschaulichung klinischer Interaktionen, wie Hören, Schauen und Bezeugen, bei. Dieses System beinhaltet die neuronalen Pfade, die die gestreiften Muskeln des Kopfes und des Gesichtes dirigieren. Es ermöglicht durch Veränderung hervorgerufener Körperempfindungen, von einem Zustand, der von Sicherheit, Vertrauen und Liebe geprägt ist, zu einem Zustand von Defensivverhalten zu wechseln. Ein wichtiger Fakt des Systems sozialen Engagements ist das Anschauen und Zuhören eines anderen Menschen. Zum einen wirkt es sich auf den körperlichen Zustand des Beobachters aus und zum anderen erfährt der Mensch gegenüber Zugewandtheit.⁶⁹ Voraussetzung für soziale Zugewandtheit ist laut Polyvagaltheorie körperliche Gesundheit und ein Gefühl von Sicherheit. Das System des sozialen Engagements wird durch die Aktivität des vorderen Vagusastes in Verbindung mit den Bahnen der Hirnnerven V, VII, IX und XI positiv begünstigt und bewirkt einen Zustand, der Kommunikation, Sozialverhalten und selbstberuhigende Verhaltensweisen zulässt. Soziale Zugewandtheit ermöglicht weiterhin, Gefühle wie Freundschaft und Liebe zu erleben und in Kooperation mit anderen

⁶⁶ vgl. Dana 2021, S.41

⁶⁷ van der Kolk 2021, S.104

⁶⁸ vgl. van der Kolk 2021, S.104

⁶⁹ vgl. Porges 2021, S.25ff

Menschen Überlebenschancen zu steigern. Das Eingehen von Bindungen und/oder sexuellen Beziehungen, die Entwicklung von Freundschaften, gemeinsames Singen, Tanzen und Feiern, Arbeiten in einem Team, umeinander kümmern, Kinder großziehen und viele weitere Aspekte im sozialen Miteinander, können von dem System des sozialen Engagements abgeleitet werden. Dieses Sozialverhalten beschränkt sich jedoch nicht nur auf den Kontakt zu anderen Menschen, sondern kann auch auf geliebte Haustiere, die sich ebenfalls durch Zuneigung revanchieren können, übertragen werden. Positive Erfahrungen im sozialen Miteinander wirken sich regulierend auf unser autonomes Nervensystem aus. Fehlende oder negative Sozialkontakte hingegen können den Körper unter Stress versetzen, deprimieren und ein gemeinschaftswidriges Verhalten nach sich ziehen.⁷⁰ Vermittelnde Variablen des Systems des sozialen Engagements, die Sicherheit und Vertrauen signalisieren, sind ausschlaggebend für eine gelungene soziale Interaktion. Kommunikation und das Bemühen um die Wiederherstellung von sozialen Kontakten und Beziehungen, wird ermöglicht, durch dieses bidirektionale System, das Körperzustände sowie Mimik und Gestik, umfasst. Dieses System ermöglicht, den physiologischen Ausdruck anderer Menschen wahrzunehmen und den eigenen über nonverbale Kommunikation zu vermitteln. Wir sind zutiefst soziale Wesen und streben biologisch gesehen nach Sicherheit und Verbundenheit, um gemeinsam unseren physiologischen Zustand zu regulieren. Erfahren wir Sicherheit, beruhigt sich unsere Physiologie, erkennen wir Gefahr, bereiten wir uns auf Defensivverhalten vor.⁷¹ Nach einem traumatischen Erlebnis erfahren Menschen ihre Umgebung mit einem veränderten Nervensystem, dessen Wahrnehmung von Gefahr und Sicherheit gestört ist. Porges hat für diese Art der Wahrnehmung den Begriff „Neurozeption“ gewählt, dessen Fähigkeit es ist, Gefahren und Sicherheit einschätzen zu können.⁷² Im nächsten Gliederungspunkt wird diese Fähigkeit und dessen Funktion näher erläutert.

⁷⁰ vgl. Rosenberg 2021, S.35f

⁷¹ vgl. Porges 2021, S.26f

⁷² vgl. van der Kolk 2021, S.98

2.2.2. Neurozeption

*„Die Neurozeption beeinflusst den Zustand,
und der Zustand beeinflusst die Reaktion.“⁷³*

Die Neurozeption nach Stephen Porges ist ein Mechanismus, der neuronale Schaltkreise aktiviert, um das autonome Nervensystem zu regulieren. Hierbei spielen weder Bewusstsein noch Gewahrsein bei der Erfassung eine Rolle. Der Mechanismus der Neurozeption kann unser Nervensystem in die drei bereits benannten autonomen Zustände (Lebensgefahr, Gefahr und Sicherheit) versetzen und ist Wächter des Systems des sozialen Engagements und des Herzens sowie bei der Deaktivierung des Erstarrungssystems bzw. Kampf-/Flucht- Systems des myelinisierten Vagus beteiligt.⁷⁴ Bauchgefühle und vom Herzen ausgehende Gefühle, mit deren Hilfe wir zwischen einem Zustand der Sicherheit und überlebenswichtigen Reaktionen wechseln können, entstehen durch die Neurozeption. Es sind somatische Signale, die die Entscheidungsfindung und Verhaltensweisen beeinflussen, ohne dass Auslöserreize bewusst wahrgenommen wurden. Das autonome Nervensystem schätzt mit Hilfe der Neurozeption Gefahren ab und wird aktiviert, wenn es nötig ist. Im Falle von Gefahr und Unsicherheit wird das sympathische Nervensystem mobilisiert oder der dorsale Vagus aktiviert. Ein Gefühl von Sicherheit führt zur Hemmung des sympathischen Nervensystems und des dorsalen Vagus. Der ventrale Vagus hingegen signalisiert dem System des sozialen Engagements aktiv zu werden. Unser autonomes Nervensystem reagiert durch Neurozeption auf Signale aus unserer Umgebung, wie auf den Ort, an dem wir uns befinden, auf die Menschen, die uns umgeben, und auch auf Signale aus unserem Körper, wie Informationen von unseren inneren Organen. Neurozeption ist ein nonverbaler Vorgang und noch bevor das Gehirn einer Situation einen Sinn zuschreibt, hat das autonome Nervensystem die Situation bewertet und eine Reaktion angeregt. Im Zuge der Evolution wurden uns Menschen Strategien vererbt, die im Nervensystem verankert sind und alle gemeinsam haben, ein Beispiel hierfür wäre die Reaktion auf Frequenzen und Schwingungen von Geräuschen. Physiologische Zustände können durch Musik bewusst hervorgerufen werden und die Neurozeption kann ebenso durch eigene traumatische und positive Erlebnisse aktiviert werden. Für eine Neurozeption von Sicherheit sind zwei grundlegende Aspekte wichtig. Zum einen, ist es das Auflösen von Anzeichen von Gefahr und zum anderen

⁷³ Dana 2021, S.48

⁷⁴ vgl. Porges 2021, S.41

das Suchen nach Anzeichen von Sicherheit. Anzeichen von Gefahren müssen beseitigt werden, damit die Neurozeption überlebenswichtige Defensivreaktionen deaktiviert und das Nervensystem in das Systems von sozialer Interaktion und das Aufspüren nach Anzeichen von Sicherheit, übergehen kann. Fehlen jedoch diese sicherheitsgebenden Anzeichen, fehlen der Neurozeption die Hinweise zur Stimulation, um die Neurozeption von Sicherheit zu aktivieren. Zuverlässige Beziehungen, die von Geben und Nehmen geprägt sind, Gelegenheiten zur Interaktion miteinander und gemeinschaftliche Aktivitäten fördern den Mechanismus der Neurozeption von Sicherheit.⁷⁵

Registriert der Körper und das Gehirn Gefahr, obwohl die Umgebung sicher ist oder umgekehrt, wird Sicherheit wahrgenommen, obwohl eine gefährliche Situation vorliegt, ist die Neurozeption gestört. Porges bezeichnet dies als gestörte Neurozeption und ist der Auffassung, dass diese fehlgeleitete Wahrnehmung die Grundlage für viele psychische Störungen ist. Porges schreibt auch problematische Verhaltensweisen einer gestörten Neurozeption zu. Schwerwiegende, problematische und anhaltende Verhaltensweisen eines Kindes sind demnach, als Reaktion auf die unterbewusste Wahrnehmung von Gefahren in der Umgebung zurückzuführen. Defensives Verhalten von Kindern spiegelt einen Prozess im Körper, zur Überlebenssicherung wider, dessen Resultate durch problematische Verhaltensweisen von außen beobachtbar sind.⁷⁶ Bei Menschen mit Autismus oder Schizophrenie geht man davon aus, dass sie nicht in der Lage sind, das System des sozialen Engagements zu aktivieren. Menschen, die unter Angststörungen oder Depressionen leiden, haben Probleme, die Herzfrequenz zu regulieren und weisen eine eingeschränkte Mimik auf. Des Weiteren weisen Kinder, die Misshandlung erfahren haben oder bei denen eine reaktive Bindungsstörung diagnostiziert wurde, eingeschränkte Kommunikationsbereitschaft auf, sind emotional gehemmt oder im Bindungsverhalten wahllos und eher hemmungslos. Beide Verhaltensweisen deuten auf eine gestörte Neurozeption hin.⁷⁷ Im folgenden Gliederungspunkt werde ich diesen Aspekt, der Beziehung zwischen traumatischen Erfahrungen bei Kindern und Jugendlichen und dem System des sozialen Engagements, näher erläutern.

⁷⁵ vgl. Dana 2021, S. 47ff

⁷⁶ vgl. Delahooke 2020, S.32

⁷⁷ vgl. Porges 2010, S.38

2.3. Beziehung zwischen Trauma und dem System des sozialen Engagements

„Bei traumatisierten Menschen sind Empfindungen jedoch häufig nicht Signale für wirkungsvolles Handeln, sondern für ängstliche Gelähmtheit, Hilflosigkeit oder fehlgeleitete Wut. Sind manche Signale des Körpers Vorboten für Angst, Hilflosigkeit, ohnmächtige Wut und Niedergeschlagenheit geworden, meidet die betreffende Person sie meistens wie die Pest und zahlt dafür mental, emotional und physisch einen hohen Preis. Bei dem Versuch, qualvolle Empfindungen abzuschalten, geht uns auch die wertvolle Fähigkeit verloren, subtile physische Veränderungen wahrzunehmen, die uns Wohlbehagen und Zufriedenheit vermitteln oder vor eindeutigen Gefahren warnen.“⁷⁸

Das Einschätzen einer Situation nach Sicherheit ist ein Grundbedürfnis eines jeden Säugtieres und auch der Menschen, welches biologisch begründet werden kann. Zum einen benötigen alle Säugetiere die Pflege ihrer Mutter nach der Geburt. Des Weiteren ist der Aufbau von sozialen Kontakten für alle Säugetiere, so auch für die Menschen, ein Extrakt zum Überleben, denn fehlende soziale Kontakte können traumatische Folgen haben und die Gesundheit schädigen. Die Fähigkeit, in der Umgebung Sicherheit zu erfahren ist Voraussetzung, um das Defensivverhalten abzuschalten und in soziale Interaktion und elterliches Fürsorgeverhalten zu treten. Ebenso wird dies auch für biologische und behaviorale Funktionen, wie Fortpflanzung und Verdauung beispielsweise, benötigt. Hierbei sind soziale Verhaltensweisen und die Emotionsregulation eng miteinander verbunden. Ein Zustand von erfahrener Sicherheit ist Voraussetzung für die Nutzung von höheren Gehirnstrukturen, die dem Menschen Produktivität und Kreativität ermöglichen.⁷⁹ Um im Leben adäquat Probleme zu lösen, ist eine sichere Bindung in Verbindung mit Kompetenzentwicklung, Voraussetzung. Kinder, die eine sichere Bindung erfahren haben, können ihre Umgebung erkunden, lernen ihre eigene Gefühlswelt und die ihrer Mitmenschen kennen, entwickeln Empathie und Einflussnahme sowie deren Auswirkung auf die eigenen Gefühle und die von anderen. Sie lernen Situationen einzuschätzen, um zwischen eigenem Handeln und dem Benötigen von Hilfe unterscheiden zu können. Sicher gebundene Kinder haben gelernt, auf schwierige Situationen und Konfrontationen Einfluss zu nehmen und Resilienz entwickelt. Kinder, die jedoch Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung erfahren haben, erleben, dass ihre eigenen Bedürfnisse nach Nähe, Hilfe und Geborgenheit von

⁷⁸ Levine 2011, S.175

⁷⁹ vgl. Porges 2021, S.24f

primären Bezugspersonen ignoriert wurden und konnten durch eigene Einflussnahme keine Aufmerksamkeit und Hilfe verschaffen. Sie wurden so dazu konditioniert, bei Herausforderungen aufzugeben. Fühlen Menschen sich nicht sicher, können sie nur schwer, zwischen Gefahr und Sicherheit unterscheiden. Ständig betäubende Gefühle können in potenziell gefährlichen Situationen ein Gefühl von Lebendigkeit hervorrufen. Überzeugungen, man selbst sei ein schlechter Mensch, weil die eigenen Eltern sie schlecht behandelt haben, entwickeln auch zu anderen Menschen eine Erwartungshaltung, die von negativen Glaubensmustern besetzt ist. Desorganisiert gebundene Menschen, die sich selbst negativ wahrnehmen, werden häufig im späteren Leben traumatische Erfahrungen sammeln. In der praktischen Arbeit ist es schwer, zwischen Verhaltensweisen und Problemen, die auf einem Trauma beruhen und denen, die einer desorganisierten Bindung zurückzuführen sind, zu unterscheiden, da die Ursachen beider Komponenten in vielen Fällen miteinander in Verbindung stehen.⁸⁰ Wird das System des sozialen Engagements genutzt, können Parallelen vom Säugling zum Erwachsenen geschaffen werden. Neuronale Mechanismen werden sowohl bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme eines Babys genutzt, wie auch beim erwachsenen Menschen, während das System des sozialen Engagements aktiv ist. Diese Verhaltensweisen dienen dazu, uns selbst und andere Menschen zu beruhigen und das System des sozialen Engagements zu fördern. Dieser Prozess ermöglicht die Beeinflussung der physischen Distanz und eine Annäherung. Während der kindlichen Entwicklung ist zu beobachten, dass Säuglinge zunächst nicht besonders interessiert daran sind, mit wem sie in Interaktion treten. Im Laufe der Entwicklung wird der Prozess der Neurozeption selektiver und das Kind beginnt auf der Suche nach Sicherheit und Vertrautheit auszuwählen. Nach Porges Auffassung ist für die Entwicklung einer sicheren Bindung, eine neurophysiologisch fundierte Sicherheit ausschlaggebend. Die in frühen Phasen erfahrene Qualität der Sicherheit und Vertrautheit, kann im späteren Leben in individueller Form von Anfälligkeit einer Traumatisierung zum Vorschein treten. Sind Menschen in einem Zustand von Immobilisierung gefangen und uralte neuronale Schaltkreise aktiv, ist es für das System des sozialen Engagements und der sozialen Interaktion nicht förderlich. Das Nervensystem erkennt Gefahren, obwohl die Umgebung sicher ist und Narrative über missglückte soziale Interaktion und mangelndes Vertrauen werden entwickelt, die auf physiologische und viszerale Empfindungen gestörter Neurozeption zurückzuführen sind. Mit Hilfe der erschaffenen Narrativen wird versucht, die eigene Sicht und Empfindungen zu bestätigen.⁸¹ Mit dem

⁸⁰ vgl. van der Kolk 2021, S.138, S.146, S.145

⁸¹ vgl. Porges 2021, S.45f, S.77f

Wissen, wie anfällig Menschen auf gefährliche und lebensbedrohliche Situationen reagieren, ist es noch bedeutender, das System des sozialen Engagements für die Entwicklung sozialer Beziehungen zu fördern und zu beruhigen, um das Defensivsystem zu neutralisieren, um so Genesung, Wachstum und Gesundheit positiv zu beeinflussen. Die Sicht der Polyvagaltheorie unterscheidet sich von traditionellen Lernmodellen, die darauf basieren, das atypische Verhalten erlernt und durch, an der Lerntheorie orientierten Behandlungsmethoden, behandelbar sei. Auch zählt der Einsatz von Pharmazeutika in der Polyvagaltheorie nicht zu den wichtigsten Behandlungsmethoden, die im Gegensatz zur heutigen biologisch orientierten psychiatrischen Behandlung, als erster Mittel verschrieben werden.⁸² Im folgenden Gliederungspunkt wird näher auf Interventionsmöglichkeiten, die auf der Grundlage der Polyvagaltheorie beruhen, eingegangen.

3. Die Polyvagaltheorie als Grundlage für Handlungsansätze in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe

Das Vertrauen, Traumata durch Reden aufzulösen, geht auf das Jahr 1893 zurück, als Freud beschrieb, dass ein Trauma und einzelne hysterische Symptome verschwinden, wenn die Erinnerung an das traumatische Erlebnis hervorgerufen, begleitende Emotionen wieder erlebt und Affekte wörtlich dargestellt werden können. Heute wissen wir, dass es Traumatisierten fast unmöglich ist, ihre traumatischen Erinnerungen in Worte zu formulieren. Das Schweigen traumatisierter Menschen verstärkt die soziale Isolation, die oftmals mit einem Trauma in Verbindung steht und führt, wie Bessel van der Kolk in seinem Buch „Verkörperter Schrecken“ schreibt, zum Tod der Seele. Umgibt uns ein Gefühl des Verstanden werden und erleben wir, Gefühle zum Ausdruck bringen zu können, die von Menschen in unserer Umgebung wahrgenommen werden, wird unser limbisches Gehirn aktiviert und unsere Physiologie verändert sich. So lange Traumatisierte sich in Schweigen hüllen, Geheimnisse hegen und Erlebnisse unterdrücken, befinden sie sich mit sich selbst im Krieg und bringen dafür enorm viel Energie auf. Es fällt ihnen schwer motiviert zu sein, Ziele zu verfolgen, es schadet der Selbstempfindung, der Identität und erzeugt ein Gefühl von Isolation aus der Gesellschaft. Übermäßig produzierte Stresshormone führen zu Muskelverspannungen, Kopfschmerzen und beispielsweise Verdauungsproblemen.⁸³ Der beste Weg gegen den abwehrenden Mechanismus besteht darin, sich der Angst entgegenzustellen, mit

⁸² vgl. Porges 2021, S.23

⁸³ vgl. van der Kolk 2021, S.276ff

der Immobilität in Berührung zu kommen und die unterschiedlichen aufkommenden Gedanken, Empfindungen und Verhaltensmuster, die mit dem traumatischen Erlebnis in Verbindung stehen, gründlich zu erkunden. Des Weiteren ist es wichtig, bei Sprachbarrieren traumatisierter Menschen, mit Empfindungen zu arbeiten, die im direkten Kontakt zum Reptiliengehirn stehen. Diese Arbeit hilft, die Dissoziation und das Abschalten zu überwinden und wirkt sich mindernd auf Überwältigungsgefühle und Frustration bei der Traumaverarbeitung aus. Gelingt der Durchbruch aus der Immobilität und der Übergang zur sympathischen Erregung, erfahren Traumatisierte mit Hilfe von therapeutischer Unterstützung, sich von sympathischen Erregungen nicht überwältigen zu lassen, die Immobilität zu überwinden und den Kreislauf von Aktivierung, Entladung und der Rückkehr zum Gleichgewicht zu erfahren. Hierbei lernen traumatisierte Menschen, dass alles, was aktiviert wird, auch wieder deaktiviert werden kann und erlernen Vertrauen, dass Aktivierungen sich von selbst auflösen, wenn der natürliche Verlauf der Erregungsempfindung, durch Meidung oder Ignorieren, nicht blockiert wird.⁸⁴ Das Schwierigste daran, traumatische Erfahrungen zu verarbeiten ist es, den eigenen Körper und Geist wieder selbst kontrollieren zu können. Sich selbst wieder frei zu fühlen und zu wissen, was man fühlt, ohne von Emotionen überwältigt zu werden. Traumatisierte müssen hierfür lernen, sich selbst zu beruhigen, die wiedererlernte Ruhe aufrechtzuhalten, in der Gegenwart präsent sein, auf die Menschen, die sie umgeben in Kontakt zu treten und sich auf diese einlassen, sowie Geheimnisse, die auf Erinnerungen traumatischer Erlebnisse aus der Vergangenheit beruhen, auszusprechen. Entscheidend in der therapeutischen Arbeit mit Traumatisierten ist es, das Gleichgewicht zwischen dem emotionalen Gehirn, in dem traumatische Erlebnisse in Form von Körperempfindungen gespeichert werden und dem rationalen Gehirn wieder herzustellen, um ein vertrauensvolles Gefühl von Selbstbestimmung zurückzuerlangen. Für den Zugang zum emotionalen Gehirn und zur Durchführung einer Therapie für das limbische System, müssen defekte Alarmsignale wieder arbeitsfähig gemacht werden damit das emotionale Gehirn seine normalen Aufgaben erfüllt. Menschen verfügen von Natur aus über Möglichkeiten, sich selbst wieder ins Gleichgewicht zu bringen und aufrechtzuhalten.⁸⁵ Das Defensivsystem der Mobilisierung ist ein biologischer Vorgang, dessen Reduzierung oder Abschaltung erreicht werden kann, wenn das System des sozialen Engagements und der ventrale Vagus aktiviert wird. Diese Aktivierung kann durch Atemübungen erreicht werden, die dazu führen, die Schaltkreise, die für die Verringerung der sympathischen

⁸⁴ vgl. Levine 2011, S.103, S.150f

⁸⁵ vgl. van der Kolk 2021, S.243ff

Mobilisierung verantwortlich sind, über die Deaktivierung des sympathischen Nervensystems durch den Vagus zu aktivieren. Langsames und tiefes Ausatmen führt zu einer Beruhigung des Nervensystems. Die gleiche beruhigende Wirkung erzielen Singen, das Spielen eines Holzblasinstrumentes und das Sprechen langer Sätze. Das Anhören von Musik und das Zuhören führt ebenfalls zu einer Aktivierung des Systems für soziales Engagement. Musik und Stimmen können, wenn der Ton nicht starr ist und sich nicht im niedrigen Frequenzbereich befindet, eine Neurozeption von Sicherheit aktivieren.⁸⁶ Im Gliederungspunkt 3.2. werde ich eine Interventionsmöglichkeit, die durch Atem und Klang zur Vagusregulation beiträgt, näher erläutern. Das Spiel, das Porges neuronales Training nennt und das ebenfalls eine Interventionsmöglichkeit auf Grundlage der Polyvagaltheorie ist, stellt ein unverzichtbares Mittel dar, um Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten zu unterstützen. Die primäre Sprache der Kindheit ist das Spiel und somit die wirksamste Art, um emotionale und soziale Stärke zu fördern. Hierbei bezieht sich das Spiel auf die Interaktion und schließt Videospiele aus. Das Spiel ist breit gefächert und verrät viel über emotionale Prozesse bei einem Kind. Während dessen können positive Gefühle, wie Wünsche und Sehnsüchte spielerisch dargestellt werden und auch negative Gefühle, wie Ängste, Eifersucht und Aggressionen. Kinder bereiten sich durch das Spiel auf die komplexe Gesellschaft vor und laut Porges ist es ein wichtiges Mittel, um das System sozialer Verbundenheit zu trainieren umso primitivere Reaktionen, wie Kampf und Flucht, regulieren zu können.⁸⁷ Eine weitere Interventionsmöglichkeit ist der Einsatz von Reimen und Gedichten, die für jüngere wie auch ältere Kinder die Entwicklung der Eigenkompetenz fördern und zur Traumaheilung beitragen. Fantasiervolle Geschichten und Metaphern aus dem Tierreich helfen Kindern dabei, ihre Fantasie anzuregen und Ressourcen mit Kraft und Energie zu versorgen, um ein traumatisches Erlebnis in positive Erlebnisse umzugestalten und den Körper mit Kraft und Mut zu füllen, um sich gegen Bedrohungen zur Wehr zu setzen.⁸⁸ Im Gliederungspunkt 3.3. habe ich ein Beispiel und Handlungsvorschläge dazu zusammengestellt. Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Traumaverarbeitung ist die körperorientierte Therapie. Erlebtes wird im Körper gespeichert und kommt durch das autonome Nervensystem zum Vorschein.⁸⁹ Der menschliche Körper von Kindern, die in der Vergangenheit misshandelt oder missbraucht wurden, ist defensiv und angespannt und kann sich nur wieder sicher fühlen und entspannt sein, wenn sie körperliches Selbstgewahrsein

⁸⁶ vgl. Porges 2021, S. 134f

⁸⁷ vgl. Delahooke 2020, S.206

⁸⁸ vgl. Levine/Kline 2021, S.185ff

⁸⁹ vgl. Dana 2021, S.158

zurück erlangt haben, um sich so von den schrecklichen Erinnerungen zu befreien.⁹⁰ Im Gliederungspunkt 3.1. werde ich eine Interventionsmöglichkeit, die zur Vagusregulation mit Hilfe des Körpers beiträgt, näher erläutern.

Durch Interventionsmöglichkeiten, die auf der Grundlage der Polyvagaltheorie beruhen, ist es möglich, die Muster des autonomen Nervensystems zu verändern. Durch die Fähigkeit, mit anderen Menschen wieder in Kontakt zu treten, aus dem Zustand des ventral vagalen Tonus auszutreten und zur Selbstregulation überzugehen, ist es möglich, vergangene schutzensuchende Verhaltensmuster zu verändern und ein System zu entwickeln, in dem Verbundenheit und Freude zu finden ist.⁹¹

Obwohl das Interesse der Gesellschaft an der Thematik Traumata bei Kindern und Jugendlichen, Präventionsarbeit, Traumaverständnis und Interventionsmöglichkeiten in den letzten Jahren zugenommen hat, kann festgestellt werden, dass es keine flächendeckenden traumaspezifischen Angebote in den stationären Jugendhilfen in Deutschland gibt. Kinder und Jugendliche, die traumatisiert sind, werden im Gesundheitswesen und der Jugendhilfe versorgt. Die Arbeits- und Herangehensweise dieser beiden Systeme unterscheidet sich erheblich, was dazu führt, dass Unklarheiten bei der Versorgung dieser Klienten*innen bestehen und schlimmstenfalls keines der beiden Systeme sich verantwortlich fühlt. Vergewagt man sich, dass sämtliche Studien, die das Ausmaß von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe ermitteln, erschreckend hohe Raten traumatischer Erlebnisse verzeichnen, ist die Wichtigkeit traumaspezifischen Fachwissens des Personals mehr denn je gefragt. Spezielles psychotraumatologisches Fachwissen wird von verschiedensten Ärzten*innen, Psychologen*innen, Sozialpädagogen*innen und vielen weiteren Personen, die sich mit dieser Thematik auseinandergesetzt haben, in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, vor allem in der stationären Jugendhilfe, gefordert.⁹² Im nächsten Gliederungspunkt wird eine Interventionsmöglichkeit, die zur Vagusregulation mit Hilfe des Körpers beiträgt, näher erläutert.

⁹⁰ vgl. van der Kolk 2021, S.123

⁹¹ vgl. Dana 2021, S.194f

⁹² vgl. Goldbeck/ Fegert/ Ziegenhain 2013, S.10, S.19, S.37

3.1. Vagusregulation mit Hilfe des Körpers

„Wenn wir wieder eine instinktive Verbundenheit mit den Bedürfnissen unseres Körpers empfinden, tritt eine weitere erstaunliche Veränderung zutage: ein brandneues Vermögen, das Selbst von Herzen zu lieben. Wir erleben eine neue authentische Qualität der Fürsorglichkeit, die unsere Aufmerksamkeit auf Gesundheit, Ernährung, Energiehaushalt und Zeitmanagement lenkt. Diese verbesserte Fürsorglichkeit im Umgang mit dem Selbst tritt spontan und natürlich auf, und nicht als Reaktion auf ein -Ich sollte-. Es fühlt sich auf natürliche Weise befriedigend an.“⁹³

Menschen, die traumatische Erlebnisse erfahren haben, sind von ihrem Körper abgeschnitten. Körperliche Empfindungen wirken überwältigend oder führen zur Abschaltung des Nervensystems. Traumatisierte sind nicht in der Lage verschiedene Empfindungen zu unterscheiden und darauf angemessen zu handeln. Diese eingeschränkte Empfindungsfähigkeit verwischt die feinen Nuancen der Emotionen und führt dazu, dass Menschen sich zu anderen nicht nahe fühlen oder sich selbst als lebendig wahrnehmen können.⁹⁴ Bereits vorgeburtlich, wenn der Körper der Mutter Schutz und Sicherheit bietet, ist Bewegung ein lebenswichtiges Gut. Haltungsveränderungen und Körperbewegungen beeinflussen das autonome Nervensystem und erhalten die innere Umgebung stabil, um zur Förderung der Interaktion mit der umgebenden Umwelt beizutragen. Sensoren, die sich in den Blutgefäßen befinden, werden durch Veränderung der Körperhaltung angeregt und wirken auf die Herzfrequenz, mit Hilfe der Vagusbremse, regulierend. Der autonome Zustand kann so durch absichtliche Haltungsänderungen des Körpers beeinflusst werden und ein Gefühl von Aktivität oder Ruhe erzeugen, je nach Aktivierungsgrad der Vagusbremse.⁹⁵ Eine Interventionsmöglichkeit auf Grundlage der Polyvagaltheorie ist Yoga, dessen Wirkung Bessel van der Kolk in Zusammenarbeit mit seinem Forschungsteam jahrelang analysierte. Die erarbeiteten Yoga-Programme beinhalten eine Kombination aus Atemübungen, Yoga-Haltungen, die auch Asanas genannt werden und Dehnungsübungen. Der Ablauf der Übungsfolgen ist so gestaltet, dass er von einem rhythmischen Wechsel von Anspannung und Entspannung geprägt ist. Durch Meditation zwischen den einzelnen Asanas wird die Achtsamkeit gefördert, in dem Patienten*innen spüren, was in unterschiedlichen Körperbereichen geschieht. Traumatisierten fällt es oft schwer, ihren Körper zu entspannen und sich sicher zu fühlen. Beim Yoga wird die Aufmerksamkeit auf die Atmung gelenkt und auf einzelne

⁹³ Cope zit. nach van der Kolk 2021, S.313

⁹⁴ vgl. Levine 2011, S.342

⁹⁵ vgl. Dana 2021, S.162f

Empfindungen. Das Erkennen der Verbindung zwischen dem eigenen Körper und den Emotionen stellt den Beginn eines Yogaprogrammes dar. Es wird damit experimentiert, wie Empfindungen verändert werden können und wo Verspannungen sitzen. Es geht darum, diese durch tiefe Atemzüge zu entspannen und einen Zustand der Ruhe durch bewusstes Ausatmen hervorzurufen. Hierdurch wird die Emotionsregulation gefördert, wenn Gefühls bewusst wahrgenommen wird. Sobald der Körper nicht mehr im Kampfmodus und von Furcht geprägt ist, beginnt die Neugierde zu wachsen und das Körpergewahrsein wird gefördert. Traumatische Erlebnisse vermitteln einen Zustand, der von Schrecken geprägt ist und kann das Zeitempfinden verändern. Durch Yoga wird erlernt, dass Empfindungen stärker werden bis zu einem Scheitelpunkt, an dem sie wieder abflachen.⁹⁶ Des Weiteren wird durch Yoga auf die Atmung großen Einfluss genommen und somit auch auf das autonome Nervensystem. Das Erlernen einer bewussten Atemwahrnehmung und -lenkung sowie Körperwahrnehmung führt dazu, dass der Mensch lernt, die Kontrolle über seinen Körper zurückzuerlangen. Der strukturierte und vorhersehbare Ablauf eines Yogaprogrammes vermittelt zusätzlich Sicherheit und Kontrolle. Durch definierte Asanas, die gehalten und verändert werden können, wird die Körperwahrnehmung geschult. Anspannungen, Dehnungen und Bewegungen führen dazu, dass Emotionen, Erinnerungen und Gedanken körperlich zum Ausdruck kommen und die Angst vor Unvorhersehbarem kann durch Wiederholen ähnlicher Asanas gemindert werden. Ein weiterer Faktor ist die Zeitbegrenzung eines Yogaprogrammes. Wie bereits erwähnt haben Traumatisierte eine veränderte Zeitwahrnehmung. Während des Yoga kann der Patient*in selbst über Dauer, den Anfang und das Ende des Programmes entscheiden. Dies vermittelt ein Gefühl der Ermächtigung über sich selbst, der Umwelt und dem eigenen Körper und lehrt, dass jede Empfindung oder Emotion einen Anfang und ein Ende hat.⁹⁷ Fühlen sich Menschen in ihrem eigenen Körper wieder sicher, können Erinnerungen, denen sie in der Vergangenheit schmerzlich unterlegen waren, sprachlich dargelegt werden.⁹⁸ Welche Interventionsmöglichkeiten mit Hilfe von Klang und Atmung zur Vermittlung von Sicherheit und Vagusregulation beitragen, wird im nächsten Gliederungspunkt erläutert.

⁹⁶ vgl. van der Kolk 2021, S.317ff

⁹⁷ vgl. Härle 2015, S.16

⁹⁸ vgl. van der Kolk 2021, S.327

3.2. Vagusregulation mit Hilfe von Klang und Atmung

Musik ist ein begleitendes Instrument verschiedenster Kulturen und spielt im Rahmen religiöser Rituale, Erziehung und volkstümlichen Bräuchen eine wichtige Rolle. Vokalmusik wird zur Überlieferung historischer Ereignisse, kultureller Inhalte und moralischen sowie spirituellen Werten genutzt. Des Weiteren verhilft Musik zur Beruhigung, erzeugt Gefühle von Sicherheit und stärkt das Gemeinschaftsgefühl. Musik steht ebenfalls im engen Zusammenhang zu psychologischen Prozessen, interpersonalem Sozialverhalten sowie Emotionen und Affektregulation. Unterschiedliche musikalische Stücke können mit bestimmten Erlebnissen, Empfindungen und sozialen Interaktionen in Verbindung gebracht werden. Tiefe akustische Frequenzen vermitteln ein Gefühl von Gefahr und können mit Bedrohung assoziiert werden, wie es beispielsweise in der musikalischen Erzählung „Peter und der Wolf“ durch tiefe Töne einer Pauke zum Ausdruck gebracht wird. Die Reaktion, die Aufmerksamkeit auf Gefahren in der Umgebung zu lenken, die durch tiefe Frequenzen erzeugt wird, kann nicht nur bei Säugetieren beobachtet werden, sondern auch bei Reptilien und Amphibien. Musik, die sich im Frequenzbereich der menschlichen Stimme befindet, regt emotionale und viszerale Zustände an, die nicht mit Gefühlen akuter Gefahr interpretiert werden. Komponisten nutzen diesen Frequenzbereich, um emotionale Erzählungen musikalisch zum Ausdruck zu bringen. Orchesterinstrumente, wie Geigen, Trompeten, Oboen, Hörner und Geigen, die der menschlichen Stimme ähneln, kommen hierbei zum Einsatz. Emotionale Zustände können durch bestimmte Frequenzbereiche angeregt werden und beeinflussen die Affektregulation, Kommunikationsfähigkeiten und prosoziales Verhalten.⁹⁹

Aufgrund des Verständnisses der Polyvagaltheorie könnte die beruhigende Wirkungsweise auf den Vagus beim Singen durch die Funktion des Kehlkopf-, Rachen- und Mittelohrmuskel erklärt werden. Menschen kontrollieren ihre Atmung beim Singen durch Verlängerung der Ausatmung, hierbei wird die Aktivität des myelinisierten Vagus verstärkt und wirkt sich somit auf das System des sozialen Engagements aus, das folglich die Herzfrequenz verringert. Das gemeinsame Singen in einer Gruppe wirkt sich ebenfalls auf das System des sozialen Engagements aus und erzielt die gleiche Wirkung, wie beim Spielen eines Holzblasinstrumentes und dem Zuhören von Musik.¹⁰⁰ Physiologische Zustände werden durch Anregung emotionaler Empfindungen verändert und können ein Gefühl von Sicherheit vermitteln. Bestimmte Musik, wirkt beruhigend und entspannend, das Herz schlägt langsamer und unsere Mimik wird freundlich. Das Systems des sozialen Engagements wird aktiviert und

⁹⁹ vgl. Porges 2010, S.257ff

¹⁰⁰ vgl. Porges 2021, S. 80f

wirkt sich auf den Gesichtsausdruck aus, in dem Gesichtsmuskeln reguliert werden. Die emotionale Ausdrucksfähigkeit und der soziale Blick wird gefördert, wie auch die Regulation von Hintergrundgeräuschen und soziale Gesten. Die Artikulation sozialer Signale über Blickkontakt und das Zuhören von menschlichen Stimmen wird hierbei ermöglicht. Interventionen mit Hilfe von Musik und Klang verbessern somit spontanes soziales Verhalten, fördern die Affektregulation, verbessern die Kommunikationsfähigkeit im sozialen Kontext und verringern stereotype Verhaltensweisen. Menschen mit psychischen und physischen Störungen haben Schwierigkeiten, aus Hintergrundgeräuschen die menschliche Stimme herauszufiltern, was möglicherweise auf das neuronale System, das auch die Gesichtsmuskeln steuert, zurückzuführen ist. Die Sprachentwicklung, die soziale Wahrnehmung und die Emotionsregulation werden durch ein inaktives System des sozialen Engagements, negativ beeinflusst. Musik ermöglicht eine Aktivierung dieses Systems, positive Formen mimischen Ausdrucks werden verinnerlicht und tragen zu einem ruhigen und positiveren physiologischen Zustand bei. Gesichts und Stimme werden ausdrucksvoller und Verhalten kann besser reguliert werden. Die verbesserte Regulation des myelinisierten Vagus, fördert die Erholung, die Gesundheit und das Wachstum und das soziale- emotionale Verhalten verbessert. Die Vagusregulation mit Hilfe von Klang und Atmung könnte somit die Lebensqualität Traumatisierter deutlich verbessern.¹⁰¹

„Die -Nachtmeerfahrt- ist die Reise zu Anteilen in uns, die abgetrennt sind, verleugnet, unbekannt, ungewollt, verstoßen und verbannt in die diversen unterirdischen Welten unseres Bewusstseins...Das Ziel der Reise ist es, uns mit uns selbst wieder zu vereinen. Diese Heimkehr kann überraschend schmerzhaft sein, ja sogar brutal. Um sie in Angriff zu nehmen, müssen wir zuallererst bereit sein, nicht mehr wegzuschließen.“¹⁰²

¹⁰¹ vgl. Porges 2010, S.258ff

¹⁰² Cope zit. nach van der Kolk 2021, S.151

3.3. Materialiensammlung

Abbildung 1: Gedicht aus dem Buch „Verwunderte Kinderseelen heilen“ von Peter A. Levine und Maggie Kline (13.Auflage 2021)

Die Zauberkraft in mir

Gleich gehen wir spielen,
doch erst noch zeigst du mir,
wie du entdeckst die Zauberkraft in dir.

Nimm dir Zeit, um zu spüren,
und schau dir einmal an,
was dein Körper alles sein kann.

Er kann sich weiten zu einem hohen Baum,
mit Ästen, die zum Himmel reichen,
und Zweigen, die die Wolken streicheln.

Mit Wurzeln an den Füßen und mit Blättern, die im Winde wehen.
Sag mir, wie fühlt sich das an,
eine große Eiche zu sein, mit einem starken Stamm?

Vorschlag: Wenn Sie ihrem Kind den obenstehenden Vers vorgelesen haben, können Sie es auffordern, sich hinzustellen und so zu tun, als ob es selbst die große Eiche oder sein Lieblingsbaum sei, falls es einen hat. Geben Sie Ihm Zeit zu stampfen und seine Verbindung zum Boden zu erkunden. Es kann so tun, als ob es lange Wurzeln hat, die aus seinen Fußsohlen heraus tief in die Mutter Erde hinein wachsen. Fragen Sie nach, wie es sich anfühlt, Wurzeln zu haben, die tief in den Grund hinein reichen.

Fortsetzung der Verse:

Du kannst rauschen und sprudeln wie ein reißender Bach.
Hoch von den Bergen kommt das Wasser daher,
es plätschert durch Wiesen und fließt zum Meer.
Wie Wasser strömt Atemluft überall in dir hin.

Ihre Quelle ist im Kopf und sie fließt bis zu den Zehen.
Wenn du zitterst und bebst, so darf das geschehen.

Du bist jetzt mit Erde und Himmel verbunden,
deine Äste hoch oben, deine Wurzeln tief unten.
Geh mit dem Fluss, ob du weinst oder lachst.

Spür deinen Atem und horch, was er macht:
Klingt es nicht beinahe, als ob er singt?
Jetzt bist du bereit, was immer das Leben dir bringt!

Vorschlag: nachdem Ihr Kind seine Verbindung mit dem Boden erforscht hat, lassen Sie es so tun, als ob der Wind durch seine Blätter und Zweige weht. Ermutigen Sie es, seine Arme nach oben zu strecken, sie hin und her zu schwingen, um seine Mitte zu finden, und die Arme zu bewegen, um ihre Widerstandskraft zu spüren. Sie können Ihr Kind auffordern, seine „Äste“ von einer Seite zur anderen zu biegen und dabei zu beobachten, wie nahe es sie an den Boden heranbringen kann, ehe es das Gleichgewicht verliert. Laden Sie es wieder und wieder ein, sein inneres Zentrum zu finden. Sie können ihm auch Musik mit unterschiedlicher Geschwindigkeit vorspielen. Es kann verschiedene Tempi und Rhythmen erfahren und sich dabei sanfte Brisen und tropische Stürme vorstellen. Nachdem Sie ihm erst einige Möglichkeiten vorgegeben haben, können Sie das Kind dazu ermutigen, sich eigene Varianten auszudenken. Die Übung kann mit einem einzelnen Kind oder mit einer ganzen Gruppe durchgeführt werden. Diese Übung dient dazu die Entwicklung von Eigenkompetenz zu fördern und mit dem eigenen Körper zu verbinden.¹⁰³

¹⁰³ Levine/Kline 2021, S.186f

Abbildung 2: Yogaprogramm

Die folgenden Abbildungen und Anleitungen für traumasensitives Yoga sind in der Broschüre „Traumasensitives Yoga – Übungen zum Stabilisieren und Beruhigen“ von Dagmar Härle, das vom Trauma Hilfe Zentrum Nürnberg und dem Institut für Traumatherapie herausgegeben wurde, zu finden.

Wenn es im Körper ungemütlich wird

Manchmal brauchen wir eine Pause von uns selbst bzw. von den oft schwer auszuhaltenden emotionalen und körperlichen Erfahrungen. Überflutende Empfindungen und Gefühle finden mit hoher Wahrscheinlichkeit im Zentrum unseres Körpers statt, also vorzugsweise in Brust und Bauch oder, genauer gesagt in Kehle, Lunge, Zwerchfell, Magen, Darm. Wir können uns „stufenweise“ von diesen Regionen distanzieren und unsere Aufmerksamkeit zunächst vom Zentrum weg und zu den Armen und Beinen hinlenken. Bemerken Sie das, konzentrieren Sie sich in den Yogahaltungen und Übungen auf Füße, Hände, Arme oder Beine.



Übung: Hände und Füße fokussieren

Wenn Sie möchten, versuchen Sie es gleich und lassen Ihre Aufmerksamkeit zu Ihren Händen und Ihren Füßen wandern. Vielleicht sind Ihre Füße deutlicher wahrnehmbar, vielleicht Ihre Hände. Wenn Sie bemerken, dass die Aufmerksamkeit wieder ins Zentrum Ihres Körpers „rutscht“ probieren Sie es mit **Bewegung** der Hände und Füße.



Wenn das nicht hilft, können Sie in einem weiteren Schritt die nahe Umgebung und die Kontaktbereiche einbeziehen und die Kontaktstellen und –flächen, also den Boden unter den Füßen und den Stuhl unter dem Gesäß, fokussieren.



Übung: Boden und Stuhl fokussieren

Wenn Sie Lust haben, es auszuprobieren, richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf den Kontakt Ihrer Füße mit dem Boden, spüren vielleicht den Widerstand, die Temperatur, die Textur. Oder Sie nehmen den Kontakt auf Ihrem Stuhl wahr, vielleicht am Rücken, vielleicht auf der Sitzfläche. Auch hier können Sie den Kontakt mit **Bewegung** intensivieren, zum Beispiel hin- und her schaukeln.



Atemübungen und Yogahaltungen für die Praxis

Unten finden Sie eine Auswahl an Atemübungen. Manche kennen Sie von den Videos, andere können Sie nach dem Durchlesen ausprobieren. Denken Sie auch bei den Atemübungen daran, dass Sie es sind, die bestimmen, auf welche Art, wie lange und wie intensiv Sie üben möchten.

Gleichmässige Atmung

Die gleichmässige Atmung ist eine einfache Form der Atemkontrolle, bei der auf den Rhythmus des Atems Einfluss genommen wird mit dem Ziel, die Ein- und Ausatmung gleich lang zu gestalten. Für manche Menschen hat diese Art des Atmens eine beruhigende Wirkung und kann bei Panikattacken helfen.



Übung

Setzen Sie sich bequem auf dem Stuhl zurecht. Wenn Sie soweit sind, zählen Sie gedanklich beispielsweise auf 3 beim Einatmen und wieder auf 3 beim Ausatmen. Behagt Ihnen dieser Rhythmus, bleiben Sie dabei, bekommen Sie zu wenig Luft, zählen jeweils nur auf 2. Möchten Sie jedoch langsamer atmen, zählen Sie jeweils auf 4 oder mehr.

Beispiel:

1...2...3 ein -> 1...2...3 aus

oder länger:

1...2...3...4...5 ein -> 1...2...3...4...5 aus

Verlängerte Ausatmung

Die Verlängerung der Ausatmung ist für die Kontrolle über unser Nervensystem zentral. Bei jeder Einatmung aktivieren wir unser Nervensystem, bei jeder Ausatmung beruhigen wir es. Wenn Sie mit der gleichmässigen Atmung vertraut sind, können Sie mit der verlängerten Ausatmung



17

Institut für Traumatherapie Basel – THZN Nürnberg e.V.

experimentieren. Die verlängerte Atmung kann helfen, sich zu beruhigen und eine aufkommende Panikattacke zu kontrollieren.

Übung:

Setzen Sie sich bequem auf Ihrem Stuhl zurecht. Wenn Sie soweit sind, zählen Sie gedanklich beispielsweise auf 3 beim Einatmen und auf 4 beim Ausatmen. Behagt Ihnen dieser Rhythmus, bleiben Sie dabei, bekommen Sie zu wenig Luft, zählen Sie beispielsweise nur auf 2 ein und auf 3 aus. Möchten Sie jedoch langsamer atmen, zählen Sie auf 3 ein und auf 4 oder 5 aus.

Beispiel:

1...2 ein -> 1...2...3 aus

oder länger

1...2...3 ein -> 1...2...3...4...5 aus

Der Atem sollte weiterhin ruhig fliessen. Sie können die Ausatmung beliebig verlängern. Das Zählen soll Ihnen helfen, präsent zu bleiben.



Schultern bewegen

Wir gehen von der Berghaltung aus und lassen die Schultern kreisen oder legen die Hände auf die Schultern und kreisen mit den Ellbogen.



Hüftöffner

Wir legen ein Bein über das andere und ziehen es etwas zu uns. Wir können zum intensiveren Spüren ein wenig Druck auf das obere Knie ausüben.



Drehsitz

Wir richten den Oberkörper auf, schlagen das rechte Bein über das linke, legen die linke Hand auf den rechten Oberschenkel, drehen dann den Oberkörper rechts, den rechten Arm hängen lassen oder strecken.



Katze-Kuh

Wir beugen die Wirbelsäule von oben nach unten in die Katze und strecken sie danach wieder von unten nach oben und beugen uns nach hinten und wiederholen dies. Für mehr Dehnung auf der Vorderseite können die Arme gestreckt werden.



Seitbeuge

Wir heben den rechten Arm und strecken ihn über den Kopf, dann den Oberkörper nach links beugen, der linke Arm bleibt locker hängen. Wir können auch dynamisch üben: abwechselnd den rechten und linken Arm strecken und den Oberkörper beugen.



Nacken bewegen

Wir drehen den Kopf von der einen zur anderen Seite. Wir können auch das Kinn zur Brust ziehen und Halbkreise von einer zur anderen Schulter machen. Auch können wir abwechselnd das Kinn zur Brust neigen und dann den Kopf heben.



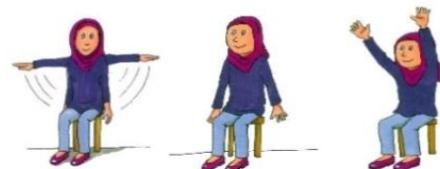
Krieger II mit Stuhl

Wir rutschen nach links und strecken das linke Bein nach hinten, die linke Fußspitze zeigt zur Seite, Baumuskeln leicht aktivieren und dann beide Arme strecken und heben, den Blick über den rechten Arm oder darüber hinaus richten.



Krieger I mit Stuhl

Wir rutschen nach links und strecken das linke Bein nach hinten, die Zehen beider Füße zeigen nach vorn. Die Bauchmuskeln leicht aktivieren. Als nächstes strecken wir die Arme über den Kopf.



Sonnenattem

Wir starten in der Berghaltung im Sitzen. Beim Einatmen die Arme seitlich bis zu den Schultern oder über den Kopf heben, beim Ausatmen senken oder die Arme vor dem Körper heben und senken.



Atembewegung

Wir legen die Hände zuerst auf die Brust, nach einigen Atemzügen auf die Rippenbögen und nach einigen Atemzügen auf den Bauch und erforschen die Atembewegungen.

4. Fazit

„Weil Psychopharmaka so großen Profit verheißen, veröffentlichen medizinische Fachzeitschriften nur selten Untersuchungen über psychiatrische Behandlungsansätze, die auf Psychopharmaka verzichten. Und Ärzte, die solche Behandlungsmethoden erproben, werden oft in abwertender Absicht als Alternativmediziner bezeichnet. Studien über solche Behandlungen werden nur sehr selten mit Forschungsgeldern gefördert, es sei denn, sie basieren auf sogenannten manualisierten Protokollen, was bedeutet, dass sich Patienten und Therapeuten an eine in allen Einzelheiten beschriebene und festgelegte Vorgehensweise halten müssen, die keinerlei Feinabstimmung auf die Bedürfnisse eines bestimmten Patienten zulässt. Die offizielle Schulmedizin fühlt sich einer Verbesserung des Lebens mit Hilfe der Chemie verpflichtet, und die Tatsache, dass wir unsere Physiologie und unsere innere Balance mit anderen als medikamentösen Mitteln verändern können, wird kaum in Betracht gezogen.“¹⁰⁵

Nach der intensiven Auseinandersetzung mit der Thematik, die mich von Beginn der Erarbeitung an fasziniert hat, ist es aus meiner Sicht dringend erforderlich, in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen einen Fokus in der Behandlung auf Handlungsansätze, die der Polyvagalthorie entsprechen, zu setzen. Während meiner Arbeit in der stationären Jugendhilfe, ist immer wieder ersichtlich, wie wichtig es ist, den Kindern und Jugendlichen Sicherheit zu vermitteln, durch beispielsweise feste Strukturen im Alltag, Beziehungsarbeit und individuelle Angebote. Während der Erarbeitung der Thematik, war es mir möglich, einer Klientin im beruflichen Kontext durch erlangtes Fachwissen zu helfen und Symptome einer Traumatisierung zu erkennen. Dies erforderte jedoch eine intensive Auseinandersetzung mit dem Kollegium, wobei ich anfänglich auf sehr viel Widerstand gestoßen bin. Nach erneutem fachlichem Austausch ist es gelungen, die Klientin, die die Diagnose ADHS vor mehreren Jahren erhalten hatte und medikamentös behandelt wurde, stationär in die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu überweisen. Bereits nach kurzer Zeit konnte von den dort arbeitenden Psychologen eine schwere emotionale Traumatisierung festgestellt werden und die ADHS Diagnose wurde widerlegt. Die medikamentöse Behandlung wurde eingestellt, das Mädchen in tiertherapeutische Angebote und Entspannungsübungen integriert und die schweren Verhaltensauffälligkeiten und motorische Unruhe reduzierten sich. Dies sollte nur ein kurzes Beispiel sein, um meine Überzeugung der

¹⁰⁵ van der Kolk 2021, S.52

traumatherapeutischen Handlungsansätze auf Grundlage der Polyvagaltheorie zum Ausdruck zu bringen. Die Frage dieser Bachelorthesis: „Inwieweit lassen sich traumatherapeutische Handlungsansätze auf Grundlage der Polyvagaltheorie in die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe integrieren?“ kann ich dahingehend beantworten, dass es aus meiner Sicht dringend erforderlich ist, Handlungsansätze auf dieser Grundlage in die tägliche Arbeit mit Traumatisierten in der stationären Jugendhilfe zu integrieren und ein Konzept zu erschaffen, dass auf nicht-medikamentöse Behandlung ausgerichtet ist und traumatherapeutische Handlungsansätze beinhaltet. Hervorzuheben ist, dass ich nicht grundlegend der Überzeugung bin, dass jede psychische Erkrankung ohne Medikamente behandelbar ist, jedoch sollte hier meiner Meinung nach der Grundsatz, so viel wie nötig und so wenig wie möglich, zum Tragen kommen. Des Weiteren kann ich mich der Meinung von Stephen Porges, Bessel van der Kolk, Peter Levine, Lutz Goldbeck, Ute Ziegenhain und Jörg M. Fegert, um nur Einige zu nennen, die sich mit dieser Thematik auseinandergesetzt haben, nur anschließen. Menschen, die im sozialen Sektor arbeiten, besonders in der stationären Jugendhilfe, müssen für die Thematik von Trauma, Traumafolgestörungen, Bindungsstörungen und Interventionsmöglichkeiten sowie Techniken zur Emotionsregulation aufgeschlossen und sensibilisiert werden. Aus- und Weiterbildung zu dieser Thematik müssen als Richtlinien für Personal, das mit Kindern und Jugendlichen zusammenarbeitet, festgelegt werden, um qualitativ hochwertige Arbeit zu leisten, Traumatisierten zu helfen und Beziehungsabbrüchen, die immer noch vermehrt in der stationären Jugendhilfe verzeichnet werden, entgegenzuwirken. Vielmehr sollte ein Fokus darauf gelegt werden, dass Institutionen, die in Kooperation zueinander stehen, parallele Leitlinien und Handlungsansätze erarbeiten, um die Lebensqualität traumatisierter Kinder und Jugendlichen zu verbessern. Unser Erziehungssystem sollte darauf ausgelegt sein, dass System des Sozialen Engagements anzusprechen, anstatt auf negative Verhaltensweisen zu achten, die es zu „erziehen“ gilt. Das gemeinsame Singen, Reime, Gedichte, Geschichten, Pausen, die mit Spiel und Bewegung gefüllt sind und weitere „einfache“ Handlungsansätze auf Grundlage der Polyvagaltheorie, müssen den Weg in den regulären Alltag, in die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen schaffen. Die Einbeziehung von Tieren, die ebenfalls nachweislich das System des sozialen Engagements aktivieren, müssen regulär Einzug in die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen halten und als Konzept in Jugendhilfeeinrichtungen dargelegt werden. Ein weiterer wichtiger Schritt in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen ist mit der Einführung der neuen Diagnose der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung in das Diagnosehandbuch ICD-11 gelungen,

um im klinischen Alltag Patienten*innen, die in ihrer frühesten Kindheit traumatische Erfahrungen gesammelt haben, komplexer arbeiten zu können, Traumafolgestörungen zu behandeln und Lebensqualität zurückzugeben. Weiterführend muss festgestellt werden, dass unsere gesamte Gesellschaft mit all ihren Institutionen, die weiterläufig miteinander vernetzt sind, grundlegend auf Sicherheit ausgerichtet werden sollte, wenn das Grundbedürfnis eines jeden Menschen die Suche nach Sicherheit ist, durch die wir genesen und unsere Gesundheit fördern können. Präventionsarbeit in Form von ambulanten Angeboten, Beratungsstellen, Gruppentreffen oder Gemeindearbeit müssen ausgebaut werden, um bereits den jüngsten Kindern unserer Welt und deren Eltern, die Hilfe und Unterstützung benötigen, dies zu ermöglichen und Anleitung zu geben. Abschließen möchte ich diese Bachelorarbeit mit einem Zitat von Stephen Porges, das ich in dem Buch „Mehr als Verhalten“ von Mona Delahooke, während meiner Recherche entdeckt und als Abschluss sehr passend finde.

„Sicherheit ist die Behandlung und die Behandlung ist Sicherheit.“¹⁰⁶

¹⁰⁶ Porges, zit nach Delahooke 2020, S.117

5. Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer Literatur als der angegebenen Hilfsmittel, angefertigt habe. Die aus Quellen direkten und indirekten übernommen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht. Die vorliegende Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen.

Torgelow, 07.06.2022

.....

Unterschrift Judith Lübke

6. Literaturverzeichnis

Literaturverzeichnis

Arnold Lohaus, Marc Vierhaus. *Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor*. Berlin: Springer Verlag GmbH, 2019 ; 4.überarbeitete Auflage.

Blümel, Margarete. *Deutschlandfunk*. 7. Oktober 2015. <https://www.deutschlandfunk.de/derpersische-mystiker-rumi-in-harmonie-mit-sich-selbst-und-100.html> (Zugriff am 25. Mai 2022).

Dana, Deb. *Die Polyvagaltheorie in der Therapie - Den Rhythmus der Regulation nutzen*. Lichtenau: G.P. Probst Verlag GmbH, 2021 3.Auflage.

Delahooke, Mona. *Mehr als Verhalten - Neurowissenschaft und Mitgefühl helfen, Verhaltensprobleme von Kindern zu verstehen und zu lösen*. Lichtenau: Probst Verlag GmbH, 2020.

Die Bundesregierung. 26. Mai 2021. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/zahlen-kindlicher-gewaltopfer-1917894> (Zugriff am 25. Mai 2022).

Dr Tobias Hecker, Prof.Dr.Andreas Maercker. *Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD11: Beschreibung des Diagnosevorschlags und Abgrenzung zur klassischen posttraumatischen Belastungsstörung*. Diagnosevorschlag, Psychopathologie und klinische Interventionen, Zürich: University of Zurich, 2015.

Duden. *Das große Buch der Allgemeinbildung*. Berlin - Bibliografisches Institut GmbH: Dudenverlag, 2015, 3.aktualisierte Auflage.

F.Pedrosa Gil, R.Rupprecht. „Aktuelles zur Bindungstheorie und Entwicklungspsychologie sowie neurobiologische Aspekte bei psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen.“ *Der Nervenarzt*, November 2003: 965-971.

Garbe, Elke. *Das kindliche Entwicklungstrauma verstehen und bewältigen*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2015.

Härle, Dagmar. *Körperorientierte Traumatherapie - Sanfte Heilung mit traumasensitivem Yoga*. Paderborn: Junfermann Verlag, 2015.

- . *Traumasesensitives Yoga - Übungen zum Stabilisieren und Beruhigen*. Nürnberg: Institut für Traumatherapie, Trauma Hilfe Zentrum Nürnberg, 2019.
- Karl Heinz Brisch, Theodor Hellbrügge. *Bindung und Trauma- Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2003.
- Kolk, Bessel van der. *Verkörperter Schrecken*. Lichtenau: G. P. Probst Verlag GmbH, 2021.
- Levine, Peter A. *Sprache ohne Worte - Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt*. München: Kösel- Verlag, 2011, 9. Auflage.
- Levine, Peter A., Kline, Maggie. *Verwundete Kinderseelen heilen - Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können*. München: Kösel- Verlag, 2021, 13. Auflage.
- Lutz Goldbeck (Hrsg.), Jörg M. Fegert, Ute Ziegenhain. *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland - Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 2013 2. Auflage.
- Lydia Hantke, Hans-Joachim Görges. *Handbuch Traumakompetenz- Basiswissen für Therapie, Betreuung und Pädagogik*. Paderborn: Junfermann Verlag, 2012.
- Marc Schmid, Michael Kölch, Jörg M. Fegert, Klaus Schmeck. *Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesamt für Justiz: Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung in stationären Maßnahmen*. Basel: Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, 2012.
- Porges, Stephen W. *Die Polyvagal- Theorie Neurophysiologische Grundlagen der Therapie*. Paderborn: Junfermann Verlag, 2010.
- . *Die Polyvagaltheorie und die Suche nach Sicherheit - Traumabehandlung, soziales Engagement und Bindung*. Lichtenau: G.P. Probst Verlag, 2021 4.Auflage.
- Rosenberg, Stanley. *Der Selbstheilungsnerv - So bringt der Vagus-Nerv Psyche und Körper ins Gleichgewicht*. Kirchzarten: VAK Verlags GmbH, 2021, 11. Auflage.