



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

**Ist Intensivpädagogik wesentlich Traumapädagogik?
Polyvagaltheoretische Implikationen der Arbeit in der
stationären Jugendhilfe**

Bachelorarbeit

vorgelegt von

Lukas Drößler

URN-Nummer: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2022-0578-5

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang: Soziale Arbeit (B.A.)

Im Sommersemester 2022

Erstprüfer: Prof. Dr. Andreas Speck

Zweitprüfer: Prof. Dr. Roland Haenselt

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
1 Die Polyvagaltheorie.....	2
1.1 Erforschung des Autonomen Nervensystems	2
1.2 Das Vagus-Paradox	4
1.3 Die Drei Subsysteme des Autonomen Nervensystems in der Polyvagaltheorie	4
1.3.1 Dorsaler Vagus.....	5
1.3.2 Sympathisches Nervensystem.....	5
1.3.3 Ventraler Vagus	6
1.4 Dissolution.....	7
1.5 Das System für soziale Verbundenheit.....	9
1.5.1 Bestandteile des Systems für soziale Verbundenheit	10
1.5.2 Funktionen des Systems für soziale Verbundenheit	11
1.5.3 Co-Regulation	12
1.6 Die Bedeutung von Sicherheit.....	13
1.6.1 Der autonome Zustand als vermittelnde Variable	14
1.6.2 Neurozeption.....	14
1.6.3 Arousal und Toleranzfenster	16
1.7 Eine Polyvagale Landkarte.....	21
2 Trauma	23
2.1 Psychiatrische Diagnostik	23
2.1.1 ICD und DSM.....	23
2.1.2 PTBS und K-PTBS.....	24
2.2 S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung.....	27
2.3 Definitionen und Ansätze	30
2.3.1 Verbreitete Ursachen für Traumata in der Kindheit	31
2.3.2 Beziehungstrauma.....	33
2.3.3 Entwicklungsbezogenes Trauma	34
2.4 Polyvagaltheoretische Perspektive auf Traumata.....	35
3 Polyvagaltheorie in der Intensivpädagogik	37
3.1 Intensivpädagogik	37
3.2 Kritik am Status Quo der Intensivpädagogik	39
3.3 Polyvagaltheoretische Implikationen	40
4 Zusammenfassung.....	46
Quellenverzeichnis	47

Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich eingehend mit der Polyvagaltheorie von Stephen Porges und versucht die Frage zu klären, inwiefern die intensivpädagogische Praxis unter Einbezug polyvagaltheoretischer Erkenntnisse als Feld der Traumapädagogik zu verstehen ist. Vor dem Hintergrund persönlich motivierter Beschäftigung mit dieser im Ausgangspunkt doch eher fachfremden Theorie über das autonome Nervensystem in seinen Bestandteilen und Funktionen, fiel dem Autor dieser Bachelorarbeit schnell das enorme Potential für die sozialpädagogische Praxis im Allgemeinen auf. Das animierte ihn dazu, sich in Rahmen dieser Arbeit noch viel systematischer mit den verschiedenen Teilen und Begrifflichkeiten der zugrundeliegenden Theorie zu befassen, und zugleich die sozialpädagogische Praxis, in exemplarischer Extremform der intensivpädagogischen stationären Jugendhilfe, in Beziehung dazu zu setzen. Eng verbunden mit der Polyvagaltheorie ist auch ein daraus resultierendes und vergleichsweise modernes Verständnis über die Entstehung und Wirkungsweise von Psychotraumata, auf dessen Grundlage eine große Auswahl an praktischen Interventionen für Therapeuten, Pädagogen und Selbstanwender basiert. Ob dieses auch für die intensivpädagogische Praxis der stationären Jugendhilfe eine Bereicherung darstellen könnte, und inwieweit das eine Veränderung des Status Quo erfordern würde, soll Teil des Ergebnisses dieser Arbeit sein. Um diese Fragen beantworten so können, soll im Ausgangspunkt die Polyvagaltheorie, mit ihren verschiedenen Elementen und Begrifflichkeiten, ausführlich und systematisch erläutert werden. Darauf aufbauend soll eine Auseinandersetzung mit dem Traumbegriff erfolgen, die nicht nur das Verständnis der Polyvagaltheorie, sondern auch die psychiatrische Diagnostik und damit verbundene Konventionen in Deutschland berücksichtigt. Zum Schluss soll die Intensivpädagogische Praxis untersucht, und Polyvagaltheoretische Implikationen für sie formuliert werden.

1 Die Polyvagaltheorie

Die Polyvagaltheorie steht im Zentrum dieser Arbeit. Sie ist gewisser Weise die Linse, durch die im weiteren Verlauf auch auf das Thema der psychologischen Traumata sowie die Arbeit in der Intensivpädagogik geschaut werden soll. Es handelt sich bei ihr um eine Theorie über die evolutionäre Entwicklung, den Aufbau und die Funktionsweise unseres Autonomen Nervensystems und ein daraus resultierendes Erklärungsmodell von menschlichen Verhaltensweisen. Im Folgenden soll ein Überblick über die Bestandteile der Theorie geschaffen und einige wichtige Begriffe erläutert werden.

1.1 Erforschung des Autonomen Nervensystems

Beim Autonomen Nervensystem (alternativ auch: Vegetatives Nervensystem) handelt es sich um einen daueraktiven Teil des Nervensystems, der beständig über diverse Körperfunktionen wacht. Es reguliert beispielsweise den Herzschlag, die Atmung, die Verdauung, den Blutdruck, das Blinzeln der Augenlider, die Körpertemperatur und vieles mehr. Dabei impliziert der Name bereits, dass es autonom funktioniert, auch wenn wir beispielsweise schlafen. Das bedeutet allerdings nicht, dass es jenseits unserer Einflussmöglichkeiten arbeitet. Vielmehr stehen das Autonome Nervensystem und das Zentrale Nervensystem miteinander in Beziehung und beeinflussen sich wechselseitig. Als Gegenstand der Wissenschaft gibt es zu dem Autonomen Nervensystem bereits länger ein Modell, das mit der Zeit weiterentwickelt wurde und auf dem auch die Polyvagaltheorie basiert. Aus diesem Grund soll hier auch kurz auf die Historie eingegangen werden.

Walter P. Cannon (1871-1945) gilt als Gründervater der amerikanischen Physiologie und entwickelte die Vorstellung, dass der menschliche Organismus auf Stressoren und Bedrohungen mit der Bereitstellung von Energie für eine Kampf-Flucht-Reaktion reagiere. Sein Modell vom Autonomen Nervensystem war ein antagonistisches: Er definierte die beiden Gegenspieler mit den Namen Sympathikus und Parasympathikus als symmetrische Einflüsse auf den Organismus, der sein Gleichgewicht reguliere.¹ Die bereits erwähnte Bereitstellung der Energie für eine Kampf-Flucht-Reaktion fällt dabei in die Zuständigkeit des Sympathikus. Der Parasympathikus hingegen hat die Funktion, nach Stressreaktionen den Organismus wieder zu beruhigen und so die Homöostase wiederherzustellen. Als Homöostase wird der optimale Zustand des Gleichgewichts des Organismus bezeichnet. Bis heute sind immer noch Vorstellungen verbreitet,

¹ Vgl. (Jochims, 2019, S. 11ff)

die wesentlich auf den Ursprüngen dieses Modells basieren und denen zufolge beispielsweise ein hohes Stresslevel auf eine mangelhafte parasympathische Aktivität zurückzuführen wäre.

Hans Selye (1907-1982) war ein Wiener Arzt, Stressforscher und später Professor an der Universität von Montreal. Er beschrieb in seinem Allgemeinen Anpassungs-Syndrom die Stressreaktionen des Organismus in den drei Phasen Alarm, Widerstand und Erschöpfung. Ähnlich wie bei Cannon beginnt die Stressreaktion in der ersten Phase mit einer Aktivierung des Sympathikus, ausgelöst durch einen Stressor, und es wird eine Kampf-Flucht-Reaktion initiiert. In der zweiten Phase schaltet sich der Parasympathikus hinzu und versucht den Organismus wieder zu beruhigen. Hält die Bedrohung allerdings weiterhin an, kann es dem Parasympathikus nicht gelingen den Organismus zur Ruhe zu bringen. Die andauernde Freisetzung von stressbedingten Hormonen und der daraus resultierende Zustand der anhaltenden Aktivierung führt letztendlich zur Erschöpfung in der dritten Phase.²

Der US-amerikanische Biophysiker, Psychologe und körperorientierte Traumatherapeut Peter Levine (geboren 1942) beobachtete schließlich in seiner therapeutischen Praxis eine Stressreaktion, die im Widerspruch zu der bisherigen Annahme stand, dass die Zuständigkeit für Reaktionen auf Stress alleine beim Sympathikus liegt. Vielmehr konnte er bei stressbelasteten Patienten nachweisen, dass sie zwischen Zuständen hoher Sympathikusaktivierung und hoher Parasympathikusaktivierung hin und her schwankten. Dabei waren die Aktivierungen des Parasympathikus jedoch geprägt von Zuständen der Starre und des Entsetzens, also alles andere als entspannt. Im Zusammenhang seiner therapeutischen Praxis stellte er bereits fest, dass es zunächst einer Aktivierung des Sympathikus bei seinen Patienten bedurfte, um sie wieder aus der Starre heraus zu lösen.³

Peter Levine stieß hier, ohne es zu dem Zeitpunkt zu wissen, auf das sogenannte Vagus-Paradox, benannt nach dem Vagus-Nerv (lat. Nervus Vagus), dem X. Kranialnerv, welcher der größte Nerv des Parasympathischen Nervensystems ist und dem Hirnstamm entspringt. Sein Name leitet sich von dem lateinischen Wort *vagari* ab, das als umherschweifend, unbestimmt oder vage übersetzt werden kann. Der Vagus-Nerv ist also der Umherschweifende Nerv, was als eine beschreibende Bezeichnung von den Anatomen und Forschern gedacht war. Tatsächlich erwies er sich bei ersten Untersuchungen als überaus weitläufig und unspezifisch, mit diversen Verzweigungen im ganzen Körper und Verbindungen zu fast allen inneren Organen.⁴

² Vgl. ebd.

³ Vgl. ebd.

⁴ Vgl. (Habib, 2019, S. 21)

1.2 Das Vagus-Paradox

Die Polyvagaltheorie von Stephen W. Porges ging ursprünglich aus Untersuchungen der Herzfrequenzmuster von menschlichen Föten und Neugeborenen hervor. Durch den Vagus-Nerv vermittelt wird unter anderem die sogenannte „Bradykardie“, welche ein massives Absinken der Herzfrequenz bezeichnet. Wenn diese bei einem Fötus oder neugeborenen Kind auftritt, verlangsamt das die Herzfrequenz so stark, dass das Hirn nur noch ungenügend mit Sauerstoffreichem Blut versorgt wird. Deswegen ist eine Bradykardie aus klinischer Sicht durchaus eine ernste Gefahr, die bis hin zum Tod führen kann. Hohe Vagusaktivität dient in diesem Fall also als negativer Indikator für die Gesundheit der Neugeborenen oder Föten.

Bei genau den gleichen klinischen Populationen wurde ein anderer Index für die Vagusfunktion als Maßstab für Resilienz identifiziert: Die Herzratenvariabilität, also die Variation der Abstände zwischen den Herzschlägen. Diese stand für Jahrzehnte im Zentrum der wissenschaftlichen Arbeit von Stephen W. Porges.⁵

Im Falle der Herzratenvariabilität handelt es sich also um einen durch den Vagus-Nerv vermittelten positiven Indikator für die Gesundheit. Diese Beobachtungen ergaben zusammen das Vagus-paradox und warfen die Frage auf, wie es sein kann, dass die Aktivität des Vagus-Nervs funktionell bei gleicher klinischer Population sowohl ein positiver als auch ein negativer Indikator für die Gesundheit sein kann. Die Auflösung des Vagus-Paradox folgte aus neuen evolutionstheoretischen Erkenntnissen über die Veränderung der neuronalen Regulation des Autonomen Nervensystems speziell im Zuge der Weiterentwicklung von den primitiven Reptilien zu den Säugetieren. Namensgebend für die Polyvagaltheorie ist die Entdeckung, dass bei den Säugetieren ein zweiter Vaguskomplex ausgebildet ist, der sich vom ursprünglichen Komplex durch seine Myelinschicht unterscheidet und funktionell als eigenständiges Subsystem des autonomen Nervensystems betrachtet werden kann.

1.3 Die Drei Subsysteme des Autonomen Nervensystems in der Polyvagaltheorie

Das Modell zum Autonomen Nervensystem differenziert also nicht mehr nur zwischen Sympathikus und Parasympathikus, sondern darüber hinaus auch zwischen zwei funktionell verschiedenen Vaguskomplexen. Alle drei Subsysteme sind mit durch sie vermittelten Zuständen und Verhaltensweisen assoziiert und haben ihre eigenen, unverzichtbaren Funktionen für den Organismus. Stephen W. Porges identifizierte bei der Untersuchung von

⁵ Vgl. (Porges, Klinische Anwendungen der Polyvagal-Theorie, 2019, S. 69)

Wirbeltieren im Evolutionsverlauf ein phylogenetisches Muster, welches drei Phasen umfasst. Im Folgenden sind alle drei Subsysteme in der evolutionären Reihenfolge ihres Entstehens geordnet dargestellt.

1.3.1 *Dorsaler Vagus*

Das mit etwa 500 Millionen Jahren evolutionär älteste Subsystem ist der nicht myelinisierte dorsale Vagus, der vor allem die unter dem Zwerchfell liegenden Organe durchzieht, aber auch im Sinusknoten endet, welcher der Schrittmacher des Herzens ist. Er ist bei quasi allen Wirbeltieren vorhanden und unterstützt bei Säugetieren im Normalzustand die Gesundheit, Entwicklung und Heilung durch neuronale Regulation von Herz und Lunge sowie der inneren Organe unterhalb des Zwerchfells. Im Falle des Menschen sind das Magen, Leber, Milz, Nieren, Gallenblase, Harnblase, Dünndarm, Bauchspeicheldrüse (Pankreas) sowie Teile des Dickdarms.⁶ Bei den alten Wirbeltieren war dieser Vaguspfad sogar eine entscheidende Komponente der neuronalen Regulation aller inneren Organe. Das Nervensystem der primitiveren Wirbeltiere brauchte für die Sicherung des Überlebens verhältnismäßig wenig Sauerstoff, und bei Gefahr oder Ressourcenknappheit verringerte dieses System den Output an Energie durch seine hemmende Wirkung auf den Stoffwechsel. Durch die Senkung der Herzfrequenz sank auch der eigene Energiebedarf. Als primitives Defensivsystem wird es auch von höher entwickelten Säugetieren genutzt, allerdings mit potentiell fatalen Folgen wie einem Herzstillstand.⁷

1.3.2 *Sympathisches Nervensystem*

Vor etwa 400 Millionen Jahren entwickelten die ersten uns bekannten Lebewesen das sympathische Nervensystem. Während der Dorsale Vaguskomplex sich durch eine immobilisierende Wirkfunktion auszeichnet, ermöglicht das Sympathische Nervensystem in Gefahrensituationen eine Kampf- oder Fluchtreaktion durch seine mobilisierende Funktionsweise. Es entspringt den Spinalnerven, die wiederum aus dem Rückenmark hervorgehen, und kann seinerseits grob in zwei Subsysteme unterteilt werden: Das sympathische Nebennierenmarksystem (kurz: SAM) sowie die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (kurz: HPA). Erstere ermöglicht durch Ausschüttung des Hormons Adrenalin schnelle Schreckreaktionen innerhalb von Sekundenbruchteilen nach der Alarmierung des Organismus,

⁶ Vgl. (Rosenberg, 2019, S. 314)

⁷ Vgl. (Porges, Klinische Anwendungen der Polyvagal-Theorie, 2019, S. 70f)

und bereitet damit auf weitere Aktionen vor. Bei einem Ende der Bedrohungssituation kann eine relativ schnelle Regulation zum Normalzustand erfolgen, hält diese allerdings an, aktiviert sich zusätzlich die HPA-Achse und setzt das in der Nebennierenrinde produzierte Stresshormon Kortisol aus. Die freigesetzten Hormone wirken sich leistungssteigernd auf den Organismus aus und erhöhen die Atem- und Herzfrequenz sowie den Blutdruck. Des Weiteren werden beispielsweise Verdauungsprozesse und die Durchblutung von Haut und Nieren durch Gefäßverengung gehemmt und das Immunsystem wird vorübergehend unterdrückt. Wie der Name schon impliziert, handelt es sich bei der sympathikotonen Kampf- oder Fluchtreaktion um ein ergänzendes Defensivsystem, welches durch die Mobilisierung von Energievorräten eine Bekämpfung oder Flucht vor der Gefahrenquelle optimiert.⁸

1.3.3 *Ventraler Vagus*

Das evolutionär jüngste Subsystem des Autonomen Nervensystems ist der Ventrale Vagus, welcher sich zuerst vor etwa 200 Millionen Jahren entwickelte und nur bei den Säugetieren auftritt. Genau wie beim Dorsalen Vagus handelt es sich streng genommen gar nicht um einen einzelnen Nerv, sondern um eine ganze Gruppe von neuronalen Pfaden durch den Körper, die zusammen den größten Teil des Parasympathischen Nervensystems bilden. Im Unterschied zum Dorsalen Vagus entwickelt sich der Ventrale Vagus beim Menschen erst im letzten Drittel der Schwangerschaft und wird im Laufe des ersten Lebensjahres von einer Myelinschicht umgeben.⁹ Myelin ist eine fettige Substanz, die die umschichteten Nervenfasern elektrisch isoliert und so eine schnellere und präzisere Signalübermittlung gewährleistet. Der Ventrale Vagus entspringt dem Hirnstamm am oberen Ende des Rückenmarks und ist für die Regulation der Organe oberhalb des Zwerchfells wie beispielsweise Herz und Lunge zuständig. Darüber hinaus innerviert er viele der kleinen Muskeln im Hals und steht in einem engen Zusammenhang mit anderen Strukturen des Hirnstammes die zusammen das sogenannte System für soziale Verbundenheit bilden, welches später in diesem Kapitel noch genauer thematisiert wird. Der Ventrale Vagus hat die primäre Funktion, durch Herbeiführung von Zuständen relativer Ruhe das Reaktionsspektrum aller Komponenten des Autonomen Nervensystems einzugrenzen und das gesamte System zugunsten sozialer Interaktion so funktional davon abzuhalten, in Defensivzustände zu verfallen.¹⁰ Von zentraler Bedeutung ist dabei der tonisch hemmende Einfluss des Ventralen Vagus auf das Herz, der auch als die Vagusbremse bezeichnet wird. Die

⁸ Vgl. (Dana, Die Polyvagal-Theorie in der Therapie, 2021, S. 32f)

⁹ Vgl. (Dana, Arbeiten mit der Polyvagal-Theorie, 2020, S. 29)

¹⁰ Vgl. (Porges, Klinische Anwendungen der Polyvagal-Theorie, 2019, S. 72)

intrinsische Frequenz des Sinusknoten, also des Schrittmachers des Herzens, liegt bei jungen und gesunden Erwachsenen bei etwa 90 Schlägen pro Minute. Durch die Vagusbremse wird die tatsächliche Herzfrequenz im Normalzustand jedoch deutlich verlangsamt. Diese Bremse kann situativ gelöst werden, was zu einer spontanen Steigerung der Herzfrequenz ohne zugrundeliegende Steigerung der sympathischen Erregung führt. Darüber hinaus ermöglicht die Lösung der Vagusbremse, auftretenden sympathischen Erregungen einen wesentlich stärkeren Einfluss auf das Autonome Nervensystem zu nehmen. Der Effekt der Vagusbremse ist nicht mit der Eingangs bereits erwähnten Bradykardie in Verbindung zu bringen, welche zwar ebenfalls eine durch Aktivität des Vagus vermittelte Senkung der Herzfrequenz ist, jedoch auf den Einfluss des Dorsalen Vagus bei gleichzeitig fehlender Regulation durch den Ventralen Vagus zurückzuführen ist.¹¹

1.4 Dissolution

Das Nervensystem von Mensch und Säugetier soll sowohl in sicheren Umgebungen als auch in gefährlichen Kontexten das Überleben ermöglichen. Aus diesem Grund sind auch die Defensivmechanismen der älteren Subsysteme nach wie vor essenzieller Bestandteil der Ausstattung des Nervensystems und keineswegs redundant. Allerdings sind diese Defensivmechanismen grundsätzlich nicht mit sozialem Verhalten und viszeraler Homöostase vereinbar. Vielmehr handelt es sich um Notfallsysteme für die Bewältigung von gefährlichen Situationen, um im Anschluss wieder in den Zustand von sozialer Verbundenheit und Homöostase gehen zu können.¹² Die drei beteiligten Subsysteme stehen also in einer hierarchischen Beziehung zueinander, wobei sie in der Hierarchie niedriger stehen je älter sie sind, weshalb die neueren Komponenten des Autonomen Nervensystems zuerst aktiv werden. Dieses Modell autonomer Reaktivität entspricht dem Konstrukt der sogenannten Dissolution nach John Hughlings Jackson, einem englischen Neurologen des 19. Jahrhunderts, demzufolge „die höheren Strukturen des Nervensystems die niedrigeren hemmen (oder kontrollieren), weshalb in Situationen, in denen die höheren Strukturen plötzlich funktionslos werden, die Aktivität der niedrigeren zunimmt“.¹³ Demnach ist bei Säugetieren der Ventrale Vagus das erste Subsystem, das in Aktion tritt. Gelingt es nicht, die angestrebte Sicherheit durch die Unterstützung des Ventralen Vagus zu erhalten oder erreichen, werden nacheinander die

¹¹ Vgl. (Porges, Klinische Anwendungen der Polyvagal-Theorie, 2019, S. 74)

¹² Vgl. (Porges, Klinische Anwendungen der Polyvagal-Theorie, 2019, S. 75)

¹³ Jackson zit. n. (Porges, Klinische Anwendungen der Polyvagal-Theorie, 2019, S. 75)

beiden älteren Schaltkreise angesprochen. Die folgende Grafik veranschaulicht das Konzept der Dissolution.

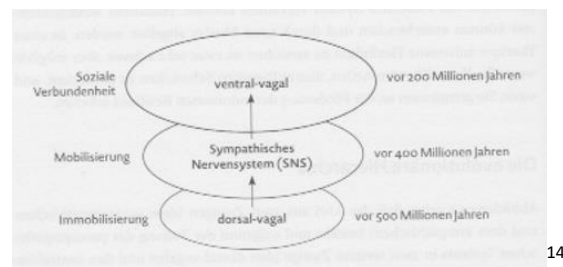


Abb.1: Dissolution

Aus diesem Modell lässt sich ein Ideal des Umgangs von Säugetieren mit verschiedenen, potentiell gefährlichen Situationen ableiten. Dem Prinzip der Dissolution entsprechend verweilt es erst einmal solange wie möglich in einem durch den ventralen Vagus vermittelten Zustand der Homöostase und sozialen Zugewandtheit. Im Falle des Menschen wird er zuerst einmal versuchen, die Situation in einem durch den Ventralen Vagus vermittelten Zustand mithilfe von sozialer Interaktion zu entschärfen oder sich Unterstützung zu suchen. Sollte dies scheitern oder keine Option darstellen, aktiviert sich das sympathische Nervensystem und setzt Stresshormone frei, um möglichst viel Energie für eine Flucht oder den Kampf zu mobilisieren. Wenn auch dieser Bewältigungsversuch vergeblich ist, schaltet sich schlussendlich der Dorsale Vagus ein und sorgt für eine Immobilisierung und damit einhergehende Unterwerfung bis hin zum völligen Shutdown. An dieser Stelle sei allerdings ausdrücklich daran erinnert, dass es sich hier um ein wissenschaftliches Modell handelt, das nicht für sich beansprucht die Realität genau abzubilden. Das geschilderte Ideal der Bewältigungsstrategien dient zum Nachvollzug des Prinzips der Dissolution, sowie der Charakterisierung der drei Subsysteme des Autonomen Nervensystems. Tatsächlich ist der Polyvagaltheorie wohlbekannt, dass die Realität sich in mancher Hinsicht komplexer gestaltet. So sind alle drei Subsysteme, wie sie die Polyvagaltheorie beschreibt, dauerhaft und gleichzeitig aktiv, und ist somit jeder Zustand des Autonomen Nervensystems quasi ein Mischzustand aus verschiedenen großen Anteilen von Aktivität der Subsysteme. Dabei hemmen dem Prinzip der Dissolution entsprechend höhere Schaltkreise die primitiveren zwar, schalten diese allerdings nicht völlig aus. Ebenso wird ein Rückfall auf die primitiveren Schaltkreise zwar normalerweise durch einen Rückgang der Aktivität der höheren Schaltkreise induziert, jedoch ist auch dies nicht zwangsläufig mit einem vollständigen Ausfall der höheren Schaltkreise verbunden. In der Empirie zeigt sich das beispielsweise, wenn Menschen auch bei starker sympathikotoner Aktivität mithilfe des mit dem ventralen Vagus assoziierten Systems für soziale Verbundenheit in Kontakt zu Mitmenschen treten, beispielsweise um diese zu alarmieren oder sich Unterstützung für die Situationsbewältigung zu sichern.

¹⁴ (Dana, Arbeiten mit der Polyvagal-Theorie, 2020, S. 28)

1.5 Das System für soziale Verbundenheit

Die Integration der myelinisierten kardialen Vaguspfade (also der Beteiligung des ventralen Vagus bei der Regulation des Herzens) und der neuronalen Regulation von Gesicht und Kopf führten in der Evolution zur Entstehung des nur bei Säugetieren vorhandenen Systems für soziale Verbundenheit, welches eine zentrale Rolle in der Polyvagaltheorie einnimmt. Der Output dieses Systems geht aus motorischen Nervenpfaden hervor. Diese können unterteilt werden in somatomotorische Komponenten für die Regulation der gestreiften Muskeln des Gesichts und des Kopfes, und viszeromotorische Komponenten für die Regulation der glatten und kardialen Muskeln des Herzens und der Bronchien. In der folgenden Grafik ist das System für soziale Verbundenheit übersichtlich dargestellt, wobei die somatomotorischen Komponenten in Kästen auf weißem Grund und die viszeromotorischen Komponenten in Kästen auf schraffiertem Grund abgebildet sind:

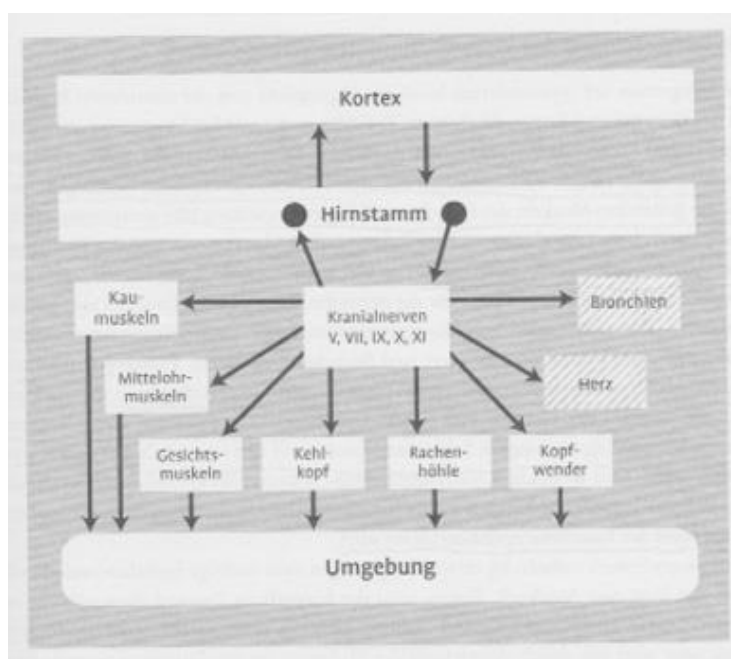


Abb.2: System für soziale Verbundenheit

¹⁵ (Porges, Klinische Anwendungen der Polyvagal-Theorie, 2019, S. 71)

Die Darstellung veranschaulicht außerdem, dass es sich beim System für soziale Verbundenheit um ein System aus den Kranialnerven V, VII, IX, X und XI handelt, welche über den Hirnstamm in starker Interaktion miteinander stehen. Die Bedeutung des X. Kranialnerven wurde in dieser Arbeit bereits ausgiebig hervorgehoben, denn dabei handelt es sich um den Nervus Vagus mit ausdrücklicher Betonung der Rolle des Ventralen Vagus. Im Folgenden sollen auch die anderen Kranialnerven des Systems für Soziale Verbundenheit einmal kurz vorgestellt werden.

1.5.1 Bestandteile des Systems für soziale Verbundenheit

Der V. Hirnnerv ist der Nervus trigeminus oder auch Drillingsnerv, welcher mehrere motorische und sensorische Funktionen innehat. Dazu gehören die Steuerung der Kaumusculatur, die den Kiefer beim Kaufen bewegt, oder auch die Wahrnehmung der Impulse von den sensiblen Nerven der Haut und des Gesichts. Der VII. Hirnnerv ist der Nervus facialis, was übersetzt Gesichtsnerv bedeutet. Er steuert Anspannung und Entspannung der einzelnen Gesichtsmuskeln und ist somit maßgeblich für unseren Gesichtsausdruck verantwortlich. Diese beiden Nerven stehen in besonders enger Beziehung zueinander. Der VII. Hirnnerv innerviert unsere Gesichtsmuskeln und erzeugt dadurch Veränderungen im Gesichtsausdruck, welche vom V. Hirnnerv wahrgenommen werden und dafür sorgen, dass wir unser Gesicht spüren. Zudem spielen beide Nerven eine wichtige Rolle beim Hören und Verstehen von Gesprochenem.¹⁶

Die Kranialnerven IX und XI entspringen, ebenso wie der Ventrale Vagus, einer Struktur im Hirnstamm, die Nucleus ambiguus genannt wird. Ähnlich wie beim V. und VII. Hirnnerv stehen auch diese Kranialnerven in einem engen Zusammenhang. Der IX. Hirnnerv ist der Nervus glossopharyngeus, oder auch Zungen-Rachen-Nerv. Er innerviert einen einzigen Muskel, den Stylopharyngeus oder auch Griffel-Rachen-Muskel. Außerdem erhält er sensorische Informationen von den Mandeln, dem Rachen, dem Mittelohr und dem hinteren Teil der Zunge. Darüber hinaus ist er Teil des Systems, das den Blutdruck reguliert, und überwacht den Sauerstoff- und Kohlendioxidgehalt im Blut, um die Atemfrequenz entsprechend anzupassen.¹⁷

Der XI. Kranialnerv trägt den Namen Nervus accessorius, was so viel bedeutet wie zusätzlicher Nerv. Er innerviert verschiedene Muskeln wie beispielsweise den Sternocleidomastoideus, besser bekannt als der Kopfwender, und ist allgemein von großer Bedeutung für den Bewegungsapparat im Kopf- und Schulterbereich.¹⁸

¹⁶ Vgl. (Rosenberg, 2019, S. 58f)

¹⁷ Vgl. (Rosenberg, 2019, S. 63)

¹⁸ Vgl. (Rosenberg, 2019, S. 65f)

1.5.2 Funktionen des Systems für soziale Verbundenheit

Insgesamt resultiert das System für soziale Verbundenheit also aus einer Verbindung von Gesicht, Herz und Bronchien und erfüllt dabei zunächst die Funktion, das Saugen, Schlucken, Atmen sowie den stimmlichen Ausdruck zu koordinieren. Dabei kann eine atypische Koordination in diesen Bereichen im frühen Leben bereits darauf hindeuten, dass der betroffene Mensch später Schwierigkeiten hinsichtlich des sozialen Verhaltens und der Emotionsregulation haben wird. Bei vollständiger Entwicklung des Systems für soziale Verbundenheit gelangen dann zwei wichtige biobehaviorale Merkmale von ihm zum Ausdruck:

Das erste ist die effiziente Regulation des körperlichen Zustandes zur Förderung von Entwicklung und Heilung, also die viszerale Homöostase. Diese wird durch eine Verstärkung des Einflusses der myelinisierten motorischen Vaguspfade (also des ventralen Vagus) auf den Schrittmacher des Herzens erreicht, mit dem Ziel die Herzfrequenz zu verlangsamen und die Mechanismen des Sympathischen Nervensystems zu dämpfen, was unter dem Begriff der Vagusbremse bereits unter 1.3.3 dieser Arbeit behandelt wurde.¹⁹

Das zweite ist die Mitteilung des eigenen physiologischen Zustandes. Dies erfolgt durch den Gesichtsausdruck und die Prosodie, also die Tongebung der Stimme. Zudem werden sogar die Muskeln des Mittelohrs so reguliert, dass die Rezeption der Frequenzen und Klangmuster optimiert wird, welche für die soziale Kommunikation der jeweiligen Spezies typisch sind.²⁰

In Bezug auf die Darstellung des Systems für soziale Verbundenheit auf Seite 9 ist dies durch die ausgehenden Pfeile von den somatomotorischen Komponenten hin zur Umwelt gekennzeichnet. Außerdem in der Darstellung abgebildet ist eine Verbindung von Hirnstamm und Kortex (der Hirnrinde) in beide Richtungen. Das ist so zu verstehen, dass die Quellkerne des Systems für soziale Verbundenheit im Hirnstamm einerseits dem Einfluss höherer Gehirnstrukturen unterliegen, wobei solche in der Polyvagal-Theorie als Top-Down-Einflüsse bezeichnet werden. Gleichzeitig ist es so, dass dieselben Quellkerne auch von den sensorischen Nervenpfaden beeinflusst werden, die von den viszeralen Organen ausgehen. Diese Einflüsse werden in der Polyvagal-Theorie auch als Bottom-Up-Einflüsse bezeichnet und manifestieren sich mittels Feedback durch die sensorischen Vaguspfade, die die Informationen der viszeralen Organe nicht nur zu den Quellkernen des Systems, sondern auch in die Vorderhirnbereiche übermitteln, von denen angenommen wird, dass sie auch beispielsweise bei Depressionen und Angst eine wichtige Rolle spielen.²¹

¹⁹ Vgl. (Porges, Klinische Anwendungen der Polyvagal-Theorie, 2019, S. 72)

²⁰ Vgl. (Porges, Klinische Anwendungen der Polyvagal-Theorie, 2019, S. 73)

²¹ Vgl. ebd.

Das System für soziale Verbundenheit unterliegt also sowohl Top-Down-Einflüssen als auch Bottom-Up-Einflüssen, und beide können als inkommensurabel betrachtet werden. Umgekehrt hat die Funktionalität des Systems für soziale Verbundenheit auch weitreichende Folgen für das Denken und generelle Wohlbefinden. Ist ein Mensch gesund und das System für soziale Verbundenheit aktiv, wird sich das auch dann in Form von quasi-sozialem Verhalten zeigen, wenn er alleine ist oder sich unbeobachtet wähnt. Vielleicht benutzt er Mimik und Gestik oder verbalisiert unwillkürlich seine Gedanken. Solches Verhalten erfüllt zwar durchaus die Funktion in Kontakt zu anderen Menschen Auskünfte über unseren Zustand zu geben, kann in solchen Fällen jedoch auch als Ausdruck gelungener Selbstregulation verstanden werden.

1.5.3 Co-Regulation

Im Kontakt zu Artgenossen zeigt sich der namensgebende Charakter des Systems für soziale Verbundenheit. Unsere Mitmenschen anzuschauen, ihnen zuzuhören und zu spüren, was in ihnen vorgeht, ist ein Ausdruck der dynamischen bidirektionalen Kommunikation zwischen körperlichem Zustand und emotionalem Prozess während einer sozialen Interaktion. Die Verbindung zwischen körperlichem Zustand, Mimik und stimmlichem Ausdruck (Prosodie) über das System für soziale Verbundenheit ermöglicht es Artgenossen, miteinander in Kontakt zu treten, sofern sie Signale für Sicherheit zum Ausdruck bringen, oder zu kämpfen oder fliehen, wenn die Signale auf eine Gefahr hinweisen.²²

Dies geht über die physiologische Selbstregulation durch das System für soziale Verbundenheit hinaus und wird in der Polyvagal-Theorie als Co-Regulation betitelt. Bei der Co-Regulation handelt es sich um eine Fähigkeit, die für Säugetiere von zentraler Bedeutung ist. Genaugenommen ist sie nicht bloß eine Ergänzung der Möglichkeiten zur Selbstregulation, sondern die biologisch unverzichtbare Voraussetzung um die Fähigkeit zur Selbstregulation überhaupt erst auszubilden. Durch Co-Regulation treten wir zu anderen Menschen und Säugetieren in Verbindung und entwickeln gemeinsam ein Gefühl der Sicherheit. Das setzt voraus, dass ein zuverlässiger und regulierend wirkender Mensch beteiligt ist, mit dem dann zusammen in einen Rhythmus von Reziprozität eingestimmt werden kann. In dem Erlebnis von sozialer Verbundenheit entfaltet das System für soziale Verbundenheit dann seine Funktionen zur Regulation des eigenen Zustandes und es entsteht ein Erlebnis von Sicherheit in der

²² Vgl. (Porges, Die Polyvagal-Theorie und die Suche nach Sicherheit, 2019, S. 26f)

Homöostase. Gerade in therapeutischen Kontexten ist die Co-Regulation stets ein zentrales Element, mit dem der Therapeut auf seinen Klienten einwirkt, um die Therapie zu ermöglichen.²³ Besonders deutlich wird die Relevanz der Co-Regulation jedoch bei der Betrachtung der frühkindlichen Entwicklung. Zu beachten ist, dass Säuglinge beispielsweise nicht in der Lage sind sich selbst zu beruhigen. Sie sind völlig auf die Fürsorge von ihrer primären Bezugsperson, also normalerweise der Mutter, angewiesen. Die Fähigkeit zur Selbstregulation muss also erst entwickelt werden, und dafür ist Co-Regulation die unbedingte Voraussetzung. Dass die Beziehung zwischen Mutter und Kind über beispielsweise die Versorgung mit Nahrung weit hinaus geht, ist auch fundamental in der Bindungstheorie beschrieben, die bereits lange vor der Polyvagaltheorie „[...] die Fähigkeit, Bindungen zu anderen Personen aufzubauen (entweder in der Rolle der Person, die Unterstützung und Trost sucht, oder der Person, die beides gibt), als ein grundlegendes Merkmal einer effektiv funktionierenden Persönlichkeit und psychischer Gesundheit betrachtet.“²⁴

Darüber hinaus findet sich bereits bei Allen N. Schore unter anderem folgender Passus: „Indem die Mutter synchronisiert und mit Resonanz auf die Rhythmen der dynamischen inneren Zustände des Säuglings reagiert und die Erregungshöhe dieser negativen und positiven Zustände reguliert, stellt sie eine Bindungsbeziehung durch eine somatisch ausgedrückte emotionale Kommunikation her.“²⁵ Dabei handelt es sich im Prinzip um eine hervorragende Erläuterung dessen, wie eine Mutter ihr Kind im Sinne der Polyvagal-Theorie co-reguliert. Das grundsätzliche Konzept der Co-Regulation findet sich also auch außerhalb der Polyvagal-Theorie wieder.

1.6 Die Bedeutung von Sicherheit

Sicherheit ist ein zentrales Thema in der Polyvagal-Theorie. Sie ist der Schlüssel zur Aktivierung des Systems für Soziale Verbundenheit und dem daraus resultierenden Zustand der Homöostase, in dem Menschen sowie andere Säugetiere sich optimal entwickeln und entfalten können. Aus diesem Zustand heraus verbinden sich Individuen miteinander und kooperieren zum Vorteil aller Beteiligten, und wenn doch einmal Defensivreaktionen des autonomen Nervensystems vorkommen, handelt es sich gewöhnlich um kontrollierbare und vorübergehende Situationen.

²³ Vgl. (Dana, Arbeiten mit der Polyvagal-Theorie, 2020, S. 21)

²⁴ (Spangler & Zimmermann, 1999, S. 21)

²⁵ (Schore, 2007, S. 65)

1.6.1 *Der autonome Zustand als vermittelnde Variable*

Die Polyvagal-Theorie betrachtet dabei den physiologischen Zustand nicht einfach nur als Korrelat der Emotionen oder Stimmungen eines Menschen, sondern vielmehr als wichtigen, integralen Bestandteil. Der Zustand des autonomen Nervensystems fungiert also als vermittelnde Variable, die das Entdecken und Evaluieren von Umgebungssignalen erheblich beeinflusst. Abhängig vom physiologischen Zustand können so die gleichen Signale reflexhaft als neutral, positiv oder auch bedrohlich eingeschätzt werden. Funktional erleichtert eine Zustandsveränderung des autonomen Nervensystems den Zugang zu unterschiedlichen Gehirnstrukturen und unterstützt so entweder soziale Kommunikation und Bindungsverhalten, defensive Kampf- oder Fluchtreaktionen oder den Shutdown. Die Polyvagal-Theorie verweist auf eine bidirektionale Verbindung zwischen Gehirn und inneren Organen, durch die sich einerseits die Kognition auf die Physiologie, aber ebenso auch die Physiologie auf die Kognition auswirkt.²⁶ Dies ist also nicht im Sinne einer Determination zu verstehen. Als zwischen den inneren Organen und dem Hirn vermittelnde Variable ist das autonome Nervensystem in seinem Zustand eben dies: variabel. Menschen können beispielsweise ihren Gesichtsausdruck, den Klang ihrer Stimme, die Atmung oder auch ihre Haltung verändern, um Einfluss auf ihr autonomes Nervensystem zu nehmen. Dabei würde es sich um bewusste Bottom-Up Einflussnahme auf den autonomen Zustand handeln. Ebenso kann ein Mensch Einfluss auf sein autonomes Nervensystem nehmen, indem er sich auf seine Gedanken fokussiert, was hingegen eine Top-Down Einflussnahme wäre.²⁷

1.6.2 *Neurozeption*

Auch wenn der Zustand des autonomen Nervensystems aktiv top-Down oder auch bottom-Up beeinflusst werden kann, ist er keineswegs selbst Resultat beständiger Einflussnahme solcher Art. Die Einschätzung von Sicherheit und Gefahr findet der Polyvagal-Theorie zufolge beständig auf neuronaler Ebene statt und erfordert dafür keine bewusste Wahrnehmung. Stephen Porges begründete für diesen neuronalen Prozess den Begriff der Neurozeption. Diese ist klar von der Perzeption (Wahrnehmung) zu unterscheiden und erkennt funktional Umgebungscharakteristika und viszerale Anzeichen für Gefahr, Sicherheit oder Lebensgefahr.

²⁶ Vgl. (Porges, *Klinische Anwendungen der Polyvagal-Theorie*, 2019, S. 76)

²⁷ Vgl. (Porges, *Klinische Anwendungen der Polyvagal-Theorie*, 2019, S. 77)

„In einer sicheren Umgebung wird der autonome Zustand adaptiv reguliert, wodurch die sympathische Aktivierung gedämpft und das von Sauerstoff abhängige Zentrale Nervensystem und insbesondere der Kortex vor den energiekonservierenden Stoffwechselreaktionen des dorsalen Vaguskomplexes (z.B. in Form von Ohnmacht) geschützt wird.“²⁸

Dieser Zustand kann durch den reflexhaften Mechanismus der Neurozeption jederzeit augenblicklich verändert werden. Sie entschlüsselt beständig das mutmaßliche Ziel, beziehungsweise die Intention der Bewegungen und Geräusche aller Objekte, leblos ebenso wie lebendig. Darin inbegriffen sind stimmliche Äußerungen, Mimik und Gestik von Mensch und Tier, aber auch das Rauschen des Windes oder das Lodern einer Flamme. Im Gegensatz zur Co-Regulation handelt es sich bei der Neurozeption nicht um ein Spezifikum der Säugetiere, sondern um eine unterschwellige und vorbewusste Einschätzung der Umgebung und des eigenen Zustandes durch das autonome Nervensystem, die die meisten höheren Lebensformen vornehmen. Wir Menschen nehmen die Reize, die verschiedene neurozeptive Reaktionen auslösen, für gewöhnlich gar nicht bewusst wahr. Das gilt in der Regel allerdings nicht für die Reaktionen unseres Körpers auf diese Reize.²⁹

Als grundlegender Überlebensmechanismus ist die Neurozeption daueraktiv und vermittelt den autonomen Zustand zwischen Verbundenheit und Selbstschutz. Das geschieht zwar reflexhaft und vor jeder bewussten Wahrnehmungsverarbeitung, aber gleichzeitig auch in hohem Maße individuell. Die Erlebnisse, die ein Lebewesen im Laufe seines Lebens macht, prägen die Neurozeption auf nachhaltige Art und Weise. „Aufgrund von Interaktionen mit Menschen und Orten erzeugt die Neurozeption habituelle Muster der Verbundenheit und des Schutzes. Ihr innerer Radar wird mit der Zeit so kalibriert, daß er auf bestimmte Weisen reagiert.“³⁰

Einerseits resultiert daraus ein gewisser Grad an Anpassungsfähigkeit, da die Neurozeption nicht durch beispielsweise die Genetik starr vorgegeben ist, und so bleibt sie unabhängig von etwaigen gesellschaftlichen Kontexten funktional. Andererseits folgen aus der adaptiven Natur der Neurozeption einige Konsequenzen. Die offensichtliche ist, dass die Neurozeption, abhängig von ihrer individuellen Prägung, einer korrekten Abschätzung über Gefahr oder Sicherheit einer Situation im Wege stehen kann. Das ist besonders dann ein Problem, wenn ein Individuum etwa häufig Erfahrungen von Hilflosigkeit und Verlust gemacht hat, und die Neurozeption auch in objektiv sicheren Situationen das autonome Nervensystem weiterhin in ständiger Alarmbereitschaft hält, und somit dysfunktional für das Bedürfnis nach sozialer Verbundenheit wird. Der umgekehrte Fall, in dem die Neurozeption eine falsche Sicherheit in gefährlichen

²⁸ (Porges, Klinische Anwendungen der Polyvagal-Theorie, 2019, S. 75)

²⁹ Vgl. (Porges, Klinische Anwendungen der Polyvagal-Theorie, 2019, S. 76)

³⁰ (Dana, Arbeiten mit der Polyvagal-Theorie, 2020, S. 37)

Situationen vermeldet, ist eher eine Randerscheinung, die sich für gewöhnlich im Laufe der Zeit von selbst korrigiert. Als weitere Konsequenz aus der adaptiven Natur der Neurozeption folgt, dass ihr autonomes Profil auch nach der frühen Entstehung noch weiterhin beeinflusst und verändert werden kann. Frühe Prägungen können dabei zwar nicht gänzlich rückgängig gemacht, dafür aber abgeschwächt, und durch neue Erfahrungen ergänzt und relativiert werden. Das eröffnet selbstverständlich auch therapeutische Möglichkeiten im Umgang mit fehlgeleiteter Neurozeption. Grundsätzlich lässt sich verkürzt dazu sagen, dass dafür sowohl die Verringerung oder vollständige Auflösung von Gefahrensignalen, als auch das Erleben von Signalen für Sicherheit erforderlich ist. Dafür ist es unter anderem günstig zu erlernen, die Wahrnehmung auf die Neurozeption zu richten, und sich zunehmend häufiger des eigenen autonomen Zustandes gewahr zu werden. Besonders jene, die unter ständiger Neurozeption von vermeintlicher Gefahr ihr Dasein fristen, bewerkstelligen ihren Alltag für gewöhnlich nur unter kategorischer Ausblendung des autonomen Zustandes. Diesen wieder wahrzunehmen, und bewusst mit den eigenen Gefühlen und dem Verhalten in Verbindung zu bringen, eröffnet den Weg zu einer kohärenten Erzählung, in der die Neurozeption von Gefahr ihren Platz als überlebenssichernde Reaktion aus der Vergangenheit einnehmen kann, um danach in der sicheren Gegenwart schrittweise abgelegt zu werden.³¹

1.6.3 Arousal und Toleranzfenster

Mit dem Begriff der Neurozeption eng verknüpft ist der Begriff des Toleranzfensters. Das Modulationsmodell von Pat Ogden veranschaulicht diesen Begriff in folgender Darstellung:

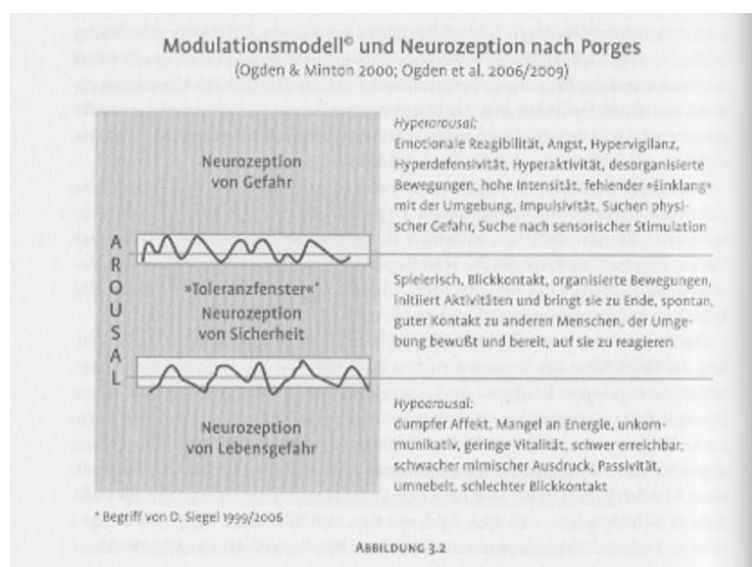


Abb.3: Modulationsmodell

³¹ Vgl. (Dana, Arbeiten mit der Polyvagal-Theorie, 2020, S. 38f)

³² (Ogden, 2019, S. 60)

Dabei handelt es sich um eine Variante der Darstellung von Arousal, also Erregung. Als Begründerin der Sensomotorischen Psychotherapie betitelte Pat Ogden das Modulationsmodell in Anlehnung an die Welt der Musik, welche ebenfalls die Macht habe, den Zustand der Menschen zu verändern. In der Musik bezeichnet Modulation den Wechsel zwischen verschiedenen Tonarten, womit neben Änderungen von Tempo oder Dynamik auch die Wirkung beim Musiker oder Zuhörer verändert werden kann. In einer vergleichbaren Weise können Arousal und Emotionen dämpfend oder verstärkend reguliert werden. Menschen mit chronisch dysreguliertem Arousal fühlen sich ihren Erregungszuständen hingegen häufig hilflos ausgesetzt. Das Modell beschreibt die Anzeichen autonomen Arousals in drei Zonen, wie in der Grafik dargestellt. Dabei befindet sich in der Mitte die Zone des optimalen Arousals, welche auch Toleranzfenster genannt wird. Das Toleranzfenster ist geprägt durch eine Neurozeption von Sicherheit und optimaler Funktionalität des Systems für soziale Verbundenheit, was die in der Grafik aufgeführten Merkmale des Zustandes und Verhaltens erklärt. Dabei handelt es sich beim Toleranzfenster nicht um einen objektiv bestimmbaren Bereich von Arousal, der für alle Menschen gültig wäre, sondern um ein individuelles Maß, in dem Zustand und Verhalten des Individuums so ausfallen, wie in der Grafik beschrieben. Wird dieses Maß überschritten, leidet das Individuum unter Hyperarousal, geprägt durch Neurozeption von Gefahr. Durch die in der Grafik aufgeführten Merkmale von Zustand und Verhalten, sind Menschen im Hyperarousal vergleichsweise leicht zu identifizieren. Beispielsweise sind Hyperaktivität oder auch der fehlende Einklang mit der Umgebung in ruhigeren Umgebungen recht auffällig. Das sympathische Nervensystem ist im Hyperarousal aktiv und der daraus resultierende Zustand zehrt an den Energiereserven des Organismus, weshalb chronisches Hyperarousal für einen Menschen sehr anstrengend und ermüdend ist. Auf der gegenüber liegenden Seite, jenseits des Toleranzfensters, liegt das Hypoarousal. Dieses ist verursacht durch eine Neurozeption von Lebensgefahr, was die in der Grafik aufgeführten Merkmale von Zustand und Verhalten als durch starke Aktivität des dorsalen Vaguskomplexes vermittelt kennzeichnet. Ein chronisches Hypoarousal ist für den betroffenen Menschen nahezu unerträglich und bedarf mit hoher Wahrscheinlichkeit viel Hilfe und Zuwendung von außen, um überwunden werden zu können.³³ Als Zone des optimalen Arousals ist das Toleranzfenster für Säugetiere sehr wichtig. Nach Möglichkeit sollte sich der Grad des Arousals nur im Ausnahmefall und vorübergehend aus dem Toleranzfenster heraus begeben. Individuell kann es sein, dass das Toleranzfenster etwas höher oder tiefer liegt, und ein Mensch somit im Schnitt etwas mehr oder weniger Arousal als

³³ Vgl. (Ogden, 2019, S. 58f)

angenehm empfindet. Unabhängig von diesem Umstand ist vor allem die Größe des Toleranzfensters von entscheidender Bedeutung, weil sie maßgeblich für die Anpassungsfähigkeit der Individuen ist. Ein kleines Toleranzfenster bedeutet nicht nur weniger Flexibilität und Anpassungsfähigkeit, sondern erschwert zusätzlich auch die nötige Selbstregulation, um selbständig zurück ins Toleranzfenster kommen zu können. Das erhöht in der Konsequenz auch das Risiko für ein chronisch dysreguliertes Arousal.³⁴ Für die Entwicklung eines großen Toleranzfensters, und der ausgeprägten Fähigkeit zur Selbstregulation, ist vor allem eine gesunde, frühkindliche Entwicklung mit sicherer Bindung entscheidend, die die Bindungstheorie wie folgt beschreibt:

Angesichts seiner eigenen Hilflosigkeit, bedarf ein Säugling oder Kleinkind der Unterstützung durch Bindungspersonen, die es ihm ermöglichen, in einer potentiell gefährlichen Umwelt heranzuwachsen. Bindungssicherheit und die Suche nach Bindung durch Fürsorgepersonen sind als genetisch verankerte und durch die Evolution bedingte Überlebensvorteile zu verstehen. Säuglinge, die solches Verhalten nicht gezeigt haben, hätten entsprechend verminderte Chancen zu überleben. Beispielhaft für frühkindliches Bindungsverhalten sind lautes Weinen, Rufen, Nachlaufen oder auch Protest bei Trennung von der Bindungsperson. Funktional zeigt solches Verhalten gegenüber der Bindungsperson das Erleben von einer Gefahrensituation und damit verbundener Angst. Unmittelbar nach der Geburt ist sein Bindungsverhalten noch nicht sehr ausgeprägt und spezifisch, was bedeutet, dass er sich noch von jedem trösten und auf den Arm nehmen lässt. Weinen kann er bereits, um Stress zum Ausdruck zu bringen, aber ansonsten sind seine Möglichkeiten für Bindungsverhalten in dieser frühen Entwicklungsphase noch sehr eingeschränkt. Ab der sechsten Lebenswoche beginnt der Säugling dann sozial zu lächeln, und immer deutlicher spezifisch mit den Personen, die ihn versorgen, Kontakt aufzunehmen. Bis zur zwölften Lebenswoche ist dieses Lächeln noch sehr unspezifisch, der Säugling lächelt also an, der freundlich mit ihm kommuniziert und interagiert. Bis etwa zum sechsten oder siebten Lebensmonat wird das soziale Lächeln des Säuglings immer spezifischer, der Säugling verhält sich zunehmend unterschiedlich gegenüber verschiedenen Personen. Etwa ab dem achten Lebensmonat beginnt der Säugling zu fremdeln, er unterscheidet jetzt genauer zwischen seinen spezifischen Bindungspersonen, welche ihm gut vertraut und eine Quelle von Sicherheit sind, und reagiert womöglich mit Weinen oder wendet sich ängstlich von Personen ab, die er nicht kennt und die auf ihn bedrohlich wirken. Bis zum zwölften Lebensmonat ist das Bindungsverhalten so spezifisch geworden, dass der Säugling eine sogenannte Bindungspyramide ausgebildet hat. Das bedeutet, er kann inzwischen gut unterscheiden, bei

³⁴ Vgl. (Ogden, 2019, S. 59)

wem er sich bindungssicher fühlt, vor wem er Angst hat, wer ihn in einer Situation am besten trösten kann, wer seine Hauptbindungsperson ist und wenn diese nicht verfügbar ist, wer an zweiter oder dritter Stelle trösten darf. Die Eltern können dann für gewöhnlich als sichere Bindungspersonen sehr deutlich sehen, wie der Säugling von ihnen als sichere Basis aus seine Umwelt erkundet und seinen Aktionsradius immer mehr erweitert und sich von ihnen wegbewegt. Das gilt gleichermaßen für Erkundungen innerhalb wie außerhalb der Wohnung, wie beispielsweise auf einem Spielplatz. Dabei rückversichert der Säugling sich regelmäßig bei seiner sicheren Basis. Er entfernt sich beispielsweise von der Mutter oder dem Vater, hält dann unterwegs inne, blickt zurück und nimmt Blickkontakt auf, holt sich so das Einverständnis zur weiteren Erkundung, und fährt dann mit der Erkundung fort. Er will damit in Erfahrung bringen, ob ihm bei der Fortsetzung der Erkundung Gefahr droht, weshalb er seine Exploration unter Umständen auch unterbricht, um zu Vater oder Mutter zurückzukehren, falls der Blick seiner Bindungsperson ängstlich oder warnend ist. Im zweiten Lebensjahr erweitert das Kleinkind zunehmend den Radius zwischen Bindungssicherheit und Erkundung. Bei sicherer Bindung an seine Eltern wird es weiter erkunden, spielen, sich neugierig verhalten und bei Erlebnissen von Gefahr, Bedrohung und Angst zu seiner sicheren Basis zurückkehren.³⁵

Dieser kleine Exkurs zur Bindungstheorie bezieht sich auf den optimalen Fall einer sicheren Bindung und verdeutlicht nochmals, dass soziales Verhalten auch im evolutionären und biologischen Sinne von zentraler Bedeutung sind. In Bezug auf das Toleranzfenster wird klar, dass es erst einmal durch Co-Regulation entwickelt werden muss, da sich der Säugling noch nicht selbst regulieren kann. In Zuge seiner Explorationserfahrungen benutzt er sein System für soziale Verbundenheit bereits lange, bevor er Sprache zu nutzen erlernt. Er erfährt, dass in dieser Welt jemand für ihn da ist, wenn er Hilfe braucht, und entwickelt so sein Urvertrauen. Auf der Basis seiner sicheren Bindung lernt er, dass auch negative Erfahrungen vorübergehen und setzt sich zunehmend selbständig mit der Welt und seinen eigenen Erregungszuständen auseinander. Die Bindungstheorie beschreibt darüber hinaus auch suboptimale Bindungsarten, die in diesem Kontext nicht ganz unerwähnt bleiben sollen:

Ein bindungsambivalentes Kind wird sich weniger weit entfernen, und viel eher Angst entwickeln, besonders wenn es besorgte Blicke der Bindungsperson wahrnimmt. Dadurch wird es seine explorativen Möglichkeiten nicht so stark ausschöpfen und eher wieder zu seiner Bindungsperson zurückkehren.³⁶

³⁵ Vgl. (Brisch, 2014, S. 33ff)

³⁶ Vgl. (Brisch, 2014, S. 35)

Ein bindungsvermeidend entwickeltes Kind wird hingegen eher pseudoselbständig explorieren, dabei allerdings aufgrund seiner Bindungsunsicherheit häufig hin- und hergerissen sein, ob es bei Angst und Gefahr zu seiner Bindungsperson zurückkehrt, oder stattdessen vorgibt, weiter zu explorieren. Aus Erfahrung weiß es, dass seine Bindungsperson nicht verfügbar ist oder tendenziell mit Zurückweisung reagieren wird. Im Gegensatz zum bindungsambivalenten Kind, das ständig den Kontakt zu seiner Bindungsperson sucht und sich nie besonders weit entfernt, exploriert das bindungsvermeidende Kind auch auf sehr große Entfernung, bis hin zur Unmöglichkeit der Rückversicherung bei der Bindungsperson und pseudosicherem Bewegen in der Welt.³⁷

Zuletzt gibt es dann noch das desorganisiert gebundene Kind, das augenscheinlich unberechenbare und sehr widersprüchliche Bindungssignale zeigt. Mal wird es Kontakt zur Bindungsperson suchen, dann doch wieder weglaufen, plötzlich stehenbleiben, sich auf den Boden werfen und Wutanfälle bekommen. Auf Versuche der Bindungsperson es zu trösten reagiert es womöglich indem es sich abwendet, schlägt, beißt oder auch in einen tranceartigen Zustand verfällt. Manchmal reagieren solche Kinder sehr heftig auf Trennungssituationen, manchmal aber auch überhaupt nicht. Bindungspersonen sind für gewöhnlich mit solchen Kindern völlig überfordert und suchen bei ihnen nach wiederkehrenden Verhaltensmustern, finden dabei jedoch immer wieder andere Verhaltensweisen, die sich auch aus Versatzstücken der anderen Bindungstypen zusammensetzen können.³⁸

Aus einer durch die Polyvagal-Theorie geprägten Perspektive können diese Bindungstypen in verschiedenem Grade auf misslungene Co-Regulation zurückgeführt werden. Ohne die fundamentale Basis empfundener Sicherheit kann sich auch das Toleranzfenster und die Fähigkeit zur Selbstregulation nur sehr eingeschränkt entwickeln, was auch weitreichende Folgen nach sich ziehen kann und wird. Ein Leben mit kleinem Toleranzfenster, und infolge dessen unter ständigem dysregulierten Arousal, beeinträchtigt die Funktionalität des Systems für soziale Verbundenheit, und somit auch die damit verbundene Fähigkeit, gesunde, soziale Verbindungen zu anderen Menschen einzugehen, die wiederum die wichtigste Grundlage für eine langfristige und nachhaltige Verbesserung der Gesamtsituation wären. Aber auch hier sei vorab betont, dass die Betroffenen nicht zwangsläufig daraufhin determiniert sind, in einem Teufelskreis aus dysreguliertem Arousal und Erfahrungen sozialen Scheiterns gefangen zu bleiben. Die Polyvagal-Theorie formuliert ein kohärentes Erklärungsmodell, das zur Entstigmatisierung beiträgt, und die Grundlage für vielfältige Behandlungsansätze legt.

³⁷ Vgl. (Brisch, 2014, S. 36)

³⁸ Vgl. (Brisch, 2014, S. 36f)

1.7 Eine Polyvagale Landkarte

Als Abschluss des Kapitels über die Polyvagal-Theorie soll eine Grafik dienen, die sehr viele Elemente der Polyvagal-Theorie zusammenfasst und übersichtlich darstellt. Dabei handelt es sich um die sogenannte Polyvagale Landkarte, welche als deutsche Übersetzung durch Patrick Remy freundlicherweise für diese Arbeit zur Verfügung gestellt wurde.

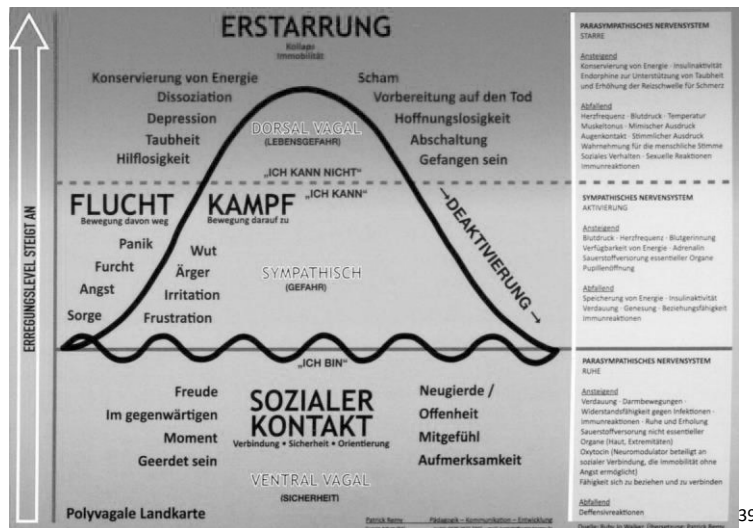


Abb.4: Polyvagale Landkarte

Zuerst fällt die horizontale Dreiteilung der Grafik auf, wobei der Hintergrund der drei Abschnitte in den Ampelfarben Rot, Gelb und Grün von oben nach unten gekennzeichnet wurde. Der Grüne Bereich kennzeichnet die Ventral-Vagale Zone, geprägt durch die Neurozeption von Sicherheit. Im Zentrum der Zone steht der Soziale Kontakt, und damit auch Verbindung, Sicherheit und Orientierung. In dieser Zone fühlen sich Menschen wohl, sind neugierig und aufmerksam. In der Mitte ist die Sympathische Zone, geprägt durch die Neurozeption von Gefahr. Infolge einer stärkeren Aktivierung des Sympathischen Nervensystems kommt es zu einer Kampf- oder Fluchtreaktion, in beiden Fällen mobilisiert das autonome Nervensystem große Energiemengen zur aktiven Bewältigung der Situation. Charakteristisch für diese Zone sind unter anderem Angst, Panik, Wut oder auch Irritation. Ganz oben ist die Rot unterlegte Dorsal-Vagale Zone, die durch eine Neurozeption von Lebensgefahr geprägt ist. Der vermittelte Zustand der Erstarrung führt zu einer Immobilität oder auch zum Kollaps. Charakteristisch für diese Zone sind unter anderem Dissoziation, Scham und Hilflosigkeit. Auf der rechten Seite der Grafik stehen weitere Informationen, wie beispielsweise die Zugehörigkeit zum Parasympathischen oder Sympathischen Nervensystem sowie die mit Anstieg oder Abstieg der jeweiligen Zonenaktivität verbundenen Vorgänge. Am linken Rand der Grafik befindet sich der Hinweis, dass der Anstieg des Erregungslevels auch zu einem Anstieg in der Grafik führt. Entsprechend sind die beiden

³⁹ Siehe Grafik, unterer Rand

eingezeichneten Graphen zu verstehen. Dabei handelt es sich einmal um einen gesunden Verlauf, der leicht zwischen dem Ventral-Vagalen und dem Sympathischen Bereich pendelt, und um eine Aktivierung bis in den Dorsal-Vagalen Bereich mit anschließendem Abfallen des Erregungslevels zurück in den Ventral-Vagalen Bereich. Erstere kann als Ideal verstanden werden, da eine gesunde Homöostase regelmäßige leichte Erregungszustände mit sich bringen sollte, für die die Dynamik der Vagusbremse ausreicht und keine umfassende Aktivierung des Sympathischen Nervensystems vonnöten ist. Auch der zweite Graph ist insofern Idealtypisch, da das Erregungslevel zwar bis in die Dorsal-Vagale Zone steigt, jedoch daraufhin auch wieder zurück in die Ventral-Vagale Zone absinkt. Im Vergleich zur grafischen Darstellung des Modulationsmodelles fällt auf, dass beide Grafiken das Erregungslevel, beziehungsweise Arousal, linear darstellen. Dabei entspricht in beiden Fällen eine erhöhte Position innerhalb der horizontal dreigeteilten Darstellung einem stärkeren Erregungszustand, allerdings befindet sich die Dorsal-Vagale Zone im Modulationsmodell ganz unten, und in der Polyvagalen Landkarte ganz oben. Was hier scheinbar widersprüchlich ist, darf erneut als Erinnerung dafür dienen, dass es sich hierbei um Modelle zur Veranschaulichung von Prinzipien handelt. Beide Darstellungen abstrahieren von einer komplexeren Realität und legen dabei den Fokus auf verschiedene Momente. Im Fokus des Modulationsmodells steht die Darstellung eines Toleranzfensters von Arousal, das bei Hyperarousal überschritten und bei Hypoarousal unterschritten ist, was wiederum im polyvagale-theoretischen Sinne eng mit den zugehörigen Schaltkreisen des autonomen Nervensystems assoziiert ist. Diese Art der Darstellung hat den Vorteil auf nachvollziehbare Weise zu veranschaulichen, dass ein Mensch mit Hyperarousal einer Beruhigung, und ein Mensch mit Hypoarousal einer Aktivierung bedarf, um zurück in sein Toleranzfenster zu gelangen. Die Polyvagale Landkarte hat hingegen den Vorteil, dass sie die Dorsal-Vagalen Abwehrreaktionen, von beispielsweise Shutdown und Dissoziation, als Folge einer Übererregung über das durch das Sympathische Nervensystem bearbeitbare Maß hinaus visualisiert. Beide Modelle können dem Umstand nur bedingt Rechnung tragen, dass alle drei Subsysteme des autonomen Nervensystems ständig in gewissem Grade aktiv sind. Das zeigt sich beispielsweise in Spielsituationen sehr deutlich, in denen ohne jeden Zweifel eine starke Aktivität des Sympathischen Nervensystems beobachtbar ist, allerdings zugleich ein hoher Grad an Sozialer Interaktion stattfindet. Intimität wäre ein weiteres Beispiel, in dem die immobilisierenden Aktivitäten des Dorsalen Vaguskomplexes für eine sehr starke Soziale Verbundenheit mit genutzt werden. Beide Beispiele beschränken sich in ihrer Anwendbarkeit nicht nur auf den Menschen, sondern quasi alle Arten von Säugetieren. Das gilt allerdings ebenso auch für eine vermeintlich widersprüchliche Kombination aus Aktivität des Sympathischen Nervensystems und des Dorsalen Vaguskomplexes, die im folgenden Kapitel noch relevant wird.

2 Trauma

Dieses Kapitel thematisiert Traumata und ihre Folgen. Im allgemein medizinischen Sinne sind Traumata durch Gewalteinwirkung entstandene Verletzungen des Organismus, in diesem Kapitel geht es allerdings um Traumata im psychologischen Sinne. Die Struktur des Kapitels folgt dabei einer ungewöhnlichen Logik, die jedoch bewusst gewählt und im Fortgang auch genauer begründet ist.

2.1 Psychiatrische Diagnostik

Der umfassende Einstieg in das Thema erfolgt in Form der psychiatrischen Diagnostik. Unabhängig davon, welche Perspektiven auf das Thema der Traumata noch existieren und eingenommen werden können, handelt es sich hierbei um ein verbindliches System von offiziellen Diagnosen. Auf diesem System basieren sowohl wissenschaftliche Studien, als auch die meisten Therapien.

2.1.1 ICD und DSM

Die beiden großen Klassifikationssysteme im internationalen Bereich sind das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM) von der American Psychiatric Association (APA) und die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten (ICD) von der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In beiden Werken werden psychische Störungen beschrieben und klassifiziert. Dabei liegt der Fokus deutlich auf dem Erscheinungsbild der definierten Störungen, und nicht auf ihren Ursachen. Die einheitlichen Definitionen sind für verschiedene Therapieschulen gleichermaßen anwendbar und gültig. Bis auf wenige Ausnahmen beschreiben DSM und ICD die gleichen Störungsgruppen. Bei den regelmäßigen Revisionen arbeiten die WHO und die APA eng zusammen, um die Klassifikationen zunehmend aufeinander abzustimmen, weshalb beide Werke auch immer mehr Übereinstimmungen in den Kriterien zur Diagnose von Störungen aufweisen. Grundsätzlich überwiegen im direkten Vergleich von ICD und DSM die Gemeinsamkeiten. Beide folgen einem kategorialen Ansatz, was bedeutet, dass Störungen als klar abgrenzbar und unterscheidbar angesehen werden. Für jede Störung gibt es eine zugehörige Liste mit Merkmalen, die in einem vordefinierten Grad vorhanden sein müssen, damit eine Diagnose zulässig ist. Allerdings zeigt sich in der Praxis, dass

die Grenzen zwischen verschiedenen Störungen doch viel durchlässiger sind, als durch den kategorialen Ansatz postuliert. Das bedeutet, dass zum Beispiel verschiedene Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen zum Teil die gleichen Symptome aufweisen. Viele Merkmale von Störungen, wie beispielsweise Angst, treten nicht exklusiv auf, sondern sind Bestandteil vieler unterschiedlicher Störungsbilder. Außerdem können sich ein und dieselbe diagnostizierte Störung bei unterschiedlichen Patienten auch auf unterschiedliche Weise äußern. Ob ein Patient mit Depressionen beispielsweise unter Schlafstörungen leidet, oder nicht, kann individuell unterschiedlich sein. Darum wurden beispielsweise in der neusten Revision des DSM, dem DSM-5, auch dimensionale Ansätze mit einbezogen. Das bedeutet, dass zwischen verschiedenen Ausprägungsgraden von Merkmalen differenziert wird. Um eine höhere Trennschärfe zwischen teilweise recht ähnlichen Diagnosen zu gewährleisten, formulieren beide Klassifikationssysteme auch Ausschlusskriterien. Bei aller Ähnlichkeit gibt es allerdings auch Unterschiede zwischen den Werken. Im Gegensatz zum DSM beschränkt sich das ICD nicht auf psychische Störungen, sondern enthält sämtliche medizinischen Erkrankungen. Die psychischen Störungen werden im ICD in Kapitel V (F) aufgeführt, und sind allesamt mit einem Code versehen, der als Abrechnungsinstrument für Behandelnde (in Deutschland nach dem Sozialgesetzbuch V) verpflichtend ist. Dahingegen sind die Störungen im DSM nicht nummeriert, allerdings kann zu jeder Diagnose ein ICD-Code zugeordnet werden. Die Leitlinien der ICD geben den Diagnostikern mehr Interpretationsspielraum, was den internationalen Einsatz erleichtert. Im DSM sind dafür die Operationalisierungen genauer, und für Störungsbilder, die noch nicht ausreichend untersucht wurden, um eine offizielle Diagnose darzustellen, führt das DSM sogenannte Forschungsdiagnosen auf, die der Wissenschaft die Arbeit erleichtern und die internationale Vergleichbarkeit von Studien verbessern sollen. Zusammengefasst ließe sich also sagen, dass das DSM für Forschung, Ausbildung und Lehre besser geeignet ist, wohingegen das ICD für die klinische Praxis von Ärzten und Psychologen relevanter ist.⁴⁰

2.1.2 PTBS und K-PTBS

Die für das Thema der Traumata entscheidendste Diagnose nach ICD und DSM ist die PTBS, also die Posttraumatische Belastungsstörung. In der folgenden Grafik wird visualisiert, wie sich die Anzahl und Zusammenstellung der Symptome, mit denen die PTBS nach ICD und DSM diagnostiziert wurde, mit den jeweiligen Neuauflagen verändert hat.

⁴⁰ Vgl. (Onlinequelle 1: Hogrefe Verlag (2016) Klassifikationssysteme. DSM und ICD.)

Symptomcluster	DSM-IV	DSM-5	ICD-10	ICD-11
Wiedererleben	● ○ ○ ○ ○	● ○ ○ ○ ○	● ○ ○ ○ ○	● ○
Vermeidung	● ● ● ○ ○ ○ ○	● ○	● ○	● ○
Übererregung	● ● ○ ○ ○	● ● ○ ○ ○ ○	● ● ○ ○ ○	● ○
negative Kognitionen und Stimmung		● ● ○ ○ ○ ○ ○		
mögliche Symptomkombinationen zur Diagnosestellung	79.794	636.120	2.511	27

Abb.5: Symptomcluster PTBS ⁴¹

Abgebildet sind die jeweiligen diagnostischen Algorithmen der PTBS in den Diagnosemanualen, wobei die Anzahl an beschriebenen Symptomen der Anzahl der Kreise entspricht, und die ausgefüllten Kreise der Anzahl der für eine Diagnosestellung notwendigen Symptome entsprechen. Die aktuell noch im deutschen Gesundheitssystem angewandte ICD-10, welche von der WHO im Jahre 1992 herausgegeben wurde, beschreibt die PTBS mit dem Code F43.1 in den drei Clustern Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung, und umfasst dabei insgesamt 13 Symptome. Symptome des Wiedererlebens sind Intrusionen, Albträume, Flashbacks, aber auch physiologische Erregung und emotionale Belastung durch Erinnerungen an das traumatische Ereignis. Vermeidung umfasst das aktive Vermeiden von Erinnerungsreizen, sowohl der inneren in Form von Gedanken, als auch äußerer wie assoziierte Personen oder Orte. Übererregung ist dahingehend ein spezieller Fall, da das Cluster als erfüllt gilt, wenn die Unfähigkeit vorliegt, wichtige Aspekte des traumatischen Ereignisses zu erinnern. Andernfalls bedarf es zur Erfüllung des Clusters mindestens zwei der restlichen Symptome. Diese sind Schlafstörungen, erhöhte Reizbarkeit und Wut, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz und erhöhte Schreckhaftigkeit.⁴²

Was das DSM betrifft, so beruht ein Großteil der PTBS-Forschung auf den Kriterien des DSM-IV, welches im Jahre 2000 erschien. Diese umfassen 17 Symptome in den gleichen drei Clustern, die bereits im ICD-10 zur Verwendung kamen. Zu dem Zeitpunkt gab es bereits Vorschläge, die klassischen Kriterien der PTBS zu erweitern, um alle klinischen Erscheinungsformen abzubilden. Die zusätzlichen Kriterien für eine komplexe Form der PTBS wurden jedoch noch nicht im DSM-IV aufgenommen. Im DSM-5, das die APA im Jahre 2013 herausgab, wurden drei weitere Symptome hinzugefügt, und ein viertes Symptomcluster zu negativen Veränderungen von Kognitionen und Stimmungen begründet. Die zwanzig Symptome wurden neu gegliedert und

⁴¹ (Eilers & Rosner, 2021, S. 145)

⁴² Vgl. (Eilers & Rosner, 2021, S. 145)

verteilen sich nun anders auf die Cluster, und für Kinder bis zu einem Alter von sechs Jahren wurden entwicklungsangepasste Kriterien formuliert.⁴³

Bei der Entwicklung des ICD-11 war ein erklärtes Ziel, die klinische Nützlichkeit der diagnostischen Kriterien aller Störungsbilder zu erhöhen, indem beispielsweise Überschneidungen von Kriterien, und damit auch die Komorbiditätsraten, verringert werden sollten. Bei der PTBS-Diagnose führte das zu einer Reduzierung der Kriterien auf sechs Kernsymptome, verteilt auf die ursprünglichen drei Symptomcluster, wobei jeweils eines der zwei Symptome pro Cluster für eine Diagnose vorhanden sein muss. Um die Studienlage zu weiteren posttraumatischen Symptomen zu berücksichtigen, wurde im ICD-11 erstmals auch die komplexe PTBS (kPTBS) als Diagnose eingeführt. Allerdings handelt es sich bei der Definition durch das ICD-11 um eine hierarchisch strukturierte Diagnose, die eine Erfüllung der Kriterien der PTBS-Diagnose nach ICD-11 voraussetzt und wiederum in drei Clustern zu Schwierigkeiten in der Selbstorganisation je zwei Symptome auflistet, von denen jeweils eines vorhanden sein muss. Die folgende Übersicht fasst dies gut zusammen:

Symptomcluster	Beschreibung, Symptome
PTBS	
traumatisches Ereignis	sehr bedrohliches oder schreckliches Ereignis oder eine Serie von Ereignissen kPTBS: meist langanhaltende oder wiederholte Ereignisse, aus denen eine Flucht schwierig oder unmöglich ist (z. B. Folter, Sklaverei, wiederholte sexuelle oder körperliche Gewalt)
Wiedererleben	(1) intrusive Erinnerungen, Flashbacks oder (2) Alpträume, meist in Verbindung mit emotionaler Belastung oder physischen Reaktionen
Vermeidung	Vermeidung von (1) Gedanken und Erinnerungen oder (2) Aktivitäten, Situationen und Personen, die an das Ereignis erinnern
Übererregung	(1) Wahrnehmung anhaltender Bedrohung oder (2) erhöhte Schreckhaftigkeit
Beeinträchtigung	funktionale Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen oder anderen Bereichen
zusätzlich zur Diagnose der kPTBS	
Schwierigkeiten der Emotionsregulation	(1) erhöhte Reizbarkeit und Wut oder (2) verminderte emotionale Schwingungsfähigkeit
verändertes Selbstbild	(1) anhaltendes negatives Selbstbild, das dazu führt, dass die Person sich als beschädigt oder wertlos wahrnimmt oder (2) tiefgreifende und anhaltende Gefühle von Scham, Schuld und Versagen
interpersonelle Schwierigkeiten	anhaltende Schwierigkeiten, (1) Beziehungen aufrechtzuerhalten oder (2) sich anderen nahe zu fühlen.

Abb.6: Diagnose PTBS und kPTBS nach ICD-11 44

Anzumerken ist noch, dass die kPTBS nach ICD-11 tendenziell eher mit langanhaltenden oder wiederholten Ereignissen in Verbindung gebracht wird. Die Symptome der kPTBS sind zum größten Teil nicht völlig neu, sondern aus früheren Iterationen der PTBS Diagnose nach ICD oder DSM bekannt. Beide Diagnosen sind im ICD-11 nun in einem neuen Kapitel zu mit Stress assoziierten Störungen zu finden, in welchem auch die Anhaltende Trauerstörung, Anpassungsstörung, reaktive Bindungsstörung und Bindungsstörung mit Enthemmung enthalten sind.⁴⁵

⁴³ Vgl. (Eilers & Rosner, 2021, S. 146)

⁴⁴ (Eilers & Rosner, 2021, S. 146)

⁴⁵ Vgl. (Eilers & Rosner, 2021, S. 147)

Mit den neusten Iterationen des DSM und ICD vergrößerten sich die Unterschiede in der Bestimmung der PTBS sehr deutlich, was zukünftig noch zu Herausforderungen in der Kommunikation zwischen Forschenden, die vor allem das DSM-5 verwenden, und Praktizierenden, die mit ICD-11 arbeiten werden, führen kann. Nach wie vor steht eine ungenügende Berücksichtigung entwicklungsbezogener Aspekte unter Kritik, da bei Kindern und Jugendlichen auch eine subklinische Symptomatik (also nicht ausreichend für die Diagnose) zu hohen funktionalen Beeinträchtigungen führt. Darüber hinaus ergeben sich, trotz aller Bemühungen um eine bessere Trennschärfe, bei der kPTBS differenzialdiagnostische Probleme, insbesondere bei Erwachsenen in Abgrenzung zur Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Veränderung der Störungskriterien und diagnostischen Algorithmen haben auch Einfluss auf die Prävalenz, welche nach ICD-11 in allen Studien am niedrigsten ist. Was die Behandlung der kPTBS betrifft, fehlt es bislang auch noch an spezifischen Behandlungsempfehlungen.⁴⁶

2.2 S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung

Die S3-Leitlinie zur Posttraumatischen Belastungsstörung wird von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) verabschiedet. Federführend ist die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Die S3-Leitlinie richtet sich an alle an der Versorgung von Patienten mit diagnostizierter PTBS oder kPTBS beteiligten Personen, egal ob Hausarzt, Psychiater oder Therapeut.⁴⁷

Die aktuelle Iteration vom 30.04.2019 behält ihre Gültigkeit bis zu maximal fünf Jahre, was bedeutet, dass spätestens zum 30.04.2024 eine umfassende Aktualisierung zu erwarten ist. Die drei inhaltlichen Hauptkapitel der Leitlinie umfassen die Behandlung der PTBS bei Erwachsenen, Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen sowie Versorgungskonzepte und Versorgungsrealität bei Menschen mit PTBS. Zu den ersten beiden von diesen Kapiteln gibt es jeweils pro Unterkapitel eine Liste an Schlüsselempfehlungen, wobei alle 28 Schlüsselempfehlungen auch kumuliert in einer Übersicht ab Seite 6 der Leitlinie dargestellt sind. Im Folgenden soll eine kleine Auswahl der Empfehlungen kurz behandelt werden.

Aus den Empfehlungen Nr. 1 und 2 zur Diagnostik geht hervor, dass die PTBS als nur eine, wenngleich spezifische Form der Traumafolgeerkrankungen nach klinischen Kriterien der jeweils gültigen Version der ICD diagnostiziert werden soll. Dabei handelt es sich um sogenannte klinische Konsenspunkte. Die erste Empfehlung basiert unter anderem auf folgender Reflexion:

⁴⁶ Vgl. (Eilers & Rosner, 2021, S. 147ff)

⁴⁷ Vgl. (Schäfer, et al., 2019, S. 14)

„Traumafolgestörungen werden vermutlich bislang zu selten diagnostiziert, insbesondere dann, wenn die traumatischen Erfahrungen länger zurückliegen und die Symptomatik nicht dem klassischen Bild der PTBS entspricht.“⁴⁸

Dies ist vermutlich in enger Verbindung zur zweiten Empfehlung zu verstehen, die auf eine Umstellung der klinischen Diagnostik auf die ICD-11 Kriterien hinwirkt, welche immerhin enger gefasst sind als zuvor und eine Senkung der Prävalenz zur Folge hat. Insbesondere die Entscheidung, ob eine Störung immer klar auf ein Trauma im Sinne der Formulierung des ICD-11 zurückführbar sei wird problematisiert:

„Obwohl über eine große Zahl von Ereignissen, die unter diese Definition des Ereigniskriteriums fallen, Einigkeit bestehen dürfte (wie z. B. Vergewaltigungen, Unfälle, Kriegsereignisse oder Folter), gibt es doch auch Beschreibungen von Fällen, die weniger einschneidende Ereignisse erleben, aber dennoch das in den weiteren Kriterien beschriebene Bild einer PTBS entwickeln. Dieser „subjektive Faktor“, der bei psychisch scheinbar geringeren Traumatisierungen manchmal schon zu einer PTBS-Symptomatik führen kann, bei der Mehrzahl von schwer Traumatisierten aber auch verhindert, dass sich eine Störung im Sinne einer PTBS ausbildet, wird möglicherweise auch in naher Zukunft nur schwer in der PTBS-Diagnose erfassbar sein. Kliniker sollten jedoch darauf hingewiesen werden, dass gerade bei PTBS solche individuellen Unterschiede in der Reaktion auf Traumatisierungen nicht die Ausnahme, sondern die Regel sind.“⁴⁹

Empfehlung Nummer 5 hat den Empfehlungsgrad A und ist somit eine Soll-Bestimmung, und bezieht sich auf die psychotherapeutische Behandlung. Diese soll bei einer PTBS-Diagnose in Form einer traumafokussierten Psychotherapie, mit Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung, erfolgen. Die beiden bevorzugten Varianten sind dabei die Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie sowie Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Allerdings werden auch andere Verfahren anerkannt, die bisher in deutlich geringerem Umfang in kontrollierter Therapieforschung untersucht worden sind, wobei als Beispiele Imagery Rescripting, Metakognitive Therapie und die Brief Eclectic Psychotherapy aufgelistet sind.⁵⁰

Die Empfehlungen Nummer 8, 9 und 10 beziehen sich auf pharmakotherapeutische Verfahren und haben alle den Empfehlungsgrad A, sind also Soll-Bestimmungen. Zusammengefasst soll eine Psychopharmakotherapie weder als alleinige, noch als primäre Therapie der PTBS eingesetzt werden, und wenn, dann sollten lediglich Sertralin, Paroxetin oder Venlafaxin

⁴⁸ (Schäfer, et al., 2019, S. 16)

⁴⁹ (Schäfer, et al., 2019, S. 18)

⁵⁰ Vgl. (Schäfer, et al., 2019, S. 21)

angeboten werden, und Benzodiazepine sollen (aufgrund von evidenter Unwirksamkeit) ausdrücklich nicht zum Einsatz kommen.⁵¹

Als klinischer Konsenspunkt gilt zudem Empfehlung Nummer 11, welche aufgrund positiver klinischer Erfahrungen im stationären Setting auch adjuvante Verfahren wie Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Körper- und Bewegungstherapie oder Physiotherapie nahelegt.⁵²

Viele der bisher benannten Empfehlungen finden sich in ähnlicher Fassung auch noch einmal im Folgekapitel in Bezug auf Kinder und Jugendliche. Außerdem findet sich in dem Kapitel folgende Tabelle zu den häufigen komorbiden Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten pro Altersgruppe:

Vorschulkinder	Grundschul Kinder	Jugendliche
<ul style="list-style-type: none"> • Oppositionelles Trotzverhalten • Trennungsangst • ADHS • Depression • Spezifische Phobien • Störungen des Sozialverhaltens 	<ul style="list-style-type: none"> • Angststörungen • Depression • ADHS • Störungen des Sozialverhaltens 	<ul style="list-style-type: none"> • Angststörungen • Depression • Suizidale Vorstellungen • Selbstverletzung • Substanzabhängigkeit • Störungen des Sozialverhaltens

53

Abb.7: Tabelle Komorbidität

Bei Betrachtung der Tabelle fällt auf, dass Störungen des Sozialverhaltens und Depressionen konstant in allen drei Altersgruppen auftreten, und tatsächlich liegen dafür auch die mit Abstand höchsten Komorbiditätsraten vor, gefolgt von ADHS und Angststörungen.

Im Anhang der Leitlinie befindet sich unter anderem eine Abbildung zur traumainformierten Gesprächsführung. Diese wird in der Leitlinie als hilfreiches Konzept betrachtet, um eine behutsame und informierte Versorgung zu gewährleisten. Dabei wird traumaspezifisches Wissen bei den Behandelnden vorausgesetzt, und eine angemessene Grundhaltung als Ausgangspunkt beschrieben. Ersteres dient als Grundlage für die inhaltliche Bestimmung des Besprochenen, letzteres führt zu einer Reihe von Prinzipien, die die Art und Weise der Gesprächsführung leiten sollen. Alles in Allem soll bei den Traumatisierten ein Empfinden von Sicherheit, Kontrollierbarkeit und Wahlfreiheit vermittelt werden.

⁵¹ Vgl. (Schäfer, et al., 2019, S. 29ff)

⁵² Vgl. (Schäfer, et al., 2019, S. 34f)

⁵³ (Schäfer, et al., 2019, S. 51)

Traumainformierte Gesprächsführung

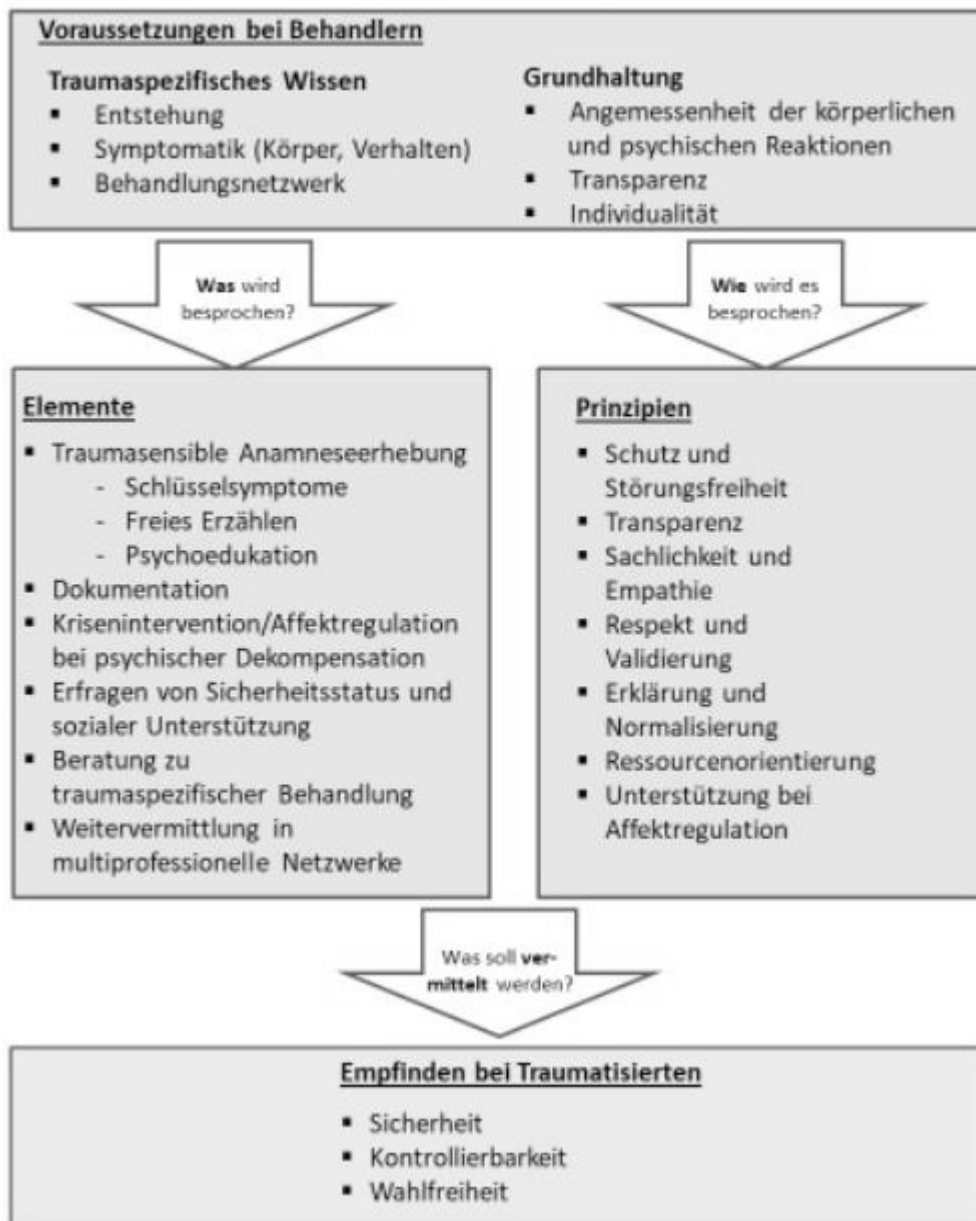


Abb.8: Traumainformierte Gesprächsführung ⁵⁴

2.3 Definitionen und Ansätze

Den bisherigen Ausführungen über die offizielle Diagnostik nach ICD und DSM ist bereits zu entnehmen, dass Traumata und ihre Folgestörungen offenbar schwer einheitlich zu definieren sind. Trotz Bemühungen der APA und WHO, ihre Klassifikationssysteme zunehmend aufeinander abzustimmen, war die Differenz bei der PTBS-Diagnose nie so groß, wie heute zwischen DSM-5 und ICD-11. Dennoch handelt es sich um offizielle Definitionsansätze mit Verbindlichkeit für die Praxis von Behandlung und Forschung, was eine umfassendere Beschäftigung mit ihnen zu

⁵⁴ (Schäfer, et al., 2019, S. 94)

Beginn dieses Kapitels begründet. Außerhalb der offiziellen Diagnostik setzt sich das Problem insofern fort, dass Traumata und ihre Folgen einerseits in aller Munde sind. Längst handelt es sich nicht mehr um einen Begriff, der nur Psychologen und Mediziner geläufig wäre. Andererseits herrscht in der psychologisch-wissenschaftlichen Literatur auch über viele Details kein Konsens, was eine lückenlose Darstellung sehr schwierig machen würde. Daher soll im Folgenden auch eher eine kleine Auswahl dargestellt und kurz diskutiert werden.

2.3.1 Verbreitete Ursachen für Traumata in der Kindheit

Dr. Peter A. Levine, der bereits am Anfang dieser Arbeit kurz vorgestellt wurde, ist wohl einer der größten Trauma-Experten unserer Zeit, und Begründer der körperorientierten Somatic Experiencing Methode zur Lösung von verschiedenen Arten von Traumata. Bei ihm findet sich unter anderem folgende Liste von Verbreiteten Ursachen für Traumata in der Kindheit:

- I. Unfälle und Stürze
 - Stürze (Treppen, Betten und hohe Stühle)
 - Sportverletzungen (Sichüberschlagen und Hinfallen beim Fahrrad-, Skateboard- und Skifahren)
 - Autounfälle (Schleudertrauma, auch bei niedriger Geschwindigkeit)
 - Beinahe Ertrinken und Ersticken
- II. Medizinische und operative Eingriffe
 - Medizinische und operative Eingriffe (Genähtwerden, Spritzen, intravenöse Behandlungen, invasive Untersuchungen)
 - Behandlungen beim Zahnarzt
 - Lebensbedrohliche Erkrankungen und hohes Fieber
 - Länger anhaltende Bewegungseinschränkung (Gipsverband, Schiene, Streckverband)
 - Vergiftungen
 - Stress im Mutterleib und Komplikationen bei der Geburt (Nabelschnur um den Hals, Drogen und Alkohol etc.)

III. Gewalthandlungen/Angriffe

- Mobbing (Schule, Nachbarschaft, Geschwister)
- Angriffe durch Tiere (Hunde-, Schlangenbisse)
- Familiäre Gewalt
- Gewalt miterleben (dabei sein sowie stellvertretend durch Videospiele und Fernsehen)
- Körperlicher und sexueller Missbrauch sowie Vernachlässigung
- Krieg, Vertreibung und generationenübergreifende Folgen
- Bedrohung durch terroristische Angriffe

IV. Verlust

- Scheidung
- Tod eines geliebten Menschen oder eines Haustiers
- Trennung
- Verlorengehen (im Kaufhaus oder in einer unbekanntem Umgebung)
- Besitz (Verlust des Zuhauses oder anderen Besitzes durch eine Katastrophe)

V. Umgebungsbedingte Stressfaktoren und Naturkatastrophen

- Extremen Temperaturen Ausgesetztsein (gilt für Kleinkinder und Säuglinge)
- Naturkatastrophen (Feuer, Erdbeben, Überschwemmungen, Wirbelstürme, Orkane, Vulkanausbrüche)
- Plötzlich auftretende laute Geräusche wie Auseinandersetzungen, Gewalt, Donner etc., vor allem, wenn das Kind allein ist (gilt für Kleinkinder und Säuglinge)⁵⁵

Während manche dieser Ursachen quasi unumstritten sind, können andere womöglich überraschen. Enthalten sind hier unter anderem auch viele Ursachen, die einer PTBS-Diagnose nach ICD-11 Kriterien wohl eher im Weg stünden, da sie beispielsweise schwierig zu erfassen sind, wenn die Ursache für ein Trauma in frühesten Kindheit liegt. Andere Ursachen ereignen sich mit einer derartigen Häufigkeit, dass sie als Ursache für eine potentielle Traumatisierung auch schlichtweg verkannt werden können. Levine hebt besonders hervor, dass es sich bei einem Trauma um ein biologisches Ereignis handelt, das sich durch die Art der Reaktion des Nervensystems definiert, und nicht unbedingt durch die Intensität der Umstände. Das kann besonders bei Kindern grundsätzlich auch eine vermeintlich gewöhnliche Situation sein.⁵⁶

⁵⁵ (Levine & Kline, 2005, S. 35f)

⁵⁶ Vgl. (Levine & Kline, 2005, S. 36)

2.3.2 Beziehungstrauma

Im Kontext der Bindungstheorie, die im Rahmen der Ausführungen zum Toleranzfenster in dieser Arbeit bereits thematisiert wurde, taucht unter anderem bei Allan N. Schore auch der Begriff des Beziehungstraumas auf. Dieses beruht, wie der Name impliziert, auf einer schädlichen Beziehung. Beispielhaft dafür ist eine ungesunde Beziehung zwischen Mutter und Kind, in der die Mutter für das Kind unerreichbar ist, und auf Gefühlsausdrücke und den Stress des Kindes unangemessen oder zurückweisend reagiert. Eine solche Mutter induziert, anstelle von Modulation, extreme Zustände von Stimulation und Erregung. Im Falle von Missbrauch sind diese extrem hoch, im Falle von Vernachlässigung extrem niedrig. Die wesentliche traumatische Erfahrung sei die Auflösung der Beziehung zwischen dem werdenden Selbst und dem nährenden Anderen.⁵⁷

„Im Kontext eines Beziehungstraumas verhindert die Fürsorgeperson, in Verbindung mit der hinzukommenden Dysregulation des Säuglings, jegliche interaktive Selbstobjekt-Wiedergutmachung und belässt das Kind über einen langen Zeitraum in einem intensiven verstörenden psychobiologischen Zustand des Beziehungsabbruchs, wofür das Kind in seiner Unreife noch keine Anpassungsstrategien hat.“⁵⁸

Ein Beziehungstrauma lässt dem Kind keinen anderen Ausweg mehr, als eine pathologische Form der Flucht nach innen. Bei Vernachlässigung sind Säuglinge beispielsweise ihrer eigenen emotionalen Dysregulation hilflos ausgesetzt, und müssen all ihre regulatorischen Ressourcen zur Reorganisation einsetzen, was weitere Entwicklung wesentlich zum Scheitern verurteilt und weitreichende Folgen für die sozioemotionale Lernfähigkeit hat. Auch in diesem Kontext wird bereits beschrieben, dass ein solcher Säugling im Wesentlichen zwei desaströse Antworten auf ein Trauma entwickeln kann, und zwar Hypererregung und Dissoziation.⁵⁹

Schore beschreibt außerdem, wie im langanhaltenden traumatischen Zustand eine Hyperaktivierung sowohl der sympathischen als auch der parasympathischen Komponenten zugleich vorliegen kann und stößt in diesem Kontext auch auf die Literatur von Stephen Porges, dem Begründer der Polyvagal-Theorie, in welcher die gleichen Beobachtungen gemacht werden und psychophysiologisch beleuchtet werden.⁶⁰

⁵⁷ Vgl. (Schore, 2007, S. 168f)

⁵⁸ (Schore, 2007, S. 169)

⁵⁹ Vgl. (Schore, 2007, S. 170)

⁶⁰ Vgl. (Schore, 2007, S. 172)

2.3.3 Entwicklungsbezogenes Trauma

Bessel van der Kolk ist Professor für Psychiatrie an der medizinischen Fakultät der Universität Boston, gründete bereits 1982 das Trauma Centre in Brookline in Massachusetts und ist seit jeher auf Traumata spezialisiert. Unter anderem hatte er eine leitende Rolle bei den ersten großen Studien zu psychopharmakologischen Behandlungen von PTBS inne, und war an etlichen wissenschaftlichen Untersuchungen zu traumaassoziierten Themen beteiligt. Im Jahre 1999 initiierte er die Gründung des National Child Traumatic Stress Network, welche zwei Jahre später gegründet war, und im Februar 2009 den Antrag auf Einführung der neuen Diagnose Developmental Trauma Disorder bei der APA beantragte.⁶¹

Dem Antrag wurde nicht stattgegeben, und so wurden im DSM-5 lediglich erstmalig leicht angepasste Kriterien für PTBS bei Kindern im Alter von bis zu 6 Jahren formuliert. Dennoch sei an dieser Stelle die provisorische Diagnose dargestellt:

Entwicklungstrauma-Störung
A. Exposition
1. Häufige oder chronische Exposition gegenüber einem oder verschiedenen entwicklungshemmenden zwischenmenschlichen Traumatisierungen (Verlassenwerden, Vertrauensbruch, körperliche Übergriffe, sexuelle Übergriffe, Bedrohungen der körperlichen Unversehrtheit, Zwangspraktiken, emotionale Misshandlung, Zeuge von Gewalt und Tod).
2. Subjektive Erfahrungen (Wut, Vertrauensbruch, Angst, Resignation, Demütigung, Beschämung).
B. Getriggertes Muster wiederholter Dysregulation als Reaktion auf Traumareize Dysregulation (hohe oder niedrige) in Anwesenheit von Reizen, Veränderungen halten an, kehren nicht zur Baseline zurück und werden durch Bewusstmachen nicht in ihrer Intensität reduziert.
<ul style="list-style-type: none">• Affektiv• Somatisch (physiologisch, motorisch, psychosomatisch)• Im Verhalten (z. B. Reinszenierung, Selbstverletzung)• Kognitiv (denken, dass es wieder passiert, Verwirrtheit, Dissoziation, Depersonalisierung)• In Beziehungen (Klammern, aufsässiges Verhalten, misstrauisch, fügsam)• Selbstattribution (Selbsthass und -beschuldigung)
C. Anhaltende veränderte Attributionen und Erwartungen
<ul style="list-style-type: none">• Negative Selbstattributionen• Misstrauen gegenüber beschützenden Bezugspersonen• Verlust der Erwartung, durch andere geschützt zu werden• Verlust von Vertrauen, durch soziale Institutionen geschützt zu werden• Mangelnder Rückgriff auf soziale Gerechtigkeit/Vergeltung• Unvermeidbarkeit der Opferrolle
D. Funktionelle Beeinträchtigungen
<ul style="list-style-type: none">• Erziehung/Bildung• Familie• Gleichaltrige• Rechtlich• Beruflich

Abb.9: Entwicklungstrauma-Störung ⁶²

⁶¹ Vgl. (van der Kolk B. , Verkörperter Schrecken, 2019, S. 190ff)

⁶² (van der Kolk B. A., 2009, S. 581)

2.4 Polyvagaltheoretische Perspektive auf Traumata

Zum Abschluss dieses Kapitels soll noch einmal der Bezug zur Polyvagaltheorie verdeutlicht werden.

„Die Polyvagal-Theorie erklärt plausibel, wie eine Reaktion auf lebensgefährliche Situationen das ANS so verändern kann, daß die Resilienz verloren geht und ein Defensivzustand entsteht. Diese Veränderung kann zu Beeinträchtigungen der homöostatischen Funktion samt Auswirkungen auf viszerale Organe führen (z.B. Herzerkrankungen und Reizdarm) oder zu diffusen Symptomen von Dysregulation (z.B. in Form von Fibromyalgie und Dysautonomie); gleichzeitig schränkt sie den Zugang zum System für soziale Verbundenheit ein, was die Fähigkeit zur Co-Regulation mittels sozialer Interaktionen beeinträchtigt. Diese verbreiteten Traumafolgen werden aufgrund von Schwierigkeiten erkennbar, sich mit anderen verbunden und in ihrer Gegenwart sicher zu fühlen. Die Polyvagal-Theorie erklärt, inwiefern beide Aspekte einer Störung (in Form von Mangel an Sicherheit in Gegenwart anderer und von Störungen in Organen) auf eine Veränderung des ANS hindeuten, und sie erschließt Erkenntnisse über Möglichkeiten der Rehabilitation.“⁶³

Im Sinne der Polyvagaltheorie ist davon auszugehen, dass der Zustand unseres autonomen Nervensystems unsere Sinnesverarbeitung und physiologische Verfassung maßgeblich beeinflusst, und umgekehrt beständig selbst durch unsere Handlungen und Erfahrungen geprägt wird. Traumata können in diesem Sinne als individuelle Erlebnisse von Gefahr verstanden werden, die das autonome Nervensystem auf nachhaltig prägende Art und Weise überfordern und eine Rückkehr in den Zustand von sozialer Verbundenheit und Sicherheit erschweren. Traumatisierte Menschen sind also nachhaltig geprägt durch die Erfahrung von Hilflosigkeit und Ausweglosigkeit, und selbst wenn ihre Lebenssituationen objektiv unbedenklich sind, sind sie intuitiv ständig auf der Suche nach möglichen Gefahren (Hypervigilanz) oder ziehen sich erschöpft zurück. Ihr Arousal ist chronisch dysreguliert, auf der Polyvagalen Landkarte vom Ende des ersten Kapitels dieser Arbeit schwanken sie normalerweise zwischen der Sympathischen und der Dorsal-Vagalen Zone. Im Einklang mit Levine, Schore und van der Kolk ist davon auszugehen, dass insbesondere Säuglinge und Kleinkinder eine Risikogruppe für Traumata darstellen, da sie in besonderem Maße von ihren Bezugspersonen abhängig sind und die Fähigkeit zur Selbstregulation erst noch entwickeln müssen. Zu betonen ist diesbezüglich, dass das subjektive Erleben viel entscheidender ist als das tatsächliche Geschehen. Konsequenterweise kann also ein potentiell traumatisches Ereignis verschiedene Individuen in unterschiedlichem Maße

⁶³ (Porges, Klinische Anwendungen der Polyvagal-Theorie, 2019, S. 85)

beeinflussen. Dabei ist auch der Grad an Resilienz, den ein Mensch entwickelt, ebenfalls abhängig von den Erfahrungen, die er insbesondere im Bereich (frühkindlicher) Bindung macht. Die S3-Leitlinie zur PTBS reflektiert über die Beschränkungen der spezifischen PTBS-Diagnose ebenfalls mit dem Urteil, dass Traumafolgestörungen vermutlich zu selten als solche erkannt werden. Gleichzeitig findet parallel längst jede Menge erfolgreiche Traumatherapie auf Grundlage der Erkenntnisse der Polyvagaltheorie statt.

„Durch die Ablehnung der Diagnose einer entwicklungsbezogenen Traumafolgestörung im DSM sind Kliniker in die merkwürdige Lage geraten, über eine Fülle von Möglichkeiten zu verfügen, die traumatisierten Kinder, die sie behandeln, und Erwachsene, die in ihrer frühen Kindheit Mißbrauch, Mißhandlungen, Vernachlässigung und Verlassenwerden erlebt, zu diagnostizieren: PTBS, Disruptive Affektregulationsstörung, Reaktive Bindungsstörung, ADHS, Dissoziative Identitätsstörung, Nichtsuizidale Selbstverletzungen, Intermittierende Explosible Störung, Antisoziale Persönlichkeitsstörung, Störung mit oppositionellem Trotzverhalten, Störung des Sozialverhaltens und Borderline-Persönlichkeitsstörung. Keine dieser Störungen scheint isoliert vorzukommen, und keine hat jemals wissenschaftliche Kriterien so zuverlässig erfüllt, daß sie als valide Diagnose gelten kann. Doch alle diese sogenannten Diagnosen erfassen einige Aspekte einer entwicklungsbezogenen Traumafolgestörung, wohingegen keine auch nur den geringsten Hinweis darauf liefert, was tatsächlich falsch gelaufen ist, und keine auch nur den geringsten Anhaltspunkt dafür erkennen läßt, was man tun kann, um Patienten, die unter diesen Problemen leiden, zu helfen.“⁶⁴

⁶⁴ (van der Kolk B. , Klinische Anwendungen der Polyvagal-Theorie, 2019, S. 44f)

3 Polyvagaltheorie in der Intensivpädagogik

Im letzten großen Kapitel dieser Arbeit soll ein kurzer Blick auf die Intensivpädagogik geworfen und die Frage beantwortet werden, ob sie ihrem Wesen nach auch als Traumapädagogik verstanden werden muss. Dafür soll zunächst das Arbeitsfeld kurz umrissen werden, um dann in kritischer Reflexion über die Handlungsmöglichkeiten von Sozialpädagogen im Setting der Stationären Jugendhilfe ein paar abschließende Lichtblicke für die Praxis zu tätigen.

3.1 Intensivpädagogik

Mit dem Kinder- und Jugendgesetz trat im Jahre 1990 die rechtliche Grundlage für die Kinder- und Jugendhilfe in Kraft, die bis heute aktuell ist. Im Kinder- und Jugendhilfegesetz, also dem SGB VIII, wird das Recht auf Erziehung, Elternverantwortung und Jugendhilfe formuliert und die Aufgaben der Jugendhilfe werden definiert. Die Hauptaufgabe der Kinder- und Jugendhilfe liegt darin Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung durch Betreuung, Bildung und Erziehung zu fördern, wobei grundsätzlich Eltern und Schule vorrangig zu behandeln sind. Darum handelt es sich bei den meisten Maßnahmen nach SGB VIII auch um unterstützende Leistungen und Hilfsangebote für die elterliche Sorge. Innerhalb der hierarchisch strukturierten Hilfen zur Erziehung nach SGB VIII handelt es sich bei den letzten beiden Paragraphen demnach um vergleichsweise extreme Maßnahmen. §34 SGB VIII regelt dabei die für die stationäre Jugendhilfe wichtige Heimerziehung und sonstige betreute Wohnform, während §35 SGB VIII die Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung regelt. Auch wenn es in der aktuellen Praxis keine einheitliche Definition von Intensivpädagogik gibt, lässt sich ihre Bezeichnung ursprünglich auf Letzteren zurückführen, beschränkt sich allerdings nicht auf Leistungen nach diesem Paragraphen. Im Allgemeinen ist die verbindende Gemeinsamkeit intensivpädagogischer Einrichtungen, dass sie ihr Angebot auf Kinder und Jugendliche mit besonderem (hohen) Bedarf nach Erziehung ausgerichtet haben und diesbezüglich eine hohe Leistungsfähigkeit suggerieren.⁶⁵

Beispielhaft für eine Einrichtung der stationären Jugendhilfe erfährt man von der „Karawane“ in Neubrandenburg Folgendes über ihr Klientel:

⁶⁵ Vgl. (Freigang, 2018, S. 163)

„Aufgenommen werden Kinder und Jugendliche, die aufgrund

- von Störungen, Problemen und Belastungen in Bezugs- und Familiensystemen des Kindes und Jugendlichen,
- von Störungen im Umfeld jugendpsychiatrischer Syndrome,
- von Störungen und Defiziten in den Bereichen Intelligenz, Sozial-, Arbeits- und Leistungsverhalten
- von Fremd- und Eigengefährdung,
- nicht oder kaum vorhandener Gruppenfähigkeit
- des Anschlusses an eine stationäre oder teilstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, oder
- des Ausschlusses aus einer anderen Jugendhilfeeinrichtung

in einer intensivpädagogischen und engmaschig erziehenden Einrichtung untergebracht werden müssen.

[...] Die Mehrzahl dieser Kinder und Jugendlichen weist vorpsychiatrische Erfahrungen auf und weichen in ihrer seelischen (emotionalen, sozialen) Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von einem für das Lebensalter typischen Zustand ab (seelisch behindert).

Ihre Auffälligkeiten zeigen sich vor allem in nicht sozial angemessenem, delinquentem und/oder aggressivem Verhalten, psychischen Auffälligkeiten, meist gekoppelt mit mangelndem Normen- und Werteverständnis sowie Schulverweigerungstendenzen.“⁶⁶

Anhand dieser Auskünfte lässt sich die Frage klären, ob es sich bei der Intensivpädagogik auch um ein Feld der Traumapädagogik handelt. Im engeren Sinne ließe sich nicht verallgemeinernd sagen, dass sämtliche Kinder und Jugendliche in solchen Einrichtungen eine PTBS- oder KPTBS-Diagnose haben, oder ausreichend Kriterien erfüllen, um eine solche Diagnose ausgestellt zu bekommen. Sicherlich wird, sogar in diesem engeren Sinne, in dieser intensivpädagogischen Zielgruppe eine beträchtlich erhöhte Prävalenz für KPTBS und PTBS festzustellen sein, allerdings dürfte das ebenso für eine ganze Reihe anderer Störungen gelten. Vor dem Hintergrund der Ausführungen zur Polyvagaltheorie hingegen könnte es kaum deutlicher sein, dass die intensivpädagogische Zielgruppe in hohem Maße durch Traumata geprägt ist, was sich in der Art des Umgangs mit der Klientel widerspiegeln sollte.

⁶⁶ Vgl. (Onlinequelle 2: AWO-NBOVP Karawane)

3.2 Kritik am Status Quo der Intensivpädagogik

Intensivpädagogische Einrichtungen stehen vor besonders großen Herausforderungen. Allerdings steht die Art und Weise, wie an diese oft herangegangen wird, auch unter Kritik.

„Grundannahme der meisten intensivpädagogischen Ansätze ist die Vorstellung, dass das Verhalten von Kindern und Jugendlichen das Resultat von expliziter Pädagogik ist und nicht – wenigstens auch – Resultat ihrer individuellen Lebenserfahrung, der Lebensumstände in Familie und Lebenswelt. Die Frage nach dem Sinn der als problematisch erkannten Verhaltensweisen erübrigt sich damit, Fallverstehen wird obsolet, man glaubt, Kinder und Jugendliche beeinflussen zu können ohne Kenntnis und Berücksichtigung oder gar Veränderung ihrer Lebensverhältnisse, sondern davon abgetrennt durch die ständige Bewertung und Korrektur ihres Verhaltens.“⁶⁷

Dabei zielen die Einrichtungen konsequent darauf ab, dass es möglichst wenig Freiräume für die Klientel gibt, in denen sie sich falsch verhalten könnte.

„Gemäß der Logik der meisten dieser Einrichtungen gilt das Fehlen einer – omnipräsenten und konsequenten – Pädagogik als Quelle der Auffälligkeit der Kinder und Jugendlichen, folglich gilt spürbare Präsenz von Pädagogik als Garant für den Erfolg der Bemühungen. Pädagogik wird dabei als direkte Einflussnahme auf Kinder und Jugendliche betrachtet, nicht als Gestaltung von Lernfeldern oder als Arrangement von Bedingungen, in denen die Heranwachsenden selbst gesteuert Erfahrungen verarbeiten und daraus lernen können.“⁶⁸

Es wird deutlich, dass intensivpädagogische Einrichtungen viel Wert auf eine überaus starke Struktur legen. Das müsste gar nicht unbedingt negativ sein, da Struktur durchaus Sicherheit stiften kann, und auch im Sinne der Polyvagalthorie ein wichtiger Rahmen für die weitere pädagogische und therapeutische Behandlung wäre. Voraussetzung wäre allerdings eine angemessene Ausrichtung der Struktur auf die Lebenswelt und Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen.

„Gemäß des verhaltenstherapeutischen Programmes verfügen die meisten intensivpädagogischen Einrichtungen über ein differenziertes Belohnungssystem. In diesem System werden Bedürfnisse und Freiräume an das Erreichen von bestimmten Verhaltenszielen geknüpft. Was das Leben erleichtert bzw. spezifische Privilegien müssen durch Wohlverhalten erworben werden. Zu diesem System gehört, dass Privilegien entzogen werden können und dass Jugendliche und Kinder von einer erreichten Stufe auf ein tieferes Niveau zurückgestuft werden können und sich die Stufe wieder aufs Neue verdienen müssen. Neben Degradierungsgefahr und

⁶⁷ (Freigang, 2018, S. 164)

⁶⁸ Ebd.

Aufstiegschancen bedeuten diese – meist Stufensystem genannten – Binnenstrukturen eine geplante personale Instabilität.“⁶⁹

In Anbetracht dessen, was die Polyvagaltheorie über den Zustand der Kinder und Jugendlichen auszusagen weiß, ist das hochgradig kontraproduktiv für die weitere Entwicklung. Zu allem Überfluss sind die Lebensräume in den meisten intensivpädagogischen Einrichtungen sehr reizarm gestaltet, und Beschäftigungsmöglichkeiten und Kontakte stehen unter starker Restriktion.

„Die Reizarmut des Alltags erhöht die Angewiesenheit auf die von den PädagogInnen gesetzten Attraktionen und erhöht den Einfluss der intensiven Pädagogik.“⁷⁰

Es lässt sich also sagen, dass solche Einrichtungen konzeptionell darauf abzielen, jeden widerständigen Willen durch Sanktionierung zu brechen und durch Aussicht auf Belohnungen auf Wohlverhalten zu konditionieren. Die Struktur richtet sich also nicht nach Lebenswelt und Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen, sondern verpflichtet sie vielmehr mit allen verfügbaren Mitteln auf ein auf obstruiertes Programm, bei dessen Gestaltung sie nicht gefragt sind und dessen Sinn sie nicht nachvollziehen können. Notwendigerweise folgen daraus Probleme für die Praxis, da die Klientel beständig mit der Bedingtheit ihrer Anerkennung konfrontiert wird, und traumatische Muster wie negative Selbstattribution oder die Erwartung von Schädigung durch andere Personen und Institutionen systematisch bestätigt und verstärkt werden.

3.3 Polyvagaltheoretische Implikationen

Im Sinne der Polyvagaltheorie kann davon ausgegangen werden, dass die Kinder und Jugendlichen, die in einer solchen Einrichtung landen, in schwerem Grade traumatisiert sind. Dabei muss davon ausgegangen werden, dass sie von früh auf unzureichende Bindungserfahrungen gemacht haben und ihr autonomes Nervensystem in ständiger Antizipation neuer Gefahren, Verletzungen und Beziehungsbrüche zu extremen Defensivreaktionen neigt. Zudem verfügen sie über nahezu keine Basis für Selbst- und Impulsregulation, leiden unter intensiven Affekten wie Wut, Angst oder Resignation und kämpfen um ein subjektives Gefühl der Kontrolle. Sie neigen womöglich dazu, ihre eigenen Traumata auf der Verhaltensebene entweder als Täter, in aggressiven oder sexuellen Handlungen gegenüber anderen Kindern, oder auch mit Vermeidungsreaktionen zu

⁶⁹ (Freigang, 2018, S. 165f)

⁷⁰ (Freigang, 2018, S. 166)

wiederholen. Selbst unter optimalen Bedingungen wäre zu erwarten, dass sie konfuse, dissoziierte und desorientierte Reaktionen auf belastende Reize zeigen. Vor dem Hintergrund all dessen lassen sich einige grundlegende Handlungsansätze durch die Polyvagaltheorie implizieren.

„Komplex traumatisierte Kinder müssen darin unterstützt werden, ihre Aufmerksamkeit auf Beschäftigungen zu lenken die sie 1) nicht an traumabezogene Trigger erinnern und 2) ihnen ein Gefühl von Freude und Beherrschung geben. Sicherheit, Vorhersehbarkeit und „Spass“ sind essentiell für die Entwicklung der Fähigkeit zu beobachten, was vor sich geht, dies in einen größeren Kontext einzubetten und physiologische und motorische Selbstregulation zu initiieren. Zuerst brauchen diese Kinder Hilfe dabei, anders zu reagieren als mit ihren habituellen Kampf-/Flucht-/Erstarrungsreaktionen. [...] Nach multiplen Traumatisierungen sind Traumamarkierungen in vielen Bereichen des kindlichen Verhaltenrepertoires zu finden. Dies manifestiert sich auf verschiedene Weise: z. B. in ängstlichen Reaktionen, aggressivem und sexuellem Ausagieren, Vermeidung und unkontrollierten emotionalen Reaktionen. Solange diese Tendenz – das Wiederholen des Traumas – nicht erkannt wird, wird die Reaktion der Umwelt sehr wahrscheinlich eine Wiederholung der ursprünglichen traumatisierenden, misshandelnden aber vertrauten Beziehungen darstellen. Da diese Kinder anfällig dafür sind, alles Neue, einschließlich Regeln und andere schützende Interventionen als Bestrafungen anzusehen, neigen sie dazu, ihre Lehrer und Therapeuten, die Sicherheit herzustellen versuchen, als Täter wahrzunehmen.“⁷¹

An dieser Stelle sei noch einmal betont, dass sich das alles auch als schwierig und langwierig erweisen würde, wenn Einrichtung und Personal vollumfänglich darauf ausgerichtet wären die Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen zu stabilisieren und ihre Beziehungsfähigkeit zu heilen. Beziehungsbrüche als Hebel einzusetzen, um die Klientel gefügig zu machen, ist nicht nur ethisch fragwürdig, sondern auch nur bedingt effektiv, da delinquentes Verhalten als traumatische Reinszenierung zu verstehen ist, in denen Bestrafungen nur weiter als objektive Verstärker der subjektiven Opferrolle fungieren.

Angenommen intensivpädagogische Einrichtungen würden sich traumafokussiert neu ausrichten, so könnte dies beispielsweise nach dem BASIC-Rahmen von Deb Dana geschehen. Dabei ist jeder Buchstabe die Initiale eines Oberbegriffs, der jeweils für eine Station traumatherapeutischer und traumapädagogischer Tätigkeit steht und dem spezifische Interventionsmöglichkeiten zugeordnet werden können:

⁷¹ (van der Kolk B. A., 2009, S. 583)

Befriend - steht für sich vertraut machen. In diesem Feld geht es um das Erlernen der Fähigkeit, sich in den autonomen Zustand und die eigene Erzählung einzustimmen, um sich ihnen mit Neugierde und Selbstmitgefühl wieder zuzuwenden.

Attend - steht für Beachtung. Übungen aus diesem Bereich fördern die Fähigkeit, autonome Zustände zu benennen, den Wechsel zwischen ihnen zu verfolgen und ein generelles Gewahrsein für die Einflüsse und den Wandel zu entwickeln.

Shape - bedeutet Formung. Vorbereitet durch Attending-Übungen geht es hier darum, die eigenen Systeme von habituellen Überlebensreaktionen zu Mustern der Verbundenheit umzuformen, wofür Übungen ausgeführt werden, die die Fähigkeit verstärken, im ventral-vagalen System verankert zu bleiben.

Integrate - bedeutet Integrieren. Hier geht es um den Aufbau von Resilienz des Autonomen Nervensystems. Dafür lenken Übungen die Aufmerksamkeit auf neu hervortretende autonome Muster und nutzt diese zur Entwicklung von neuen, resilienten Pfaden, die nach sympathischer oder dorsal-vagaler Aktivierung eine Rückkehr in einen Zustand der Regulation ermöglichen.

Connect - steht für Kontakt herstellen. Auf Grundlage eines gestärkten Autonomen Nervensystems und verbesserter Regulationsfähigkeiten nehmen sich die Klienten anders wahr und können zunehmend sichere Verbindungen herstellen.⁷²

Natürlich empfiehlt es sich bei einer traumafokussierten Neuausrichtung in umfassendem Maße professionelle Traumatherapie mit den Kindern und Jugendlichen zu betreiben. Die Sozialpädagogischen Fachkräfte sollten allerdings für die Betreuung und sonstigen pädagogischen Tätigkeiten in Übereinstimmung mit den S3-Leitlinien für PTBS auch umfassend traumapädagogisch weitergebildet werden. An dieser Stelle sei unter anderem nochmal an die traumainformierte Gesprächsführung erinnert, die auf Seite 30 dieser Arbeit in Rahmen der S3-Leitlinie thematisiert wurde. Zudem existiert bereits ein breites Angebot an Interventionsmöglichkeiten, die auch sozialpädagogische Fachkräfte erlernen und im Arbeitsfeld anwenden können, auch ohne selber Therapeut zu sein. Zum Abschluss sollen zwei solcher Übungen kurz exemplarisch vorgestellt werden.

Die Grundübung nach Rosenberg ist leicht zu erlernen und durchzuführen und dauert nur zwei Minuten. Sie zielt auf die Verbesserung des Systems für soziale Verbundenheit indem sie unter anderem die Durchblutung des Hirnstamms verbessert, in dem die zugehörigen Kranialnerven entspringen:

⁷² Vgl. (Dana, Arbeiten mit der Polyvagal-Theorie, 2020, S. 50f)

Die Grundübung – Anleitung

Anfangs sollten Sie bei der Grundübung auf dem Rücken liegen. Wenn sie Ihnen geläufig ist, können Sie sie im Sitzen, Stehen oder Liegen machen.

1. Sie liegen bequem auf dem Rücken und verschränken die Finger (vgl. Fotos 4, 5, 6).



2. Legen Sie die Hände unter den Hinterkopf, wobei das Gewicht des Kopfes bequem auf den verschränkten Fingern liegt. Sie sollten die Härte des Schädels mit den Fingern und die Knochen Ihrer Finger auf dem Hinterkopf spüren. Wenn Sie eine steife Schulter haben und nicht beide Hände zum Hinterkopf führen können, reicht auch eine Hand; Finger und Handfläche sollten dann aber quer über dem ganzen Hinterkopf liegen.
3. Der Kopf wird nicht bewegt, Sie blicken nach rechts und bewegen dabei nur die Augen, soweit das problemlos möglich ist. Wichtig: Nicht den Kopf, nur die Augen bewegen. Halten Sie den Blick nach rechts gerichtet (Foto 7).
4. Nach kurzer Zeit – bis zu 30 oder sogar 60 Sekunden – werden Sie schlucken, gähnen oder seufzen. Das ist ein Zeichen dafür, dass sich Ihr autonomes Nervensystem entspannt. (Auf ein normales Einatmen folgt ein normales Ausatmen, doch ein Seufzer ist etwas anderes – auf das Einatmen folgt ein zusätzliches weiteres Einatmen vor dem Ausatmen.)



Abb.10: Grundübung nach Rosenberg Teil 1/2

5. Führen Sie die Augen wieder zur Mitte und schauen Sie geradeaus.
6. Lassen Sie die Hände an Ort und Stelle und halten Sie den Kopf still. Bewegen Sie diesmal die Augen nach links (Foto 8).



Foto 8: Nach links schauen

7. Halten Sie den Blick nach links gerichtet, bis Sie seufzen, gähnen oder schlucken müssen.

Damit ist die Grundübung beendet; nehmen Sie die Hände vom Kopf und setzen Sie sich aus dem Liegen oder stehen Sie aus dem Sitzen auf.

Wie ist es Ihnen ergangen? Hat sich die Beweglichkeit des Kopfes verbessert? Hat sich Ihre Atmung verändert? Fällt Ihnen etwas anderes auf?

Anmerkung: Wenn Ihnen beim Aufsetzen oder Aufstehen schwindlig wird, liegt das wahrscheinlich daran, dass Sie sich im Liegen entspannt haben und Ihr Blutdruck gesunken ist. Es dauert meist ein bis zwei Minuten, bis er sich wieder anpasst und das Gehirn mehr durchblutet wird.

Abb.11: Grundübung nach Rosenberg Teil 2/2

73

Auch Übungen wie diese zum Gewahrsein ließen sich durch sozialpädagogische Fachkräfte anleiten:

⁷³ (Rosenberg, 2019, S. 258ff)

Zweck der Übung

Eine wichtige Fähigkeit für jede somatische Übung ist, selbst bezeugen (wahrnehmen) zu können, was im Augenblick und im eigenen Körper geschieht. Sie sind in der Lage, Ihre Gefühle, Gedanken, Empfindungen, Bewegungen und Verhaltensreaktionen auf andere Menschen und auf Situationen zu bezeugen. Die hier beschriebene Übung soll Ihnen helfen, die Fähigkeit zur Selbstregulation zu erlernen. Einen inneren Zeugen zu entwickeln ist sehr wichtig, wenn Sie etwas von Ihrem Körper lernen wollen. Versuchen Sie im Tagesverlauf immer wieder, den gegenwärtigen Augenblick auf diese Weise zu erfassen. Schauen Sie, was passiert, wenn Sie sich darin üben, Ihr eigenes Leben zu bezeugen.

Instruktionen

Üben Sie sich darin, den Augenblick zu erfassen, indem Sie Pausen entstehen lassen, bevor Sie etwas tun.

Schritte zur Umsetzung dieser Übung

1. Unterbrechen: Stoppen Sie alles, was Sie im Moment tun, indem Sie die Pausentaste drücken.
2. Registrieren: Was erleben Sie in diesem Moment?
3. Tracking: Wie spüren Sie in diesem Augenblick Ihren Körper?
4. Verweilen: Verändern Sie nichts, sondern bleiben Sie präsent.
5. Fahren Sie fort mit dem, was Sie vor dem Innehalten getan haben, und stellen Sie fest, ob Sie sich nun anders erleben.

Fragen, die zu stellen Ihnen nützlich sein könnte

- Wo befindet sich meine Aufmerksamkeit in diesem Augenblick?
- Wie erlebe ich meinen Körper jetzt?
- Was befindet sich momentan in meinem Gewahrsein?

Diese Übung sollte viele Male wiederholt werden. Versuchen Sie, dies in Ihrem Tagesablauf zu ermöglichen.

Abb.12: Übung Entwickeln der Selbstbezeugung – den Augenblick erfassen ⁷⁴

Ein traumainformiertes Verständnis von Zustand und Aktivität der Kinder und Jugendlichen im intensivpädagogischen Kontext ist Voraussetzung für eine konstruktive und nachhaltige Pädagogik. Im Wissen um die Wirkungsweise der autonomen Zustände liegt das Potential zur Entstigmatisierung und schrittweisen Begleitung der Klientel auf dem Weg zur Gesundheit. Es bleibt zu hoffen, dass auf struktureller Ebene ein Umdenken und eine Neuausrichtung intensivpädagogischer Einrichtungen stattfindet.

⁷⁴ (Mischke-Reeds, 2019, S. 92)

4 Zusammenfassung

Die Polyvagaltheorie ist eine Theorie über Aufbau und Funktionsweise des Autonomen Nervensystems von Menschen und anderen Säugetieren, die Stephen Porges in Hinblick auf die Auflösung des Vagus-Paradoxons formulierte. Demnach kann das Autonome Nervensystem funktional in drei grundlegende Subsysteme mit verschiedenen Aufgabenbereichen gegliedert werden, die auf Grundlage des Prinzips der Dissolution hierarchisch strukturiert sind und im Zusammenspiel das Überleben sichern. Von zentraler Bedeutung ist das sogenannte System für soziale Verbundenheit, das sich aus den Kranialnerven V, VII, IX, X und XI zusammensetzt, die im funktionalen Zusammenspiel unsere Beziehungsfähigkeit und Co-Regulation ermöglichen. Das gesamte Wirken des Autonomen Nervensystems ist im Sinne der Polyvagaltheorie als Suche nach subjektiver Sicherheit zu verstehen. Erfahrungen von subjektiver Gefahr in Verbindung mit empfundener Hilflosigkeit können das Autonome Nervensystem nachhaltig prägen, und so für funktionelle Beeinträchtigungen, Dysregulation und negative Affekte und Kognitionen führen. Solche Traumata sind in verschiedenem Grade relativ weit verbreitet, und werden häufig nicht als solche identifiziert und behandelt. Bei den Kindern und Jugendlichen in intensivpädagogischen Einrichtungen der stationären Jugendhilfe liegen systematisch bereits lange Reihen an hochgradig traumatischen Erlebnissen in der Vergangenheit, allerdings werden sie in aller Regel nicht vor dem Hintergrund eines solchen Verständnisses behandelt. Vielmehr findet der Versuch statt, verhaltenstherapeutisch so auf sie einzuwirken, dass sie sich an die ihnen vorgesetzten Regeln halten um Sanktionen zu entgehen und sich Privilegien zu verdienen, die sie aufgrund der reizarm gestalteten Lebenswelt besonders attraktiv finden sollen. Eine traumafokussierte Neuausrichtung solcher Einrichtungen wäre denkbar und wünschenswert. Die Erweiterung des Traumaverständnis und mehr traumafokussierte Weiterbildungen sozialpädagogischer Fachkräfte wären auch im Sinne der S3-Leitlinie zur Posttraumatischen Belastungsstörung. Traumata im erweiterten, polyvagaltheoretischen Sinne sind im sozialpädagogischen Klientel und darüber hinaus weit verbreitet und bleiben meistens unerkannt und unbehandelt. Eine Beschäftigung mit der Polyvagaltheorie kann zu einer starken Sensibilisierung für die Ursachen und den Einfluss autonomer Zustände führen, welche unseren Alltag ständig durchziehen und selbst bis hin zum Zustandekommen dieser Arbeit eine nicht unerhebliche Rolle spielen. Der spezifische Bezug auf die Intensivpädagogik in dieser Arbeit veranschaulicht exemplarisch, welches Potential für die Entstigmatisierung und den Nachvollzug des Handelns und Fühlens der sozialpädagogischen Klientel in der Polyvagaltheorie liegt.

Quellenverzeichnis

Literaturverzeichnis

- Brisch, K. H. (2014). *Säuglings- und Kleinkindalter*. Stuttgart.
- Dana, D. (2020). *Arbeiten mit der Polyvagal-Theorie*. Lichtenau/Westf.
- Dana, D. (2021). *Die Polyvagal-Theorie in der Therapie*. Lichtenau/Westf.
- Eilers, R., & Rosner, R. (Juli 2021). Die einfache und komplexe Posttraumatische Belastungsstörung in der Praxis. *Kindheit und Entwicklung*, S. 144-153.
- Freigang, W. (2018). *Kritisches Glossar Hilfen zur Erziehung*. (D. Düring, H.-U. Krause, F. Peters, R. Rätz, N. Rosenbauer, & M. Vollhase, Hrsg.) Frankfurt am Main.
- Habib, N. (2019). *Aktivieren Sie Ihren Vagusnerv*. Kirchzarten bei Freiburg.
- Jochims, I. (2019). *Meistere den Stress: Teil 1: Grundlagen der Polyvagaltheorie*. Norderstedt.
- Levine, P. A., & Kline, M. (2005). *Verwundete Kinderseelen Heilen*. München.
- Mischke-Reeds, M. (2019). *Somatische Psychotherapie Ein Werkzeugkasten*. Köln.
- Ogden, P. (2019). *Klinische Anwendungen der Polyvagal-Theorie*. (S. W. Porges, & D. Dana, Hrsg.) Lichtenau/Westf.
- Porges, S. W. (2019). *Die Polyvagal-Theorie und die Suche nach Sicherheit*. Lichtenau/Westf.
- Porges, S. W. (2019). *Klinische Anwendungen der Polyvagal-Theorie*. (S. W. Porges, & D. Dana, Hrsg.) Lichtenau/Westf.
- Rosenberg, S. (2019). *Der Selbstheilungsnerv*. Kirchzarten.
- Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., . . . Wöller, W. (2019). *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. Berlin.
- Schore, A. N. (2007). *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst*. Stuttgart.
- Spangler, G., & Zimmermann, P. (1999). *Die Bindungstheorie Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart.
- van der Kolk, B. (2019). *Klinische Anwendungen der Polyvagal-Theorie*. (S. W. Porges, & D. Dana, Hrsg.) Lichtenau/Westf.
- van der Kolk, B. (2019). *Verkörperter Schrecken*. Lichtenau/Westf.
- van der Kolk, B. A. (Oktober 2009). Entwicklungstrauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 58 - 8, S. 572–586.

Onlinequellen (zuletzt überprüft am 11.11.2022):

1: Hogrefe Verlag (2016) Klassifikationssysteme. DSM und ICD.

<https://www.hogrefe.com/de/thema/dsm-und-icd>

2: AWO-NBOVP Karawane

<https://www.awo-nbovp.de/index.php/bereiche/kinder-und-jugendhilfen/vollstationaere-kinder-und-jugendhilfe/intensiv-therapie-karawane-neubrandenburg>

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Dissolution	S. 8
Abbildung 2: System für soziale Verbundenheit	S. 9
Abbildung 3: Modulationmodell	S. 16
Abbildung 4: Polyvagale Landkarte	S. 21
Abbildung 5: Symptomcluster PTBS	S. 25
Abbildung 6: Diagnose PTBS und kPTBS nach ICD-11	S. 26
Abbildung 7: Tabelle Komorbidität	S. 29
Abbildung 8: Traumainformierte Gesprächsführung	S. 30
Abbildung 9: Entwicklungstrauma-Störung	S. 34
Abbildung 10: Grundübung nach Rosenberg Teil 1/2	S. 43
Abbildung 11: Grundübung nach Rosenberg Teil 2/2	S. 44
Abbildung 12: Übung Entwickeln der Selbstbezeugung – den Augenblick erfassen	S. 45