

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 über Generationen weitergetragen, 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, schiefen 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 Kriegererlebnissen 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 Atombombe in Japan gesehen. Wie konnte es sein, dass Menschen ähnliche Symptome aufwiesen, obwohl sie völlig unterschiedliche psychisch und körperlich belastende Dinge erlebt hatten? Was hatten 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 wesensverändernde 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 viel 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. Die Themen Trauma und PTBS nehmen 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 die 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 Vernachlässigungs- 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 Empfindungen verbunden sein. Traumatische Ereignisse übersteigen die psychischen Bewältigungsmöglichkeiten des Betroffenen, wodurch ein angemessener geirnhysiologischer 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 geirnhysiologische Prozesse während traumatischer Ereignisse:

Wir unterscheiden generell zwischen zwei Gedächtnisbereichen: 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 Körpergedächtnisses. 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. Vor allem bei der Entstehung von Traumata ist dieser Bereich 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 »Pfortner« genannt, ist die Schaltstelle mit Filterfunktion für alle eintreffenden sensorischen Sinneseindrücke.
- 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 »Mandelkern« 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 setzt 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, warum 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

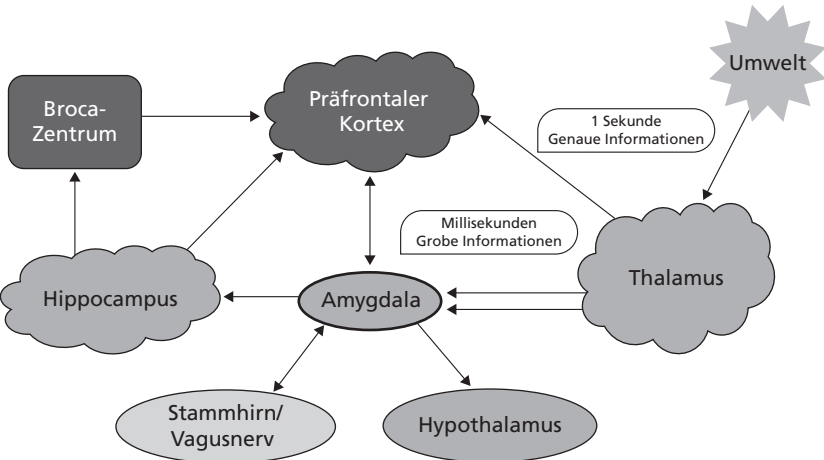


Abb. 1.1: Vereinfachte Darstellung von gehirnphysiologischen Prozessen vor traumatischer Belastung

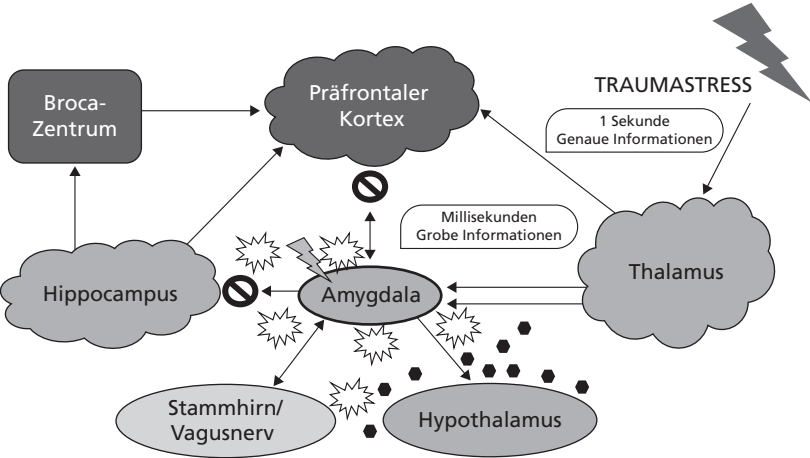


Abb. 1.2: Vereinfachte Darstellung von gehirnphysiologischen Prozessen nach traumatischer Belastung

»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 Schockzustand. 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 Puzzleteile gleichen und das Erinnerungspuzzle damit aktivieren. 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 die 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, um diese Zustände zu unterbrechen. Aufgrund dieses Phänomens lassen sich gut der erhöhte Cortisolgehalt im Speichel und im Blut, die erhöhte innere Unruhe (Hyperarousal), die überhöhte Wachsamkeit (Hypervigilanz), die Konzentrationsschwierigkeiten, die Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, die Impulsdurchbrüche, die Regulationschwierigkeiten, die erhöhte Schreckhaftigkeit sowie die Flashbacks und dissoziativen Phänomene erklären.

Im weiteren Verlauf entwickeln die Betroffenen sehr häufig ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten – innerlich in Bezug auf die belastenden Gefühle (Numbing), aber auch äußerlich in Bezug auf bestimmte Triggersituationen –, um eine erneute Aktivierung einzelner Puzzleteile zu verhindern. Die ausgeprägten Vermeidungsreaktionen entwickeln sich im Laufe der Zeit zu sogenannten Überlebensstrategien. Die Überlebensstrategien sollen bereits präventiv verhindern, dass es jemals erneut zu einer solch bedrohlichen Situation kommen kann. Bereits bei den

kleinsten subjektiv wahrgenommenen Gefahrenanzeichen werden diese Strategien aktiviert und angewendet. Sie werden in der Fachwelt häufig als pathologische Symptome mit Krankheitswert in Form von verschiedensten symptombeschreibenden Diagnosen dargestellt. Für den Betroffenen selbst haben diese Verhaltensweisen einen guten Grund und dienen dem Überleben. Obwohl diese Verhaltensweisen mittel- und langfristig zu Schwierigkeiten mit den Mitmenschen und/oder gesundheitlichen Problemen führen, können die Betroffenen diese doch nicht einfach ablegen, sie sich nicht mit Verstärkerplänen oder Bestrafungen abtrainieren und/oder durch Medikamente konsequent unterdrücken. Eine Veränderung der Symptome lässt sich durch gute traumaspezifische Stabilisierung und Traumaintegration, nicht aber durch Druck und reflexhafte Reaktionen der Mitmenschen erreichen.

Reagiert das soziale Umfeld des getriggerten Betroffenen reflexhaft mit Unverständnis, d. h. mit Aussagen wie: »Du hast überhaupt keinen Grund, so zu empfinden und Dich so zu verhalten!«, gelangt diese Information zwar eventuell an den präfrontalen Cortex, das limbische System jedoch bleibt bei seinem Standpunkt, dass die von ihm ausgelöste Emotion mit den entsprechenden Handlungsimpulsen angemessen ist. Diese Diskrepanz zwischen präfrontalem Cortex und limbischem System führt in diesem Fall nicht zu einer Beruhigung des limbischen Systems, sondern im Gegenteil zu noch mehr Stress.

Reagiert das Umfeld jedoch reflektiert und mit Verständnis im Sinne von »Ich sehe, dass Du dieses Gefühl hast und Dein Verhalten hat aus Deiner Sicht einen guten Grund – was würde Dir jetzt helfen, mit diesem Gefühl anders umzugehen?«, kommt es im limbischen System zu einer Beruhigung und im Optimalfall kann dann gemeinsam mit dem präfrontalen Cortex nach Bewältigungsstrategien gesucht und diese umgesetzt werden.

Zusammengefasst kann man also sagen, dass Menschen, die sich im Traumawiedererleben befinden, sich in dem Alter fühlen und entsprechend auch so verhalten, in dem das traumatische Erleben fragmentiert ist, d. h. das Trauma entstanden ist. Ihre Gefühle und ihr Verhalten haben aus ihrer subjektiven Sicht einen guten Grund: Sie dienen dem Überleben. Dass andere Menschen dies oft nicht nachvollziehen können, ist den Betroffenen in ihrer aktuellen Situation nicht bewusst. Ein konfrontatives, negierendes Verhalten des Umfeldes im Sinne von: »Deine Gefühle und Dein Verhalten sind falsch« (Ambivalenz) verstärkt das Überlebensverhalten der Betroffenen, da noch mehr Stress entsteht. Ein verständnisvolles Verhalten des Umfeldes im Sinne von »Du hast dieses bestimmte Gefühl und Dein Verhalten hat einen guten Grund« (Synchronisierung) führt hingegen zu einer Stressreduktion bei den Betroffenen und ein Verinnerlichen von alternativen Bewältigungsstrategien wird dadurch ermöglicht.

Traumatische Ereignisse haben aber nicht nur gehirnpfysiologische Auswirkungen, sondern betreffen den gesamten Menschen und damit auch sein im Körper verankertes Nervensystem. Porges entwickelte mit seiner Polyvagal-Theorie ein Modell des autonomen Nervensystems, um das Abspeichern traumatischer Erfahrungen und deren Auflösung zu erklären (Porges, 2012). Dieses Modell soll hier sehr vereinfacht dargestellt werden, um bestimmte körperliche Symptome traumatisierter Menschen und den Umgang mit den Betroffenen verständlicher zu machen.

Der Vagus-Nerv, der aus mehreren einzelnen jüngeren, myelinisierten (ventraler Vagus) und älteren, unmyelinisierten (dorsaler Vagus) Nervensträngen besteht, wird dem Parasympathikus zugeordnet. Als Gegenspieler des Parasympathikus (Entspannung) fungiert der Sympathikus (Anspannung). Beide bilden unser autonomes (vegetatives) Nervensystem, welches das Gehirn mit unserem Körper, besonders den Organen, verbindet.

In entspannten, in den meisten sozialen Interaktionen, in Erholungsmomenten und Momenten der Selbstberuhigung nutzt unser Körper die Nervenbahnen des ventralen Vagus. Wir erleben dann einen ruhigen Herzschlag, sind entspannt und unser Körper zeigt hormonell einen Anstieg von Serotonin und Oxytocin. Sind wir noch tiefer entspannt, z. B. bei der Meditation, bei einer Tiefenentspannung, aber auch bei der Verdauung, dem Stillen, in der Endphase der Geburt und bei sexueller Aktivität werden die Nervenbahnen des dorsalen Vagus genutzt. Neben Serotonin und Oxytocin werden nun auch körpereigene Opiate ausgeschüttet und die Herzfrequenz sinkt noch weiter.

Befinden wir uns in einem entspannten Moment (Nutzung des ventralen Vagus) und geraten durch äußere und/oder innere Umstände in Stress, springt auf Veranlassung des limbischen Systems und der hormonellen Ausschüttung von Stresshormonen innerhalb von Millisekunden der Sympathikus an und hemmt damit den Parasympathikus (Vagusnerv). Herzfrequenz und Muskeltonus steigen, die Pupillen weiten sich, wir fangen an zu schwitzen und gelangen in einen Zustand der Mobilisierung. Wir sind dann bereit zu kämpfen oder zu fliehen. Alle für die jeweilige Stresssituation notwendigen Bewältigungsstrategien werden aktiviert. Reichen die Bewältigungsstrategien aus und wir können die Situation bewältigen, findet eine Rückkehr in die Nervenbahnen des ventralen Vagus statt.

Reichen unsere Bewältigungsstrategien nicht aus und wir geraten noch mehr in Stress, in lebensbedrohlichen Stress, springt im Moment des Hochstresses als letzte Möglichkeit, um unser Überleben zu sichern, der Parasympathikus in Form des dorsalen Vagus an. Wir geraten in einen Zustand der Immobilisation. Wir stellen uns tot, wir dissoziieren. Wie bei der Nutzung des dorsalen Vagus in den für uns angenehmen Situationen werden in diesen subjektiv als lebensbedrohlich erlebten Momenten Serotonin, Oxytocin und Opiate ausgeschüttet. Die Herzfrequenz sinkt auch hier. Der Körper wird auf einen schmerzfreien Tod vorbereitet. Dies ist der Moment, in dem die stressauslösenden Erfahrungen, wie oben beschrieben, durch ein Traumaereignis fragmentieren.

Wurden die Nervenbahnen des dorsalen Vagus mehrmals in lebensbedrohlichen Zuständen genutzt, wird die betroffene Person versuchen, diesen Zustand zu vermeiden, in dem sie fast zwanghaft versucht, ihre Erregungszustände über den Sympathikus zu leiten. Nicht der dissoziative Zustand selbst wird als besonders gefährlich empfunden, sondern die im Übergang vom Sympathikus zum dorsalen Vagus wahrgenommene Lebensbedrohung. Dies hat weitreichende Folgen, da aufgrund der Vermeidung der Nervenbahnen des dorsalen Vagus nicht nur die lebensbedrohliche Empfindung, sondern auch die positive Nutzung des dorsalen Vagus vermieden wird. So leiden die traumatisierten Menschen nicht selten unter Verstopfung; haben Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, da sie nicht zur Ruhe kommen; können Sexualität und Stillen nur schwer ertragen und bei Geburten