

Zur Kontextoffenheit der neueren Traumatheorie

Lydia Hantke

In: Heise, T./Golsabahi, S. (Hg) Von Gemeinsamkeiten und Unterschieden, 1. Kongress der transkulturellen Psychiatrie im deutschsprachigen Raum. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung. S. 155-164.

Intention des Aufsatzes

Trauma ist zu einem fast schon inflationär gebrauchten Begriff geworden. Hat sich die Symptomatik geändert oder die Betrachtungsweise? Der Vortrag möchte die grundlegenden Mechanismen von Traumaverarbeitung erläutern, wie sie die neue Traumatheorie beschreibt. Die vor allem neurophysiologischen Modelle eröffnen nach unserer Auffassung die Möglichkeit, den divergierenden Bedeutungszuweisungen an das Erlebte, wie sie in und aus multikulturellen Kontexten vorgenommen werden, angemessenen Raum zu geben. Diese Möglichkeiten sollen anhand des Modells erläutert und für die Diskussion nutzbar gemacht werden.

„Was soll das denn nun schon wieder? Was alles noch will Traumatheorie denn können, was alles noch soll nicht mehr genügen von all dem, was wir bisher getan haben? Wir arbeiten seit zwanzig Jahren und länger mit traumatisierten Klienten, und wir haben die ganze Zeit Traumatherapie gemacht, ist das jetzt alles nichts mehr wert?“ Solche und ähnliche Reaktionen höre ich oft, wenn ich auf die Ansätze der neueren Traumatheorie zu sprechen komme, und ich kann die Enttäuschung dahinter ausmachen, die vermutete Entwertung der eigenen Arbeit, die doch auch nicht erfolglos war. Nur, weil Traumatherapie gerade ein Modethema geworden ist?

Nun, lassen Sie mich kurz ausführen, worum es mir in dieser Erörterung geht und weshalb ich dennoch so auf dem Neuen dieser Ansätze beharre. In der Tradition der Arbeit mit traumatisierten Menschen oder, wie wir früher vielleicht einfach gesagt haben: Menschen, die Schweres und sehr Unverdauliches hinter sich haben, die z.B. ihren Kulturkreis, ihre Heimat und Familie verlassen mußten und nun in Therapiezimmern, Kliniken und Beratungszentren uns gegenüber sitzen haben wir uns auf unsere Werte gestützt, haben die zerrütteten Beziehungen zur Welt betrachtet und die zum eigenen Selbst. Und genau darin haben wir auch unsere eigenen Grenzen erfahren, wenn es um die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturkreisen ging, wenn unterschiedliche Wertkontexte unsere Hintergründe geprägt hatten und wir so gar nicht wußten, wo wir ansetzen sollten in unserem Verständnis: weil wir recht besehen keines hatten, weil unsere Welt eine andere ist.

So haben wir unser Verstehen erweitert: wir sind kultursensibel geworden, bis hinein in die Diagnosemanuale, und wir bemühen uns um Austausch, um die zunehmende Integration sprachlicher Unterschiede, um den Einbezug von Sprachmittlern und

möglichst viele kulturübergreifende Methoden. Wir debattieren Multikulturalität gegen Interkulturalität und Transkulturalität und wissen selbst nicht mehr so recht, was wir meinen. Aber Traumatisierung ist im Wesentlichen eine Erschütterung der Werte, des Vertrauens und der Selbstbestimmung, da hilft uns alles Generalisierende nicht. Wo Einfühlen, Verstehen- Können und der Rückgriff auf gemeinsame Werte, die Sicherheit vermitteln könnten, nicht möglich ist, da fühlen auch die Helfer sich hilfloser als noch zuvor.

Nun haben wir mit der neueren Traumatheorie, das möchte ich hier ausführen, ein Modell an der Hand, das uns kulturübergreifend und unabhängig von der individuellen Gewordenheit und den spezifischen gesellschaftlichen Vermittlungen die Möglichkeit bietet, einen gemeinsamen Ansatzpunkt zu finden: den der Verständigung über die Symptomatik selbst: über die Flashbacks, die Alpträume, die ruhelosen Füße, die Beziehungserinnerungen, die Angst und den Haß, das Neben-Sich-Stehen und das Abschotten. Jenseits jeder individuellen und kulturspezifischen Auswirkung der erlebten Verunsicherungen ist diese Symptomatik über alle Kulturen hinweg ähnlich, weil ihre Grundlagen noch nicht einmal besonders menschlich sind, sondern im Kern den Säugetieren gemeinsam, die sich ihrer Haut erwehren und das Leben ihrer Art sichern. Aber lassen Sie mich das ein wenig herleiten.

Ich werde dazu aus verschiedenen Quellen schöpfen, im Unterschied zum verstehenden Ansatz der älteren Modelle, die sich aus den tiefenpsychologischen Modellen herleiten, liegt der Hintergrund der neueren Traumatheorie in Arbeiten zur Hirnphysiologie, entwicklungspsychologischen Beobachtungen und einem Modell passiver physiologischer Verarbeitung: der Dissoziationstheorie.

Kontext der Begriffsbestimmung: Dissoziation

Der Begriff der Dissoziation geht auf den französischen Philosophen und Psychiater Pierre Janet zurück und reaktiviert ein im 19. Jahrhundert entstandenes Denkmodell, das mit der Vorherrschaft der Freudschen Psychoanalyse bis in die 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts in Vergessenheit geraten war¹. Im Gegensatz zu anderen Abwehrmodellen wie etwa der Verdrängung aus psychoanalytischer Sicht beschreibt der Begriff der Dissoziation die nicht erfolgte Integration von Erfahrung im Moment und als Folge traumatischer Erfahrung. „Wenn der Aufmerksamkeitsfokus (im Zustand der Todesangst, L.H.) extrem verengt ist, können Menschen tiefgreifende Wahrnehmungsstörungen erfahren, einschließlich Schmerzunempfindlichkeit, Depersonalisation, Derealisation, Verlangsamung der Zeit und Gedächtnisverlust. Diesen Zustand nennen wir Dissoziation“², fasst Herman 1995 das Thema zusammen.

Gelingende Integration

Wie kann man sich das Misslingen der Integration und seine Auswirkungen nach der Traumatisierung vorstellen? Wenn Dissoziation auf einfachster Beschreibungsebene die

¹ vgl. Hantke 1998 und 1999

² Herman 1995,8

nicht vollzogene Integration im Trauma ist, dann erhalten wir ein Schema für ihre Analyse aus der Betrachtung dessen, was wir die normale Verarbeitung nennen wollen. Dabei ist eine grundsätzliche Unterscheidung zu treffen: Trifft die Traumatisierung einen Erwachsenen, dessen psychische Strukturen bereits ausgeprägt und gefestigt sind oder ein Kind, das in unterschiedlichen Entwicklungsstadien grundlegendere hirnhysiologische und kognitiv-emotionale Entwicklungsaufgaben zu bewältigen hat³?

Zu einem besseren Verständnis des Mechanismus verhelfen uns die Erkenntnisse der jungen Neuropsychologie. Lassen Sie uns für ein besseres Verständnis dieses komplexen hirnhysiologischen Vorgangs ein sehr vereinfachtes Schema der Verarbeitung erstellen. Wichtig sind in unserem Zusammenhang drei Hirnstrukturen:

- die **Amygdala(e)**, (die Mandelkerne, einer auf jeder Seite): Sie können als Eingangstor für alle wahrgenommenen Reize betrachtet werden und bewerten diese als willkommen, neutral oder lebensbedrohlich.
- Die **Hippocampusregion**, sie ist wie die Amygdalae Teil eines stammesgeschichtlich sehr alten Hirnareals, des limbischen Systems. Um den Mechanismus der Dissoziation zu verstehen, merken wir uns für diesen Teil des Gehirns die Funktion als Ordnungssystem und zwar wesentlich der Einordnung wahrgenommener Reize in raum-/zeitliche Zusammenhänge.
- Der **Neocortex**, das entwicklungsgeschichtlich jüngste Gehirnteil, unsere „grauen Zellen“ - von allen Funktionen, die diese Substanz für uns als denkende Wesen hat, sei hier die der sprachlichen Verarbeitung und der Selbstreflexion festgehalten.

Wird nun ein eintreffender Reiz als emotional ungefährlich oder sogar erwünscht bewertet, passiert er die Amygdala und wird in die Hippocampusregion und von dort zum Neocortex geleitet: das Geschehen wird raum-/zeitlich ausgewertet und eingeteilt, erfährt eine kognitive Wertung, wird ins eigene Selbstbild integriert und eine Versprachlichung ist potentiell möglich: „Naja, was die da erzählt, das habe ich aber auch schon anders gehört, ich glaube aber, damals gab es einen anderen Akzent...“

Der Hippocampus wird aber erst in den ersten Lebensjahren ausgeprägt, mit drei Jahren ist er voll funktionsfähig – ein Säugling hat noch keine Möglichkeit der Einordnung von Ereignissen in Zeit und Raum: Wenn er Hunger hat, so ist das absolut und unaufschiebbar, wird er alleingelassen, so ist die Einsamkeit endlos. Erst mit viel Übung, Hilfe und Zeit lernt er, dass der Papa wiederkommt und man sich auf die Suche nach dem Feuerwehrauto machen könnte – weil es auch dann noch existiert, wenn man es nicht sehen kann.

Wir integrieren grundlegend (und entwicklungsgeschichtlich zuerst)

³ Die Auswirkungen von Traumatisierungen auf sich entwickelnde Hirnstrukturen ist Gegenstand der Entwicklungstraumatologie, eines in Deutschland sehr neuen Teilgebietes der Psychotraumatologie; vgl. Resch/ Brunner 2004; aber auch Perry 2001, Schore 2001, Hüther 2002, Resch/Brunner 2004

die Informationen aus den unterschiedlichen Sinneskanälen

- Hören
- Schmecken
- Riechen
- Sehen
- Fühlen

1. Ebene der Integration

Im Laufe der Zeit setzen wir uns zunehmend in Bezug zu

- Raum
- Zeit
- dem Anderen
- den Dingen
- dem eigenen Körper und
- dem Sein (der ontologische Sinn-Bezug)

2. Ebene der Integration

und weisen den einfließenden Informationen in unserem jeweiligen kulturellen Zusammenhang Bedeutungen zu:

- Sinn
- Identität
- Überzeugungen/Werte
- Fähigkeiten
- Selbstbild/Selbstbeschreibung⁴

3. Ebene der Integration

Vielerlei brauchen wir, um diese Lernerfahrungen machen zu können: die erlebten Situationen müssen durch **Ähnlichkeit** miteinander verbunden sein oder ein vertrauter Mensch muss diese **Übergänge** herstellen⁵. Sind die Umstände zu verschieden und leistet niemand Beziehungshilfe, dann bleiben die Erfahrungen getrennt. Das ist eine der Funktionen von Kinderspielen oder immer neu wiederholten Abläufen: Sicherheit zu gewinnen, Ähnlichkeiten herzustellen, **Erwartbarkeiten** zu konstruieren.⁶ Entwicklungspsychologen wie Psychotraumatologen beschreiben die zentrale Rolle der **Affektmodulation** für die Integration von Erfahrungen, und auch neuere endokrinologische Untersuchungen belegen, dass nur ein **mittleres Erregungsniveau** die Integration von Erfahrungen ermöglicht.⁷ Die entscheidende Verbindung zwischen verschiedenen Situationen ist das (Körper)**Gefühl** im Erleben. Zuletzt wird aus der Erfahrung ein Bestandteil der eigenen Persönlichkeit, wenn wir sie in eine Geschichte

⁴ vgl. hierzu Dilts 1993

⁵ Vgl. Kelly 1955

⁶ Vgl. z.B. Dornes 1993

⁷ vgl Stern 1992, Putnam 1997 nach Nijenhuis et al 2004b

fassen können, eine implizite oder explizite Versprachlichung in der Ich-Erzählung leisten. Durch sie leisten wir die – kulturell sehr unterschiedlich ausgeprägte - Anforderung der Ausbildung einer Identität über Raum und Zeit.

Dissoziation – Definitionen

In der frühen Kindheit ist Dissoziation folglich ein normaler Mechanismus der Reaktion auf Streß, da die kognitiven Muster und die dazugehörigen Hirnstrukturen der Hippocampusregion und des Neocortex noch nicht hinreichend ausgeprägt sind und die Ausbildung von Raum- und Objektkonstanz noch ebenso unfertig ist wie die Erfahrung zeitlicher Kontinuität. Für das erwachsene Gehirn (und in der pathologischen Entwicklung des Kindes) kann derselbe Mechanismus als Schutz vor einer Überflutung von (noch) nicht zu verarbeitenden Informationen beschrieben werden.

Ein Mensch, der extremen Streß erlebt, befindet sich in einem Zustand, in dem er das momentane Erleben nicht mit seiner sonstigen Erfahrung und seinem Selbstempfinden verknüpfen kann. Hirnphysiologisch sieht das (wieder extrem vereinfacht) so aus: Sobald die Amygdala einen Reiz als potentiell lebensbedrohlich bewertet, wird die Weiterleitung an die Hippocampusregion unterbrochen, die Noradrenalinproduktion hemmt den Hirnstoffwechsel in der Großhirnrinde. Die bewusste Überlegung wird – weil sie zu langsam und umständlich wäre – ausgesetzt und die jahrtausende lang erprobten Mechanismen der Tierwelt treten in Kraft: alle Energie wird zum Zwecke der Flucht oder Verteidigung in Herz, Muskeln und Extremitäten geleitet, das mittlere Erregungsniveau ist weit überschritten. *Wenn Sie die Straße überqueren wollen und ein Auto um die Ecke schießt, wenn Sie genau in der Mitte der Straße sind, dann reagieren sie vollautomatisch aber mit aller erworbenen Intelligenz ihres Körpers: Sie springen zur Seite statt anzugreifen oder nach hinten zu rennen.* Die eintreffenden Informationen werden dann zwar wahrgenommen und zusammenhangslos gespeichert, aber nicht mehr raum-/zeitlich eingeordnet, nicht mehr zusammengesetzt, nicht mehr in das bewusste Ich integriert.

Dies ist die Ebene der **primären Dissoziation**, wie van der Kolk⁸ sie nennt. Sie betrifft die erste Ebene der Integration. Charakteristische Folgeerscheinungen sind die Symptome der PTBS, z.B. intrusive Erinnerungen, Alpträume und Flashbacks. Sie können als nachträglicher Versuch des Körpers verstanden werden, die Erfahrung doch noch zu integrieren, dem Hippocampus und Neocortex zur Verarbeitung zuzuführen und klingen oft während der ersten Tage oder Wochen ab – vor allem, wenn eine integrierende Handlung vollzogen werden konnte; es muss zu keiner Chronifizierung kommen. *Im Laufe des Tages, nachdem Sie längst auf der Arbeit angekommen sind, fallen Ihnen immer wieder Versatzstücke des Erlebens ein: sie sehen plötzlich wieder das rote Auto, ihr Herz fängt noch am Nachmittag plötzlich an zu rasen, eine schnelle Bewegung läßt Sie zusammensucken, einmal träumen Sie sogar von dem Fast-Unfall. Aber sie reden*

⁸ van der Kolk et al 2000

viel darüber und nach ein paar Tagen ist das Geschehene integriert, die unangenehmen Begleiterscheinungen hören auf.

Traumatisches Erleben ist zusätzlich dadurch gekennzeichnet, dass Flucht oder Kampf verunmöglicht werden. Physiologisch passiert Folgendes: Die nach außen geleitete Energie und Erregung staut sich im Körper und erlebt keine Abfuhr. Überschreitet die Erregungskurve ohne Entladungsmöglichkeit einen bestimmten Punkt⁹, fällt die Kurve der Erregung plötzlich steil ab: der Organismus reagiert mit Dissoziation des Erlebens, kappt alle Verbindungen zur Körperempfindung, stellt sich tot. Im Tierreich ist dies die letzte Chance zu überleben, vielleicht ist es zusätzlich ein Schutzmechanismus vor den Schmerzen des Sterbens. Das Bewusstsein hat sich abgekoppelt, schaut aus anderer Warte zu: von außen, von oben.

Das Gefühl absoluter, nicht überwindbarer Hilflosigkeit, das vor der sekundären Dissoziation eintritt, ist der Kern traumatischen Erlebens. Es geht einher mit der Unterbrechung der Beziehungen, in der Verarbeitung innerhalb des Körpers ebenso sehr wie in den Auswirkungen auf Selbstbezug und Außenkontakte. Zusammen mit der primären Dissoziation wird das Erleben zu einer Erfahrung, die sich außerhalb von Zeit und Raum bewegt, nicht einzuordnen ist, endlos oder nie passiert. Van der Kolk nennt diese „Spaltung“ zwischen beobachtendem und erlebendem Ich während der primären Dissoziation im traumatischen Geschehen **sekundäre Dissoziation**. *Jemand erlebt einen Autounfall, speichert (unbewusst) in Todesangst nur noch Versatzstücke ab (primäre D.) und sieht sich plötzlich ganz ruhig wie von oben zu (sekundäre D.).*

Marmar hat für diese „während der Traumatisierung auftretende“ Dissoziation den Begriff der **peritraumatischen Dissoziation** geprägt.

Wenn die oben beschriebene traumatische Erfahrung auf ein noch nicht ausgeprägtes Gehirn trifft und die Traumatisierung systematisch immer wieder denselben Bruch vollzieht, dieselben Verbindungen unterbricht, können sich daraus voneinander deutlich unterschiedene Ich-Zustände mit separaten kognitiven, affektiven und Verhaltensmustern ausprägen. Der Terminus „**tertiäre Dissoziation**“ bezeichnet diese Strukturbildung. Die Erscheinungsformen der gravierenderen, auf frühe und anhaltende Traumatisierungen zurückzuführende Symptombilder wie die DDNOS (Nicht näher gekennzeichnete dissoziative Störung) oder die DIS (Dissoziative Identitätsstörung) sollen damit beschreibbar werden. Die dritte Ebene der Integration (s.o.) wird hier anders besetzt, Selbstbild und Sinnzusammenhänge teilen sich in unterschiedliche Wahrnehmungszentren auf.

Da die traumatische Erfahrung nur sehr subjektiv – durch die je individuelle Wertung der Amygdala und die Hilflosigkeitserfahrung – definiert ist, kann die Wahrscheinlichkeit von Dissoziationen nur über lebensgeschichtlich beeinflussende Faktoren gefasst werden. Die meisten Dissoziationen werden im Jugendalter beschrieben, was auf die noch unvollständige Ausbildung des Neocortex (er ist erst mit zwanzig Jahren ausgebildet) bei

⁹ vgl Perry 2001

gleichzeitig voller Ausbildung des Hippocampus zurückzuführen sein könnte: „ich habe es erlebt, aber ich kann es noch nicht in mein Ich einordnen“.

Darüber hinaus gilt auch hier ein multifaktorielles **biopsychosoziales Modell**, wie es auch in der Schizophrenietherapie Grundlage der Diskussion geworden ist. Das Auftreten der dissoziativen Verarbeitungsform (als Ausdruck der je individuellen Verarbeitungsmöglichkeit) hängt demnach von folgenden Kriterien ab:

- Biologisch-genetischen Faktoren;
- Biographischen, entwicklungspsychologischen Faktoren;
- Der Dauer, Häufigkeit und Schwere der traumatischen Erlebnisse;
- Dem Vorhandensein protektiver Faktoren;
- Soziokulturellen Faktoren¹⁰

Körpererinnerungen: Von der Konversion zur somatoformen Dissoziation

Im ICD-10 wird bei den dissoziativen Störungen zwar von Störungen des Bewusstseins gesprochen, die Konversionsstörungen als körperbetonte Symptomatiken aber mit dem Verweis, der „unangenehme Affekt (werde; L.H.) in irgendeiner Weise in Symptome umsetzt“¹¹ hier mit aufgenommen. Die Diskussion um die Unterscheidung der Bewusstseins- und körperlichen Symptome ist so alt wie die Auseinandersetzung zwischen Janet und Freud, möglicherweise begegnen sich hier nicht miteinander vereinbare Bewusstseinskonzepte¹². In einer neueren Interpretation der Ergebnisse aus hirnhypophysologischen und klinischen Untersuchungen stellen Onno van der Hart (2000) und Ellert Nijenhuis (2004) in der Tradition Janets die **psychoformen** Dissoziationen neben die **somatoformen** Dissoziationen, wobei beide als Manifestationen desselben zugrundeliegenden Phänomens beschrieben werden, die sich auf unterschiedlichen Ebenen zeigen. Die **somatoformen Symptome** teilt Nijenhuis ein in **negative**, in denen ein Erleben fehlt (wie in der Anästhesie: „ich spüre mein Bein nicht!“) und **positive**, in denen ein zusätzliches, nicht anders einzuordnendes Erleben gegenwärtig ist (wie bei psychogenen Schmerzen)¹³. Die somatoformen Dissoziationen können alle Formen psychosomatischer Symptomatik annehmen, d. h. viele Ausbildungen von Krankheitsbildern müssen als nicht in die Zeitlinie (s.u.) eingeordnete, chronifizierte Erinnerungen angesehen werden.

Eine ca 30jährige Klientin kommt mit chronischen, fast permanenten, den ganzen Körper betreffenden Schmerzen in hypnotherapeutische Behandlung: Sie hat alle mir bekannten Behandlungsformen versucht; die Schmerzen sind oft kaum auszuhalten, allein ihr Sohn stellt einen Halt und Schutz gegen Suizid dar. Die Klientin ist zunächst für weite Strecken ihrer Kindheit und Jugend amnestisch, nach vorsichtigen Sondierungen über Sinn und Zweck des Schmerzes und ebenso vorsichtiger Ressourcensammlung treten bei leichter bilateraler Stimulierung starke Körpererinnerungen auf, die durch Nachfragen in der Familie auf ein Erlebnis im Alter von ca. zwei Monaten zurückgeführt

¹⁰ Hoffmann/Eckhardt-Henn 2004 nach Lukas 2004,208/9

¹¹ Dilling et al 1993,174

¹² vgl. Hantke 1999

¹³ für einen primär körperlichen Zugang zu Symptomatik und Behandlung posttraumatischer Störungen sei an dieser Stelle auf die Beiträge von Levine und Gallo verwiesen, die unterschiedliche Arten der Auflösung von traumatischen Erfahrungen vorschlagen.

werden können, in dem das Kind fast verbrannt wäre. Die Fragerichtung entstand aus dem Hinweis, dass Schmerzen für die Frau durchweg mit Hitzeempfinden verbunden war, was sie nie hinterfragt hatte.

Dissoziation und Erinnerung

Wenn wir im Alltag oder im Klientenkontakt mit Erinnerungen und lebensgeschichtlichen Erzählungen zu tun haben, so haben diese meist den Charakter von sich stetig verändernden Geschichten, die zusammenfassend ein Geschehen rekonstruieren, das im aktuellen Kontakt einen jeweils neuen Sinn erfährt. Sie sind Teil einer Lebensgeschichte oder die Erzählung dient eben gerade dazu, die Erfahrung in die Narration des eigenen Ich zu integrieren.

Was uns im klinischen Alltag verwirrt und den Kontakt zu manchen traumatisierten Klientinnen erschwert oder gar verstellt, sind die einbrechenden Erinnerungen aus dissoziiertem Erleben. Die Intrusionen in Flashbacks, Körpersensationen und Alpträumen oder reaktivem Beziehungsverhalten sind zusammenhangslos und ungewollt, überfallsartig, durch das subjektive Empfinden von Unendlichkeit und Unveränderbarkeit geprägt und erfüllen keine aktuelle soziale Funktion. Der Kontakt zum Hier und Jetzt ist verloren gegangen, eine Neueinordnung des Geschehenen ist bisher nicht vollzogen, die Inhalte werden immer wieder neu als Gegenwart erlebt. Und auch für uns als Gegenüber bleiben sie bezugslos oder machen uns in ihrer Beziehungsdynamik zu Teilen einer Geschichte, die mit der therapeutischen Konsensrealität keinen Zusammenhang hat.

Diese Überfälle durch Erlebensfetzen und Alpträume ebenso wie Depersonalisierungen und Lähmungserscheinungen oder psychogene Schmerzanfälle, aber auch die intrusiven Beziehungsdynamiken können als Versatzstücke des traumatischen Erlebens beschrieben werden, die sich auf den unterschiedlichen Ebenen von Erleben und Wahrnehmung ins Bewusstsein schieben – und mitunter mit Fehlwahrnehmungen vermengen¹⁴. Durch das Wiedererleben der traumatischen Erfahrung verliert die Klientin den Bezug zum gemeinsamen Hier und Jetzt, der lebensbedrohliche Affekt aus der gelebten Erfahrung drängt sich ins Bewusstsein und unsere Gegenwart wird im doppelten Sinne ihrer Substanz entzogen: wir werden Teil einer Vergangenheit, die die Klientin vor unseren Augen erlebt, ohne sie uns verbal zugänglich machen zu können. Gleichzeitig ist der Klientin der Zugriff auf Wissen aus anderen Erfahrungsbereichen nicht mehr zugänglich, die Fähigkeiten und Handlungssicherheiten, die sie eben vorher noch hatte, sind nicht mehr verfügbar, weil in einem vollkommen anderen Teilbereich des Erlebens gespeichert. Das traumatische Erleben, das in der Verarbeitung des Klienten noch keine raum-/zeitliche und sprachliche Verarbeitung erfahren hat, bemächtigt sich unserer gemeinsamen Gegenwart.

¹⁴ Dabei geht es nicht um die Anzweiflung der Richtigkeit traumatischer Erinnerung, sondern eine nachträgliche Bearbeitung, die das Erleben erklärbar machen und so in die eigene Erfahrung einordnen will.

Zum Umgang mit posttraumatischer Symptomatik

Ziele im Umgang mit posttraumatischer Symptomatik sind

- Erhöhung der Kontrollerfahrung
- Herstellung zusätzlicher (neuronaler und Sinn-) Verbindungen
- Verringerung der Angst
- Verringerung des Erlebens von „Verrücktheit“ durch Information und Erlernen der Selbstwahrnehmung
- Erweiterung der Beziehungsfähigkeit/-erfahrung
- Vorbereitung der Bereitschaft zur Integration

Dazu ist Folgendes zum Umgang zu beachten:

- Wiedererleben und -erinnern allein stellt keine Integration dar!
- Ein mittleres Erregungsniveau sichert die Integrationsmöglichkeit: zu viel oder zu wenig ist potentiell retraumatisierend (dient als Trigger für Hyperarousal bzw. sekundäre Dissoziation) – Entspannungsverfahren sind oft kontraindiziert!
- (Körper-)Erinnerungen, die wirklich als Boten einer anderen Zeit betrachtet werden können, sind Teil der Integration
- Den Körperbezug fördern, aber nicht forcieren: weniger ist mehr
- Die Bezugnahme zum Körper erfolgt von außen: Igelbälle, Abklopfen, Bodenkontakt
- Auch Arousal, Schweißausbrüche, Zittern etc sind Körpererinnerungen

Psychoedukation

So verbreitet Traumatisierungen sind, so wenig sind die Mechanismen der Verarbeitung Allgemeingut. Unser Denken ist – was Psychodynamik und Therapie angeht – so weitgehend vom psychoanalytischen Denkstil geprägt, dass es auch in anderen Diskursen schwer fällt, sich von den Denkmodellen des Konflikts, der Verdrängung und des sekundären Krankheitsgewinns z.B. loszumachen. So sinnvoll sie in vielen Zusammenhängen sein mögen, so wenig helfen sie uns bei der Beschreibung der Dynamiken traumatischer Verarbeitung – nicht zuletzt deshalb ist der Rückgriff auf die Janetschen Denkmodelle in der Theorieentwicklung erfolgt und erfreut sich die Hypnotherapie und mit ihr die Untersuchung von Bewusstseinszuständen im Rahmen der Traumatherapie und -theorie einer wichtigen Rolle.

Selbst wir als Kliniker haben ja reichlich Schwierigkeiten, uns die Dynamik einer Ausprägung verschiedener Wahrnehmungszentren in einem Körper begreiflich zu machen; dieses Erleben ist in unseren gewohnten Denkmustern schwer beschreibbar, es erscheint „verrückt“.

Wie viel mehr müssen unserer Klientinnen sich als entgleisend, nicht mehr kontrollierbar, verrückt werdend begreifen, wenn in der Folge einer traumatischen Erfahrung kein Stein mehr auf dem anderen steht. Wenn neben der Grenzerfahrung auch die Wahrnehmung aus den Fugen gerät, das Denken und die Eigenwahrnehmung unterbrochen wird, die Erinnerung entweder nicht einsetzt oder nicht mehr zu unterbrechen ist. Weil dissoziative Symptomatik als Teil normalen Erlebens nach extremen Erfahrungen wenig bekannt ist, werden die Erlebensformen oft verheimlicht, verschwiegen. Aus Angst, der Arzt oder die Therapeutin könnte diesen gewissen Blick zeigen, der den Verdacht bestätigt: „Ich bin verrückt geworden!“

Ich möchte Sie deshalb ermuntern, schon im ersten Kontakt – sobald Ihnen klar wird, dass es sich um eine Traumatisierung handelt – den oben beschriebenen Mechanismus zu beschreiben und die möglichen Symptome und Auswirkungen zu benennen. Sie werden sehen, wie erleichtert die Klientinnen auf einmal ihre Beschwerden berichten.

Und: diese Symptomatik ist, weil sie auf einen überlebenssichernden Mechanismus unserer Art zurückführbar ist, in allen Kulturen im Kern gleich. Auch wenn die Toleranz im Umgang mit verschiedenen Phänomenen unterschiedlich ist, so gilt doch für alle, daß das Erleben nach einer nicht verarbeiteten Erfahrung abweicht vom Normalzustand und die Gefahr einer Traumatisierung durch die Konfrontation mit dem eigenen Erleben als „verrückt“ gebannt werden kann, wenn der Mechanismus verständlich wird und die Symptomatik auf ein uraltes lebensrettendes Prinzip zurückgeführt werden kann.

Und: im Zustand der Krise – sei es direkt nach der Traumatisierung oder bei ihrer Reaktivierung – sind Menschen hochsuggestibel: Alles, was Sie jetzt sagen, ist ein Anker, der die Einordnung des Geschehenen und der Symptomatik in ein gemeinsames Wertesystem erleichtert. Wenn Sie jetzt fallen lassen, dass sich an dem Zustand wohl kaum etwas ändern wird, dann hat das ebenso viel Bedeutung wie ihre Beschreibung der Symptomatik als normale Folge unverarbeiteter Erfahrung und autonomen Integrationsversuch des Körpers. Was meinen Sie wohl wirkt heilsamer?

Psychoedukation

- Normalisierung des Erlebten durch Erklärung der eventuell auftretenden Symptomatik
- Beschreibung der physiologischen Reaktion
- Wertung aller Symptomatik als autonomen Versuch der Integration durch den Körper
- Zuversicht in positive Veränderung nach Abschluss des Prozesses vermitteln
- Auch bei länger andauernder Symptomatik Ruhe bewahren und auf die erfolgreiche Integration bei erfolgreicher Hilfestellung verweisen

Beachte: Menschen in der Krise und nach der Erfahrung grundlegender Veränderungen sind für jede Erklärung des noch nicht Verarbeiteten offen und somit

hochsuggestibel. Es liegt in unserer Verantwortung, den Prozess durch positives Vorstellungen zu erleichtern.

Literatur

- Bambach, Steffen (2005): EMDR und aktive Zukunftsorientierung in der Therapie von komplex traumatisierten Menschen. Bielefeld, in: EMDRIA-Rundbrief 2005
- Blohm, Wolfgang (2003): Hypnotherapie und Selbsthypnose. Neue Wege bei Ängsten, Schmerzen, Stress und Depressionen. München
- Dilling, Mombour; Schmidt (1993) (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Bern
- Dilts, Robert B. (1993): Die Veränderung von Glaubenssystemen. Paderborn
- Dolan, Yvonne (1998): One Small Step. Moving Beyond Trauma and Therapy to a Life of Joy. Watsonville
- Dornes, Manfred (1993): Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. FFM
- Eckhardt-Henn, Annette. / Hoffmann, Sven O. (2004)(Hrsg.): Dissoziative Bewusstseinstörungen. Theorie, Symptomatik, Therapie. Stuttgart
- Fiedler, Peter (2002): Dissoziative Störungen. Göttingen
- Fischer, Gottfried (2003): Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen. Düsseldorf
- Gallo, Fred P. (2002). Handbuch der Energetischen Psychotherapie, Kirchzarten
- Gilligan, Stephen (1995) Therapeutische Trance. Das Prinzip Kooperation in der Ericksonschen Hypnotherapie. Heidelberg
- Hantke, Lydia (1999): Trauma und Dissoziation. Modelle der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen. Berlin; unter www.institut-berlin.de zum download
- Hantke, Lydia (2005) Von der Ressource zur Dissoziation und zurück – ein Schema zur Analyse individueller Dissoziationsmuster, in: EMDRIA-Rundbrief 2005
- Hantke, Lydia (2006): Vom Umgang mit Dissoziationen und Körpererinnerungen. In: Zobel, M. (Hg) Traumatherapie - eine Einführung, Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Herman, Judith L. (1993). Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München (neu aufgelegt Heidelberg 2004)
- Hesse, Peter U. (2000): Teilarbeit: Konzepte der Multiplizität in ausgewählten Bereichen moderner Psychotherapie. Heidelberg
- Huber, Michaela (2004): Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung. Teil 2. Paderborn
- Hüther, Gerald (2002): Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung. Göttingen, in: www.agsp.de, 12.10.2003
- Janet, Pierre (1889/1919): L'Automatisme Psychologique. Essai de Psychologie Expérimentale sur les Formes Inférieures de l'Activité Humaine. Paris
- Kelly George A. (1955): The psychology of personal constructs. Band I, II. Norton, New York
- Levine, Peter A. (1998) : Trauma-Heilung. Essen
- Lukas, Berit (2003): Das Gefühl, ein No-Body zu sein. Depersonalisation, Dissoziation und Trauma. Paderborn
- Nijenhuis, Ellert (2004a): Somatoforme Dissoziation, in: Eckhardt-Henn, Annette/Hoffmann, Sven O. (2004)(Hrsg.): Dissoziative Bewusstseinstörungen. Theorie, Symptomatik, Therapie. Stuttgart
- Nijenhuis, Ellert; van der Hart, Onno; Steele, Kathy (2004b): Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen, in: Reddemann, Luise; Hofmann, Arne; Gast, Ursula (2004): Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Stuttgart

Perry, Bruce D. (2001): The neurodevelopmental impact of violence in childhood, in: Schetky, D. H. / Benedek, E.B. (Eds)(2001): Textbook of child and adolescent forensic psychiatry. Washington S. 221-238.

Rothschild, Babette (2002): Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung. Essen

Scharfetter, Christian (1999): Dissoziation – Split – Fragmentation. Nachdenken über ein Modell. Bern

Schmidt Gunther (2004): Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten. Heidelberg

Schmidt Gunther (2005): Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung. Heidelberg

Schore, Allan (2001): The effect of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health, in: Infant Mental Health Journal 22, S. 7-66.

Seidler Günter H.; Laszig, Parfen; Micka, Ralph; Nolting, Björn V. (2003)(Hrsg.): Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Gießen

Van der Kolk, Bessel A.; McFarlane, Alexander C.; Weisaeth, Lars (2000)(Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Paderborn

Stern, Daniel (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart

von Schlippe, Arist; Schweitzer, Jochen (1996): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen

Watkins, John G.; Watkins, Helen (2003): Ego-States. Theorie und Therapie. Ein Handbuch. Heidelberg

Lydia Hantke, geb. 1960, Diplompsychologin und hypno-systemische Therapeutin mit dem Schwerpunkt Traumatherapie. Sie leitet das „institut berlin“ und ein Curriculum für Traumaberatung, ist Dozentin am „Institut für Traumatherapie“ und der Alice-Salomon-Fachhochschule in Berlin und koordiniert das Netzwerk TraumajourFixe Berlin, Kontakt: www.institut-berlin.de