

1. Definition

Psychische Traumatisierung wird im Allgemeinen beschrieben als objektives, plötzliches, kurz oder lang anhaltendes oder wiederkehrendes, existenziell bedrohliches und auswegloses Ereignis außerhalb der normalen menschlichen Erfahrungsnorm, das das subjektive Erleben von absoluter Hilflosigkeit, Ohnmacht, intensive Furcht und Entsetzen auslöst.

In der Definition von Trauma wird heute das Erleben von intensiver Furcht und Entsetzen, absoluter Hilflosigkeit und Ohnmacht explizit angeführt.

Neben Einmaltrauma, Mehrfachtrauma und komplexer Traumatisierung werden auch andere Kategorisierungen vorgenommen:

kumulatives Trauma (sequentielle Traumatisierung): Folge einer Reihe von traumatisierenden Erfahrungen, die zum Zusammenbruch der psychischen Struktur führen;

Kindheitstraumata / Erwachsenentraumata: Diese Kategorisierung ist dringend erforderlich. Die erst in jüngerer Zeit konzeptualisierte „entwicklungsbezogene Traumafolgestörung“ stellt eine neue Diagnosekategorie dar und wird in der nächsten Zeit in den ICD 10 und DSM IV aufgenommen werden;

Individuelle vs. kollektive Traumata: Im Kosovo oder Afghanistan hat ein Großteil der Bevölkerung furchtbare Erfahrungen mit Hilflosigkeit, Entsetzen und Todesangst erlebt. Benötigt wird ein erweiterter, hinsichtlich kultureller Besonderheiten jedoch spezifizierter Traumabegriff, damit er diagnostischen Erklärungswert besitzt. Einen brauchbaren Ansatz dafür stellt die „Social Trauma Therapie“ von Anngwyn St. Just dar; diese Methode integriert die Möglichkeiten, die sich aus der Kombination der systemischen Sichtweise mit somatischer Trauma-Arbeit ergeben, besonders was das Gebiet des sozialen/globalen Traumas anbelangt. Auch generationenübergreifende Traumatisierung ist ein Thema für die systemische Traumaarbeit.

Eine mögliche Kategorisierung ist auch die Beschreibung von so genannten ‚**big-T-traumata**‘, Erlebnissen existenzieller äußerer oder innerer Bedrohung durch Gewalteinwirkung, auch Gewaltandrohung auf den Körper wie physische und sexuelle Misshandlungen, seelische Grausamkeit und schwere Vernachlässigung durch nahe, vertraute Menschen, noch dazu, wenn die Traumatisierungen sehr früh in der Kindheit beginnen, über lange Zeiträume wiederholt auftreten, nie an- oder ausgesprochen werden konnten/durften und niemals Schutz und Trost erfahren wurde. Weiterhin gehören andere kriminelle Angriffe auf den Körper, das Leben und die emotionale oder soziale Existenz, Terror- und Foltererlebnisse in kriegerischen, politischen und kriminellen Zusammenhängen, Natur- und Verkehrskatastrophen, Unfälle, schwere Erkrankungen, plötzliche Verluste vertrauter Menschen dazu.

Als ‚**small-t-Traumata**‘ werden auch scheinbar weniger katastrophische Ereignisse bezeichnet, die mit Schreck und Angst in Verbindung mit einem hohen Maß an bestürzender Beschämung, Peinlichkeit, tiefer Verunsicherung, vermeintlicher oder real hervorgerufener Schuld einhergehen und mit der gleichen Unausweichlichkeit wie die großen Traumata den Betroffenen widerfahren.

Die Ursachen von Traumata können nach Peter Levine auch in offensichtliche und subtile unterteilt werden. Peter Levine verwendet auch die Kategorisierung nach der jeweiligen Ursache des Traumas für die SE-spezifische Behandlung .

2. Traumatische Erfahrungen

In der traumatisierenden Situation läuten die beiden Alarmglocken Angst (psychisch) und Schmerz (körperlich). Diese Kombination aus Bedrohung, Angst und Schmerz löst im Organismus Stress aus und es kommt zu einer körperlichen Erregung. Es besteht keine Fluchtmöglichkeit (no flight) und der Betroffene erfährt dadurch Hilflosigkeit. Auch Kämpfen gelingt nicht (no fight), dadurch entsteht die Erfahrung von Ohnmacht. Dann bleibt nur die innere und äußerliche Erstarrung (freeze), die als erstarrtes Ausgeliefertsein erlebt wird und schließlich die Unterwerfung (submit), die sich als schlaffer „Totstellreflex“ zeigen kann. Die ‚traumatische Zange‘ besteht für das Traumaopfer also in der Trias aus überflutender Angst (Schock, Kollaps, Kurzschluss mit Todesnäheerleben), Hilflosigkeit und Ohnmacht. In dieser Situation kommt es zu einer Fragmentierung (Dissoziation).

2.1 Prozess

Eine traumatische Erfahrung muss immer als **lebensgeschichtlicher Prozess** verstanden werden. **Ein psychisches Trauma ist nicht etwas, das mit dem traumatischen Ereignis beendet ist, sondern ein prozesshafter Vorgang, der sich über das traumatische Ereignis hinaus erstreckt.**

Die **Kernphasen der natürlichen Traumaverarbeitung** wären die traumatische Situation plus Schockphase, die Verarbeitungsphase und die Erholungsphase. Eine Chronifizierung ist keine natürliche Phase der Traumaverarbeitung sondern ein Zeichen dafür, dass der natürliche Heilungsprozess nicht ungestört durchlaufen werden konnte.

Die aktuelle Tagesverfassung (Übermüdung, Überlastung, Stress) sowie in der Literatur beschriebene Schutz- und Risikofaktoren spielen eine wichtige Rolle im Ablauf der natürlichen Traumaverarbeitung. Wechselwirkung und kumulative Wirkung der Faktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit späterer psychischer Erkrankungen.

Wie eine Person ein traumatisches Ereignis wahrnimmt, hängt also vom Zusammenspiel objektiver Situationsfaktoren und dem subjektiven Erleben, somit auch von der Vorgeschichte und den Schutz- und Risikofaktoren ab.

2.2 Dissoziation

Zwei der bedeutsamsten Reaktionsweisen während einer traumatischen Erfahrung und zugleich Prädiktoren für die Entwicklung psychotraumatischer Komplikationen sind

1. das **Erleben völliger Ohnmacht und Hilflosigkeit (mit Freeze und/oder totaler Unterwerfung, submit)** und in der Folge
2. die **peritraumatische Dissoziation** (Abspaltung, Ausblendung, Verdrängung) unerträglicher Erlebnisinhalte (Gedanken, Gefühle, Körperempfindungen wie Schmerz) vom normalen Tages-Wach-Bewusstsein, um auf diese Weise das Unerträgliche auszuhalten. Es kommt zu einer Abspaltung emotionaler und sensorischer Aspekte des Geschehens vom Bewusstsein und einer Verhinderung deren Integration in Gedächtnis und Identität. Die abgespaltenen Inhalte unterliegen nicht mehr der bewussten Kontrolle der Person.

Einfrieren/Freezing beinhaltet Reaktionen wie schnelles und flaches Atmen, einen hohen Muskeltonus, Immobilität und eine Erhöhung der Herzfrequenz und wird mit einer Erhöhung von CRF (Corticotropin Releasing Factor) in Verbindung gebracht. Einfrieren verbraucht viel Energie, ist mit einem Anstieg des Kortisolspiegels verbunden und scheint mit **Analgesie**, d.h. mit körperlicher Schmerzunempfindlichkeit einherzugehen. Somit ist das Einfrieren keine dorsal-vagale Immobilisierung sondern eine Mobilisierung des Sympathikus. Kortisol schädigt möglicherweise die Nervenzellen in den Hippocampi.

Totale Unterwerfung (Aufgabe, submit, shut down) wird mit einer niedrigen Herzfrequenz und entsprechendem Blutdruck und langsamer Atmung assoziiert sowie mit körperlicher und emotionaler **Anästhesie**.

Bei totaler Unterwerfung bleibt die Energie weitgehend erhalten, die Kortisolausschüttung ist verringert.

Es kommt während des traumatisierenden Ereignisses zu einer explosionsartigen **Ausschüttung von Stresshormonen**, wodurch die Verbindung zwischen Amygdala und Hippocampus unterbrochen wird. Kortisol schädigt die Hippocampi und verstärkt die Aktivität der Amygdala, die Erinnerung bleibt über Jahre und Jahrzehnte in der Amygdala konstant und geht nicht in eine hippocampale Erinnerung (mit Sprachbildung und Verarbeitung, Bewertung und Einordnung) über. Es kommt zum **Fragmentieren** der sensorischen, kognitiven, emotionalen und körperlichen Erlebensaspekte des traumatischen Ereignisses im Gedächtnis. Die Zusammenarbeit von rechter und linker Hemisphäre ist unterbrochen.

Je stärker sich die Person dem Ereignis hilflos und ohnmächtig ausgeliefert fühlt, umso schwieriger ist es, das Geschehen adäquat zu verarbeiten, umso wahrscheinlicher ist eine peritraumatische Dissoziation.

Bei der **Dissoziation** handelt es sich um einen autonomen Notfallmechanismus, keine gewählte Strategie oder „Störungssymptomatik“, eine Schutzfunktion der Natur, die durch das Anspringen des körpereigenen Opiatsystems zu einer Schmerz- und Angstreduktion bzw. Abschaltung führt. Peritraumatische Dissoziation zeigt sich in Desorientierung/Verwirrung, verändertem Zeitgefühl (Zeitlupentempo vs. Schnelldurchlauf), Derealisation, Depersonalisation, Teil- und Vollamnesien, Freezing, bis zum Erleben von Leichtigkeit, Schmerz- und Furchtlosigkeit bis hin zur völligen Aufgabe.

Dissoziation wird als ein Kontinuum beschrieben, das von geringfügigem Abschalten im Alltagsleben, wie Tagträumen, bis zu starken dissoziativen Störungen wie der dissoziativen Identitätsstörung (DIS) reichen kann. Es kommt dabei zu einer mehr oder weniger starken Veränderung der Identität, und die Erinnerung an Ereignisse, die während dieses Zeitraums stattgefunden haben, ist gestört. Es gibt deutliche Hinweise für eine Beziehung zwischen der Entstehung einer dissoziativen Identitätsstörung und wiederholten schweren traumatischen Erfahrungen, meist in der frühen Kindheit.

Begünstigende Faktoren für eine peritraumatische Dissoziation sind 1. geringes Alter, 2. invasives Trauma mit starken körperlichen Schmerzen, 3. weibliches Geschlecht.

Zwei der häufigsten daraus resultierenden Symptome sind **Amnesien** und **Flashbacks**. Trotz vollständiger oder teilweiser Amnesie können partielle Traumabilder und Szenenabläufe gespeichert werden, die später als ängstigende **Flashbacks** oder belastend bleibende filmartig ablaufende Erinnerungen, als **Intrusionen** auftauchen.

Die Traumafragmente werden wie Splitter eines zersprungenen Spiegels oder Mosaiksteine eines zerborstenen Mosaiks isoliert bzw. **dissoziiert** gespeichert.

Solche Splitter sind die autoprotektive Wahrnehmungsstörung mit ihrem Schutz- bzw.

Abwehrmechanismus der Spaltung/Dissoziation und die vorangegangene Angst und Hilflosigkeit ebenso wie eine schockinduzierte Ohnmacht und/oder Amnesie, die jeweils engrammiert werden.

Dieser physiologische Vorgang kann als komplexe Dissoziation bezeichnet werden und meint die mangelnde Integration zwischen verschiedenen traumatischen Erinnerungen (nicht integrierte und deshalb dissoziierte Erlebnisse).

Dissoziation wird heute allgemein als strukturelle Dissoziation gesehen

2.3 Körperliche Traumareaktionen

Traumatisierte Personen zeigen unterschiedliche und manchmal auch bei einer Person einander genau **entgegengesetzte neurochemische, neuroanatomische und psychophysiologische Reaktionsweisen**. Solche Unterschiede wurden auch bei Tieren beobachtet. Sie umfassen widersprüchliche Kortisolspiegel und Reaktionen des autonomen Nervensystems sowie unterschiedliche Muster der Gehirndurchblutung. Diese Unterschiede sind anscheinend nicht zufällig; die psychobiologische Funktionsweise von Traumatisierten verändert sich in Abhängigkeit der aktivierten dissoziativen Anteile.

Verschiedene Traumatisierte können jeweils unterschiedliche Kortisolspiegel aufweisen.

Eine traumatisierte Person kann situationsbezogen unterschiedliche psychobiologische, neuroendokrine wie auch psychophysiologische Reaktionsweisen zeigen.

3. Traumafolgen

Unter dem Aspekt misslingender Integration des Erlebens und der fragmentierten Traumaerinnerungen in die Persönlichkeit entwickelt ungefähr eine von fünf Personen, die ein sehr belastendes Ereignis erlebt haben, eine traumabezogene Störung. Neben Schreck, Angst und den damit einhergehenden körperlich-vegetativen Angstäquivalenten (Tachykardie, Atembeschleunigung, Luftnot, Schwindel bis hin zu nahender oder tatsächlicher Ohnmacht, Zittern, Schwächegefühl in den Beinen und im Körper etc.) werden vom Gehirn alle **Sinnesindrücke** (Sinnesorgane im engeren Sinn und **viscerale Körperempfindungen** wie Schmerz, Muskelspannungen, Übelkeit), **der äußere Traumakontext** (Tageszeit, Raum- und Lichtverhältnisse, weitere Umgebungsfaktoren), Gefühle, Affekte und Kognitionen (traumabegleitende meist negative Gedanken) und auch die **autoprotektiven Schutzmechanismen** offensichtlich fragmentiert und oft vom traumatischen Gesamtgeschehen abgespalten gespeichert und können im Hier und Jetzt in unterschiedlichen Qualitäten auftauchen oder abgerufen werden. Das geschieht meistens durch Trigger-situationen, die von den Betroffenen nicht ohne weiteres erkannt und zugeordnet werden können, sodass diese unter einem Wechsel von Symptomen und Phänomenen leiden. Einige Symptome und Verhaltensweisen entstehen auch aus der phobischen Vermeidungsangst missempfindungs- oder dissoziationsauslösender Triggerreize und Situationen. Wir sprechen hier von Konstriktion.

Dementsprechend sind traumatische Erinnerungen (Flashbacks) mit **Hyper- oder Hypoarousal**, mit freeze/submit, mit Übererregung wie Panik und emotionalem Chaos, starken körperlichen Reaktionen und heftigen Emotionen verbunden.

3.1 Posttraumatische Folgeerkrankungen, Posttraumatische Belastungsstörung

Neuere Analysen haben zur Entdeckung mehrerer aussagekräftiger **Prädiktoren für die Entwicklung einer PTBS mit dissoziativen Störungen** geführt:

vorherige Traumatisierungen, die kumulativ wirken,
insbesondere Kindheitstraumata mit existenzieller Bedrohung,
die Unfähigkeit, traumatische Erinnerungen zu versprachlichen („speechless terror“),
eine vorangegangene psychologische Behandlung,
Fälle von Psychopathologie in der Ursprungsfamilie und
eine starke emotionale peritraumatische Reaktion und Dissoziation sowie Mangel an sozialer Unterstützung.

Bei misshandelten Kindern liegen häufig alle genannten Risikofaktoren vor.

Je stärker die peritraumatische Dissoziation ist, umso größer ist die Amnesie für die traumatische Situation.

Je unvollständiger aber das Trauma im Gehirn repräsentiert ist, umso schwieriger kann es verarbeitet und in den richtigen Erinnerungsspeicher übergeführt werden.

Die Kernsymptomatik einer akuten oder chronischen PTBS:

Intrusionen: willentlich nicht steuerbare Erinnerungen an das Ereignis in Form von Vollflashbacks oder Teilflashbacks, auch nach Triggersituationen,

Vermeidung: alle Strategien der Betroffenen, um Erinnerungen an das Ereignis von sich fernzuhalten. Innerlich: Teil- oder Vollamnesie, emotionale Taubheit, sozialer Rückzug zur Vermeidung von Triggersituationen, und

Übererregbarkeit (Hyperarousal): erhöhte Reizbarkeit, hohes Stressgefühl, Schlafstörungen, Überwachsamkeit (Hypervigilanz), Konzentrationsstörungen und erhöhte Schreckhaftigkeit, doch kann auch **Hypoarousal** mit verschiedenen Graden körperlicher Anästhesie, einem starken und unwillkürlichen Absinken des Bewusstseinsniveaus auftreten. Bei den Betroffenen existieren unterschiedliche Erinnerungsmöglichkeiten gleichzeitig nebeneinander.

Diese Symptome sind die **typischen Kennzeichen für das Vorliegen einer PTBS**. Sie sind per se nicht Ausdruck einer Krankheit oder Störung („Störungssymptomatik“!), sondern zunächst einmal natürlicher Ausdruck eines anstrengenden und schwierigen Verarbeitungsprozesses. Sie sind eine normale Reaktion auf ein unnormales Ereignis.

Treten diese drei Symptome länger als vier Wochen gemeinsam auf und beeinträchtigen die Person erheblich in ihrer Lebensführung, so kann von einer **Posttraumatischen Belastungsstörung** gesprochen werden.

Gibt es zusätzlich noch drei oder mehr Vordiagnosen wie Depressionen, Angststörungen, Substanzmissbrauch, Anpassungsstörungen, Somatisierungsstörungen, Essstörungen, unbefriedigende bisherige Behandlungen, selbstschädigendes oder selbstverletzendes Verhalten, eine Amnesie für die Kindheit sowie Amnesien im Alltag, wiederholte Depersonalisation oder Derealisation, dissoziative Fugue, Stimmenhören und Anzeichen für einen Identitätswechsel, so muss an eine **dissoziative Identitätsstörung** gedacht werden.

3.2 Somatoforme dissoziative Störungen

Die neuere Forschung unterscheidet (wie lang vorher schon Janet) zwischen psychoformen und somatoformen dissoziativen Symptomen, zwischen denen eine Wechselwirkung bestehen kann. Viele Patienten mit dissoziativen Störungen suchen anfänglich Hilfe wegen somatischer Erkrankungen, und oft berichten sie, dass ihre Ärzte die vielfältigen und merkwürdigen Symptome, die aus scheinbar unerklärlichen Gründen kommen und gehen, nicht zu erklären vermögen.

Im ICD 10 zählen zu den dissoziativen Störungen zusätzlich auch körperbezogene Phänomene (sogenannte Konversionsstörungen), wie

Dissoziativer Stupor

Dissoziative Bewegungsstörungen

Dissoziative Krampfanfälle

Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen

Im DSM IV werden körperliche Dissoziationen dagegen den somatoformen Störungen zugeordnet.

Bei Patienten mit einer Konversionsstörung sind die Messwerte für psychoforme und somatoforme Dissoziation in der Regel erhöht, und eine beträchtliche Anzahl von ihnen berichtet über früher erlebte Traumata. Somit besteht bei Patienten mit somatoformen dissoziativen Störungen eine Form von

struktureller Dissoziation und die Betroffenen sollten auf die Existenz von weiteren traumabezogenen Störungen (PTBS, NNBDs oder DIS) untersucht werden.

Kliniker sollten sich stets mit der Möglichkeit auseinandersetzen, dass einem medizinisch nicht erklärten somatischen Symptom ein dissoziativer Charakter zugrunde liegt, weil die Behandlung somatoformer Störungen von deren Verursachung abhängt.

3.3 Gesellschaftliche Abwehr

Die Diskussion um die Dissoziation und die Tatsache, dass schwere kindliche Traumatisierungen bei ihrer Entstehung eine entscheidende Rolle spielen, ruft noch immer Unglauben und gesellschaftliche (auch professionelle) Abwehr, aber auch eine Faszination hervor, wie sie für alle posttraumatischen Erkrankungen typisch ist, eine Art gesellschaftliche und professionelle negative Gegenübertragung. Eine sachliche Diskussion dieses Phänomens und eine Entzauberung des gesellschaftlichen Tabus sind dringend erforderlich.

Wenn es uns aber nicht gelingt, das noch immer bestehende Tabu für Traumata in der Gesellschaft aufzuheben und die Menschen für das Thema Gewalt, insbesondere die Misshandlung von Kindern zu sensibilisieren, wird Traumatherapie nur eine elitäre Möglichkeit für einzelne sein, während die Gewaltbereitschaft in der Gesellschaft zunimmt

Der relativ jungen Disziplin der Traumapädagogik kommt hier eine immer größer werdende Bedeutung zu.

4. Behandlungsbedarf und salutogenetische Faktoren, Traumatherapie

4.1 Behandlungsbedürftig sind:

- physisch, emotional und sexuell misshandelte (missbrauchte) Kinder, Jugendliche und Erwachsene, meist innerfamiliär, also "Inzest- Überlebende"
- organisiert und/oder rituell sexuell ausgebeutete und misshandelte Menschen
- körperlich meist wieder gesundete Unfallopfer
- ehemals Kranke, die invasiven medizinischen Eingriffen mit Anästhesie ausgesetzt waren (medizinisches Trauma)
- ehemalige Frühgeborene mit wochenlangen invasiven intensivmedizinischen Behandlungen in den ersten Lebenswochen
- Überlebende von Kidnapping
- Überlebende von Katastrophen (Verkehr oder Natur)
- Hinterbliebene von Mordopfern oder suizidierten Angehörigen
- Ältere Menschen mit unverarbeiteten Zweite-Weltkriegs-Traumata
- Traumatisierte Helfer aus den verschiedensten traumagefährdeten Berufsgruppen
- Chronische Schmerzpatienten
- Mobbing-Opfer mit langjährigen Demütigungs-, Bedrohungs- und Angsterlebnissen

4.2 Salutogenetische Faktoren determinieren mit das Auftreten und das Ausmaß an Langzeitfolgen, PTBS und Persönlichkeitsstörungen. Dies sind:

- Die Art des Traumas und seine Heftigkeit, Dauer, Häufigkeit, Wiederholung, Entwicklungsalter und -stand des Traumaopfers
- Körperliche und seelische Verfassung zur Zeit der Traumatisierung
- Stress-Festigkeit (anlage- und erfahrungsbedingt)
- Vorangegangene Belastungen und Traumatisierungen
- Nähe des Täters zum Opfer, emotional oder verwandtschaftlich
- Altersunterschied zwischen Opfer und Täter (Generationen)
- Geheimhaltungsdruck (durch Drohung oder Gewaltanwendung erzwungenes Schweigen)
- Vorhandensein oder Fehlen mindestens einer loyalen verständnisvollen Bezugsperson, Trost und Verständnis

- Sicherheit, emotionale und soziale Situation in Familie und Beruf
- Spirituelle Grundorientierung
- Kulturabhängiger Umgang und Ausdruck von Gefühlen, Affekten
- Familiäre Lernerfahrung im Umgang mit Affekten und Belastungen
- Peritraumatische Dissoziation
- Trance Phänomene
- Orientierungsverlust zu Zeit, Ort, Person und Situation
- Derealisations- und Depersonalisationserleben
- Kontrollverlust gegenüber Handlungsabläufen und Erregungszuständen
- Neben-sich-Sein, als Beobachter über dem Geschehen-Schweben
- Körperliche Abschaltphänomene, Sich-nicht-spüren-Können
- Amnesien, keine oder bruchstückhafte Erinnerungen an das Ereignis

4.3 Traumatherapie

Viele Überlebende haben einen langen Leidensweg hinter sich und haben im Laufe der Zeit mehrere Therapeuten konsultiert, die jeweils eine andere mentale oder neurotische Störung (neurotische Depression, soziale Phobie, Psychose..) diagnostizierten. Der Grund dafür kann die Vielzahl der Symptome sein oder der ständige Wechsel der jeweils dominierenden Symptome, bzw. das geringe Wissen um die Auswirkungen von erlebter Gewalt, Schock und Trauma. Traumatisierte Menschen erscheinen bezüglich der geschilderten Symptompalette daher auch nach jahrelangen und wiederholten analytisch-tiefenpsychologischen und anderen Psychotherapien häufig therapieresistent. Sie erleben sich dadurch als Versager oder hoffnungslos krank und gestört – das ist ihnen auch oft von ebenso frustrierten Therapeuten (aggressiven Gegenübertragungsphänomenen und narzisstischen Kränkungen oder Selbstüberschätzungen zufolge) direkt oder indirekt vermittelt worden. Somit bleiben diese Patienten Gefangene ihrer alten Traumatisierungen und erfahren auf der therapeutischen Bühne erneut die Unabwendbarkeit, das Ausgeliefert-Sein an ihr Schicksal, die Ohnmacht und Hilflosigkeit und auch das Selbst-daran-schuld-Sein. Sie werden so vom Helfersystem zusätzlich retraumatisiert, insbesondere wenn der Schwere und Bedeutung der Gewalterfahrungen nicht in einer traumazentrierten Behandlung Rechnung getragen wird.

Traumatherapie erfordert eine völlig andere Haltung als Psychotherapie, die Grundprinzipien der Traumatherapie sind unter anderem Kontrolle, Information, Transparenz, Authentizität und solides Fachwissen. Eine ‚Wiederholung‘ der alten Geschichte zum Zweck des ‚Durcharbeitens‘, wie es oft in tiefenpsychologisch orientierten Therapien passiert, ist das Schlimmste, das betroffenen Patienten widerfahren kann. Triggersituationen und Traumareaktionen werden hier oft verwechselt mit frühkindlichen Konflikten, verdrängten Gefühlen und Übertragung.

Luise Reddemann beschreibt eine solche Therapie mit der Metapher ‚mit dem Fahrstuhl in die Hölle‘ oder ‚Operation ohne Vollnarkose‘. Von ihr stammt die Forderung, die ich unterstreichen möchte: **„Neben einer traumazentrierten Ausbildung und Methode sollte ein/e Traumatherapeut/in noch einmal mehr vertraut sein mit eigenem seelischen Leid und möglicherweise traumatisierten Anteilen, er/sie sollte dieses Leid kennen und verstehen sowie weitestgehend integriert haben in sein/ihr Lebenskonzept, um nicht sich und dem Klienten weiteren Schaden zuzufügen.“**

Kompetenz bedeutet nicht nur, dass man gelernt hat, mit Komplextrauma und dissoziativen Störungen zu arbeiten, sondern auch, dass man selbst weiß, was es heißt, durch tiefes Leid hindurchzugehen und daran zu wachsen. Wer Trauma aus eigenem Erleben gar nicht kennt, sollte womöglich diese Arbeit gar nicht tun.“ (Michaela Huber: Von der Dunkelheit zum Licht)

Originalzitat Gottfried Fischer:

„Traumatherapie steht im Gegensatz zur Technik der Übertragungsneurose und zur Nur-Übertragungsanalyse. Werden diese beiden Konzepte in der Therapie angewandt, so bedeutet das, dass sich die traumatische Situation in der Beziehung zur Therapeutin buchstäblich wiederherstellen muss, damit sie durchgearbeitet und überwunden werden kann – was einer speziellen Größenphantasie der Therapeutin bedarf. Die Patientin verliert die Fähigkeit, zwischen Gegenwart und Vergangenheit zu differenzieren. Es gibt keinen Grund zu der Annahme, dass der Vorgang einer traumatischen Übertragung an sich therapeutisch wäre. Die Therapie verkompliziert sich, es steigt die Gefahr der Retraumatisierung und des Scheiterns.

Im Katalog der Therapiefehler steht es an erster Stelle. In der Traumatherapie wirkt sich diese Haltung noch destruktiver aus als in anderen Therapien.“ (Gottfried Fischer, Kausale Psychotherapie, S. 350)

Eine defizit- und problemorientierte Haltung, in dem weder das unermessliche Leid der betroffenen Patienten, noch ihre Kraft und ihr Mut, den es kostet, sich den belastenden Erfahrungen zu stellen, angesprochen, hingegen von Pathologie, Störung und Symptomen gesprochen wird, führt zu weiteren Einbrüchen im Selbstkonzept dieser Patienten

Bei Verdacht auf eine traumabedingte Folgeerkrankung ist unbedingt eine traumazentrierte Therapie, nicht aber eine herkömmliche Psychotherapie anzuraten!

4. 4. Hinweise für Mediziner:

Viele psychische, psychosomatische, aber auch manche somatische Erkrankungen, auch Depressionen können traumareaktiv sein. Ärzte sind gefragt als aufmerksame und kenntnisreiche Beobachter und Patientenbegleiter. Sie sind es, die aus der bekannten Anamnese heraus das Soziotop des Patienten kennen. Sie werden künftig viel stärker eine Traumatisierung und/oder Dissoziation bedenken müssen. Eine behutsame Haltung gegenüber allen Patienten und besonders beim Vorliegen mehrerer unerklärlicher Symptome („Think of trauma first“) helfen vielleicht, manche Patienten auf die Möglichkeit einer Traumatherapie aufmerksam machen zu können.

Vor dem Überfahren der Patienten mit einer Vermutung oder vorschnellen Diagnose muss aber unbedingt gewarnt werden. Symptomlisten dürfen nicht für diagnostische Zwecke, sondern nur als Orientierungshilfe dienen (siehe Peter Levine: Vom Trauma befreien). Das Ansprechen eines vermuteten traumatischen Erlebnisses braucht besonders viel Sensibilität und Fingerspitzengefühl. Es handelt sich um Patienten, die einen unvorstellbaren Leidensweg erlebt und vielleicht auch durch gut-meinende Helfer schon geschädigt wurden. Patienten sprechen aus berechtigter Angst vor Stigmatisierung und Pathologisierung meist nicht von sich aus darüber, Worte und Beschreibungsmöglichkeit fehlen.

Die Entscheidung und Selbstverantwortung der Patienten für ihre persönliche Art der Aufarbeitung und ihren persönlichen Heilungsweg muss unbedingt wertgeschätzt werden.

Eine m. E. nach wichtigere Rolle und Verantwortung kommt Ärzten bei der Erkennung von Misshandlungen und emotionaler, körperlicher und sexueller Gewalt bei Kindern und Jugendlichen im familiären Bereich zu. Solange es nicht gelingt, Traumatisierungen zu verhindern, die Lebensbedingungen von Kindern zu verbessern und Präventions- und Aufklärungsarbeit zu leisten, wird sich die Traumatherapie mit belastenden Folgeschäden beschäftigen müssen.

5. Heilung

Trauma ist eine allgemein menschliche Erfahrung, die jedem von uns begegnen kann. Durch Traumatherapie sind viele der beschriebenen Symptome reversibel. Traumatherapie muss nicht unbedingt ein langfristiger Prozess sein. Insgesamt gilt: Je schwerer und länger die Traumatisierungen waren, je früher in der Kindheit sie begonnen haben, und je näher, emotional oder familiär, die Menschen waren, die das Trauma hervorgerufen haben, umso massiver sind die Symptombildungen und desto länger wird die Therapiedauer sein. Wenn es aber gelingt, das Nervensystem zu beruhigen (siehe Somatic experiencing) und zu stabilisieren, kann der Heilungsprozess auch schneller durchlaufen werden.

Durch die Neuroplastizität unseres Gehirns besitzen wir Menschen die Fähigkeit, ein Trauma zu verarbeiten und sind dazu fähig, uns wieder zu erholen und den passenden Weg dafür zu finden. Unser Weg aus dem Trauma zwingt uns auch, die Illusion der Sicherheit abzulegen und eine völlig andere Lebensphilosophie zu erlernen. Die Energien, die bei der Heilung eines Traumas befreit werden, können eine Quelle für Transformation und für mehr Ganzheit und Vollständigkeit sein. Wir entwickeln Vertrauen in unsere Fähigkeiten, mit den traumatischen Erfahrungen und unserer Reaktion darauf umzugehen. Traumaaarbeit verstärkt unsere Erlebnisfähigkeit, Kontrollfähigkeit, unser gesamtes Potential, unsere Gefühle, die spirituelle Dimension, unsere Ressourcen und unsere Resilienz, wirkt bewusstseinsweiternd und eröffnet uns eine Dimension, die wir vorher nicht gekannt haben.

6. Traumaberatung

Traumaberatung richtet sich an Menschen, die traumatische Erfahrungen gemacht haben, die aus verschiedenen Gründen keine traumabearbeitende Psychotherapie benötigen oder wünschen. Im Gegensatz zur traumazentrierten Psychotherapie, die in der Regel eine kontrollierte Durcharbeitung traumatischer Erfahrungen anbietet (Konfrontation mit erlittenen traumatischen Erlebnisinhalten) zielt traumazentrierte Beratung darauf ab, eine möglichst weitgehende persönliche Stabilisierung zu erreichen – sei es, um in die Lage zu kommen, erlittene Traumata nach und nach selbst verarbeiten zu können, sei es, um auf eine traumabearbeitende Therapie vorzubereiten oder sei es, weil sich professionelle Hilfe aufgrund spezifischer Bedingungen des Klienten allein auf stabilisierende Maßnahmen beschränken muss.

Das Konzept der traumazentrierten Beratung basiert auf einer qualifizierten sozialen, körperlichen und psychischen Stabilisierung, die an den individuellen Ressourcen eines jeweiligen Klienten anknüpft, sowie auf Möglichkeiten der Selbstfürsorge und dem schrittweisen Abbau von Beschwerden, die für die grundlegende Verbesserung der Befindlichkeit oder sogar die vollständige Erholung psychisch traumatisierter Patienten von zentraler Bedeutung sind.

Häufig reichen fachlich fundierte Stabilisierungsmaßnahmen völlig aus, um den Verarbeitungsprozess in Richtung Genesung wirksam zu unterstützen und damit eine Entwicklung oder Chronifizierung psychotraumatisch bedingter Beschwerden zu verhindern. Auch bei schwerwiegenden Traumatisierungen und/oder bereits chronifizierten Verläufen dient die Stabilisierung der Kontrolle traumatischer Erinnerungen, der Ermöglichung von Selbstwirksamkeitserfahrungen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene sowie der Wiedererlangung und Aufrechterhaltung von Alltagsfähigkeiten.

In Folge einer guten persönlichen Stabilisierung kann es häufig zu natürlichen, spontanen Traumaverarbeitungsprozessen kommen. Diese können gestützt und begleitet werden, zusätzlich können traumabearbeitende Verfahren aus verschiedenen traumazentrierten Methoden eingesetzt werden.

7. Somatic Experiencing / SE

Somatic Experiencing ist eine für die Behandlung von Traumafolgeerkrankungen sehr hilfreiche Methode. Diese Traumatherapie wurde von Peter Levine entwickelt und wird von zertifizierten SE-Therapeuten angewendet.

SE ist eine sehr wirksame psychophysiologische Behandlung für Menschen, die unter Traumafolgerkrankungen, chronischen Schmerzen und Syndromen wie Fibromyalgie, Migräne etc. leiden. Mit der Etablierung eines resilienten Nervensystems gelingt die Auflösung von Stressmustern und somatisierten Traumaerinnerungen in Körper und Psyche. SE ist ein Instrument zur schrittweisen Transformation von Trauma und für die Integration alter Verletzungen in die Lebensgeschichte. Der Zugang zur Heilung erfolgt dabei über das Nervensystem. Mit SE wird das traumatische Ereignis körperlich, geistig und psychisch neu verhandelt. Die Person kann wieder Zugang finden zu angeborenen, lebenswichtigen Reaktionsmöglichkeiten und so die Lebensenergie zurückgewinnen, die zum Zeitpunkt der Überwältigung nicht zur Verfügung stand.

Siehe: Somatic Experiencing / SE
www.somatic-experiencing.at



Mag. Ulrike Zahlner
Psychotraumatologie
Traumatherapie(Somatic Experiencing/SE, systemische und psychoimaginative Traumatherapie
Traumapädagogik
uzahlner@a1.net
www.uzahlner.at/trauma
www.somaticexperiencing.at