Marion Koll-Krüsmann

Trauma-Awareness und Psychoedukation

Internationale DAAD Akademie

DAAD Deutscher Akademischer Austauschdienst
German Academic Exchange Service

Herausgeber DAAD
Deutscher Akademischer Austauschdienst
German Academic Exchange Service
Kennedyallee 50, 53175 Bonn
www.daad.de

Internationale DAAD-Akademie
www.daad-akademie.de

Projektkoordination Gabriele Althoff (verantw.), Allison Kotenko, Johannes Mahlke, Gladys Omete, DAAD

1. Auflage: Januar 2017
Onlinepublikation

© DAAD

Diese Publikation wird aus Zuwendungen
des Bundesministeriums für Bildung und Forschung
an den DAAD finanziert.

Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

© Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der iDA unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Trauma-Awareness und Psychoedukation

Wissen schützt vor Belastung - Informationen über mögliche Traumafolgen und Möglichkeiten Symptome zu bewältigen - Hilfreiches im Umgang mit geflüchteten Studentinnen und Studenten

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung 5

2 Was genau ist ein Trauma im Unterschied zu starkem Stress? 6

3 Welche andauernden Symptome können sich nach einer traumatischen Erfahrung entwickeln? 9

4 Was unterstützt beim Umgang mit Symptomen? 12

4.1 Erklärungen im Rahmen der Psychoedukation 13

5 Was kann eine traumatische Erfahrung heilen? 18

6 Was kann dies nun für die Arbeit mit geflüchteten Studenten und Studentinnen bedeuten? 21

6.1 Do’s & Don’ts in der Arbeit mit geflüchteten Menschen 22

7 Quellenverzeichnis 24

8 Über die Autorin 25

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Was ist ein Trauma? 8

Abbildung 2: Traumafolgestörungen 11/12

Abbildung 3: Verlauf posttraumatischer Symptomatik 14

Abbildung 4: Trauma verarbeiten 19

1 Einführung

„Wir hatten eine Besprechung mit unseren internationalen Studierenden. Jemandem ist mit lautem Knall die Mineralwasserflasche umgefallen. Ein Student mit Fluchthintergrund ist aufgesprungen, hat sich zitternd unter den Tisch geworfen und dort versteckt. Danach war er wie apathisch und ziemlich verstört“, berichtet eine Teilnehmerin der iDA-Schulung zum Thema Trauma-Awareness im Rahmen des Sonderprogrammes „Beratung von Studienbewerberinnen und Studienbewerbern mit Fluchthintergrund".

„Kann das so was gewesen sein wie ein Flashback oder diese Dissoziation, von der Sie gesprochen haben? Und was hilft denn in so einem Moment?“ Das waren weitere Fragen der Teilnehmerin, die nach der Schulung anmerkte, dass sie sich nun viel sicherer im Umgang mit dem Thema und den Studierenden, die sie betreut, fühle.

Ein Wissen über die Symptome einer Traumafolgestörung und die Möglichkeiten, diese zu reduzieren hilft im Umgang mit den Folgen extremer Ereignisse in zweierlei Hinsicht, ***zum einen*** den direkt betroffenen Studenten und Studentinnen, denn das erlernte Wissen kann an sie weiter vermittelt werden und so zur Symptomreduktion führen. Hilfreich und unterstützend ist es für die Betroffenen auch, wenn das Umfeld versteht, warum sie ungewöhnlich, unverständlich oder stark belastet reagieren und möglicherweise auch andere Menschen mit ihren Reaktionen und Verhaltensweisen überfordern. Weiß man, wie Symptome reduziert werden, kann dies unter Umständen auch den Betroffenen bei der Bewältigung der Reaktionen gezielter helfen. ***Zum anderen*** werden aber auch diejenigen gestärkt, die mit traumatisierten Menschen umgehen, diese beraten, unterstützen, betreuen, behandeln oder als Einsatzkräfte unmittelbar am Ort des Ereignisses retten und versorgen. Wissen schützt vor Belastung, so zeigt es ein Forschungsergebnis in einer Studie mit Einsatzkräften der Feuerwehr (Krüsmann, 2012).

Wissen im Kontext von Traumafolgestörungen heißt einerseits zu

verstehen, wie sich traumatische Erfahrungen auswirken können und andererseits, Kenntnisse über Skills zur Bewältigung der Symptome erworben zu haben.

Überträgt man dieses Ergebnis auf die Arbeit mit zum Teil schwer traumatisierten Geflüchteten, so ist die Annahme berechtigt, dass dieser Beitrag nicht nur im Umgang mit betroffenen Studentinnen und Studenten unterstützen kann, sondern auch der Psychohygiene, dem Selbstschutz und der Selbstfürsorge der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Universitäten und Hochschulen dient.

2 Was genau ist ein Trauma im Unterschied zu starkem Stress?

Ein Trauma zu erleben bedeutet immer, dass im Moment des Ereignisses keine Bewältigungsmöglichkeiten wahrgenommen werden und ein Ereignis die Betroffenen quasi überrollt und Hilflosigkeit und Ohnmacht auslöst. Ein Trauma ist ein Ereignis, das:

- meist plötzlich und unerwartet auftritt
- für sich selbst oder andere als lebensgefährlich oder tödlich wahrgenommen wird
- die Bewältigungsmöglichkeiten eines Menschen überschreitet
- durch Hilflosigkeit, Angst und Entsetzen jegliches gezielte Eingreifen lähmen kann
- zu automatisiertem und von Gefühlen abgespaltetem Verhalten führen kann

Es kommt zu einer massiven Alarmreaktion, die im Gehirn im Seepferdchen und Mandelkern ausgelöst wird. Menschen können dann:

- wie im Schock und ohne Schmerzwahrnehmung sein
- zur „Salzsäule“ erstarren
- planlos im Kreis laufen
- und die Informationen, die in der Hirnrinde gespeichert sind, nicht mehr abrufen

Klinisch psychologisch bezeichnet man dieses „Auseinanderfallen“ als Dissoziation, einen Zustand, in dem Wahrnehmungs- und Gedächtnisinhalte, welche normalerweise assoziiert sind, gespaltet werden. Anders als bei starken Stressreaktionen, bei denen wir unglaublich schnell zwischen Denken und Fühlen, bzw. Wahrnehmen und Handeln hin und her schalten können, mit Angriff oder Flucht (Fight or Flight) reagieren und die Abstimmungsprozesse im Gehirn optimal verlaufen (Krystal et al. 1995), ist dies bei einem Trauma nicht mehr möglich. Bei einem Trauma werden stattdessen oft die Wahrnehmung, gezieltes planvolles Verstehen und Verhalten blockiert. Das Gehirn ist dissoziiert.

Wir Menschen können nicht gleichzeitig denken und fühlen, aber unglaublich schnell zwischen Mandelkern und Cortex assoziativ hin und her schalten. Im Zustand der Traumatisierung wird dieses Hin- und- Her-Schalten blockiert. Der Mensch, der einen Banküberfall miterlebt und eine Pistole am Kopf hat, weiß den Tresorcode nicht mehr. Die Mutter, die ihr Kind leblos in der Wiege findet, kann keinen Notruf absetzen, weil die Nummer nicht erinnert wird.

Manche Menschen dissoziieren auf andere Weise indem sie das Gefühl abschalten und quasi nur noch wie Roboter funktionieren. Diese Personen haben insgesamt eine bessere Prognose, sicher auch, weil die Themen Schuld und Versagen weniger in den Vordergrund treten, als bei den Menschen, die damit leben müssen, in der Situation nicht mehr funktioniert zu haben.

Es sind, wie gesagt, spezifische Vorgänge im Gehirn, die diese dissoziativen Symptome (Freeze or Fragment) auslösen. Gesteuert werden diese Prozesse von einer Struktur, die Seepferdchen genannt wird (Kapfhammer et al. 2001). Das Seepferdchen kann Alarmreaktionen, Dissoziation und Angst auslösen, aber auch, wenn wieder Sicherheit wahrgenommen wird, diese Reaktionen ins Gegenteil umkehren und die Alarmreaktion abkühlen. Bei circa 70 Prozent der Betroffenen passiert das Abkühlen nach einem Trauma in den ersten 48 Stunden und zwar genauso plötzlich, wie das Trauma aufgetreten ist. Die Beruhigung setzt ab dem Zeitpunkt ein, wenn massive Sicherheitshinweise wahrgenommen werden.

Es kann aber auch eine erhöhte Grunderregung bestehen bleiben, das

Seepferdchen ist durch das Trauma verändert, der Mensch läuft praktisch auf Hochtouren und ist in ständiger Alarmbereitschaft.

Diese Veränderung ist ein somatischer Prozess, der durch bildgebende Verfahren belegt werden kann. Diese Information ist oft sehr unterstützend. Betroffene Menschen empfinden es als extrem verunsichernd, dass sie sich nicht wie vor dem Ereignis „zusammenreißen“ und beruhigen können. Es kann auch in den Tagen, Wochen und Monaten nach einem traumatischen Ereignis immer wieder dazu kommen, dass Menschen in dissoziative Zustände fallen. Diese Zustände können auch, bei komplexer unbehandelter Traumatisierung, jahrelang und sogar lebenslang auftreten.

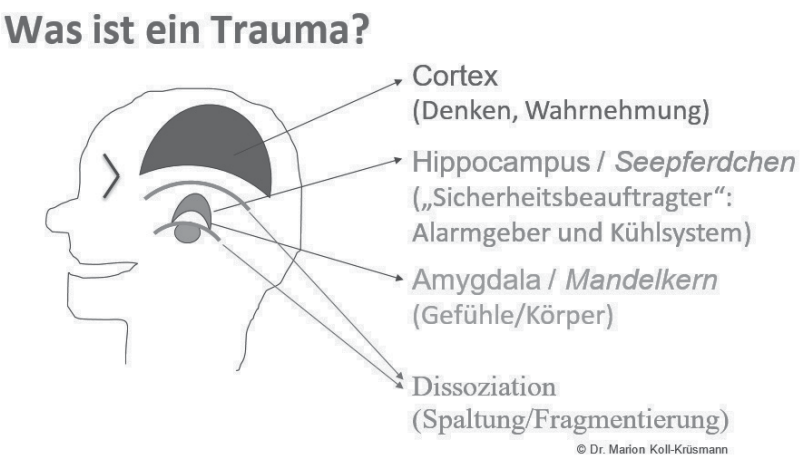


Abb. 1: Was ist ein Trauma?

Der Cortex ist unter anderem in unserem Gehirn für Kognition und Wahrnehmung zuständig, der Mandelkern = Amygdala für Emotionen und die Regulation des Körpers. Zwar kann das Gehirn zeitgleiches Denken und Fühlen nicht leisten. Wir können aber sehr schnell zwischen den Bereichen hin- und herschalten, die unterschiedlichen Bereiche im Gehirn sind dann assoziiert. Wenn dieser Prozess des schnellen Umschaltens aber nicht mehr funktioniert, sprechen wir von einer Dissoziation. Ein extremes Ereignis, in dem der Mensch nicht dissoziiert, wird nicht als Trauma bezeichnet. Der

traumatisierte Mensch verharrt entweder in einem negativ besetzten emotionalen Zustand (zum Beispiel extreme Angst) ohne handeln zu können, oder funktioniert wie eine Maschine, die Gefühle sind dann abgespalten.

3 Welche andauernden Symptome können sich nach einer traumatischen Erfahrung entwickeln?

Neben der Dissoziation gibt es eine Reihe von unmittelbaren körperlichen Reaktionen, die durch Angst, Aktivierung, Überlastung oder Hyperventilation (veränderte Atmung) ausgelöst werden können. Diese Reaktionen können in der Folge zum Symptom der ständigen vegetativen Übererregung führen (Hyperarousal). Das ist das erste von drei Hauptsymptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB).

Diese permanente vegetative Übererregung erklärt eine Reihe von beobachtbarem Erleben und Verhalten. Hier sind Schreckhaftigkeit, Unruhe, Zittern, Überwachsamkeit und eine erhöhte Grundanspannung zu nennen. Die oftmals beschriebenen Schlafstörungen sind für die Betroffenen genauso qualvoll wie extreme Konzentrationsschwierigkeiten, die die berufliche oder schulische Leistungsfähigkeit vermindern. Hyperarousal verunsichert die Betroffenen stark. Die meisten Symptome der Übererregung sind reversibel und können heilen, gerade die Schreckhaftigkeit aber ist eine der Verletzung der Hirnstrukturen geschuldete Reaktion, die oft auch nach einem Abklingen aller anderen Symptome bestehen bleiben kann.

Zudem kann es auch zum Auftreten von Panikattacken kommen. Diese werden immer ausgelöst durch ein zu tiefes oder zu schnelles Atmen (Hyperventilation) und einem Realitätsverlust, der durch die ansteigende Angst ausgelöst wird. Jegliche Sicherheit geht verloren, viele Betroffene glauben, einen Herzanfall zu erleben oder ersticken zu müssen und rufen den Notarzt oder verlangen nach medizinischer Hilfe. Hyperventilation tritt auf, wenn zu viel Kohlendioxid abgeatmet wird.

Ein Trauma wird anders als normale oder auch sehr stressige Ereignisse

gespeichert, es wird quasi ins Gedächtnis eingebrannt und in der Folge auch anders erinnert als gewohnt. Quälende Erinnerungen (Intrusionen) können schon in der ersten Nacht nach dem Trauma, aber auch noch Monate oder Jahre später zum ständigen, belastenden Begleiter werden.

Quälende Erinnerungen, das zweite Hauptsymptom, sind häufig nicht im »sprachlichen Gedächtnis« verankert. Sie werden als fragmentiertes Erinnern oder Wiedererleben von Inhalten oder Sequenzen der traumatischen Erfahrung beschrieben. Dies kann sowohl in Form von Geräuschen, Gerüchen oder Bildern, aber auch in Form von Gedankenfetzen, vor dem inneren Auge ablaufenden Filmen oder im Extremfall als »Flashback« auftreten. Bei einem Flashback erlebt man sich, als sei man in die traumatisierende Situation zurückversetzt, man kann dabei auch den Realitätsbezug verlieren und dissoziieren. Viele Betroffene durchleben die Ereignisse auch, oft über Jahre hinweg, in quälenden Albträumen. Dazu kommen starke psychische und körperliche Stressreaktionen bei Konfrontation mit solchen Reizen, die an das traumatische Ereignis erinnern. Diese werden zum Teil gar nicht bewusst wahrgenommen. Menschen können durch unbewusst verlaufende Reaktionen auf Trigger-Reize, die meist entfernt einen Bezug zu der traumatischen Erfahrung haben, hoch belastet sein, ohne zu verstehen, was die Stressreaktionen, die im Extremen dissoziativen Charakter haben können, ausgelöst hat.

Das Erleben einer traumatischen Erfahrung, oder wie im Falle von geflüchteten Menschen häufig auch vielen traumatischen Erfahrungen in Folge, kann große Angst und Verunsicherung hinterlassen. Der Eindruck entsteht, nichts im Leben ist mehr sicher, der Zufall entscheidet oft über Leben und Tod. Akut traumatisierte Menschen können alles Denkbare unternehmen, um sich wieder halbwegs sicher zu fühlen. Sie schlafen bei Licht, rollen einen Teppich vor die Schlafzimmertür, verlassen die Wohnung nur noch wenn es unabdingbar ist, gehen im Dunkeln nicht mehr auf die Straße und vieles mehr. Gleichzeitig wird alles vermieden, was an die traumatische Erfahrung erinnern könnte. Die nicht beeinflussbaren Intrusionen sind für viele schon Qual genug.

Vermeidungsverhalten, das dritte Hauptsymptom, bezieht sich auf das

Vermeiden von inneren und äußeren Erinnerungsauslösern, also von traumabezogenen Gedanken und Gefühlen (zum Beispiel Aufregung), aber auch generell auf die Vermeidung, über das Ereignis zu sprechen, die Vermeidung von Orten, Situationen und Tätigkeiten, die an die traumatische Erfahrung erinnern. Daneben kann es zu einer allgemeinen Abstumpfung, einem »In-sich-Zurückziehen« (Numbing) kommen. Betroffene können das Interesse an Dingen verlieren, die ihnen früher Freude gemacht haben und fühlen sich ihren Mitmenschen gegenüber entfremdet.

Einige dieser Symptome können in der Folge, meist ausgelöst durch spezifische, mit dem Trauma verknüpfte Reize, sogenannte Trigger (wie zum Beispiel das Umfallen der Wasserflasche), dann immer wieder auftreten und zu Reaktionen führen, die die Betroffenen selbst zusätzlich belasten, weil sie diese nicht verstehen und einordnen können. Diese Fähigkeit zum Verstehen und Einordnen sowie darüber hinaus das Wissen, welche Skills bei der Linderung oder Bewältigung der Symptome helfen, ist das wichtigste Ziel von Psychoedukation. Wenn die betroffenen Menschen nicht verstehen, was mit ihnen passiert, warum sie so ungewohnte und unkontrollierbare Reaktionen haben, kann diese Verunsicherung und die damit verbundene Angst zu einem weiteren starken Stressor werden und zu einer massiven Verstärkung der Symptome führen.

Was sind Traumafolgestörungen?

Unter Traumafolgestörungen versteht man alle psychischen und körperlichen Erkrankungen, die in Folge einer Traumatisierung zum einen durch die Schwere des Ereignisses selbst, zum anderen durch eine Überforderung der persönlichen und sozialen Ressourcen auftreten können.
Ein Trauma ist definiert als ein extremes Erlebnis, das die Verarbeitungskapazitäten der Betroffenen übersteigt. Es können sich verschiedene Krankheiten entwickeln. Die häufigste Traumafolgestörung ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTB). Des Weiteren können Depressionen, Angststörungen und Suchterkrankungen auftreten. Hauptsymptome einer PTB sind das quälende Wiedererleben (Intrusionen), Vermeidung und gefühlsmäßige Betäubung (Numbing) sowie eine anhaltende körperliche und psychische Übererregung (Hyperarousal).

In vielen Kulturen werden psychische Belastungen durch Berichte von körperlichen Schwierigkeiten oder Schmerzen zum Ausdruck gebracht. Durch das erhöhte Arousal und das gleichzeitige Wie-betäubt-Sein (bildlich gesprochen: mit gezogener Handbremse auf Hochtouren fahren) kommt es oftmals zu körperlichem Stress und Erkrankungen. Psychosomatische Beschwerden finden sich bei Menschen mit Migrationshintergrund daher häufig, auch dann wenn es kulturell nicht erwünscht ist, über Probleme zu sprechen. Darum ist es wichtig, zu wissen, dass auch körperliche Beschwerden als Ausdruck einer Traumafolgestörung interpretiert werden können. Hier muss man immer darauf achten, die Gesundheitsstatur abzuklären.

Es ist grundsätzlich wichtig zu wissen, dass ein Trauma nicht immer krankmacht. Es kann bei guten Bedingungen häufig von Betroffenen verarbeitet werden und zudem auch zu posttraumatischem Wachstum und seelischer Reifung führen. Je rascher Betroffene Psychoedukation und weitere Unterstützung erhalten, desto günstiger ist die Prognose. Eine Traumafolgestörung kann aber auch noch nach Jahren therapeutisch gut aufgearbeitet werden.

Abb. 2: Traumafolgestörungen

4 Was unterstützt beim Umgang mit Symptomen?

In der Regel können die Symptome – befinden sich Menschen nach dem traumatischen Ereignis in Sicherheit – von Tag zu Tag besser werden. Dies allerdings unter anderem nur dann, wenn keine zusätzlichen Stressoren hinzukommen und Betroffene in Sicherheit sind. Geflüchtete Menschen sind in den Herkunftsländern und ebenso auf der Flucht einer Vielzahl von potentiell traumatisierenden Erfahrungen ausgesetzt gewesen. Solange ihr Asylstatus ungeklärt ist, ist auch in den Aufnahmeländern nicht wirklich Sicherheit gegeben. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine Reihe der geflüchteten Studenten und Studentinnen unter Traumafolgestörungen leiden, auch wenn dies nicht auf den ersten Blick sichtbar ist. Es wird davon ausgegangen, dass bis zu 40 Prozent der Geflüchteten und Asylbewerber unter Traumafolgestörungen zu leiden haben (Özkan & Belz, 2007; Gäbel et al., 2006). Es ist immer sinnvoll,

Menschen, bei denen anzunehmen ist, dass traumatische Erfahrungen gemacht worden sind, psychoedukativ zu beraten, um den Umgang mit Traumasymptomen zu erleichtern und um Skills an die Hand zu geben, die Symptome lindern können (Krüsmann & Karl, 2012).

4.1 Erklärungen im Rahmen der Psychoedukation

Die Informationen über mögliche Traumafolgen und die Möglichkeiten, diese zu bewältigen, stellen einen wichtigen Schutzfaktor dar und können das Gefühl von Kontroll- und Autonomieverlust verringern. Bevor dies allerdings mit direkt Betroffenen im Kontext einer Beratung versucht wird, muss immer erst im Kollegenkreis das Erklären und das Vorstellen der Skills trainiert werden.

Wichtig ist: Erwähnt werden soll das Ereignis möglichst nicht oder nur am Rande. Wenn mit Beispielen gearbeitet wird, sollten Beispiele gewählt werden, die möglichst nichts mit Krieg und Flucht zu tun haben. Die Betroffenen sollen nicht nach ihren Erfahrungen gefragt werden, es ist nicht wichtig, warum es Traumasymptome gibt, genauso wie es erst einmal nicht wichtig ist, warum ich einen Wirbel angebrochen habe. Wichtig ist, dass verstanden wird, welche Symptome es gibt und was zu tun ist, damit es besser wird. Folgende Inhalte können im Rahmen der Psychoedukation vermittelt werden.

Beschreibung des Vorgangs der Traumatisierung:

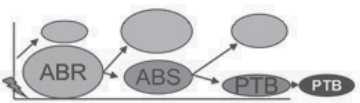
Wichtig kann sein, dass die Betroffenen verstehen, wie Menschen in einer traumatischen Situation reagieren können, dass zum Trauma dazu gehört, dass man die Kontrolle verlieren kann und nicht mehr so handeln kann, wie man es sich wünschen würde. Am besten ist es, dies schriftlich zu erklären (Kopf aufzeichnen, den Vorgang der Dissoziation erklären und normalisieren). So können die Betroffenen die Aufzeichnung mitnehmen, ihren Angehörigen zeigen, und sich nochmals vergegenwärtigen, was sie gehört haben, denn sicher wurde nicht alles gespeichert.

Beschreibung möglicher Symptome:

Im Vordergrund steht hier die Normalisierung von Dissoziation, Angst und Übererregung. Sie soll immer mit dem Hinweis verbunden sein, dass diese

Symptome mit Skills gelindert werden können. Auch andere Symptome sollten beschrieben und erklärt werden. Wichtig ist immer der Blick auf den physiologischen Hintergrund. Auch wenn man die Veränderung im Kopf nicht sehen kann, ist sie so real wie eine körperliche Verletzung.

Verlauf posttraumatischer Symptomatik



Störungsname	Zeitraum	Symptome
Akute Belastungsreaktion	→ 48 Std.	Dissoziation, Angst, Verzweiflung Aggression
Akute Belastungsstörung	→ 4 Wochen	Übererregung, Angst, Dissoziation und quälende Erinnerungen, Vermeidung
Posttraumatische Belastungsstörung akut; chronisch mit verzögertem	Beginn	quälende Erinnerungen (Intrusionen), Vermeidungen und wie betäubt sein (Numbing), Übererregung (Hyperarousal)
Weitere Traumafolge-störungen	Ab 2 Jahren	PTB und Persönlichkeitsänderung, Beziehungsstörungen hohe Komorbidität mit: Sucht; Somatisierung, Depression, Angststörungen

Abb. 3: Verlauf posttraumatischer Symptomatik

Was unterstützt grundsätzlich in der Lebensführung, wenn Traumasymptomatik vorliegt?

- Um die Anspannung und das Hyperarousal zu reduzieren, sind sportliche Aktivität und Bewegung sehr wichtig. Hier bitte nicht in den Hochleistungsbereich gehen. So können zum Beispiel sehr lange Dauerläufe, durch die man vor dem Trauma in einen sehr positiven Zustand geraten ist, intrusives Erleben auslösen. Yoga oder Kampf- und Fluchtsportarten, Ballspiele, Seilhüpfen – alles, wo Koordination benötigt wird, ist hilfreich.
- Mehr Pausen als vor dem Ereignis einplanen. Dadurch kann die Konzentration besser aufrechterhalten werden

- Gesunde Ernährung
- Möglichst kein sozialer Rückzug, Ablenkung durch Freunde und Familie ist unterstützend und hilfreich
- Progressive Muskelentspannung erlernen

Was hilft im Umgang mit den Symptomen?

Sehr vereinfacht kann man erklären, dass es drei Möglichkeiten gibt, wie Menschen in Angst, Schrecken, Dissoziation oder Aggression fallen können. Diese drei Möglichkeiten sind:

1. Hyperventilation und damit verbundene Panik
2. Alarmreaktionen und Angst, im Mandelkern durch Trigger ausgelöst. Diese können auch zu Flashbacks und Dissoziation führen
3. Angstauslösende Erinnerungen und Vorstellungen, Intrusionen

Die folgenden Techniken helfen grundsätzlich bei der Regulierung von unerwünschten oder schädigenden Gefühlen.

Skills gegen Panik und Hyperventilation:

Hier ist das Wichtigste, sich auf die Atmung zu konzentrieren um das Blut möglichst rasch wieder mit Kohlendioxid zu sättigen. Es gibt eine Reihe von Atemübungen um die Hyperventilation aufzuheben. Diese sind;

- mit den Händen einen Trichter formen und in die Handtüte ein- und ausatmen
- zählen bei der Atmung, eins, zwei bei der Einatmung und eins, zwei, drei bei der Ausatmung
- in einen Gefrierbeutel ein- und ausatmen

Skills gegen Alarmreaktionen, die durch Trigger ausgelöst werden:

Hier kann immer wieder auf die Darstellung des Kopfes verwiesen werden, man sollte zum Beispiel erläutern, dass durch Wahrnehmungsübungen oder Denk- und Konzentrationsübungen Sicherheit hergestellt wird, denn das Gehirn muss bildlich gesprochen auf die Hirnrinde umschalten. Wie oben ausgeführt, können wir nicht gleichzeitig im Cortex und im

Mandelkern „arbeiten“, durch Denk- und Wahrnehmungsübungen kann der „Mandelkernzustand“ (Angst, Entsetzen, Gefühl von Leere) ausgesetzt werden.

- Fünf Sinne – Fünf Dinge Übung: Fünf Dinge die ich sehe, höre, rieche, an der Körperoberfläche wahrnehme sollen benannt werden (durch diese Skills sollen Betroffene lernen zu verhindern, in einen dissoziativen Zustand zu „rutschen“, auch lernen sie, sich selbst aus einer getriggerten Alarmreaktion - unter Umständen mit Panik - herauszulenken).
- Über-Kreuz-Übungen (aus Kinesiologie und Eye Movement Desensitization and Reprocessing/EMDR): zum Beispiel über Kreuz mit den Händen auf die Schulter klopfen, Finger überkreuzen, auf Schenkel tappen, Hände vorne über Kreuz zusammenlegen mit Ausatmung verbunden über Ellenbogen zum Körper und wieder nach vorne bewegen, die liegende Acht.

Skills gegen verunsichernde Vorstellungen:

Eine verunsichernde Vorstellung ist erstmal nur eine Vorstellung, die Angst auslöst und zur Aktivierung einer Alarmreaktion führt. Wir brauchen nicht die Welt, um die Welt zu erfahren. Stellt man sich zum Beispiel vor, man wäscht eine Zitrone, schneidet sie entzwei und riecht an ihr, ...fängt der Speichel an zu fließen.

Wenn Menschen sich an etwas Schreckliches erinnern, dann können sie auf diese verunsichernde Vorstellung mit Angst reagieren. Und stellt man sich eine total sichere Situation vor oder versucht, die verunsichernde Vorstellung zu verändern, größer oder kleiner werden zu lassen oder verschließt sie für den Moment in einem Tresor, dann kann es sein, dass das Seepferchen diese Sicherheit übernimmt und die Alarmreaktion nach unten kühlt. Dies ist die innere Logik von allen sogenannten Imaginationstechniken. Der verunsichernden Vorstellung wird eine versichernde Vorstellung gegenübergestellt. Übt man dies regelmäßig und verknüpft die Vorstellung konkret mit all dem, was man in der Vorstellung wahrnimmt, können auch schwere Angst und Alarmreaktionen sowie

dissoziatives Erleben reduziert werden. Viele dieser Skills werden von Luise Reddemann ausführlich beschrieben.

Hier einige Beispiele:

- Tresorübung (Kiste, Box, Tresor für visuelle Intrusionen, eine Kassette für auditive Intrusionen, ein Film für „es läuft immer wie ein Film an“)
- Schubladentechnik → zwei Mal pro Tag zu einer festgesetzten Zeit (zum Beispiel 7 Uhr und 19 Uhr) zehn Minuten aufschreiben, was einen beschäftigt, welche Schwierigkeiten und welche Ressourcen man hat, den Zettel dann in eine Schublade legen und sich den Rest des Tages, wenn man gedanklich wieder an den Problemen „hängt“, sich innerlich sagen: „Halt, Nein, Stopp – ich beschäftige mich zu meiner Zeit damit“.

Wie kann man sich an die Skills erinnern, wenn es darauf ankommt?

Dazu ist es notwendig, sogenannte Ankerreize zu entwickeln. Alles was dabei hilft, dass ich mich in einer Angstreaktion daran erinnere, dass es eine Kiste mit Werkzeugen gegen die Angst (die Skills) gibt, kann einen Ankerreiz darstellen. Zum Beispiel stellt eine Bankangestellte eine Keramikschildkröte auf ihren Schreibtisch. Die Schildkröte erinnert sie daran, nicht in den Schalterraum zu eilen, wenn dort etwas scheppert, sondern eine Überkreuzübung zu machen, zum Beispiel die liegende Acht zu zeichnen.

Wacht jemand nachts in Panik auf, kann ein Plakat an der Wand vor dem Bett helfen, auf dem stehen könnte: „Denk an die Atmung! Nimm den Gefrierbeutel!“

Man kann mit jedem Betroffenen besprechen, in welchen Situation schwierige Zustände entstehen und dann gemeinsam überlegen, welcher Ankerreiz dabei helfen würde, nicht aus der Realität in die Traumaerinnerung zu kippen, sondern die momentan vorhandene Sicherheit wahrzunehmen und die Skills anzuwenden.

Wie wird ein Trauma verarbeitet?

Hier sollten die Betroffenen verstehen, dass belastete und erkrankte Menschen in den ersten Wochen unterschiedliche Bedürfnisse haben, Unterschiedliches benötigen, um das Geschehene zu überwinden. Jedem aber helfen Informationen über das, was jetzt und in Zukunft für ihr Leben in Deutschland von Bedeutung ist, je mehr Ressourcen man betroffenen Menschen zur Verfügung stellen, zukommen lassen kann, desto besser ist ihre Prognose (Calhoun & Tedeschi, 2006).

Wichtig kann auch sein, zu vermitteln, dass grundsätzlich die Auseinandersetzung mit dem Ereignis heilend ist. Dies kann in Form eines Gespräches, des Niederschreibens, des Nachdenkens, des Gebetes passieren. Hier gibt es interindividuelle und interkulturelle Unterschiede, die zu beachten sind. Auch die Balance zwischen Abstand und Auseinandersetzung sollte hier thematisiert werden. Gerade aber wenn keine Sicherheit im Außen existiert, ist es hier wichtiger, Skills zum Umgang mit den Symptomen zu vermitteln und weniger auf den Aspekt der Auseinandersetzung einzugehen.

5 Was kann eine traumatische Erfahrung heilen?

Auch hier ist wieder ein kurzer Blick in unser Gehirn hilfreich. Wir haben unterschiedliche Gedächtnisspeicher: das diffuse oder implizite Gedächtnis, subcortikal im Mandelkern gesteuert und auch Verhaltensgedächtnis genannt und das episodische oder auch explizite Gedächtnis, das auch Wissensgedächtnis genannt wird. Seepferdchen und Hirnrinde sind in diese Gedächtnisprozesse einbezogen. Implizite Erinnerungen sind nicht immer dem Bewusstsein unterworfen und sind daher oft nur sehr schwer zu steuern. Bei Ängsten spielt die Amygdala eine bedeutende Rolle, und viele traumatische Erfahrungen werden zunächst in diesen Hirnregionen gespeichert. Jedes Trauma, das im diffusen Gedächtnis gespeichert ist, löst eine Alarmreaktion aus, wenn man erinnert wird. Es ist, als ob es im Moment wieder stattfindet.

Heilung bedeutet, das Trauma zu integrieren, neue Wege zu finden, es in

sein Welt- und Selbstbild einzufügen, dem Ganzen seinen persönlichen Sinn geben zu können, Lebensfreude und Lebensmut zurück zu erobern und den Schmerz, die Verzweiflung, die Angstzustände hinter sich zu lassen, einen Raum für die Trauer, die mit der Erfahrung verbunden sein kann zu entwickeln, um wieder nach vorne schauen zu können.

Abb. 4: Trauma verarbeiten

Dies passiert, indem man sich mit der traumatischen Erfahrung auseinandersetzt, manche sagen auch „sich konfrontiert“. Durch die Auseinandersetzung mit dem Geschehen wird der Ort der Gedächtnisspeicherung verändert. Durch diese Auseinandersetzung werden große Teile der Erinnerung vom impliziten ins explizite Gedächtnis »verschoben«. Die Erinnerungen sind dann nicht mehr unkontrollierbar. Durch die niederschwelligen, oft nicht bewussten Reize von außen werden nicht mehr qualvolle Erinnerungsfetzen ausgelöst. Das Ereignis kann dann weiter verarbeitet, bewältigt und integriert werden.

Nach einer traumatischen Erfahrung, die nicht den Tod von geliebten

Menschen beinhaltet, kann bei einer optimalen Umgebungsbedingung (die Situation ist wieder sicher und strukturiert), bei viel sozialer Unterstützung und einer grundlegend gesunden Persönlichkeit das Trauma in wenigen Wochen verarbeitet werden. Und dies bedeutet eben, dass sich Betroffene mit dem Geschehen auseinandersetzen, es aufschreiben, erzählen: Wut, Angst, Zorn, Verzweiflung zum Ausdruck bringen, immer wieder durchsprechen, was passiert ist und dadurch ruhiger werden, dem Geschehen eine Bedeutung geben, es einordnen und hinter sich lassen können.

Dies ist aber nur möglich, wenn sich die Betroffenen in Sicherheit befinden und keine Symptome entwickelt haben. Treten Traumafolgestörungen auf, muss erst einmal die Linderung der Symptome im Vordergrund stehen. Dies geschieht oft schon dadurch, dass sich Betroffene schonen und ihrem Gehirn quasi die Zeit geben, zu heilen. Wichtig ist, dass die Betroffenen entsprechend beraten und hierüber informiert werden. Hier kann man sich das Ganze so vorstellen, wie wenn ein Band am Knie gerissen ist. Der Körper braucht sechs Wochen, um die Struktur zu heilen, erst dann kann mit der Krankengymnastik begonnen werden. Der nächste Schritt ist aber auch dann die Auseinandersetzung.

Bei schweren komplexen Traumatisierungen dauert die Phase der Stabilisierung entsprechend länger, und wenn keine äußere Sicherheit gegeben ist, kann und soll solange an dem Umgang mit der Symptomatik gearbeitet werden, bis äußere Sicherheit (zum Beispiel kein Täterkontakt) hergestellt werden kann. Für die Arbeit mit geflüchteten Studierenden bedeutet dies in der Regel, dass eine Auseinandersetzung mit den traumatischen Erfahrungen im Heimatland und auf der Flucht nicht hilfreich ist. Häufig ist der Asylstatus nicht gesichert und selbst wenn er das ist, haben viele noch Angehörige, die in Kriegsgebieten leben oder auf der Flucht sind. Wirklich sicher ist die Welt der geflüchteten Menschen in den seltensten Fällen.

6 Was kann dies nun für die Arbeit mit geflüchteten Studenten und Studentinnen bedeuten?

Menschen, die mit traumatisierten Menschen arbeiten, können selbst sekundär traumatisiert werden. Werden Anzeichen beobachtet, die in diese Richtung deuten, ist es wichtig, diese ernst zu nehmen und entsprechende Hilfe aufzusuchen.

Auch dafür ist es wichtig zu wissen, welche Angebote es jeweils in der Umgebung gibt. Das stärkt im Umgang mit traumatisierten Menschen. Weiß man wohin man diese zur Beratung und Therapie überweisen kann, ist man sicherer. Bei folgenden Institutionen können Therapeutinnen und Therapeuten, die mit traumatisierten Menschen arbeiten, erfragt werden:

- DeGPT – Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie
- Bundespsychotherapeutenkammer → Psychotherapeutensuchdienst
- Psychotherapeutenverfahren der Unfallkassen (DGUV)
- Kassenärztliche Vereinigung (KV) – Koordinationsstelle
- Trauma-Ambulanzen der Universitäten
- Spezielle Einrichtungen zur Behandlung von traumatisierten Geflüchteten (zum Beispiel Refugio, Innenministerium, RGU, Migrationsbeauftragte)

6.1 Do’s & Don’ts in der Arbeit mit geflüchteten Menschen

Don’ts

- Auch wenn es interessant ist und als höfliche Form des Interesses am Gegenüber verstanden wird: Fragen nach den Erfahrungen im Herkunftsland und auf der Flucht können bei den Menschen, die eine Traumafolgestörung haben, sehr ungünstige Auswirkungen haben und sollten daher zurückgenommen werden.
- Alles was mit Meditation, Autogenem Training, zur Ruhe kommen, innere Mitte spüren, Phantasiereisen zu tun hat, ist für Menschen mit Traumafolgestörungen extrem schwierig auszuhalten. Sie können eben genau nicht zur Ruhe kommen. Bitte niemals anbieten!
- Niemals versuchen, jemandem der sehr kognitiv und zielgerichtet funktioniert, aber seltsam gefühllos wirkt, ins Fühlen zu bringen.
- Alles vermeiden, was Schuldgefühle verstärken oder auslösen könnte
- Keine Versprechungen, die nicht gehalten werden können
- Hektik vermeiden

Do’s

- Struktur geben, Gespräche über das, was gegenwärtig ist, Gespräche über Zukunftspläne sind günstiger, als gedanklich in die Vergangenheit zurückzugehen
- Durch Buddy-Systeme können auch Studenten und Studentinnen mit Traumafolgestörungen gestärkt werden
- Die Anregung von häufigen Pausen mit Bewegung erleichtert das Lernen
- Zeigen Sie in der Beratung die liegende Acht als guten Skill gegen Prüfungsangst und für eine gute Konzentration
- Gemeinsames Kochen und gemeinsames Essen, am besten das, was es Köstliches in den Heimatländern gibt
- Gemeinsames Singen und Musizieren, auch wenn die Pause nur kurz ist

- Ruhig und strukturiert vorgehen
- Möglichst viel von dem, was besprochen wird, aufschreiben
- Bleiben Sie selbst gelassen, schaffen Sie Netzwerke, tauschen Sie sich viel mit Kollegen aus und
- Machen Sie sich immer wieder bewusst, dass es den Betroffen hier in der Regel besser geht, als in anderen Situationen in denen Geflüchtete leben müssen. Das kann helfen, die eigenen Grenzen als Berater, Helfer, Unterstützer zu stärken und nicht selbst über die eigenen Grenzen hinauszugehen
- Achten Sie auf Ihre eigene Psychohygiene

iDA

7 Quellenverzeichnis

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (Eds.) (2006). The Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., & Neuner, F. (2006). Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 35 (1), 12-20.

Kapfhammer, H.P., Dobmeier, P., Ehrentraut, H.B. & Rothenhäusler, H-B. (2001). Trauma und Dissoziation – eine neurobiologische Perspektive. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, Vol. 6, S. 114-129.

Krüsmann, M. & Karl, R. (2012). Empfehlungen zur sekundären Prävention. In: Butollo, W., Karl, R. & Krüsmann, M.: Sekundäre Prävention einsatzbedingter Belastungsreaktionen und - störungen. Hrsg v Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Forschung im Bevölkerungsschutz Bd 8, Bonn.

Krüsmann, M. (2012). Zur Prävention von berufsbedingter Traumatisierung. In: Gahleitner S.B. & Hahn, G. Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten. Psychiatrie Verlag GmbH. Bonn.

Krystal, J.H., Bremner, D., Southwick, S.M., & Charney, D.S. (1998). The Emerging Neurobiological of Dissoziation: Implications for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. In: J.D. Bremner & C.R. Marmar. (Eds.). Trauma, Memory and Dissociation. (312-363). Washington: American Psychiatric Press.

Özkan, I. & Belz, M. (2013). Traumazentrierte Psychotherapie im Rahmen des Göttinger Behandlungskonzepts für Menschen mit Migrationshintergrund. In R. Feldmann, G. Seidler (Hrsg.), Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer (S. 137-166). Gießen: Psychosozial-Verlag.

8 Über die Autorin

Dr. Marion Koll-Krüsmann arbeitete 18 Jahre am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) im Schwerpunkt Psychotraumatologie. Sie baute dort die mittlerweile etablierte Traumaambulanz auf, arbeitete an der Entwicklung einer integrativen Traumatherapie mit und veränderte ihren Forschungsschwerpunkt über die Jahre hin zu der Frage, welche Konzepte im Kontext berufsbedingter Traumatisierung primärpräventiv wirksam sind. In dem Zusammenhang bildet sie zum Beispiel in freier Tätigkeit seit 2003 kollegiale Soforthelfer nach Banküberfall aus. Seit 2015 ist sie neben der Tätigkeit als Lehrbeauftragte an der LMU sowie der Hochschule München zudem als Trainerin, Psychotherapeutin und Supervisorin tätig.