

Trauma und Traumabehandlung:

Der Traumabegriff: Der Begriff des Traumas wird heute leider häufig stark inflationär und zu wenig stringent dafür angewendet, für was er wirklich reserviert bleiben sollte: Dabei sollte er nur für diejenigen Situationen und Ereignisse verwendet werden, aus denen eine Person weder fliehen noch gegen die Bedrohung kämpfen kann und die im Opfer das Gefühl von überwältigender Hilflosigkeit, Kontrollverlust und Todesangst erzeugen. Dabei ist es dann jedoch so, dass lediglich die *subjektive Bewertung* des erlittenen Ereignisses bestimmt, ob dieses durch das Opfer als traumatisch verarbeitet wird oder nicht. D.h. es mag einzelne Ereignisse geben, die je nach Person für dieses zum Trauma werden und für andere nicht. Traumatisch erlittene Gewalt lässt sich in physische, psychische sowie sexualisierte Gewalt unterteilen, psychische Gewalt im Einzelnen kann in Vernachlässigung des Opfers, Entwertungen, Beschimpfungen und Drohungen unterteilt werden.

Implizites und Explizites Gedächtnis: Aus der Forschung der modernen Neurobiologie wissen wir heute, dass grundsätzlich zwischen zwei unterschiedlichen Formen des Gedächtnis unterschieden werden muss: Zwischen dem sog. *Impliziten, prozeduralen oder auch als amygdaloiden bezeichneten* Gedächtnis, einer Art von Gefahrenmeldestelle sowie dem *expliziten oder hippocampalen* Gedächtnis, wobei letzteres als eine Art von Erinnerungsarchiv betrachtet werden kann. Im Falle nicht traumatischer Ereignisse gelangen die damit verbundenen Sinneseindrücke stets zuerst zur Überprüfung der ihnen inhärenten Gefahr in den sog. Mandelkern, die *Amygdala*, und die Erinnerungen an diese Ereignisse werden, sofern dieses Ereignis keine traumatische Qualität aufweist, dann in das sog. „*Seepferdchen*“ oder den *Hippocampus* des Temporalhirnlappens übergeführt. Dort einmal angelangt kann das entsprechende Ereignis für die Person als emotional nicht die Person übermässig belastend einerseits sowie andererseits als *narrativ biographisch*, d.h. zeitlich chronologisch und in einer Sprache ausdrückbar erinnert werden.

Kommt es dabei jedoch zu einer traumatischen Verarbeitung des entsprechenden erlebten Ereignisses, so gelingt die Überführung der damit verbundenen Erinnerung aus der Amygdala in den Hippocampus nicht und die traumatische Erinnerung bleibt im impliziten Gedächtnis der Amygdala fixiert. Dort nehmen die traumatischen Erinnerungen die Qualität von überflutend starken negativen Emotionen an. Die traumatische Erinnerung bleibt dort stecken und kann oft weder zeitlich chronologisch noch verbal erinnert werden, ist oft fragmentarisch, d.h. besteht nur aus einzelnen Erinnerungsfragmenten und / oder Körpererinnerungen. Diese Erinnerungen haben die Eigenheit, oft durch spezifische äussere sowie innere Reize ausgelöst ins Bewusstsein mittels plötzlichen äusserst unangenehmen einschliessenden Traumabilder oder Traumakörperempfindungen (Flashbacks oder Körperflashbacks) oder wiederkehrenden Alpträumen einzudringen und führen dann zu plötzlichem massivem Unwohlsein mit einschliessenden Angst- u./od. Wutgefühlen, Gefühlen der Ohnmacht und des Kontrollverlusts im Alltag bzw. einer Fragmentierung des Schlafes im Falle von Trauma bezogenen Alpträumen.

Die Moderne Traumatherapie verfolgt im Prinzip grob vereinfacht den Zweck, die Trauma bedingten Symptome in einer ersten Phase zu lindern und kontrollieren zu lernen sowie in einer zweiten Phase den nicht geglückten Transfer der traumatischen amygdaloiden Erinnerungen in das biographische narrative (= erzählende)

Gedächtnis des Hippocampus überzuführen sowie die unter traumatischen Bedingungen abgespaltenen, d.h. dissoziierten Persönlichkeitsanteile zu einer Gesamtpersönlichkeit zu integrieren.

Traumatische Dissoziation sowie das Konzept der Strukturellen Dissoziation

(nach Ellert Nijenhuis, Onno Van der Hart und Kathy Steele): Gelingt unter traumatischen Umständen weder die Möglichkeit aus der traumatischen Situation zu entfliehen noch den Täter zu bekämpfen, so bleibt dem Opfer oft nur die Möglichkeit, die das Trauma *erlebenden* Persönlichkeitsanteile abzuspalten, was wir in der Traumafachsprache als *dissoziieren bzw. Dissoziation* bezeichnen.

Dabei kommt es zu einer Art von inneren Flucht, welche die äussere als ausweglos erscheinende traumatische Situation erträglicher macht und es kommt zu einer Aufspaltung zwischen einer das Trauma nicht erlebenden emotional unbeteiligten und für das erlittene Trauma häufig auch keine Erinnerungen aufweisende Alltagsperson, welche wir in der Traumafachsprache als „*Anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil*“ (ANP) bezeichnen und der Bildung eines oder mehrerer das Trauma erlebenden hoch Emotionalen Persönlichkeitsanteile, die als sog. *Emotionale Persönlichkeitsanteile (EP)* bezeichnet werden. *(Dabei bin ich selbst mit dieser Bezeichnung alles andere als glücklich, da sie dem Opfer impliziert, es sei mit der Bildung von EP's verrückt, was selbstverständlich nicht der Wahrheit entspricht. Leider sind diese Bezeichnungen jedoch aus der modernen Psychotraumatologiefachsprache nicht mehr wegzudenken, weshalb sie hier ebenfalls so verwendet werden).*

Gemäss dieser Auffassung des Dissoziationsbegriffes werden auch Störungen wie etwa die Posttraumatische Belastungsstörung anders als in den heute gültigen Diagnosekatalogen primär zu den *Dissoziativen Störungen* gerechnet.

Kommt es im ungünstigen Falle zu einer ständigen Wiederholung kumulativer Traumen, so schreitet die strukturelle Persönlichkeitsaufspaltung fort und es kommt zur Aufspaltung der Emotionalen Persönlichkeitsanteile in mehrere EP's sowie im extremen Falle bei hochkomplexen dissoziativen Störungen wie der *Dissoziativen Identitätsstörung* (früher auch *Multiple Persönlichkeit* genannt) auch zur Aufspaltung der ANP in mehrere ANP's. Diese Aufspaltung dient dem Opfer dazu, die subjektiv nicht ertragbare Wucht der traumatischen Erinnerungen zu schubladisieren und aus dem Bewusstsein der Alltagsperson abzuspalten, was für das Opfer oft den einzigen Weg darstellte, das Trauma irgendwie zu überleben und zu ertragen. Ausserdem stellte es insbesondere dann oft den einzigen Ausweg dar, wenn der Übeltäter gleichzeitig auch die elterliche Bezugsperson war und das Opfer als Kind vom Peiniger als gleichzeitigem Ernährer und Versorger existenziell abhängig war und diesen deshalb nicht ablehnen kann. So wird das gute Bild des Peinigers oft nur durch die Aufspaltung der schrecklichen Erinnerungen zwischen ANP und EP's aufrechterhalten: Das gute Bild des Peinigers bleibt in der ANP erhalten und die traumatischen Erinnerungen an ihn werden in den dissoziierten EP's abgespeichert.

Diese strukturelle Dissoziation ist es, welche letztlich zu all den folgenden dissoziativen Symptomen sowie den verschiedenen Traumafolgeerkrankungen des Opfers führt. Dabei wird von einem erweiterten Verständnis des Begriffes der Dissoziation gemäss des Konzeptes der strukturellen Dissoziation ausgegangen und es werden darunter stets Symptome verstanden, die auf die (teilweise bestehende)

Abspaltung zwischen ANP und EP's zurückzuführen sind. Je nach Schwere der Traumafolgeerkrankung kommt es dabei zur Bildung folgender Symptome:

- Optischen und akustischen Flashbacks, Körperflashbacks, wiederkehrenden und auf die erlittenen Traumen bezogene Albträume (*Intrusionen*),
- einer ständig erhöhten inneren Anspannung (*Hyperarousal*) mit der Tendenz zu erhöhten Wutausbrüchen und vermehrter Schreckhaftigkeit,
- einer Phobie für die gedankliche Beschäftigung mit dem Traumamaterial (*Traumaphobie* der ANP für ihre EP's),
- dem Gefühl der emotionalen Betäubung (*Numbing*),
- Gefühl der Gefühl- und Schmerzlosigkeit einzelner Körperpartien unter starker innerer emotionaler Anspannung (*Anästhesie und Analgesie*),
- ständigen Schmerzen oder sonstige körperliche Missempfindungen,
- Angst, bis hin zu Panik und Todesangst,
- unkontrollierten Wutausbrüchen,
- häufige Suizidgedanken, Todessehnsucht, Gefühl der eigenen Wertlosigkeit , unverhältnismässige Selbstbeschuldigung sowie eine tiefgreifende Hoffnungslosigkeit und negative Zukunftserwartung,
- selbstverletzendem Verhalten wie sich schneiden, sich brennen, sich schlagen etc.
- substanzgebundenes süchtiges Verhalten,
- Fressattacken, aktives Erbrechen (bulimische Fressattacken),
- dem Gefühl neben sich zu stehen oder sich aus einer Distanz selbst zu beobachten bzw. sich selbst in der eigenen Person als verändert zu erleben (*Depersonalisation*),
- dem Gefühl, die Umgebung als stark verändert zu erleben (*Derealisation*),
- inneren Stimmen oder dem Eindringen von Gefühlen und Gedanken, welche im starkem Gegensatz zu denjenigen der Alltagspersönlichkeit stehen, aber dem Selbst als zugehörig erlebt werden (*Identitätsdiffusion*),
- Alltagsgedächtnislücken, die über die normale Vergesslichkeit hinausgehen sowie übermässig ausgeprägte Erinnerungslücken für grössere Teile der Vergangenheit (*Amnesien*),
- sowie im Extremfall und insbesondere bei der Dissoziativen Identitätsstörung es zu sog. *Switchs* kommt, womit der plötzliche Wechsel von einem Persönlichkeitsanteil zu einem anderen gemeint ist (*Identitätswechsel*). Es besteht dann i.d.R. eine Amnesie des einen Persönlichkeitsanteils für den anderen und umgekehrt. Damit

verbunden kann es zu sog. *Fugues* Erlebnissen kommen, bei denen das Opfer sich plötzlich wie aus einem Traum erwachend an einem anderen Ort befindet und eine Amnesie für den Weg bis dorthin aufweist.

Phasenorientierte Traumabehandlung: Diese leitet sich aus den theoretischen Überlegungen des französischen Psychiaters Pierre Janet (1859 bis 1947) ab und wurde später durch namhafte Forscher und Traumatherapeuten wie Frank Putnam, Ellert Nijenhuis, Onno van der Hart, Kathy Steele, Bessel Van der Kolk, die *Psychodynamische imaginative Traumatherapie* (PITT) von Ulrich Sachsse und Franz Luise Reddemann sowie die *Ego State Therapie* von John und Helen Watkins - um nur einige der wichtigsten Forscher und Traumatherapeuten zu nennen - weiterentwickelt.

Die von Dr. med. Thomas Moehlecke, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, angebotene Phasenorientierte Traumabehandlung beruht auf den gut abgestützten wissenschaftlichen Forschungsergebnissen der ob genannten Forscher und richtet sich nach den modernen Therapierichtlinien der deutschen Gesellschaft für Psychotraumatologie (www.degpt.de).

Dem Konzept liegt die Unterteilung der Traumabehandlung in folgende drei Phasen zugrunde:

1) Stabilisierungsphase

2) Traumabearbeitungsphase oder Traumasynthese

3) Traumaintegrationsphase

Dabei ist es grundsätzlich so, dass die obige Phasenorientierung der Behandlung oft *zirkulär* verläuft, d.h. nach einer erfolgreichen Traumabearbeitung es häufig notwendig wird, die Patientin wieder zu stabilisieren und nach einer Traumareintegration oft die Rückkehr zu weiteren Traumabearbeitungen etc. notwendig wird und das Dreiphasenmodell der Traumatherapie als lediglich grobe Richtlinie für die individuell gestaltete Behandlung zu betrachten gilt. .

Nach Aufbau einer durch Vertrauen geprägten therapeutischen Beziehung sowie umfassenden Diagnostik der zugrunde liegenden Art der Traumafolgeerkrankung wird mit der phasenorientierten Traumabehandlung begonnen, wobei alle Phasen der Traumabehandlung selbst richtig angewendet stark dazu beitragen, das Vertrauen in die Behandlung und den Therapeuten zu fördern.

In der ersten Phase der Stabilisierung erfolgt die Linderung der Traumafolgesymptome, unter welchen das Opfer leidet und sich diesen zu Beginn der Therapie i.d.R. hilflos ausgeliefert fühlt. Diese Phase ist stark *Ressourcen orientiert* und versucht bestehende innere Ressourcen des Opfers zu verstärken. Dabei werden verschiedene Techniken der *hilfreichen positiven Imagination* (wie etwa der innere sichere Ort, die Tresorübung, der innere Beobachter, die Bildschirm- und Videotechnik, die Helferkonferenz und viele mehr) vermittelt, welche dazu dienen, die notwendige Distanz zu denen das Opfer heimsuchenden Flashbacks sowie heftigen Trauma bedingten Emotionen zu schaffen, innere Ressourcen zu verstärken oder neu aufzubauen und die Traumasymptome zu lindern. Diese

Techniken sowie viele Therapieelemente der zweiten und dritten Therapiephase beruhen auf der Theorie der sog. *Psychodynamischen imaginativen Traumatherapie (PITT)* nach Franz Luise Reddemann.

Auch erfolgt in dieser ersten Phase die Erhebung aller bestehenden Alltagspersönlichkeitsanteile (ANP's) sowie aller Emotionalen Persönlichkeitsanteile (EP's), welche im Rahmen einer sog. *Inneren Landkarte* abgebildet werden. Im Rahmen dieser ersten Stabilisierungsphase wird eine zunehmende innere Allianz aller Persönlichkeitsanteile mit gegenseitiger innerer Hilfe, innerer Fürsorge und Unterstützung in der Bewältigung der Alltagsaufgaben, schrittweiser Aufgabe von selbstdestruktivem Verhalten wie etwa Selbstverletzungen, Substanz gebundenes Suchtverhalten, Fressattacken etc. mit Ersatz durch konstruktivere Problemlösestrategien sowie insbesondere dem Ausstieg aus heute allenfalls noch bestehenden Täterkontakten mit Aufbau einer äusseren und inneren Sicherheit angestrebt.

Je nach Schwere der entsprechenden Traumafolgeerkrankung umfasst diese erste Phase eine nur sehr kurze, bis hin zu bei komplexen dissoziativen Störungen oft jahrelanger und komplexer Stabilisierungsarbeit.

In der zweiten Phase der Traumabearbeitung oder Traumasynthese werden sofern eine genügende und umfassende vorgängige Stabilisierung der Gesamtpersönlichkeit erreicht werden konnte, mit dafür speziell ausgearbeiteten und schonenden Techniken wie der *Beobachertechnik*, der *Bildschirmtechnik*, der *BASK Technik* oder der *EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)* die entsprechenden Traumata aufgearbeitet und dabei der Transfer vom amygdaloiden Gedächtnis ins hippocampale Gedächtnis, welches eine Art von Erinnerungsarchiv darstellt, ermöglicht. Damit können dann Traumata ohne die vorher damit verbundenen heftigen und für das Opfer schädlichen Emotionen nach geglückter Traumasynthese in die Gesamtpersönlichkeit integriert werden.

Sowohl in der ersten Phase der Stabilisierung als auch insbesondere in der zweiten Phase der Traumabearbeitung kommt es dann zu einer deutlichen Abnahme der oben beschriebenen Traumasymptome sowie einer schrittweisen Integration abgespaltener, d.h. dissoziierter Persönlichkeitsanteile in die Gesamtpersönlichkeit.

Es wird an dieser Stelle jedoch ausdrücklich vor dem zu schnellen Beginn der zweiten Traumasynthesephase gewarnt! Ein zu schneller Beginn der Traumabearbeitung kann bei noch nicht genügender Stabilisierung zu einer massiven Verschlechterung aller bestehenden Traumasymptomen und damit zu einer durch die Therapie bedingten Krankheitsverschlechterung führen. Oft wird von Seiten des Opfers eine rasche Behandlung mittels EMDR zur Traumaaufarbeitung gewünscht, bei der die erste Phase der Stabilisierung zu wenig beachtet wurde. Eine Traumasynthese wie etwa mittels EMDR ist jedoch stets in einen *Therapiegesamtplan* eingebunden und setzt eine umfassende Stabilisierung zwingend voraus!

In der dritten Phase der Traumaintegration werden nachdem das entsprechende Trauma mittels der zweiten Phase bereits synthetisiert werden konnte, all diejenigen Gefühle nachbearbeitet, welche in Bezug auf die erlittenen Traumata noch nicht verarbeitet wurden, d.h. es wird eine Trauerarbeit oder die Verarbeitung noch

bestehender Wutgefühle über das, was niemals sein durfte bzw. dem Opfer angetan wurde, geleistet.

Erst mit dem erfolgreichen Bearbeiten der dritten Phase verschwinden die oben beschriebenen dissoziativen Traumasymptome ganz und es kommt zu einer vollständigen Integration der vorher voneinander abgespaltenen Persönlichkeitsanteile zu einer vollständig integrierten Gesamtpersönlichkeit.