

Vorwort

Die Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern, kurz I.B.T., ist eine Methode, die ich selbst in meiner praktischen Arbeit entwickelt habe. Ich bin von Grundberuf Diplompädagogin mit verschiedensten Erfahrungen im Bereich der Jugendhilfe und Schulsozialarbeit. Nach meiner Approbation zur Kinder- und Jugendpsychotherapeutin mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie bildete ich mich in verschiedensten Bereichen weiter. So besuchte ich die Seminare bei Karl-Heinz Brisch zur bindungsorientierten Psychotherapie, bildete mich in den Bereichen Entspannungsverfahren, Hypnotherapie, systemische Familienarbeit und Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie (PEP) nach Michael Bohne weiter. Ich erwarb die weitere Fachkunde in Tiefenpsychologie, kam schließlich in der speziellen Psychotraumatologie für Kinder und Jugendliche an, die mir von Thomas Hensel vermittelt wurde, und fand in dieser Arbeit mein Herz. Ich war fasziniert, wie schnell und effektiv das *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) wirkt. Ich hörte begeistert Ellert Nijenhuis Gedanken zur Enaktiven Traumatherapie zu. Ich interessierte mich für die Ideen von Peter Levine zum *Somatic Experiencing* und lauschte Stephen Porges und Bessel van der Kolk.

Mit dieser theoretischen und praktischen Grundlage bin ich nun in der psychotherapeutischen Arbeit in meiner niedergelassenen Praxis auf traumatisierte Säuglinge getroffen. Ich sah deren Leid und die Hilflosigkeit der Bezugspersonen und wusste, irgendetwas muss ich tun – so kann ich die Familie nicht gehen lassen. Ich folgte meiner Intuition und meinem reichen Wissensschatz und versuchte mich Schritt für Schritt in der Traumatherapie bei Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern. Ich las mich in Bereiche der Gehirnforschung ein, suchte Studien, Vorträge und Bücher über pränatale Psychologie, frühe Traumata und deren Folgen und interessierte mich auch dafür, wie andere Kolleg*innen¹ bereits therapeutisch mit dieser Altersgruppe arbeiten. Ich stellte Hypothesen auf, die sich teilweise bestätigten, teilweise wieder verworfen werden mussten. Ich tauschte mich mit verschiedenen Kolleg*innen aus den unterschiedlichsten Bereichen über meine Arbeit mit Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern aus. Über mehrere Jahre differenzierte sich diese Arbeit immer weiter aus. Verschiedenste Elemente und Kenntnisse aus den unterschiedlichsten therapeutischen Richtungen, die ich mir über die Jahrzehnte angeeignet hatte, prägten die-

1 An dieser Stelle möchte ich noch eine Bemerkung zum Sprachgebrauch vorwegnehmen. Ich verwende die Schreibweise mit dem sogenannten Gendersternchen und schließe dabei jegliches Geschlecht mit ein.

se Arbeit. Sie standen nicht im Widerspruch zueinander, sondern begannen, sich wunderbar zu ergänzen und ein Muster zu ergeben. Aus diesem Grund kann ich nicht sagen, dass ich rein verhaltenstherapeutisch mit den Säuglingen und deren Familien arbeite oder ausschließlich tiefenpsychologisch oder nach irgendeiner Reinform der spezifischen Methoden der Psychotraumatologie. Die I.B.T.-Methode ist ein integrativer Ansatz und beinhaltet die verschiedensten Aspekte aus unterschiedlichen therapeutischen Richtungen, die sich über viele Jahre entwickelt und bewährt haben. Therapeut*innen mit den unterschiedlichsten Schwerpunkten werden ihnen bekannte Elemente, aber auch neue Aspekte der Traumatherapie bei Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern entdecken können. Ursprünglich war diese Arbeit für die Traumatherapie von Säuglingen und Kleinkindern konzipiert. Mittlerweile wende ich sie aber auch leicht angepasst erfolgreich bei älteren Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen an.

Im Folgenden werde ich, nach einer Einführung in die psychotraumatologischen Grundlagen und Erkenntnisse der Gehirnforschung, der pränatalen Psychologie und der Entstehung und Folgen früher Traumata, die drei Phasen der I.B.T.-Methode vorstellen. Die drei Phasen der I.B.T.-Methode folgen aufeinander und bedingen sich gegenseitig. Es hat sich als ungünstig erwiesen, mit Phase 3 zu beginnen und später Phase 1 und 2 nachzuholen. Auch wenn der therapeutische Handlungsdruck manchmal noch so hoch ist, ist es aus meiner Erfahrung nicht hilfreich, direkt mit Phase 3 zu beginnen. Entschleunigtes, reflektiertes und sich an den drei Phasen orientiertes Arbeiten hat sich in der I.B.T.-Methode über Jahre hinweg bewährt und soll den Therapeut*innen bei ihrer traumatherapeutischen Arbeit mit Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern Hilfestellung und Orientierung geben.

Dass in den aufgeführten Fallbeispielen als Hauptbezugsperson in der Regel von den Müttern gesprochen wird, soll bitte ebenfalls nicht als Diskriminierung der ebenso bedeutsamen Väter gesehen werden. Leider ist es in der Praxis so, dass in der Regel die Mütter Therapien für ihre Kinder organisieren und diese auch begleiten. Väter in den therapeutischen Prozess, gerade im Bereich der Traumatherapie, miteinzubeziehen, ist eindeutig erwünscht und wird auch als notwendig betrachtet. Dennoch erweist sich dies in der Praxis häufig aus verschiedenen Gründen als sehr schwierig – was uns als Therapeut*innen jedoch nicht daran hindern sollte, die Väter immer wieder in die Pflicht zu nehmen und in den therapeutischen Prozess einzuladen.

1 Einführung in die Psychotraumatologie

Die Beschäftigung des Menschen mit der Entstehung, dem Umgang und der Bewältigung von belastenden, einschneidenden, besonders auch von traumatischen Lebensereignissen ist seit jeher Inhalt von Mythen, Märchen und Sagen. Diese handeln oft von verstoßenen Kindern aufgrund großer Armut, wie bei Hänsel und Gretel, frühem Mutterverlust, bösen Stiefmüttern, Vernachlässigung und Ausbeutung, wie zum Beispiel bei Aschenputtel oder auch Dornröschen. Die Liste von traumatischen Geschichten aus vergangenen Zeiten könnte noch endlos fortgesetzt werden. Sie wurden weitergetragen über Generationen, um zu erinnern, vorzuwarnen, aber auch um Bewältigungs- und Integrationsmöglichkeiten aufzuzeigen. Sie sollten neben dem warnenden, furchteinflößenden Aspekt auch Hoffnung und Zuversicht vermitteln.

Sehr lange Zeit fand die Beschäftigung mit Traumata ausschließlich in diesem Rahmen statt. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit belastenden, traumatischen Lebenssituationen und deren Folgen begann dagegen erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. In Europa war die Industrialisierung in vollem Gange und damit kam es zu grundlegenden Veränderungen im alltäglichen Leben der Menschen. Das Leben wurde »schneller« und aus Sicht der Bevölkerung – neben allen Vorteilen – auch bedrohlicher. So verunsicherte der Ausbau der Eisenbahn viele Menschen. Die Geschwindigkeit der Fortbewegung wurde als bedrohlich empfunden, Eisenbahnunglücke als besonders drastisch und lebensbedrohlich erlebt. Hermann Oppenheim, ein deutscher Neurologe, prägte in dieser Zeit den Begriff der »traumatischen Neurose«. Er versuchte sich die Symptome nach schweren Unfällen, Unglücken, aber auch Kriegserleben auf der neuronalen Ebene als Folge von Rückenmarksverletzungen und Gehirnerschütterungen zu erklären. Die Annahme, dass aber auch psychische Probleme unmittelbar auf traumatische Erlebnisse, wie zum Beispiel Kriegserlebnisse, zurückzuführen sind, machte ihn in dieser Zeit zu einem absoluten Außenseiter in der deutschen Psychiatrie. In Frankreich leisteten Jean-Martin Charcot 1867 und Pierre Janet 1889 Pionierarbeit in der Betrachtung der Hysterie als Traumafolge und der Entwicklung eines Erklärungskonzepts für Gedächtnisstörungen (Dissoziation) bei traumatisierten Menschen. Dieser Leistung wurde aber sehr lange kaum Beachtung geschenkt. Sigmund Freud beschäftigte sich 1896 in Wien im Rahmen seiner Studien zur Hysterie mit dem Zusammenhang zwischen sexuellem Kindesmissbrauch und den hysterischen Symptomen seiner Patientinnen. Die Folge war, dass er daraufhin von den Wiener Fachgesellschaften geächtet und damit zum Widerruf gezwungen wurde. Die Opfer von Missbrauch verschwanden erneut aus dem Fokus der Wissenschaft. Es kam sogar so weit, dass der Psychoanalytiker

Karl Abraham um die Jahrhundertwende schrieb, dass das Erleiden eines sexuellen Übergriffs vom Unbewussten des Kindes gewollt sei. Die Opfer wurden damit zu Tätern.

Während des Ersten Weltkrieges mit seinen Stellungskriegen und dem Einsatz von Giftgas wurden die Folgen der traumatischen Ereignisse bei den zurückkehrenden Soldaten zunehmend offensichtlich. Sie zitterten, hatten ungewollt auftretende schreckliche Erinnerungen und Bilder (Flashbacks), befanden sich immer wieder wie in einer anderen Welt (Dissoziation), waren schreckhaft, schliefen kaum und verhielten sich insgesamt nicht mehr wie die Männer, die sie waren, bevor sie in den Krieg zogen. In der Bevölkerung und auch bei vielen Medizinern fand sich hierfür wenig Verständnis. Sie wurden als Rentenerschleicher, als Nichtsnutze, die sich vor der Arbeit drücken wollten, oder minderwertige Personen betrachtet.

Auch der Zweite Weltkrieg änderte in Deutschland erst einmal nichts. Es bestand die gängige Meinung, dass ein konstitutionell gesunder Mensch jede Belastung ertragen könne. In der Kindererziehung wurde propagiert, dass man Kinder nicht verweichlichen solle, schreien wäre gut für die Lunge und körperliche Züchtigung habe noch nie geschadet. In Übersee wurde dies anders gesehen. In den USA wurde ein Zusammenhang zwischen den psychischen Belastungssymptomen der zurückkehrenden Soldaten und deren Kriegserlebnissen hergestellt.

Am Ende des Zweiten Weltkrieges und in den Jahren danach wurden Zusammenhänge zwischen den sich sehr ähnelnden Symptomen von Holocaustüberlebenden und den Opfern von Hiroshima, nach dem ersten Abwurf einer Atom bombe in Japan, gesehen. Wie konnte es sein, dass Menschen ähnliche Symptome aufweisen, obwohl sie völlig unterschiedliche psychisch und körperlich belastende Dinge erlebt haben? Was haben sie gemeinsam? Die Antwort lag auf der Hand: Extreme, stressverursachende, subjektiv als lebensbedrohlich empfundene Ereignisse, für die keinerlei Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen, lösen bei den Betroffenen im Nachgang heftige, den Alltag beeinträchtigende, zum Teil wesensveränderte Symptome hervor, die nicht auf körperliche Ursachen zurückzuführen sind. Diese Erkenntnis war der Durchbruch der Psychotraumatologie. Sowohl die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als auch die dissoziative Identitätsstörung wurden als behandlungswürdige Erkrankungen anerkannt.

Andere Länder folgten dieser Auffassung – nur Deutschland zeigte sich nach wie vor skeptisch. Zu schwer wog die jahrzehntelang weitergegebene Haltung, dass ein konstitutionell gesunder Mensch alles ertragen und bewältigen könne. Erst 1998 mit dem Unglück von Eschede erfolgte auch in Deutschland endgültig ein Umdenken. Mediziner*innen und Therapeut*innen begannen damit, sich intensiv und ernsthaft mit der Entstehung und Behandlung von Traumata auseinanderzusetzen. Doch der Weg ist lang und dauert noch immer an.

Als ich zu Beginn der 2000er Jahre meine Ausbildung zur Verhaltenstherapeutin absolvierte, nahm das Thema Trauma und PTBS nur einen Tag in meiner gesamten dreijährigen Ausbildung ein. Danach wusste ich darüber nicht besonders mehr als zuvor. Um diese Wissenslücke zu schließen, machte ich mich auf den

Weg. Ich approbierte mich weiter tiefenpsychologisch, beschäftigte mich mit Bindungstheorien und Bindungstraumata und landete schließlich bei der Ausbildung zur speziellen Psychotraumatologie für Kinder und Jugendliche. Endlich ergab der lange Weg einen Sinn: Der Kreis begann sich zu schließen, und vieles, was ich vorher nicht verstanden hatte, was mich überaus hilflos, wütend und verzweifelt zurückließ, konnte ich plötzlich begreifen. Ich wurde handlungsfähig, meine Handlungskompetenzen erweiterten sich und tun dies, vor allem dank meiner Patient*innen, bis heute.

In der Psychotherapieausbildung verhält es sich heute zum Glück anders. Das Thema Trauma und PTBS nimmt deutlich mehr Raum in der theoretischen und praktischen Ausbildung ein. Aber dennoch besteht dringend weiterer Entwicklungsbedarf. Dass Menschen Situationen ausgesetzt werden, die ihre Bewältigungs- und Verarbeitungsmöglichkeiten bei weitem übersteigen, und sie reaktiv Strategien (Symptome) entwickeln, um damit irgendwie zu überleben und zurechtzukommen, ist in den Köpfen angekommen. Ebenfalls ist das Wissen vorhanden, wie eine Behandlung bei Erwachsenen und Jugendlichen aussehen kann. Behandlungsmöglichkeiten bei Kindern über fünf Jahre gibt es ebenfalls. Was ist aber mit den Kindern unter fünf Jahren? Kann man mit diesen »eben nichts machen«? Ist das tatsächlich so? Stehen bei traumatisierten Kindern »nur« die Eltern in der Verantwortung? Was ist, wenn die Eltern gar nicht da sind oder selbst im Trauma »hängen«? Können die Kleinen überhaupt traumatisiert werden? Und wenn ja, ab wann? Ist es nicht so, dass Kinder eines gewissen Alters alles wieder vergessen?

Fragen über Fragen, die mir bis heute in meiner Arbeit mit I.B.T. immer wieder kritisch gestellt werden. Ich bin dankbar für diese Fragen, da sie mich dazu anhalten, genauer hinzuschauen, Dinge zu hinterfragen und anders zu beleuchten. Heute arbeite ich schwerpunktmäßig mit Kindern von Geburt bis etwa fünf Jahre, die allesamt eine schwere Lebensgeschichte haben, die Dinge erlebt haben, denen sie mit ihren Handlungskompetenzen noch nicht gewachsen waren und die daher dysfunktionale Überlebensstrategien entwickeln mussten. Immer wieder kommen auch Jugendliche und Erwachsene mit sehr frühen Traumata und häufig einer stark ausgeprägten körperlichen Symptomatik in meine Praxis. Auch mit diesen lässt sich sehr gut mit der I.B.T.-Methode arbeiten. Im vorliegenden Buch soll es aber hauptsächlich um die Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern gehen.

1.1 Allgemeine Grundlagen zur Entstehung von Traumata

Bevor ich mich spezifisch den Besonderheiten von Traumata bei Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern zuwende, möchte ich noch einen Überblick

über psychische Traumata im Allgemeinen und den Grundlagen der Bindungstheorie geben.

Von einem traumatischen Ereignis sprechen wir im Allgemeinen bei Ereignissen wie schweren Unfällen, sexuellen, körperlichen und/ oder psychischen Gewalterlebnissen, Großschadensereignissen, Naturkatastrophen, schweren Erkrankungen, aber auch schweren Vernachlässigung- und Verlusterlebnissen. Diese Ereignisse sollen nach den gängigen Klassifikationssystemen wie ICD-10 oder DSM-V sowohl objektiv als außergewöhnliche Belastung mit lebensbedrohlichem Charakter, als auch subjektiv mit starken negativen emotionalen Empfinden verbunden sein. Traumatische Ereignisse übersteigen die psychischen Bewältigungsmöglichkeiten des Betroffenen, wodurch ein angemessener gehirnphysiologischer Verarbeitungsprozess verhindert wird. In Reaktion entstehen verschiedene Symptome auf seelischer und körperlicher Ebene, die in den folgenden Kapiteln erläutert werden sollen.

Zu Beginn ein Blick auf gehirnphysiologische Prozesse während traumatischer Ereignisse:

Wir unterscheiden generell zwischen zwei Gedächtnibereichen: dem expliziten, erinnerbaren und erzählbaren sowie dem impliziten, vorbewussten und gefühlten Gedächtnis.

Das explizite/deklarative Gedächtnis lässt sich vor allem im präfrontalen und temporalen Cortex und im Hippocampus lokalisieren. Alles, was bewusst gedacht, erinnert und mit emotionaler Distanz erzählt werden kann, ist in diesen Bereichen abgespeichert. Diese Erinnerungen sind zeitlich und örtlich strukturiert sowie autobiografisch zugeordnet. Bewusste explizite Erinnerungen sind etwa ab dem vierten Lebensjahr möglich, da der Hippocampus bzw. dessen Myelinisierung vorher nicht ausreichend ausgereift ist. Dennoch verfügt ein kleiner Teil der Menschheit über Erinnerungen, die zeitlich deutlich früher stattgefunden haben, z.B. Ereignisse während der Geburt.

Das implizite/non-deklarative Gedächtnis umfasst vor allem das limbische System mit der Amygdala, den Basalganglien und auch dem Kleinhirn. Diese Erinnerungen sind unbewusst und ohne zeitlich-räumliche Zuordnung. Sie beinhalten die im Nervensystem abgespeicherten Erinnerungen des Körperedächtnisses. Die Inhalte können in der Regel nicht sprachlich wiedergegeben werden, sondern zeigen sich in (hoch-)emotionalen und körperlichen Zuständen. Erfahrungen vor dem vierten Lebensjahr (ab dem Zeitpunkt der Zeugung) werden in erster Linie als implizite Erinnerungen abgespeichert.

Des Weiteren unterscheiden wir drei große Hirnbereiche, die hier kurz dargestellt werden sollen:

- Die Großhirnrinde ist die oberste, Entwicklungsgeschichtlich jüngste Region und entscheidend für bewusste und willkürliche Prozesse sowie die Impulskontrolle.
- Die mittlere subkortikale Ebene, das limbische System, ist vorbewusst und für die Emotionen zuständig. Dieser Bereich ist vor allem bei der Entstehung von Traumata von großer Bedeutung.

- Die untere subkortikale Ebene umfasst den Hirnstamm mit den vegetativen Zentren sowie der Steuerung der vitalen Funktionen wie Atmung, Blutdruck und Temperatur. Dieser Gehirnbereich ist nicht bewusst kontrollierbar.

Für die Aufnahme und das Abrufen von Informationen sind folgende Gehirnbereiche wesentlich:

- Der Thalamus, auch »Pförtner« genannt, ist die Schaltstelle mit Filterfunktion für alle eintreffenden sensorischen Sinneseindrücken.
- Der Hippocampus, aufgrund seiner Form auch »Seepferdchen« genannt, ist zuständig für die räumliche und zeitliche Einordnung der semantisch verfügbaren Erinnerungen und die Voraussetzung für ihre Überführung in das deklarativ-explizite Gedächtnis, kurz: in das Langzeitgedächtnis.
- Die Amygdala, auch »Mandekern« genannt, ist entwicklungsgeschichtlich älter und gehört zum limbischen System. Als »Feuerwehr« des Gehirns beurteilt sie die emotionale Wichtigkeit oder Bedrohlichkeit einer Information und kann in einer sehr schnellen Schaltung Angst, Flucht- oder Kampfbereitschaft mobilisieren. In diesem Bereich werden aufgrund der emotionalen Bewertungen auch Handlungsimpulse ausgelöst.
- Der Hypothalamus gibt auf Grund von Impulsen aus der Amygdala hormonelle Botenstoffe frei, die wiederum weitere Abläufe im Körper weitreichend beeinflussen.
- Das Broca-Zentrum wird auch Sprachzentrum genannt und ist für die Abspeicherung von Erinnerungen in Worten zuständig.
- Der präfrontale Cortex ist entwicklungsgeschichtlich der jüngste Teil des Gehirns. Er ist zuständig für die Integration der Informationen auf höherer kortikaler und damit bewusster Ebene. Er ist des Weiteren zuständig für die Planung zukünftiger Handlungen, die Aufmerksamkeitsfokussierung und kann in Form der Impulskontrolle regulierend auf die Amygdala im limbischen System einwirken.

Sehr vereinfacht lassen sich gehirnphysiologische Vorgänge in traumatischen Hochstresssituationen wie folgt vorstellen:

Die Informationen gelangen über den Thalamus in das Gehirn. Dort wird eine ungenaue, grobe Auflösung des Erlebten innerhalb von Millisekunden an die Amygdala weitergeleitet, die zuerst die Bedrohung des Erlebten einschätzt. Eine sehr genaue und gute Auflösung des Erlebten gelangt eine Sekunde später an den präfrontalen Cortex, der die Informationen mit dem Langzeitgedächtnis abgleicht und Impulse aus dem limbischen System stoppen oder auch verstärken kann. Aufgrund dieses Phänomens wissen wir, dass wir Gefühle empfinden, *bevor* wir wissen, dass wir diese Gefühle haben. Auch unsere Handlungsimpulse kommen aus dem limbischen System und sind zunächst einmal keine bewussten Entscheidungen. Das Bewusstsein, zu dem auch die Aktivitäten des präfrontalen Cortex beitragen, hat lediglich die Möglichkeit (nach einer Sekunde) die Handlungsimpulse des limbischen Systems zu unterdrücken oder zu verstärken. Diese Erkenntnis ist im weiteren Verlauf von sehr großer Bedeutung, da sie erklärt, wa-

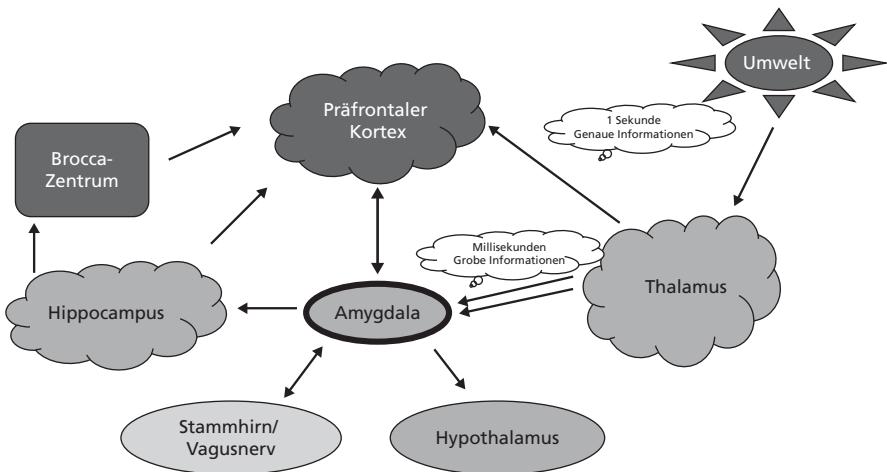


Abb. 1.1: Vereinfachte Darstellung von gehirnphysiologischen Prozessen vor traumatischer Belastung

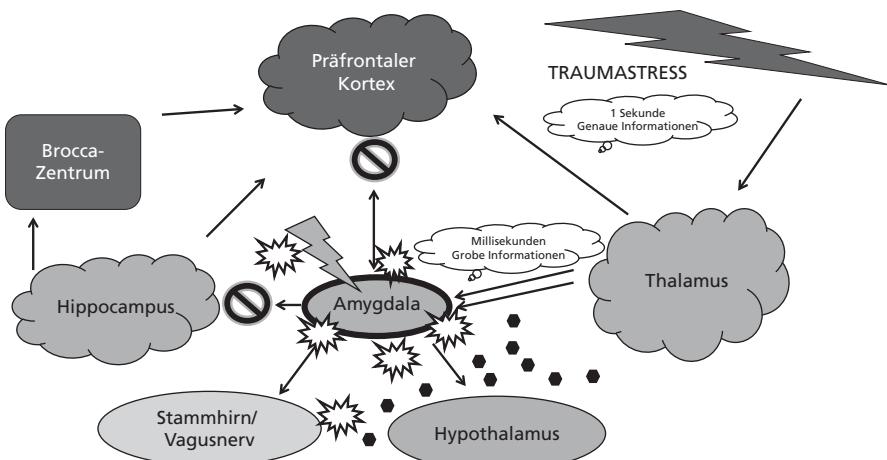


Abb. 1.2: Vereinfachte Darstellung von gehirnphysiologischen Prozessen nach traumatischer Belastung

rum traumatisierte Menschen im aktivierten Traumazustand häufig impulshaftes Verhalten zeigen bzw. sich so unglaublich schwertun, ihre Impulse zu unterdrücken.

Wird eine Erfahrung von der Amygdala als bedrohlich eingeschätzt, lässt diese über den Hypothalamus Stresshormone ausschütten, die bewirken, dass eine Art Mauer zwischen der Amygdala und dem Hippocampus entsteht. Die Sinnhaftigkeit dieser Mauer ist, dass im autonomen Nervensystem der Sympathikus angeregt und der Körper damit in eine erhöhte Mobilitätsbereitschaft, für den Kampf

oder die Flucht, versetzt wird. Handelt es sich nur *um ein wenig Stress*, ist die Mauer lediglich »knie- oder hüfthoch«, bei subjektiv lebensbedrohlichem Stress reicht sie hingegen »bis zur Decke«. Das Bewusstsein bzw. der präfrontale Cortex ist daher bei lebensbedrohlichem Stress überhaupt nicht mehr, bei weniger Stress nur noch eingeschränkt in der Lage, regulierend auf die Amygdala sowie das gesamte limbische System einzuwirken.

Wenn die vorhandenen Bewältigungsstrategien bei lebensbedrohlichem Stress nicht mehr zum Kämpfen und Fliehen ausreichen, schaltet der Körper in die letzte Möglichkeit, um zu überleben, in einen Schock-Zustand. Dieser Zustand wird häufig auch Totstellreflex oder auch Dissoziation genannt. Bei Dissoziation in Stresssituationen werden im Nervensystem die evolutionär sehr alten Nervenbahnen des dorsalen Vagus (siehe weiter unten) genutzt. Bei der Nutzung dieser Nervenbahnen werden neben den Hormonen Serotonin und Oxytocin auch Opioide zur Vorbereitung auf einen eventuell bevorstehenden, damit schmerzfreien Tod ausgeschüttet. Die Erfahrung, die diesen Zustand ausgelöst hat, stößt, um die Metapher des vorigen Abschnitts fortzuführen, »an die Mauer« und zerbricht im Moment der Dissoziation in einzelne Puzzleteile. Die Erfahrung fragmentiert und kann fortan nicht mehr ganzheitlich als Erinnerung im Langzeitgedächtnis abgespeichert werden. Sie bleibt im fragmentierten Zustand so lange gehirnphysiologisch aktiv, bis sie durch traumaintegrative Verfahren zusammengesetzt und dadurch als bekannte Erinnerung im Langzeitgedächtnis als Erfahrung abgelegt wird. Des Weiteren bleibt die fragmentierte Erfahrung emotional in dem Alterszustand bestehen, in dem sie entstanden ist. Der betroffene Mensch kann bei Aktivierung fragmentierter Erinnerungsteile nicht unterscheiden, ob diese Erinnerung alt oder aktuell ist, für ihn ist es dann so, als ob das Ereignis *jetzt* erneut passiert. Gleichzeitig befindet er sich emotional in dem Alter, in dem die Erfahrung ursprünglich fragmentiert ist – er befindet sich in einem sogenannten Traumanetzwerk und hat dadurch auch nur auf diejenigen Ressourcen und Bewältigungsstrategien Zugriff, die ihm auch im jeweiligen Alter der erfolgten Traumatisierung zur Verfügung standen. Seitdem neu erlernte Strategien, Sichtweisen und Ressourcen sind im aktuellen Moment nicht abrufbar.

Die Aktivierung dieser fragmentierten Erfahrungen (Flashbacks) geschieht durch sogenannte Trigger. Trigger sind Eindrücke, die einem dieser vielen Puzzleteilen gleichen und das Erinnerungspuzzle damit aktiviert. Bei Aktivierung eines Puzzleteils bekommt die Amygdala ein entsprechendes Signal und sie hat den Eindruck, dass *jetzt* im Moment wieder dieselbe Gefahr droht wie damals als das fragmentierte Puzzleteil entstanden ist. Sie veranlasst den Hypothalamus, erneut Stresshormone auszuschütten, und hält durch den angehäuften und zunehmend wachsenden Stresshormongehalt die Mauer zwischen Amygdala und Hippocampus aufrecht bzw. erhöht sie zunehmend. Damit verstärkt sich auch das persönliche innere Stresserleben und es kommt zu einer Retraumatisierung. Die Amygdala kann nicht unterscheiden, ob diese Gefahr tatsächlich aktuell und akut ist oder ob es sich um ein altes Puzzleteil und damit um einen Fehlalarm handelt. Für die Amygdala ist es immer *jetzt*, da sie durch die Mauer vom Hippocampus, der für das Zeitgefühl zuständig ist, abgespalten ist. Das aktivierte Puzzleteil versetzt die Amygdala in einen Alarmzustand, der sich für den betroffenen

Menschen genauso wie in der damaligen Bedrohungssituation anfühlt. Der Mensch fühlt, nimmt die Umwelt wahr und handelt wie in der damaligen Gefahrensituation. Für seine Mitmenschen in seinem sozialen Umfeld wirkt der traumatisierte Betroffene nun *seltsam*. Er verhält sich plötzlich weder situations- noch altersgemäß, da er sich – aufgrund des Fehlalarms – in alten Traumanetzwerken befindet und aus diesen heraus absolut angemessen handelt. Für den traumatisierten Betroffenen selbst sind sein Verhalten und seine Sichtweise in diesem Moment absolut logisch. Er befindet sich emotional in einer realen Gefahrensituation. Zeitweise kann dies dazu führen, dass er den Realitätsbezug teilweise, manchmal sogar völlig verliert und sich vollständig im Traumaerleben befindet (Flashback). Bei besonders großen inneren Stress- bzw. Bedrohungssituationen kann es für den traumatisierten Betroffenen zu einem dissoziativen Zustand, dem Totstellreflex kommen, in dem er *einfriert*, in eine Schockstarre oder in eine Art Ohnmachtszustand verfällt. In diesen Momenten nutzt er wie schon beim ursprünglichen Traumaereignis die Nervenbahnen des dorsalen Vagusnervs. Für die Mitmenschen, die sich im Hier und Jetzt befinden, wirkt der angetriggerte Betroffene seltsam, manchmal auch sehr bedrohlich. Auf der emotionalen Ebene wirkt der Betroffene für seine Mitmenschen häufig jünger, da er sich emotional in dem Alter befindet, in dem das fragmentierte, angetriggerte Puzzleteil entstanden ist. Diagnostisch gesehen erhalten wir damit Hinweise, dass sich der Betroffene in einem Traumanetzwerk befindet und wann dieses in etwa entstanden ist.

Trigger können sehr vielfältiger Natur sein. Trigger können von außen in Form von ähnlichen Situationen wie der Traumasituation kommen – es kann sich beispielsweise generell um ähnliche Geräusche, Gerüche oder andere Sinneswahrnehmungen handeln. Trigger können aber auch von innen kommen. Diese Trigger zeigen sich in ähnlichen Gefühlszuständen wie in der Traumasituation, wie zum Beispiel in demselben Gefühl der Schutz- und Hilflosigkeit – unter Umständen durch eine völlig andere Situation ausgelöst –, oder auch in Körperzuständen, wie z.B. einem flauen Gefühl im Magen oder körperlichen Schmerzen. Die inneren Trigger sind für die Mitmenschen besonders schwer zu erkennen und damit auch kaum als Trigger zu identifizieren. Auch den traumatisierten Betroffenen sind die Trigger meist gar nicht bewusst, da das limbische System deutlich vor dem Bewusstsein reagiert und entsprechende Notfallmaßnahmen ergreift. Im Rahmen traumaspezifischer Begleitung (Traumapädagogik, Traumafachberatung und/oder Traumatherapie) müssen die Trigger häufig über Achtsamkeitsübungen und Triggerdiskrimination Stück für Stück identifiziert, eingeordnet sowie ihre Vorzeichen eruiert werden. Bei den betroffenen Säuglingen und Kleinkindern gleicht diese Arbeit einer Detektivarbeit mit vielen Hypothesen, die aufgestellt, überprüft und teilweise wieder verworfen werden müssen, da sich die Kleinsten verbal weniger gut mitteilen können.

Wie beschrieben führt jedes Triggern dazu, dass die Mauer zwischen Amygdala und präfrontalem Cortex bestehen bleibt und sich Stresshormone zunehmend anhäufen. Der präfrontale Cortex hat in diesem Moment wenig bis keinen regulierenden Einfluss mehr auf das limbische System, da sich dieses in einem zu starken Erregungszustand befindet. Es benötigt häufig sehr starke äußere Reize,