

**Trauma/ Traumatisierung -  
Wissenswertes zu einem Modewort -**

**zu einer zutiefst ernstzunehmenden Erfahrung  
von Menschen**

**Jahreskonvent der Krankenhaus- und Kurseelsorge  
Ev. Akademie Bad Boll 26. - 29.09.2016**

**Eröffnungsvortrag, 26.09.16 16.30 - 18h**

Liebe Anwesende, KrankenhauseelsorgerInnen, KurseelsorgerInnen, Gäste!

Ich freue mich sehr, eingeladen worden zu sein und nun an dieser Stelle zu stehen.

Viele Male schon war ich in diesem Haus – als Pfarrfrau, Frau eines Krankenhauseelsorgers/ Seelsorgers in einem Psychiatrischen Landeskrankenhauses, Gemeindepfarrers, als Referentin „Bauen von Egli-Figuren“ mit viel Betonung von emotionalem Ausdruck in Körperhaltungen, als Anleiterin für Meditativen und Liturgischen Tanz, Gestaltseelsorgerin im Bereich Hospiz, als Gestalttherapeutin/ Trauma-Psychotherapeutin bei Tagungen der BAFF (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer), im Jahr 2000 als Teilnehmerin bei der 1. Tagung, bei der der Blick auf die sogenannten „Kriegskinder“ unter uns fallen konnte, bei den nachfolgenden Tagungen als Referentin u.a. für das weiterführende Thema der „transgenerationalen Weitergabe von Traumatisierung“.

Seit 2008 arbeite ich in meiner Praxis vor allem zu „Trauma -Traumatisierung“ mit Methoden der Gestalttheapie und einem Systemischen Ansatz sowie MSC, MBSR, Achtsamkeit, Positive Neuroplastizität und Meditation.

1995 begann ich in Ulm am BFU /Behandlungszentrum für Folteropfer als Psychotherapeutin mit traumatisierten Flüchtlingen, Folteropfern, Kindersoldaten zu arbeiten. Als ich mich zum Thema „Trauma“ belesen wollte, gab es nur wenige Titel im deutschsprachigen Raum, einige mehr im Amerikanisch/ Englischen. Relativ rasch sollte sich das ändern. Bis dahin war „**Trauma**“ die Bezeichnung für „**Wunde**“ und hatte einen Platz in der Chirurgie. Unter Trauma verstehen wir heute die Extremform von „Stress – Eustress – Dystress – traumatischer Stress“.

In Folge des Vietnamkrieges mußte in den USA vermehrt festgestellt werden, dass die zurückkehrenden GI's mit schweren Symptomen von Depressivität, Schlafstörungen, Panikattacken, Alkohol- und Drogenmissbrauch zu kämpfen hatten. Häusliche Gewalt und Missbrauch gegen Frauen und Kinder nahmen zu. Diese Männer waren häufig nicht mehr in den Arbeitsmarkt integrierbar. US amerikanische Mediziner, Psychiater, Psychotherapeuten begannen den zu beobachtenden Phänomen nachzuforschen, um was es sich denn handeln könne, wofür die Diagnosen: Depression, Angststörung, Borderline, Zwangsstörung nicht auszureichen schienen und diesbezügliche – auch medikamentöse – Behandlungen den Patienten nicht gerecht wurden.

So kam es zu der Bezeichnung **PTSD – Posttraumatic Stressdisorder** als Folgestörung nach einem traumatischen Ereignis mit der Qualität eines „abyss“ - gr. Abgrund. Damit sollte zum Ausdruck gebracht werden, daß es sich um ein Ereignis (oder Folgen von solchen) mit der Erfahrung des Herausfallens aus allem, was vertraut, verstehbar – körperlich, physisch, psychisch, geistig, spirituell als Sinn-gebend und Sinn-voll erfahrbar, lebbar gewesen war. Wie ich finde, wird mit „**Abyss**“ sehr gut erfasst, wie viel Verlust, Trauer, Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit, Hilflosigkeit ein Mensch mit und aufgrund einer solchen Erfahrung erleidet.

Gegen Ende der 90er Jahre erreichte die Flut von Literatur auch den deutschen Markt. Der Begriff „Trauma“ wurde und wird seither geradezu inflationär verwendet. Da kann man schon mal hören, dass

der ungeliebte rote Wackelpudding in der Kindheit bei jemandem ein Trauma mit Ekelgefühlen hinterlassen habe, so eine ehemalige, nun 75j. Amtsärztin .

Tatsächlich gibt es noch immer Haus- und Fachärzte, die nicht so wirklich wissen, was ein „Trauma“ und seine Folgesymptome sein können, die nicht fein genug und ausreichend sensibel anamnestisch Patienten befragen und dabei Zeitgeschichte und geographische Kenntnisse, sowie zumindest Hypothesen in die Begegnung mit PatientInnen mit einbeziehen.

Bei medizinischen Laien ist durchaus austauschbar verwendet zu hören: Migräne, Trauma – ich kann nicht, bin **Opfer** eines Zustandes und s-einer Genese in der Kindheit.

Oder: es ist zu beobachten, wie die überbordende, unsensible Zuwendung zu den jetzigen Flüchtlingen nur allzu leicht alle zu Traumatisierten macht, ihnen damit ihre **Würde** nimmt und ihnen nicht den **Respekt** und die **Achtung** zollt in offener, unvoreingenommener, nicht-wertender Haltung, die sie nach solch einem Aufbruch aus der Heimat und nach solch gefährlichen FluchtbeWEGungEN wahrlich verdient haben. Solch eine Haltung geht nicht auf den Menschen als Ganzen und ihn als Gegenüber, als einmaliges Individuum ein.

Meine eigenen, allmählich bewußter reflektierten Begegnungen mit Traumatisierten (damals noch nicht so benannt) haben Anfang der 70er Jahre begonnen. (Unbewußte Erfahrungen hatte ich als Kind von Eltern, Flüchtlingen aus Schlesien)

Als 1971/72 mein Mann seine CPE/ KSA – Ausbildung in einem Krankenhaus in Philadelphia und einem Psychiatric State Hospital absolvierte, lernte ich einiges von und mit ihm. So hatte ich einen Job als Babysitterin bei einem Paar, Flüchtlinge aus Chile, beide Mathematiker, in ihren Verhaltensweisen häufig unberechenbar im Wechsel ihrer Emotionalität. Ich erlebte in einem day-care-center mit hauptsächlich schwarzen Kindern zum ersten Mal Auswirkungen von häuslicher Gewalt und Vernachlässigung. Ich hörte aus der Psychiatrie von mir bis dahin unbekanntem, auch unheimlichen Diagnosen und höchst befremdlichen Verhaltensweisen von Patienten. Das weckte mein Interesse, mich selber auf den Weg zu machen – damals inspiriert von Carl Rogers -, um zu lernen, auf Menschen „geschulter“ zuzugehen und vielleicht auch hilfreich sein zu können für deren Bedürfnisse. Seither habe ich vieles über Rogers hinaus lernen können und die Entwicklung der Trauma-Forschung bis hin zu ganzen Studiengängen des Bereichs „Psychotraumatologie“ mit erlebt und lerne ständig, was sich in diesem Feld weiterentwickelt.

Ich möchte Ihnen heute einen kleinen Überblick zu dem Phänomen „Trauma“ geben.

Dabei sollen

1. **historische Konzepte von Trauma**
2. **diagnostisch – (neuro)wissenschaftliche Erkenntnisse**
3. **verschiedene Behandlungsmethoden**
4. **seelsorgerliche Aspekte** Beachtung finden.

Im Frühjahr diesen Jahres freute ich mich über ein neues Buch von Ellert Nijenhuis, einem Psychologischen Psychotherapeuten aus NL, spezialisiert auf Somatoforme Dissoziation und Dissoziative Störungen. Sehr berührt war und bin ich, da es teilweise in Westerbork geschrieben ist, dem Ort, wohin ETTY HILLESUM, eine junge jüdische Frau 1942 als Durchgangslager deportiert worden war, bevor sie im Herbst 43 in Auschwitz ermordet wurde. Bekannt wurde sie durch ihr selbst-analytisches Tagebuch „Das denkende Herz der Baracke“. Westerbork und Trauma - das gehört zusammen.

### 1. **Zur Entstehung eines Konzeptes von „Trauma“ Betrachtungsweisen eines Phänomens**

Im ersten Teil seines ansonsten für Fachleute geschriebenen Buches trägt Ellert Nijenhuis viel Interessantes aus der Historie zu dem von uns heute so genannten Phänomen „Trauma“ bei.

Er beginnt mit vielen Fragen: u.a.....

- entsteht eine Traumatisierung durch ein äußeres reales Ereignis(objektiv) **exogen** oder durch die individuelle subjektive Wahrnehmung **endogen** – als eine mentale Wunde großen Ausmasses?
- Gibt es natürliche und universelle „Gesetze“ - Traumata schon immer und in allen Kulturen – oder ein „Produkt“ unserer modernen Kultur?
- Wie wurden und werden trauma-bezogene Symptome verstanden:  
als Störungen und deshalb psycho-pathologisch  
als Erkrankung des *mind* – Seele, Körper, Geist, Verstand
- Handelt es sich um eine Bio-Pathologie = Ungleichgewicht im Gemüt oder ein Ungleichgewicht der Neurotransmitter

Geändert hat sich die Art der Betrachtung der Trauma-Phänomene, das Verständnis der Genese und deren Behandlung.

Da ist an erster Stelle die **Melancholia** zu benennen.

Führende griechische Philosophen und Ärzte der Schule des Hippokrates (440-370 v.Chr.) sahen Körper und Seele als untrennbare Einheit. Krankheit, so war die Sicht, beeinträchtigt in gleicher Weise den Körper wie die Seele. Zum Erhalt physischer und mental/geistig/seelischer Gesundheit schien es nötig, die **4 Gemütszustände in Balance** zu halten: dies sind: Blut – Schleim (phlegma) - schwarze Galle – gelbe Galle. Über diese endogene physiologische Betrachtungsweise hinaus sahen Galen, 129 -ca.199 n.Chr. Und weitere Ärzte bis in die Frühe MA, daß seelische Gesundheit unterstützt werde durch die Vermeidung überwältigender Emotionen, weil diese zur Ursache von gemütsmäßiger Dysbalance werden könnten.

In Spinoza's Spät-Werken im 17.Jhdt. hiess es, Affekte/ heftige Gemütsbewegungen bezögen sich wesentlich auf Einflüsse des Milieus. Dabei würden sich exogene und endogene Einflüsse gegenseitig bedingen.

Von „schwarzer Galle“ war auch hier die Rede. Damit wurden Symptome einer „dicken Erkrankung“ beschrieben: schwarze Galle sammelte sich in der Leber, steige schlußendlich auf bis in den Kopf. Der ursprüngliche Kopf-Schmerz könne zu Komplikationen wie Verlust des klaren Sehens führen wie des Hörens von Halluzinationen, zu Albträumen, der Unfähigkeit zu stehen oder zu sprechen, zu schwerem Atmen und Anfällen von Schlafwandeln. Solche Phasen von melancholischer Verrücktheit/ Wahnsinn würden sich durchaus abwechseln mit Phasen von Klarheit.

Wie erstaunlich! Dieses kommt unserer heutigen Kenntnis der Funktion des Dorsalen Vagus auf alle inneren Organe eben auch auf die Galle und ihre reaktiven Muster bei außergewöhnlichem Stress sehr nahe.

Auch die Wechsel gehören zu unserem heutigen Verständnis. In unserer Sprache heißt es entweder, ein Patient, ein Traumatisierter, könne von einem extremem Zustand in den entgegengesetzten fallen, jemand verkörpere Polaritäten in Denken, körperlichem und emotionalem Fühlen. Solche Symptombilder führen gelegentlich zu Diagnosen wie Borderline-Störung oder der einer Bipolaren Störung. CAVE!

Auch traumatogenes Schweigen oder Gelähmtsein gibt es.

- 3 -

Schon Vincent von Beauvois (ca. 1190 – 1264, franz. Dominikaner) sah große Wechsel zwischen gegensätzlichen Gemütsbewegungen, Begehren/ Wollen und Handeln. Auch das ist erstaunlich modern! Eine Differenzierung von emotionalem Fühlen, Mental-Kognitivem und Physiologisch-Muskulärem!

Wechselnde „states“ wie wir heute solch verschiedenartige Zustände bezeichnen, brachten einen Magister Lorentius (Ende 13. Jhdt.) zu der Vermutung, es gebe einen Teil der Seele, der mehr mit dem Intellekt verbunden sei, welcher schlafe während der Nacht und von den nächtlichen Bewegungen des Körpers nichts mit bekomme. Und es gebe es auch einen Teil der Seele, der eher der Seele von Tieren

- 3 -

ähnele und Körper- Bewegungen steuere. Lorentius scheint als erster beobachtet zu haben, dass die Melancholia eine Trennung/ Spaltung des normalerweise ganzen, in sich integrierten Systems bio-psycho-sozialer Funktionen, die eine individuelle Persönlichkeit ausmachen, mit sich bringe oder bringen könne.

Diese „state-Zustände nennen wir „ego-states“ und sehen sie bei **Dissoziation, dissoziativen Persönlichkeits- Identitätsstörungen**. Diese Störung kann bis hin zu unverbunden auf einanderfolgend „auftretenden“ Persönlichkeiten führen.

Zurück zum Historischen:

Im 19.Jhdt. taucht dann der Begriff „**Hysterie**“ auf – auch im Zusammenhang mit „Besessenheit“. Ende des 17.Jhdt. hatte ein franz. Autor zur „Hysterie“ geschrieben, sie sei eine Gemütsbewegung der Mutter, bzw. ihres Uterus'. Dort werde durch eine Situation der Mutter der Grundstein gelegt, wenn bei einer späteren Dysbalance von Gemüt – Temperament die Bewältigung schwieriger Lebenssituationen nicht gelänge.

Was für eine moderne Sicht, ganz ohne die technischen Möglichkeiten der modernen Neurowissenschaften, dass auch in utero schon eine Traumatisierung möglich ist! Und dass sehr frühe, pränatale TraumaStörungen häufig tatsächlich entweder durch die Epigenetik oder transgenerational weitergegeben werden!

Der englische „Hippokrates“ des 17.Jhds., Thomas Sydenham, beobachtete, dass sich bei Patienten mit Störungen infolge von Spannung und Stress im - kulturellen - Umfeld, die „Hysterie“ andere Störungen „imitiere“. Er formulierte, dass die Symptome einer Hysterie sich demzufolge kulturellen Stressoren anpasse und so ein variables Bild der Pathologie liefere.

Im frühen 18.Jhdt. dann wurden die Ursachen für Hysterie und Hypochondrie eher in „hyperensiblen Nerven“ (bsd. bei Frauen) gesehen, Bekannt unter dem Namen „**The English Malady**“.

Sensibilität wurde gesehen als ein Gespinst von Nerven, Gesinnung/ Seele, Struktur/ Charakter, das sich über jede Art von Störung des Bewußtseins, des Fühlens, der Körperreaktionen legte. „Jede Art von Veränderung im Geist *mind* zeigt eine Veränderung in den Körper-Organen an“, schreibt ein Arzt, namens Robinson, im Jahr 1729. Und: Hysterie erfordere die Analyse des menschlichen Nervensystems und sei nicht mit mentalen Ursachen in Verbindung zu bringen.

Die nun so genannten „Nervenärzte“ waren keine Quacksalber mehr, sondern sie erforschten die „Heilkunde“ für Körper, die physikalischen Gesetze von Körpern, nicht jedoch die Geheimnisse des Geistes, der Seele.

Ab Mitte 19.Jhdt. kamen verschiedene Autoren (Briquet - „Polysymptomatik der Hysterie“; Charcot, 1825-1893, Begründer der Neuropathologie; Pierre Janet 1859 - 1947, Wegbereiter der Modernen Psychotherapie: „Dissoziation“; Breuer & Freud, „Neurosenlehre“) zu einer entscheidenden Ansicht:

**Hysterie könne bei einer nicht geringen Anzahl von Fällen in Verbindung stehen zu emotionalen Reaktionen auf widrige Lebensereignisse, die als traumatisierend anzusehen seien.**

Zwischen 1885 und 1895 tauchte nun zum ersten Mal ein Verständnis für eine bestimmte kausale Verknüpfung zwischen „Hysterie“ und widrigen Ereignissen auf. Allerdings ging es ausschließlich um eine konflikthafte/ konfliktreiche Kindheit, die sich bis in die Adoleszenz erstrecken konnte.

Schon Pierre Briquet (1796 – 1881) betonte die hochbedeutsame Rolle von Empathie und Respekt für die Entwicklung einer **Sicheren Bindung**, wobei die Eltern die Aufgabe hätten, Säuglinge, Kleinkinder und Kinder bei der Affektregulation zu unterstützen. 1859 erklärte Briquet, dass intensive und chronische Phasen/ Attacken von Trauer und Angst, auch andere schmerzliche „affektive Eindrücke“ hervorgerufen durch „widrige Ereignisse“ einen negativen Einfluß auf den „affektiven Teil des Gehirns“ nähmen und mit extremen und quälenden Emotionen in Zusammenhang gebrachte werden könnten. Briquet hielt es für möglich, dass ein Patient eine „natürliche Sensibilität“ - „Vulnerabilität“ entwickeln könne, die sowohl ein ungeheures Ausmaß wie mannigfaltige, auch „launenhafte“ Formen annehmen könne wie intensive Körper- oder emotionale Reaktionen.

Genau diese Reaktionen klassifizierte Pierre Janet wenig später als „**dissoziative Symptome**“. „Widrige Lebensereignisse“ umfassten hier hauptsächlich Missbrauch, Mißhandlung und emotionale Vernachlässigung von Kindern durch ihre Eltern, Mißhandlung von Frauen durch ihre Ehemänner, sowie verwirrende Beziehungen. Briquet fand heraus, daß 1/3 aller von ihm untersuchten Kinder von Vater und/ oder Mutter mißhandelt, roh behandelt oder stark vernachlässigt worden waren. ...Briquet im 19.Jhdt..... wo stehen wir da heute?

Das alles sind Gedanken und Ansätze, die wir heute sehr im Blick haben zusammen mit den Ansätzen der Bindungstheorie von **Bowlby** ab den 40er Jahren des letzten Jhdts, Mary **Ainsworth** bis zu Karl-Heinz **Brisch** heute in München neben vielen anderen, weltweit.

Josef **Breuer** und Sigmund **Freud**, beide Nerven-Ärzte in Wien, übernahmen teilweise Janet's Ideen. Sie sahen bei Patienten mit (immer noch so genannter) Hysterie einen Zustand des „normalen Bewußtseins“ sowie einen „hypnoiden“ Zustand, den sie als die Basis der Neurose bezeichneten. Freud ist der erste Feldforscher, der beobachtete, wie neurotische Zustände, das „neuronale System“ durch „**Erregungszuwachs**“ beeinflussten, wodurch sich die Sprach-/ Sprech- Ausdrucksfähigkeit verändere. Gleichzeitig interpretierte er **Trauma** nicht nur als äußeres Geschehen, sondern auch als endogen mit „einer ziemlich massiven Störung innerhalb des Ego“.

Freud's Schlußfolgerung besagt, die Essenz von Hysterie sei nicht in den Erinnerungsspuren zu sehen, sondern liege in der Unterdrückung der unerträglichen Ängste vor sexuellen Affekten durch das Ego – nicht unbedingt durch tatsächliche sexuelle Erfahrungen einer Person, sondern auch in der Unterdrückung von sexuellen Phantasien und Sehnsüchten.

So wie bei unserer heutigen neurowissenschaftlichen Forschung gesellschaftliches Gedankengut eine große Rolle spielt in Fragestellung und Bewertung von Forschungsergebnissen, so müssen wir Freud und einen weiteren Vertreter, Ferenczi, in ihrer Zeit verstehen. Gesellschaftliche Entwicklungen und Erfindungen forderten / fordern Menschen immer zu Deutungsbemühungen heraus. Da sind die Folgen bei Zeitgenossen z.B. der großen Eisenbahnunfälle im 19.Jhdt., der „Spanischen Influenza“ oder des 1. Weltkriegs zu erwähnen. Bei Überlebenden und Teilnehmern am wwl, den sogenannten Kriegszitterern, wurden die Symptome dieser Erkrankung als „Kriegsneurose“ erfasst.

**Und wir heute ? Schauen vielleicht ein wenig zu gebannt auf alle scheinbar ganz genau gemessenen neuro – wissenschaftlichen Ergebnisse?**

Gerhard Roth – Bildgebende Verfahren – „Glaubt nicht alles!“

Das Forschungsinteresse ging weiter zu den Vietnam-Veteranen und ihren „Auffälligkeiten“. Die Forschungsmöglichkeiten erweiterten sich zunehmend ab Mitte der 1990er Jahre durch die Entwicklung Bildgebender Verfahren. Darunter sind zu verstehen (zwei- oder dreidimensionale) Bilddaten vom Körper und Organen, auch des Gehirns, die vor allem zur Diagnose

- 5 -

krankheitsbedingter Veränderungen eingesetzt werden. Beginnend mit Röntgen in den 1970er Jahren über Sonografie lassen sich heute neuronale Aktivitäten des Gehirns verfolgen - in Kombination mit allen vitalen sonstigen Prozessen des jeweiligen Körpers: Herz – Atmung – Stoffwechsel – physiologische Prozesse, bis zu dem, was „feuert wie intensiv in welchem Areal des Gehirns bei bestimmten Körper – Organ – Prozessen, bei mentalen, affektiven oder emotionalen Prozessen.

Im nun folgenden 2.Teil werde ich auf manche dieser neurowissenschaftlichen Erkenntnisse näher eingehen.

## **2. Trauma – aus heutiger – neurowissenschaftlicher gestützter Sicht**

Nach den Diagnosekriterien der WHO ist ein **traumatisches Ereignis** ein unerwartetes, kurz- oder längeranhaltendes Ereignis, das mit großer Wahrscheinlichkeit bei jedem Menschen äußerste Hilflosigkeit und Bedrohung, größtes Entsetzen, tiefgreifende Verzweiflung, Todesangst um das eigene Leben oder das anderer Menschen auslösen würde. Ein Individuum kann dieses Ereignis an sich selbst oder als Zeuge erleben.

- 5 -

Solche Ereignisse können sein:

- Naturereignisse, Naturkatastrophen
- Krieg, Kriegsbedingte Geschehnisse: Bomben, Flucht, Vertreibung, Verlust von nahen Familienangehörigen, Vergewaltigung etc.
- "men made desaster" - Folter, Geiselnahme
- Gewalt
- familiäre Gewalt, Deprivation/ Vernachlässigung: emotional, körperlich, geistig
- sexualisierte Gewalt
- Sektenbildung
- Erkrankung, Verlust der eigenen Unversehrtheit durch Krankheit, Arbeitslosigkeit
- Verlust von Lebenszielen, Lebensidealen, des eigenen Selbstwertgefühls z.B. bei mobbing
- (drohender) Tod bei einem selbst oder einem nahestehenden Menschen (auch HausTieren)

Die erste, unmittelbare Reaktion des Organismus auf ein außerordentliches, belastendes Ereignis ist eine **Schockreaktion**. Nach ICD 10 F 43.0 eine **Akute Belastungsstörung**. Je nach Ereignis, den individuellen Coping-Möglichkeiten oder vorangegangenen als traumatisch zu bewertenden Ereignissen kann es innerhalb von/ nach 6 Monaten zur Symptombildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung kommen.

Zur Diagnose eines **PTSD** müssen aus folgenden Clustern **Symptome** vorliegen:

- A: die **tatsächliche Konfrontation**, Erfahrung eines solchen Ereignisses  
(nach dem ganz neuen DSM-5 auch bei elektronischen Medien, berufsbedingte Konfrontation, z.B. Auswertung von Porno-, pädophilem Filmmaterial)
- B: **Intrusionen**: sich aufdrängende Erinnerungen, Träume  
dissoziative Reaktionen in Form von flashbacks  
issoziative states – Verkennung von Situationen, von Menschen, von sich selbst – mit nicht einfühlbaren Affekten
- C: **Vermeidung** von scheinbar ähnlichen Situationen, Menschen, Gegenständen, Orten, die Gedanken und Gefühle an das Ereignis auslösen könnten
- D: teilweise oder vollständige **Unfähigkeit**, sich an wichtige Aspekte des Ereignisses **zu erinnern** = dissoziative Amnesie  
anhaltende negative Überzeugungen, Erwartungen  
verzerrte Kognitionen z.B. Schuldzuschreibungen  
anhaltend negative emotionale Zustände wie: Furcht, Entsetzen, Schuld, Scham  
Gefühle der Abgetrenntheit, Entfremdung von andere  
deutlich vermindertes Interesse an Teilnahme bei wichtigen, bisher auch geliebten Aktivitäten  
anhaltende Unfähigkeit, positive Gefühle zu empfinden - „Leere, Taubheit“
- E: div. Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität

**Im ICD 10 F43.1 D. 2.** ist noch aufgeführt:

Anhaltende Symptome einer erhöhten Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:

- a. Ein – und Durchschlafstörungen
- b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche
- c. Konzentrationsschwierigkeiten
- d. Hypervigilanz
- e. erhöhte Schreckhaftigkeit

Um manches aus der diagnostischen Sprache herauszunehmen nenne ich:

Panickattacken

Gedankenkreisen

Gefühle von Dumpfheit - numbing

mangelnde Konfliktfähigkeit

Beeinträchtigung der Beziehungsunfähigkeit bis zur Bindungsunfähigkeit

sexuelle Beeinträchtigung/ Probleme

Groll bis zu Hassgefühlen

aggressives Verhalten/ Selbstverletzung gegen sich und andere  
Selbstvernachlässigung  
Suchterkrankung, Suchtmittelmissbrauch

Zur Diagnose einer PTSD ist eine sorgfältige Anamnese nötig. Es muss die Biografie des einzelnen auch unter Aspekten der jeweiligen Zeitgeschichte besonders bei älteren Menschen, der geografischen Herkunft desjenigen betrachtet werden (hierzu gehört gewisse Kenntnis des Sprachgebrauchs in damaligen Zeiten oder Verständnis eines anderen Dialekts). Ebenso sollte bei jüngeren Patienten die Möglichkeit einer transgenerationalen Weitergabe von Traumatisierung angedacht werden. Bei Flüchtlingen in Krankenhaus oder Psychiatrie sind unbedingt kulturelle und transkulturelle Phänomene zu beachten.

Zu den „sichtbaren“ Symptomen können diverse Komorbiditäten wie Anpassungsstörung, Depressivität, Angst- und Zwangsstörungen kommen. Immer gilt es den Körper mit all seinen Ausdrucks-Gestalten mit einzubeziehen.

In diesem Kontext können ganz viele somatische Beschwerden auf –und abtauchen, chronifiziert werden. Manchmal kommt bei älteren Patienten auch die **Epigenetik** mit Folgesymptomen auf eine länger zurückliegende Traumatisierung ins Spiel. Das sind vornehmlich Herz-Kreis -Magen-Erkrankungen sowie Depressionen. (s. u.a. Iris Tatjana Kolassa, Ulm)

Auch an eine **Kumulation von traumatogenen Ereignissen** muss u.U. gedacht werden. Bei manchen Menschen, in manchen Familien scheinen sich tatsächlich traumatische Ereignisse aneinander zu reihen.

Aber CAVE: wie ein Mensch sich heute in seinem Verhalten, seinen Glaubenssätzen, seinen Empfindungen darstellt, kann auch ein behaviourales Phänomen sein. Was hat dieser Mensch gelernt in seiner Herkunftsfamilie? Bindungsstörungen?

**Die Erfahrung des „abyss“ ist genau die Erfahrung dessen, sich als aus Verbindung und Verbundenheit mit anderen herausgefallen zu erleben. Aus der Erfahrung von „Alleinsein“ entwickelt sich sehr häufig die Wahrnehmung und wird zur inneren Haltung von:**

**ich bin es nicht wert**

**ich bin falsch**

**ich bin isoliert – allein gelassen**

**ich bin schuldig**

**ich muss mich schämen.**

**Daraus entwickelt sich die Abwertung dieses Ichs sich selbst gegenüber, verliert die Verbindung zu sich selbst.**

Dank der Forschungsergebnisse im Bereich der Neuro-Wissenschaften, unterstützt durch die Möglichkeiten bildgebender Verfahren/ Neuro-Imaging wie **fMRT** – frontale MagnetResonanzTomographie (Empfindungen, Aktivität einer Wahrnehmung), **P E T** (besonders erhöhte Stoffwechselaktivität des Gehirns, **MRT**(Struktur und Größe verschiedener Hirnregionen) wissen wir einiges über die Interaktion zwischen sensorischen Inputs, Hirnaktivitäten – neuronalen Verschaltungen im Gehirn und der gesamten Neurobiologie eines Körpers, aller Organe, der Muskulatur, so wie über das immuno-neuro-endokrine Netzwerk-System. Heute scheinen aussagekräftige Ergebnisse zu Trauma-Folge-Veränderungen im Gehirn in ihren Auswirkungen auf die Neuro-Biologie und Neuro-Physiologie möglich zu sein. In diesem Zusammenhang entwickelte sich seit Mitte der 90er Jahre u. a. der Bereich der **Neuro-Immunologie**, der den Blick auf Auto-Immunerkrankungen im möglichen Kontext von Traumatisierung lenkt. Bekannte Vertreter sind hier Eric Kandel (Nobelpreisträger von 2000 für Gedächtnisforschung) und Christian Schubert.

Es können nicht nur neuronale Impulse und neuronale Verschaltungen gemessen und beobachtet werden, sondern auch Veränderungen von Hirnarealen. So wissen wir, dass der Hippocampus, der für die Fähigkeit zum Lernen und Speichern von Gelerntem, von Informationen zuständig ist, schrumpft bei wiederholtem und andauerndem – traumatischem – Stress. Das zeigt sich eklatant bei Kindern, die früh unsicheren Bindungsangeboten und Deprivation ausgeliefert sind. Sie zeigen ein auffälliges soziales Verhalten und sind vor allem bildungsschwach.

Auch das wir wissen inzwischen: es kann noch nach jahrzehntelanger Latenz zum Ausbruch eines PTSD kommen. Auslösende Faktoren sind dann sogenannte **Trigger, sensorische Schlüsselreize**.

#### **Trigger :**

sind sensorische Wahrnehmungen (optisch, olfaktorisch, auditiv, haptisch, gustatorisch, emotional-kognitiv. Sie wirken als inputs neurobiologisch und neurophysiologisch, wobei sie die neurobiologische Stresskakade in Lichtgeschwindigkeit in Gang setzen. Das ist die grundlegende organismisch-biologische Fähigkeit, jeden Organismus bei Lebensgefahr am Leben zu erhalten. Dafür ist die **Amygdala** zuständig – Bessel van der Kolk, einer der führenden Trauma-Experten in Forschung und Therapie seit den frühen 70er Jahren, bezeichnet sie als den „**Rauchmelder im Gehirn**“! Die Erkenntnisse der Neuro-Anatomie zeigen, wie die Amygdala basale Sinneseindrücke aufnimmt . Gleichzeitig setzt in Kooperation mit dem Hippocampus (Kategorisierung der Sinneseindrücke in Relation zu früheren Erfahrungen) das vegetative Nervensystem/ ANS-Autonomes Nervensystem eine Ganz-Körper-Antwort frei. Weil die Amygdala schneller als der phylogenetisch wesentlich jüngere Frontale Cortex alle inputs verarbeitet, handelt ein / unser Körper, bevor wir bewußt etwas wissen, denkend erfasst haben. (z.B. Überlebende des Tsunamis), dass wir handeln werden und dann auch schon gehandelt haben.

*Beispiel: Handinnenflächen, Daumen= Amygdala im Zentrum, Präfrontaler Cortex Schutz Dach darüber, Gefahr: Dach fliegt davon*

Diese neuro-biologisch-physiologische Reaktion des Körpers ist Ihnen sicherlich unter **F – fight F - flight - response** bekannt. Es ist eine organismische Antwort aller Säugetiere auf bedrohlich Ein-Wirkendes, um den Organismus am Leben zu erhalten. Der Sympathikus springt an.

Die freigesetzten **Stresshormone** sind u.a. **Cortisol** und **Adrenalin**, welche Herzfrequenz, Blutdruck und Atemfrequenz ansteigen lassen, um so den Körper auf Angriff/ Verteidigung oder Flucht vorzubereiten und dazu auch zu befähigen. Der Muskeltonus steigt, die Extremitäten sind gut durchblutet, warm und flexibel.

**Steven Porges**, Direktor des Brain-Body-Centers der Universität von Illinois in Chicago ist es nach jahrzehntelanger Forschung gelungen, differenzierter die Funktionsweise des Parasympathikus zu verstehen. Wie bislang bekannt ist der Parasympathikus zuständig für Ent-Spannung und Ruhe. Er reguliert den Verdauungsapparat und die Sexualität = Reproduktion/Erhalt der Spezies. Steven Porges hat herausgefunden, dass der Vagus-Nerv, den größten Nerv des Parasympathikus darstellt und an der Regulation fast aller inneren Organe beteiligt ist - sowohl vegetativ wie motorisch: angefangen bei den Geschmacksnerven, Gehörgänge, Kehlkopf (Stimmbänder) bis zu den inneren Organen in Brust- und Bauchraum, also polyvagale Funktionen erfüllt. **Und** Steven Porges hat entdeckt: ein ganz alter Teil des Vagus, der **DorsaleVagus** ist es, der alle neuronalen Kreisläufe herunterfährt, bei extrem - minimaler Aufrechterhaltung von Herz-Kreislauf- Eingeweide-Funktion.

Dies ist uns bekannt als der Zustand des **F- reeze**.

**F - freeze** gehört in die Amygdala, ins Reptilienhirn. Reptilien und kieferlose Fische können ohne Lebensgefahr die Atmung für längere Zeit einstellen, totale Starre erzeugen, was sich bei allen Säugetieren und Menschen jedoch als kompletter Kollaps zeigt. Hier wird **Noradrenalin** ausgeschüttet, Erstarrung tritt ein. Die Herzfrequenz fällt (wir fühlen unser Herz fallen), die Atmung ist (wie) blockiert, Magen–Darm-Blase stoppen, bzw. entleeren sich – unbewußt.

In der Umgangssprache kennen wir: „das Herz ist mir in die Hose gefallen“, „es ist zum Kotzen“ und „Scheiß drauf“.

Das Reptilienhirn ist für alle Säugewesen das **ultimativ letzte Notfallsystem**. Es springt an, wenn wir z.B. von einem Angreifer festgehalten werden, in einem Unfall physisch immobilisiert sind, oder wenn ein Kind einem furchteinfößenden „caregiver“ ausgeliefert ist, jemandem, der es eigentlich versorgen und schützen sollte.

Kollaps und Erstarren werden vom **DVC – Dorsalen VagusComplex** gesteuert. Dieser Teil des Vagusnervs ist phylogenetisch der älteste Teil des Autonomen Nervensystems und verbunden mit

einem anderen Teil des Parasympathikus. Mit diesem assoziieren wir im allgemeinen „Ruhe – Entspannung“, das ist der **Ventrale Vagus**.

Im Fall von äußerster Bedrohung, unter der Aktivierung des Dorsalen Vagus-Nervs läßt der Tonus von Magen-Darm so weit nach, dass es – wie gerade erwähnt - zu unkontrolliertem Durchfall und Erbrechen kommen kann. Wenn dieses System, DVC im Parasympathikus, die Oberhand genommen hat (zum Überleben) interessiert einen betroffenen Menschen nichts mehr, das Bewußtsein ist abgeschaltet. Derjenige fühlt nicht nur keinen physischen Schmerz, sondern auch sich selbst nicht mehr. Ein vom DVC gesteuertes Wesen wird durch diese extreme neuronale Reaktion zu einem „**Dividuum**“, jemandem, der sich von allem sozialen Verbundensein als getrennt wahrnimmt, sogar als von sich selbst getrennt, vor allem seinem Körper.

#### **ABYSS....**

Bei Tieren, die in Todesgefahr in solch eine Starre fallen, konnte nachgewiesen werden, dass körpereigene Opioide = Anästhetika ausgestossen werden, um den tödlichen Biss, Prankenhieb, Ertränken des Angreifers nicht mehr wahrzunehmen, d.h. körperlich nicht mehr zu fühlen.

Beim Menschen können diese neuronalen Prozesse fatalerweise nicht nur durch Ereignisse von außen angestoßen werden, sondern auch von innen durch un- und bewußte Gedanken, Körpersensationen oder Emotionen.

Und noch etwas zum Gehirn. Die Areale „**Reptilienhirn**“ und „**Limbisches System**“ sind direkte Nachbarn. Das Limbische System wird auch das „Säugetier-Hirn“ genannt. Dieses ist zuständig für soziales Zusammenleben, Aufzucht von Jungen und Emotionalität. Das heißt, je jünger ein Mensch ist, um so verletzlicher ist er im Blick auf Erfahrung von Sicherheit, Geborgenheit, genährt und geliebt zu werden. Bei Störungen springt sofort das „Reptilienhirn“ an, die gesamte Komplexität des Dorsalen VagusComplexes übernimmt. Bei Kindern unter 2, 2,5 Jahren ist der Frontale Cortex noch nicht so weit entwickelt, dass über die Sprach- und Symbolisierungsfähigkeit eine intrapersonelle oder extrapersonelle Regulation erfolgen könnte. Es bedeutet, dass bei Reaktionen der Amygdala zum Überleben / DVC immer die Kontinuität von Sicherheit im Sozialen Kontext unterbrochen wird. Alle Menschen erleben sich deshalb als hilflos, allein, ausgeliefert, ungeschützt. Und das kann auch bei einem älter gewordenen Erwachsenen z.B. bei der Diagnose einer infausten CA-Erkrankung geschehen.

Die Gehirne von uns Säugewesen sind - „leider“ - so designed, dass die neuro biologische und neurophysiologische Kaskade von Atmung, Herz-Kreislauf, aller Muskulatur, Vegetativum mit Magen-Darm, Immun- und Hormonsystem bei realer oder befürchteter Gefahr in dieser Weise sofort anspringt.

Das alles sind wichtige Informationen, die Ihnen u.U. hilfreich sein können, wenn Sie Patienten in Krankenhaus, in einer Kur-Situation oder in der Psychiatrie begegnen. Jede Diagnose, jedes Krankheitsbild kann einen Menschen triggern ein früheres Trauma re-aktivieren, re-traumatisieren oder auch erstmalig traumatisieren.

Und es gilt: Nicht alle Menschen, die extrem Belastendes erlebt haben, sind automatisch traumatisiert. Das hat mit **Resilienz** und **Ressourcen** zu tun. Und weil das Gehirn plastizierbar ist, können wir uns selber oder auch Patienten mit dem Phänomen der **Positiven Neuroplastizität des Gehirns** vertraut machen. Darauf geh ich später noch ein.

Fragen.....

Wir zum **3. Teil** dieses Vortrages.

#### **A. Welche Behandlungsmöglichkeiten – Psychotherapien gibt es?**

Zu Freud's Zeiten war es die „talking cure“ - psycho-analytisch, sehr intensiv und zeitlich lange dauernd.

Später kamen Medikamente hinzu, Neuroleptika um z.B. das Arousal zu regulieren, zwanghafte Vorstellungen aufzulösen, Antidepressiva bei Panickattacken und Depressivität. Die compliance der

Betroffenen war/ ist i.d.R. eher mäßig, denn die Medikamente verursach-t-en häufig unangenehme Nebenwirkungen und brachten nicht die ersehnte, positive Veränderung der Symptomatik.

Mitte der 90er Jahre entwickelte sich aus den sog. **Imaginativen Verfahren**, teilweise mit Elementen aus Gestalttherapie und meditativen Elementen die

**Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie/ PITT** von Luise Reddemann.

Besonders eindrucksvoll ist der Umgang mit dem „Inneren, verletzten Kind“, das in Sicherheit gebracht werden kann an einen „Sicheren Ort“ und dem innere Schutzfiguren zur Seite treten, gestellt werden können. Mit diesem Verfahren werden Selbstregulationsfähigkeiten gestärkt bei negativen Gefühlen/ Erinnerungen, Affekten und Affektüberflutung. Abwehrmechanismen werden als kreative Schutz-/ Lösungsmechanismen gewürdigt, die dem jüngeren Kind – jeweils in verschiedenen Entwicklungsstufen - damals zur Verfügung standen.

Reddemann hat auch den (Wieder)Anfang gemacht in der Wahrnehmung der auseinanderfallenden „**Ego-States**“, den verschiedenen Lebensaltern zuzuordnenden „Jüngeren Ichs“. Diese blieben in bestimmten Entwicklungsphasen „eingefroren“ - entsprechend der dem jeweiligen Alter zuzuordnenden kognitiven, emotionalen Fähigkeiten und möglichen Copingstrategien.

In der **traumafokussierten Verhaltenstherapie** geht es um Trauma-Exposition mit anschließender Durcharbeitung der belastenden Erinnerungen, um diese abzuschwächen, bzw. „beherrschbar“ zu machen, um die Auflösung der unerwünschten Reaktionen auf Trigger hin zur Integration = Identifikation von Reizen und der traumatischen Reaktion darauf. Lange schien dies eine angemessene, weil auch evidenzbasierte Behandlungsweise zu sein.

In ihrem Umfeld entwickelten Psychologen und Traumapsychotherapeuten an der Uni Konstanz zunächst für Krisengebiete wie Ruanda, Tsunami-Überlebende die **NET - Narrative Expositions-Therapie**

Bei **NET** erzählt der Betroffene seine subjektiv erlebte Geschichte. Die Therapeutin dokumentiert jedes Wort schriftlich und liest immer zu Anfang jeder Sitzung die zuletzt niedergeschriebene Folge vor. Die/ der Traumatisierte wird so auch zu einem aktiven Zeugen und Bezeuger der erlebten Traumatisierung. Das schafft Distanz und Handlungsfähigkeit. Außerdem entsteht so ein Zeugnis für das soziale Umfeld, in dem die traumatischen Ereignisse stattfanden, und ein historisches Dokument für die nachfolgende Generation als Mahnung: seid wachsam!

NET ist ein wunderbares und starkes Werkzeug: es macht den Erzähler zu einem Subjekt, dass seine traumatischen Erfahrungen nicht nur kognitiv managen lernt, sondern auch alle Gefühle und auftauchenden Körpersensationen/ arousals - und gleichzeitig im Erzählen zum Zeugen der selbsterlebten Ereignisse wird.

### **EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing**

Diese von Francis Shapiro entwickelte Methode kam Anfang der 90er Jahre aus Californien nach Europa.

Die Wirksamkeit von EMDR ist durch zahlreiche wissenschaftliche Studien belegt. Ein zentrales Element der EMDR-Behandlung ist die innere imaginative Betrachtung jeweils einer belastenden Sequenz unter Nutzung bilateraler Stimulation: das kann die „scheibenwischerartige“ Bewegung der Finger einer Hand der Therapeutin sein oder eine akustische Stimulation. Die Patientin bzw. der Patient folgt den Fingern mit den Augen. Diese Stimulation unterstützt das Gehirn, die eigenen Selbstheilungskräfte zu aktivieren, indem es imaginativ neue entlastende Sequenzen entwickelt und dadurch belastende Erinnerungen verarbeitet, weiter entwickelt – und das i.d.R. anhaltend. Meist tauchen im Verlauf der Therapie weitere traumatische Sequenzen auf. Diese werden in „den Tresor“ gelegt, bis zu zu einem späteren Zeitpunkt mit EMDR oder einer anderen Methode bearbeitet werden. Immer ist EMDR eingebettet in eine tragfähige therapeutische Allianz Patient - PsychotherapeutIn.

**Debriefing** – eine fast nicht mehr angewandte Methode von Gisela Perren-Klingler, CH

Weiter zu nennen sind

**Kreative Therapieverfahren, wie Kunst – Musik – Tanz - Therapie.**

Dies sind alle Methoden, die Unsägliches, Unsagbares zunächst in einer non-verbale Form von Ausdruck bringen. Um etwas neu Erlebtes zu begreifen = integrieren zu können, gehört selbstverständlich auch ein „begrifflicher“ Zugang zur Verarbeitungen traumatischer Erfahrungen immer dazu.

**Körpertherapeutische Verfahren**

Eine möchte ich hervorheben:

**SE - Somatic Experiencing**, ein Trauma- und Körper-orientiertes Behandlungsmodell von Peter Levine. Er ist derjenige, der vor allem den Fokus wieder auf den Körper gerichtet hat. Erst seit wir die neuronalen Verschaltungen im Gehirn besser verstehen, wird der Körper als Träger und Indikator bei Traumatisierung eher mit einbezogen. „The Body keeps the Score“ (Der Körper hält alle Narben“) sagt Bessel van der Kolk.

Der Biophysiker und Psychologe Peter Levine forscht seit Anfang der 70er Jahre das Phänomen „Trauma und Traumatisierung“. Sein Ansatz liegt in der Beobachtung der biologischen Mechanismen, dass die Neuro-Biologie zum Überleben eines Organismus entsprechendes hyper-arousal (Sympathikus) für **Fight oder Flight** produziert.

In manchen Fällen werden diese zunächst lebenserhaltenden neuronalen Reaktionen jedoch nicht „zurückgefahren“, sondern bleiben wie „eingesperrt“ - geraten in **Hypo-arousal**. Besonders trifft dies bei Früh-Traumatisierten zu, deren Amygdala einst einen **Freeze – Alarm** ausgelöst hatte. Schwerwiegend Traumatisierte können nun nicht mehr die basalen empathischen Blicke, die Gesichter anderer Menschen „lesen“. Peter Levine sagt, diese Menschen vertragen gleichsam immer nur 1 Tropfen Empathie auf einmal. Die Betroffenen müssten in kleinster Dosierung ihre Lebensenergie, ihre Vitalität zurückgewinnen und sich selbst einverleiben.

Dabei können rhythmische Bewegungen, durchaus mit Kraft, auch meditativ-ruhige Bewegungen zusammen mit dem Atem den vitalen Anteil des Parasympathikus aktivieren (statt des Dorsalen VagusKomplexes – Krokodil – todesähnliche Erstarrung)... und die Trauma-Symptomatik allmählich auflösen!

Therapeutisch, seelsorgerlich können wir bewusst nutzen, womit der Ventrale Vagus neuronal in Verbindung steht : wir sorgen für eine parasympathische Ent-Spannung – Ruhe, mit einer warmen, freundlichen Stimme in mittlerer Tonlage – Singen oder Summen - mit einem beruhigenden Gesichtsausdruck / Lächeln, mit kleineren ruhigen Gesten, evtl. sanfter Berührung an den Armen, der Schulter.

Ausgehend von der neurowissenschaftlichen Erkenntnis

**neurons that fire – wire together**

Neuronen, die feuern – die vernetzen sich

hat sich das Feld der **Positiven Neuroplastizität** entwickelt - führend von Dr. Rick Hanson (bei dem ich in diesem Jahr schon 2 wunderbare inspirierende Fortbildungen machen konnte).

Rick Hanson u.a. sagen, wir sollten nicht allein auf Trauma und traumatogene Faktoren schauen, sondern uns auch darauf konzentrieren, wie wir das soziale Gehirn mit seinen Bedürfnissen, Vorlieben und Fähigkeiten positiv aktivieren und schon einmal als positiv Erlebtes neuronal re-aktivieren. Zum einen in uns selbst und auch über die Spiegelneuronen bei einem Gegenüber mit freundlich-sorgenden Worten und einem damit übereinstimmenden Gesichtsausdruck..

Wir können lernen, verstärkt das „**Belohnungssystem**“ bewusst zu aktivieren. D.h. Über bestimmte als angenehm erlebte kognitiv/mentale, emotionale, körpersensorische Aktivitäten bringen wir die neuronalen Verschaltungen in Gang, die uns eine **Kaskade von Neurotransmittern** wie **Serotonin**,

**Dopamin, Oxytocin** beschenken. Das sind die Hormone, die wir als Glücks- und Wohlfühlhormone bezeichnen. Die ganz natürlich vorhanden sind, wenn wir uns sicher, geborgen, gesehen, geachtet fühlen - eben verbunden mit anderen. Diese Hormone werden aktiviert, ebenso der Ventrale Vagus, der Teil des Parasympathikus, der uns in einen Zustand von Entspannung und Gleichgewicht/ Homöostase bringt.

Als ich z.B. die therapeutische Methode NET vor 20 Jahren in Konstanz erlernte, wußte man/ ich noch nichts von der Neuro-Plastizität des Gehirns. Heute kann ich sagen, genau in dem Erzählen und Verschriftlichen für die Gesellschaft, die Nachkommen „schaut her, das habe ich gemeistert und überlebt, und jetzt bin ich diese starke, selbstbewußte, mutige Person. An dieser „Nahtstelle“ zwischen „Zu-einem-Objekt-gemacht-worden-zu-sein“ und mich zu einem aufrichtigen und aufrechten Subjekt gewandelt zu haben und mich selber zu würdigen, da tritt Entspannung und Homöostase ein.

Gleichzeitig kann hier auch das beginnen, was wir mit „Traumatic Growth“ bezeichnen oder was schließlich einen „wounded healer“ ausmacht.

Gute, gut ausgebildete und erfahrene TraumapsychotherapeutInnen wenden meist verschiedene Methoden an: denn nicht jede Methode ist für jeden Patienten geeignet. An erster Stelle steht immer der **Aufbau einer tragfähigen Beziehung!** Und diese Beziehung muss auf Seiten der Therapeutin mancher „Überprüfung“ standhalten können: Regelmäßigkeit der Termine, Transparenz von Sprechen und Handeln, Belastbarkeit angesichts so extremer erlebter Gräueltaten, wirklich menschlich empathisch oder bloß professionell ?

## **B. Warum entwickeln manche Menschen keine Trauma-Symptome?**

Können selbstaktivierend Heilungs“kräfte“ nutzen

Luise Reddemann machte schon Mitte der 90er Jahre vehement deutlich, wie wir PsychotherapeutInnen uns geradezu auf alle dunklen und schrecklichen Aspekte von Traumatisierung stürzen würden, aber ganz vergäßen, dass diese Menschen doch überlebt hätten! L. Reddemann ermutigte uns, nach allem zu fragen, was diese Menschen innerlich und äußerlich unterstützt habe – bezogen auf Inzest- und Missbrauch-Opfer, Flüchtlinge, Folteropfer, Menschen mit letalen Diagnosen, bei Menschen, die sich aus relationalen oder Stoff-gebundenen Abhängigkeiten gelöst hatten. Und das zu würdigen!

Resiliente Faktoren können vorkommen, erlebt werden in den Bereichen (5 Säulen der Identität):

Körper - Leib

soziale Felder und Verbundenheit : Familie, Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen

Ein – und Auskommen

Fähigkeiten, wie Hobbies

Werte, Normen, geistig-geistlich-spirituelle Verbundenheit/ Verortung.

Wenn Menschen ausreichend innere Repräsentanzen von Sicherheit, Schutz, Unterstützung, des Gesehen-Geliebt-Genährt-Werdens, von „**Guten Mächten**“ mitbekommen/ gehabt haben – dann wirkt sich das auf die neuronalen Strukturen sowie die gesamte Neuro-Biologie, Neuro-Immunologie in der Reaktionsbildung auf traumatische Ereignisse aus.

Nochmals: mit Hilfe der Polyvagal-Theorie lässt sich Folgendes begründen:

Singen, rhythmisches Sprechen (Kinderreime, Gebete, Psalmen) und Bewegen (z.B. auf einem Trampolin hüpfen so bei Peter Levine gelernt) deaktivieren das **Freeze – Erstarrungssystem und aktivieren den Teil des Parasympathikus, der Ruhe und Ent-Spannung initiiert.**

Ebenso läßt sich verstehen, weshalb meditative Tätigkeiten für Traumatisierte sehr gut sein können. Schreiben, malen, alle Arten von künstlerischem Tun, auch Gartenarbeit, Wandern. Der Umgang mit Tieren und der gemeinsamen Spiegelneuronenaktivität, bsd. bei Hunden und Pferden gehört ebenso dazu.

Besonders erwähnen möchte ich **Achtsamkeit und Meditation**.  
Leider ist auch der Begriff „Achtsamkeit“ zu einem Modewort verkommen.

Der **Achtsamkeit** liegt eine Haltung in „liebendem Gewahrsein“ und Vertrauen in die immerwährende Veränderung der Phänomene zugrunde. Eine aus der Buddhistischen Psychologie, „Psychology of Mind“ stammende Sicht auf den Menschen kommt hinzu. „Krankheit“ wird da beschrieben als ein jetzt auftretendes Phänomen. Wir im Westen haben ein Problem, eine Krankheit. Wir haben eine Pathologie, Psychopathologie. Ein Betroffener wird identifiziert mit dieser Pathologie und deren Genese.....und der Betroffene identifiziert sich selber über diese Pathologie. Natürlich ist es korrekt zu sehen, dass z.B. eine CA-Erkrankung Implikationen hat für die Zukunft. .... Und dennoch ist die sich ständig verändernde Frage: was brauche ich als Patient jetzt, was kann ich oder jemand anderes jetzt für mich tun...? statt zu erstarren in momentanen Schmerzen, Befürchtungen vor der Zukunft.

Es ist möglich, dass auch Traumatisierte lernen können, „in liebendem Gewahrsein“ auf sich selbst zu blicken – und zwar von Moment zu Moment. Immer werden in diesen einfachen Techniken der bewußte Umgang mit dem **Atem als „Anker“** mit einbezogen und alle im Körper auftauchenden Sensationen, sowie Gedanken und Gefühle jetzt. In diesem „liebvollen Gewahrsein“ entdecken Traumatisierte, dass alles permanent im Fluß ist und sie nicht statisch ein bestimmtes Miss-Empfinden, Unglück SIND – neurobiologisch eine Aktivierung des Parasympathikus. Dies ist möglich, wenn und weil sie dies zunächst im Kontakt mit einem anderen Menschen üben – in freundlicher Verbundenheit!

Als therapeutisches Angebot sind hier die jeweils 8 Wochen dauernden und gut evaluierten Kurse in MBSR von Jon Kabat-Zin, seit den 80er Jahren in USA, und MSC zu erwähnen. Seit 2 Jahren bin ich selber Lehrerin für MSC.

Sehr genau differenzierte und differenzierende Behandlungsmethoden sind jedoch für alle dissoziativen Störungen (Persönlichkeit- und Identitätsstörungen) erforderlich, wie sie Ellert Nijenhuis in seinem neuen Buch darlegt. Wobei die „einfachen“ Methoden nicht vernachlässigt werden dürfen!

Ganz grundlegend ist zu sagen : wer einen ABYSS erlebt/ überlebt hat, lebt jetzt und benötigt jetzt und immer wieder (wie wir alle eigentlich) die ganz basalen menschlichen Zuwendungen wie  
gesehen werden  
gehört werden – auch im Schweigen  
wertgeschätzt – ge-und beachtet zu werden  
geliebt zu werden – als Mitmensch , einfach so

Und so kommen wir bei der Seelsorge an.

## **5. Seelsorge bei (möglicherweise) - traumatisierten PatientInnen**

Ich halte es für sehr wichtig, sich als Krankenhaus -Seelsorgende mit dem Thema von Trauma – Traumatisierung vertraut zu machen. Ganz einfach, weil jede Erkrankung einen Einschnitt in das bisher vertraute, einigermaßen sichere Leben mit sich bringt.  
Über Entstehung, Symptombildung, Trigger etwas zu wissen, wird immer wieder hilfreich sein, um reaktive Verhaltensweisen, uneinfühlbare Emotionen, aufbrechende Affekte, verwirrendes soziales Verhalten und verwirrenden sowie verworrenen Gedanken-Fluß, Abbruch eines Gespräches oder flashback bei einem Patienten als Möglichkeit eines Hinweises auf eine eventuelle Traumatisierung zu sehen.

Das ist auch wichtig, damit SIE nicht einsteigen in die gerade ver-rückte Realität des Patienten, sondern SIE bleiben als Gegenüber – anWESEnd, präsent von Moment zu Moment. Ein Gegenüber, das nichts korrigiert. Wenn der Patient Sie als stabil wahrnehmen kann, wunderbar – nutzen Sie es, um ihn in die Sicherheit des Moments zurückzuholen und ihn gerade jetzt damit -möglicherweise- zu stabilisieren.

Falls nicht, hilft:  
.....den Atem des P wahrnehmen und selber ruhig gleichmäßig zu atmen

.....den P ermutigen „ich sehe, irgendwie sind Sie außer Atem gekommen, gerade so kurzatmig, versuchen Sie doch mal, einfach beim **A** ein Phhh über die Lippen fließen zu lassen – selber mitmachen ..... ja, was Sie gerade erzählt haben, kann einem schon die Luft nehmen .... oder ... einen ganz durcheinanderbringen  
und nochmal **E - A a phhhh**

.....zum Aufstehen und einige Schritte gehen einladen und die Sinne ansprechen, zu sehen, zu hören, zu riechen, wahrzunehmen, was es jetzt in diesem Moment an sensorischen Eindrücken gibt und diese benennen lassen.  
(Cave – auch da kann triggerndes Material „in der Luft liegen“)

Verlockend, geradezu verführerisch kann es besonders in der Psychiatrie sein, eigene Hypothesen zu den Erkrankungen der Patienten zu bilden. Diese können sich dann durchaus von den Diagnosen der Psychiater unterscheiden. Ich kenne das aus der Zeit mit meinem Mann in Bad Schussenried recht gut. Es stimmt ja auch: was wie eine Psychose aussieht z.B., kann eine massive Symptombildung nach einer schweren Traumatisierung sein. Ebenso können dissoziative Zustände so verrückt und wahnhaft erscheinen.....dass eine Einweisung in die Psychiatrie Leider – erfolgte!

Die Frage an uns selbst – an Sie - ist also: was ist an diesem Platz meine Aufgabe, was ist hier meine Rolle? Was ist mein spezielles Handwerkszeug dafür und was kann ich gut, was möchte ich noch weiterentwickeln?

So muss jedeR sich als begleitende Person, ob psychotherapeutisch oder seelsorgerlich, selbst zurückzunehmen, sich eher so sehen: als Assistentin bei einer Ausgrabung, die der ProtagonistIn immer feinere Pinsel anreicht, um Schutt und Staub von den vermuteten Kostbarkeiten behutsam zu entfernen (den Glauben daran aufrecht erhalten!). Alle Scherben gilt es zu würdigen, bis feinste Splitter erkennbar werden und manchmal sich ein Teil des Ganzen mit allen Bruchstellen vorstellen oder schadhafte rekonstruieren läßt.

Bezogen auf traumatische Erfahrungen kann das traurige, zornige, anklagende Gefühle hervorrufen. Die gilt es zu halten, denen einen Raum zu geben . Denn sie sind angemessen. Meist geht der Prozess über in Trauer und Abschied „Ja, das war einmal – es ist vorbei .... und es war gut und .....“ Vielleicht können wir uns von Gutem, Schönem erzählen lassen. Manchmal auch nicht, dann bleibt jemand in der Trauer oder anderen schweren Gefühlen. Und wir wissen, SeelSorge möchte bei allem präsent sein, aufmerksam für das, was ein Mensch seelisch bewältigt oder ihn überwältigt Nicht immer passen Tröstungen. Manchmal scheint ein Erleben, die Seelen-Bewegungen eines anderen auch untröstbar – zumindest jetzt in diesem Moment. Vielleicht ist genau dieses miteinander Aushalten solcher starken, bislang abgewehrten, unterdrückten, oder noch nie gefühlten – weil erstarrten Gefühle – jetzt NOTwendig – die Not des P wendend. Vielleicht besuchen Sie beim nächsten Mal einen veränderten Patienten.

Evtl. können Sie ihn dann fragen, was ihn denn so alles auf seinem Weg bis jetzt unterstützt habe – Sie fragen nach Ressourcen und Resilienz.

Und eine Erinnerung an die Positive Neuroplastizität: alles, was sich ein Mensch gleichsam auch selbst erzählt zu Bewältigtem, wenn er/sie es Ihnen erzählt, vernetzt sich positiv im Gehirn, bildet, wie Prof. Manfred Spitzer aus Ulm sagt, „neuronale neue Autobahnen“.

Und - wieder aus der Neuro-Biologie: weil wir soziale Wesen sind, ist auch ein scheinbar untröstbarer, untröstlicher Mensch – meistens - fähig, über seine Spiegelneuronen unsere, Ihre mitfühlende, spürsamen Präsenz wahrzunehmen – die einfache Präsenz ohne innere Gedankenakrobatik, welche hilfreichen Sätze vielleicht gesagt werden sollten von Ihnen, was denn wohl die korrekte Diagnostik wäre. Vertrauen wir auch hier der Neuroplastizität der Gehirne! Bei Früh-Traumatisierten allerdings kann die Ver-Störung so tief-, tiefgreifend sein, wie Sie vorhin hörten, dass Sie diese Menschen nur schwer oder gar nicht erreichen können - leider.

Auf eines muss ich Sie noch aufmerksam machen und auch sensibilisieren! Auch Sie, wir alle kommen über die Spiegelneuronen in eine Ver-Bindung zu einem Gegenüber. Je nach den eigenen Erfahrungen, die in **unseren eigenen** neuronalen Strukturen vernetzt sind, kann Ihr, unser Stress-System anspringen und sofort oder später Trauma-Symptome generieren. Wir brauchen vielleicht

regelmäßiger ein bisschen mehr Rotwein oder Bier zum Abschalten abends, schlafen schlechter, kürzer oder mit mehr Albträumen, werden gereizt(er) mit der Familie, dem Hund, den Kollegen, ironisch, süffisant-sarkastisch, isolieren uns.

CAVE: das können Symptome eines burn-outs sein, jedoch auch eine Infizierung mit dem Trauma eines anderen oder von eigener – latent schlummernder -Trauma-Erfahrung. Oder es kann zu einer Über-, Identifizierung mit Gefühlen der besuchten Patienten kommen, besonders bei Psychiatrie-Patienten, mit deren Gefühlen von Wut, Zorn, Ohnmacht gegenüber Diagnosen und Strukturen im psychiatrischen Krankenhaus. Sie könnten sich sogar selber hilflos fühlen bei solchen Diagnosen und Behandlungsmethoden, die Ihrer Einschätzung, nach Ihrem Verständnis und Ihrem Erleben mit dem Patienten nicht auf diesen zutreffen, ihm nicht gerecht werden.

Statt in diese reaktive unfruchtbare Stress- Schleife des **Fight** zu gehen, könnte es wesentlich entspannter und entspannender sein, gemeinsam mit dem Patienten heraus zu finden, was Seel-Sorge ganz konkret hier und jetzt sein könnte.

Für Sie selber und alle seelsorgerlichen Themen, Reflexion von auftauchenden Fragen und Ereignissen sollte regelmäßige Supervision selbstverständlich sein. Fühlen Sie sich jedoch getriggert, so empfehle ich eine auf Trauma spezialisierte Begleitung.

### **Und ganz wichtig:**

kultivieren wir unsere eigene Resilienz. Nehmen wir uns bitte selber so wichtig, dass wir die eigenen Ressourcen nutzen, um uns emotional, kognitiv, körperlich – sensomotorisch, sozial und geistig-geistlich zu nähren. In dieser Weise selber innerlich stark und präsent und in voller Achtsamkeit repräsentieren wir sicherlich Aspekte von Heil und Heilsein. In solcher MitfühlendenPräsenz von Moment zu Moment sind wir selber offen für alles, was in uns geschieht, und halten einen Raum offen für Entwicklung und Veränderung bei uns und dem Andern – das ist HeilWERDEN.

Ist das nicht genau das, wovon Heilungsgeschichten mit Jesus erzählen?

Dass der Zustand – der Stillstand im sich Zersplittert-Fühlen, im Getrennt-sein von sich-selber und anderen – dass das aufhören möge?! Da wo Leiden, Ungeborgenheit und Sinnverlust sich äußern und ein DU diesem standhält, hinschaut und hin-hört, EINFACH präsent ist – da kann ein ein Heil-Werden – Ganz-Werden seinen Anfang nehmen. Nicht umsonst ist der Wortstamm – im Englischen noch deutlicher: heal - whole – holy.

Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Aufmerksamkeit!

Cordula Gestrich  
Psychotherapeutin ECP  
Traumatherapeutin  
Wörthstr. 13/ 1  
89077 Ulm  
0731 . 4921 8762

