



Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie

I.B.T.®

Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie

bei Säuglingen, Kleinkindern
und Vorschulkindern

Modul 1

Einführung in die Integrative
Bindungsorientierte Traumatherapie



Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie

Alfred-Delp-Straße 2
D- 73430 Aalen

Tel Büro 07965-801 694
Tel Praxis 07361-524 92 37

www.wzpp.de
info@wzpp.de

Inhaltsverzeichnis

Einführung	3
Physiologie psychischer Traumatisierung	4
Frühe Gehirnentwicklung	16
Prä- und perinatale Traumataentwicklung	19
Entstehung pränataler Traumata	20
Entstehung perinataler Traumata	24
Auswirkungen der prä- und perinatalen Zeit	28
Postnatale Traumaentwicklung	29
Risiko-/ Resilienzfaktoren	33
Diagnose einer Posttraumatischen Stressstörung bei Säuglingen und Kleinkindern	34
Bindungs- , Beziehungs- und Entwicklungstraumatisierung	36
Begriff psychische Traumatisierung	38
Varianten psychotraumatischer Syndrome	46
Schlussfolgerungen für die Behandlung von Traumata	50
Phasen-Modelle in traumazentrierter Beratung und Therapie	53

Modul 1 Integrative Bindungsorientierte Traumatherapie bei Säuglingen und Kleinkindern

Grundkenntnisse der Psychotraumatologie

Einführung

„Jedem Anfang liegt ein Zauber inne“ (Hermann Hesse)

Mit dem Moment der Zeugung beginnt ein wahrhaftiges Wunder in der Welt. Es ist immer wieder erstaunlich, wie die Natur es eingerichtet hat, dass aus einer Eizelle und einen Samen ein Mensch entstehen kann. Ein hochentwickelter, empfindsamer Mensch mit Gefühlen, Gedanken, einer Körperlichkeit, in der Lage, Beziehungen herzustellen, zu leben und zu lieben. Auch wenn dies mehrfach am Tag auf der ganzen Welt passiert, ist und bleibt es erstaunlich – ein Wunder!

Im Gegensatz zu den Tieren kommt der Mensch „unreif“ auf die Welt und ist besonders in den ersten Lebensjahren besonders auf Personen in seiner Umgebung angewiesen, die ihm neben äußerer Versorgung wie Nahrung, Schlaf und Schutz, auch Nähe, Liebe und Geborgenheit gewährleisten. Auf Grund dieser Unreife sind Kinder in den ersten Lebensjahren aber auch besonders den verschiedensten Risiken einer Traumatisierung ausgesetzt. Sie können sich rasch in ausweglosen Situationen befinden, in denen weder Flucht noch Angriff möglich und sie hilflos ausgeliefert sind. Ist dieses Erleben mit sehr starkem, überflutendem und evtl. auch andauerndem oder sich wiederholenden Stress verbunden, kann es auf Grund der noch nicht gefestigten Persönlichkeitsstruktur und noch nicht ausreichend abgeschlossenen Gehirnentwicklung zu einer noch schwerwiegenderen Traumatisierung bereits im frühen Kindheitsalter kommen, die zu lebenslangen, belastenden Auswirkungen bis ins hohe Erwachsenenalter nach sich ziehen können.

Diese Traumatisierungen können pränatal, im Mutterleib (z.B. durch Ablehnung des Kindes, Abtreibungsversuche, Zwillingstod, aber auch psychische Belastung und/ oder psychische Erkrankung der Mutter wie schwangerschaftsbedingte Ängste, andauernder Stressbelastungen, Depressionen, Paarschwierigkeiten, transgenerationale Traumata und Verletzungen, sowie negative Umwelteinflüsse wie Drogen, Alkohol, Nikotin, Umweltgifte, Viruserkrankungen, Medikamente), perinatal, während der Geburt in Form von Geburtstraumata, Kaiserschnitts Geburt und/ oder Frühgeburt, und postnatal in Form von Bindungs-/ Entwicklungs Traumata, körperliche und emotionale Misshandlungen wie Gewalterfahrungen, sexueller Missbrauch, aber auch Vernachlässigung erfolgen.

Behandlungsmöglichkeiten in den ersten drei Lebensjahren gibt es nur sehr wenige. Die meisten psychotherapeutischen Behandlungsmethoden für dieses Lebensalter setzen an den Eltern-Kind-Beziehungen an oder beschränken sich sogar auf eine reine Beratung der Eltern. Eine direkte Behandlung am Kind ist nach wie vor die Ausnahme.

Physiologie psychischer Traumatisierung

Besonderheiten des Traumagedächtnisses (einschl. Körpergedächtnis)

Beim expliziten/ deklarativen Gedächtnis handelt es sich vor allem um den präfrontalen und temporalen Cortex und den Hippocampus. 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 autobiographisch zugeordnet. Bewusste explizite Erinnerungen sind etwa ab dem vierten Lebensjahr möglich, da der Hippocampus bzw. dessen Myelinisierung vorher nicht ausreichend ausgereift ist. Dennoch kommt es auch immer wieder zu Erinnerungen, die zeitlich deutlich früher stattgefunden haben, z.B. Ereignisse während der Geburt. Diese zeigen sich aber nicht durchgängig bei einer Mehrzahl der Menschen.

Das implizite/ non-deklarative Gedächtnis umfasst vor allem das limbische System mit der Amygdala, den Basalganglien und auch das Kleinhirn. Diese Erinnerungen sind unbewusst ohne zeitlich-räumliche Zuordnung. Es beinhaltet auch 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.

Neurobiologische, neurophysiologische und neuroanatomische Aspekte

Die Großhirnrinde ist die oberste, entwicklungsgeschichtlich jüngste Region, entscheidend für bewusste und willkürliche Prozesse, sowie der Impulskontrolle.

Die mittlere, subkortikale Ebene, das limbische System, ist vorbewusst und für die Emotionen zuständig ist. Dieser Bereich ist vor allem in der Entstehung von Traumata von großer Bedeutung.

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

Gehirnebenen, die besonders für die Aufnahme und das Abrufen von Informationen wesentlich sind:

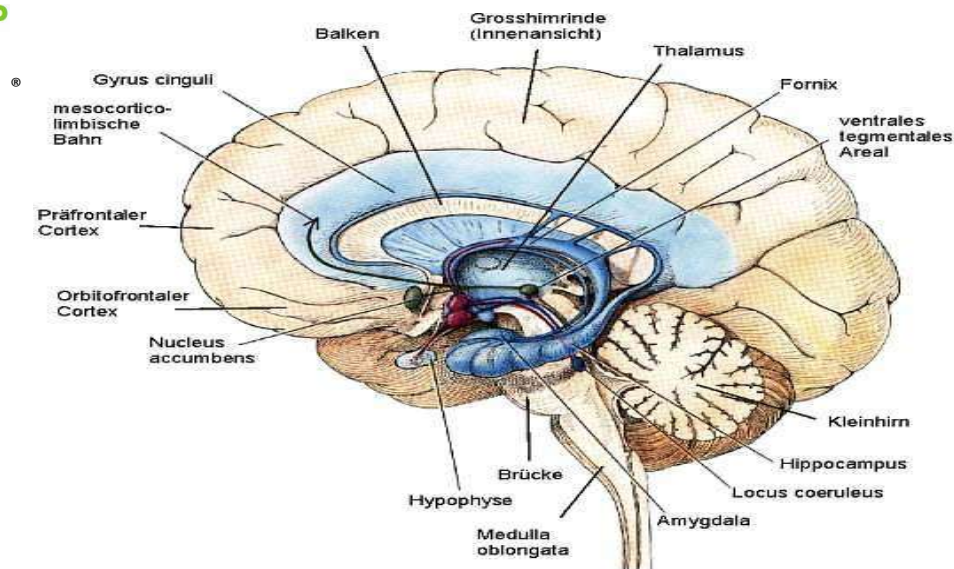
Der Thalamus, auch Pförtner genannt, ist die Schaltstelle mit Filterfunktion für alle eintreffenden sensorischen Sinneseindrücke.

Der Hippocampus, auf Grund seiner Form auch Seepferdchen genannt, ist zuständig für die räumliche und zeitliche Einordnung und die Voraussetzung für die Überführung in das deklarativ-explicite Gedächtnis und die semantisch verfügbaren Erinnerungen, kurz in das Langzeitgedächtnis.

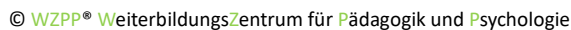
Die Amygdala, auch Mandelkern genannt, ist entwicklungsgeschichtlich älter, gehört zum limbischen System. Als „Feuerwehr“ des Gehirns, beurteilt sie die emotionale Wichtigkeit oder Bedrohlichkeit einer Information und kann in einer sehr schnellen Schaltung Angst, Flucht- oder Kampfbereitschaft mobilisieren. In diesem Bereich werden auf Grund der emotionalen Bewertungen auch Handlungsimpulse ausgelöst.

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.

WZPP



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie



Die Informationen gelangen über den Thalamus in das Gehirn. Dort wird eine

Wird die Erfahrung nun von der Amygdala als bedrohlich eingeschätzt, lässt sie 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, um zu kämpfen oder zu fliehen, versetzt wird. Handelt es sich nur „um ein wenig“ Stress, ist die Mauer Knie- oder Hüfthoch, bei subjektiv

lebensbedrohlichem Stress ist die Mauer bis zur Decke. Das Bewusstsein, der Präfrontale Cortex ist bei lebensbedrohlichem Stress überhaupt nicht mehr und bei weniger Stress nur noch eingeschränkt in der Lage, regulierend auf die Amygdala, sowie das gesamte limbische System einzuwirken.

Reichen bei lebensbedrohlichem Stress die vorhandenen Bewältigungsstrategien zum Kämpfen und Fliehen nicht mehr aus, schaltet der Körper in die letzte Möglichkeit, um zu überleben, in den Freeze-Modus. In diesem Zustand verfällt der Körper in einen Tot-Stell-Modus, der auch Dissoziation genannt wird. Bei der Dissoziation in der Stress-Situation werden im Nervensystem die evolutionsmäßig sehr alte Nervenbahnen des dorsalen Vagus (siehe weiter im Text) genutzt. Bei der Nutzung dieser Nervenbahnen werden neben Serotonin und Oxytocin, auch Opiate zur Vorbereitung auf einen schmerzfreien Tod ausgeschüttet. Die Erfahrung, die diesen Zustand ausgelöst hat, stößt, in der Metapher weitergesprochen, 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 Trauma integrative Verfahren integriert, d.h. zusammengesetzt, und dadurch als „alte 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 fragmentiert ist – er befindet sich in einem Traumanetzwerk und hat dadurch auch nur auf die Ressourcen und Bewältigungsstrategien Zugriff, die er auch im Alterszustand zum damaligen Zeitpunkt hatte. Seit dem Zeitpunkt neu erlernte Strategien, Sichtweisen und Ressourcen sind in diesem Moment nicht abrufbar.

Die Aktivierung dieser fragmentierten Erfahrungen (Flashbacks) geschieht durch sogenannte Trigger. Trigger sind Eindrücke, die eines dieser vielen Puzzleteile gleicht und es 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 die angehäuften und zunehmend wachsenden Stresshormongehalt die Mauer zwischen Amygdala und Hippocampus aktiv bzw. erhöht sie zunehmend. 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 Fehlar alarm handelt. Für die Amygdala ist es immer jetzt, da sie durch die Mauer ja vom Hippocampus abgespalten ist. Das aktivierte Puzzleteil versetzt die Amygdala in einen Alarmzustand, der sich für den betroffenen Menschen genau gleich wie in der damaligen Bedrohungssituation anfühlt. Der Mensch fühlt, nimmt die Umwelt wahr und handelt wie in der damaligen Gefahrensituation. Durch die Aktivierung des entsprechenden Traumanetzwerks hat er, wie erwähnt, nur auf die damaligen Bewältigungsstrategien und Ressourcen Zugriff. Für seine Mitmenschen wirkt der Betroffene nun „seltsam“. Er verhält sich plötzlich weder situations- noch altersgemäß, da er sich ja in auf Grund des Fehlar alarms in anderen Trauma-Netzwerken befindet und aus diesen

heraus sinngemäß handelt. Für den Betroffenen selbst sind sein Verhalten und seine Sichtweise in diesem Moment absolut logisch. Er befindet sich emotional in einer Gefahrensituation. Zeitweise kann dies dazu führen, dass er den Realitätsbezug teilweise, manchmal sogar völlig verliert und sich völlig im Traumaerleben befindet (Flashback). Bei besonders großen inneren Stress-/Bedrohungssituationen kann es für den Betroffenen zu einem dissoziativen Zustand, dem Tot-stell-Reflex kommen, in dem er wie „einfriert“, in eine Schockstarre oder in einen Art Ohnmachtszustand verfällt. In diesen Momenten nutzt er wie im Traumaereignis die Nervenbahnen des dorsalen Vagusnerv. 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, haben wir hier einen Hinweis, dass sich der Betroffene in einem Traumanetzwerk befindet und wann dieses in etwa entstanden ist.

Trigger können sehr vielfältig sein. Trigger können von außen kommen in Form von ähnlichen Situationen wie die Traumasituation, es kann sich um ähnliche Geräusche, Gerüche, Sinneswahrnehmungen generell handeln. Trigger können aber auch von innen kommen. Diese würden sich zeigen in ähnlichen Gefühlszuständen wie in der Traumasituation – auch entstanden durch einen völlig anderen Auslöser – oder auch Körperzustände wie z.B. ein flaues Gefühl im Magen oder körperliche Schmerzen. Die inneren Trigger sind für die Mitmenschen besonders schwer zu erkennen und damit auch kaum als Trigger zu identifizieren. Auch den Betroffenen selbst sind die Trigger meist gar nicht bewusst, da das limbische System deutlich vor dem Bewusstsein reagiert und auch vor dem Bewusstsein entsprechende Notfallmaßnahmen ergreift. Im Rahmen traumaspezifischer Begleitung (Traumapädagogik, Traumafachberatung und/ oder Traumatherapie) müssen häufig erst mühsam über Achtsamkeitsübungen und Triggerdiskrimination Stück für Stück Trigger identifiziert, eingeordnet und deren Vorzeichen eruiert werden. Bei den kleinsten Betroffenen gleicht diese Arbeit einer Detektivarbeit mit vielen Hypothesen, die aufgestellt, überprüft und manchmal auch wieder verworfen werden müssen, da sich die Kleinsten verbal weniger gut mitteilen können.

Wie beschrieben führt jedes Antriggern dazu, dass die Mauer zwischen Amygdala bestehen bleibt und sich Stresshormone zunehmend anhäufen. Der Präfrontale Cortex hat in diesem Moment kaum bis gar keinen regulierenden Einfluss mehr auf das limbische System, da sich dieses in einem zu hohen Erregungsmoment befindet. Es benötigt häufig sehr starke äußere Reize, um diese Zustände zu unterbrechen. Auf Grund 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 Regulationsschwierigkeiten, die erhöhte Schreckhaftigkeit, die Flashbacks und dissoziativen Phänomene erklären. Im weiteren Verlauf entwickeln die Betroffenen sehr häufig ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten (innerlich in Bezug auf die 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 wahrgenommen Gefahren-Anzeichen werden diese aktiviert und angewendet. Diese Überlebensstrategien werden in der Fachwelt häufig als pathologische Symptome mit Krankheitswert in Form von verschiedensten symptombeschreibenden Diagnosen beschrieben. Für den Betroffenen selbst haben diese Verhaltensweisen einen „guten Grund“ und dienen zum Überleben. Auch wenn diese Verhaltensweisen mittel- und langfristig zu Schwierigkeiten mit den Mitmenschen und/ oder gesundheitlichen Problemen führen, können die Betroffenen diese doch nicht lassen, sie sich nicht mit Verstärkerplänen oder Bestrafungen abtrainieren und/ oder durch Medikamente konsequent unterdrücken. Die Verhaltensweisen dienen subjektiv einem „guten Grund“, nämlich zu überleben. Eine Veränderung der Symptome lassen sich durch gute traumaspezifische Stabilisierung und Traumaintegration, nicht aber durch Druck und reflexhaften Reaktionen der Mitmenschen, erreichen.

Reagiert das Umfeld des im angetriggerten Betroffenen reflexhaft mit Unverständnis, d.h. mit Aussagen wie „Du hast überhaupt kein Grund, so zu empfinden und Dich so zu verhalten!“, gelingt diese Information evtl zwar an den Präfrontalen Cortex, das limbische System jedoch bleibt bei ihrem Standpunkt, dass das von ihr ausgelöste Gefühl mit den entsprechenden Handlungsimpulsen genau richtig sind. Diese Diskrepanz von Präfrontalen cortex und limbischen System führt in diesem Fall nicht zu einer Beruhigung des limbischen Systems, sondern im Gegenteil zu noch mehr Stress.

Reagiert das Umfeld jedoch reflektiert 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 gemeinsam mit dem Präfrontalen Cortex nach Bewältigungsstrategien gesucht und umgesetzt werden.

Zusammengefasst kann man also sagen, Menschen, die sich im Traumawiedererleben befinden, fühlen und verhalten sich in dem Alter, in dem das traumatische Erleben fragmentiert, kurz das Trauma entstanden ist. Ihre Gefühle und ihr Verhalten haben aus ihrer subjektiven Sicht einen guten Grund: nämlich zu überleben. Dass andere Menschen dies nicht nachvollziehen können, ist für diese Menschen in diesem Moment nicht bewusst. Ein konfrontatives, negierendes Verhalten des Umfeldes im Sinne „Deine Gefühle und Dein Verhalten sind falsch“ (Ambivalenz) verstärken das Überlebensverhalten der Betroffenen, da noch mehr Stress entsteht. Ein verständnisvolles Verhalten des Umfeldes im Sinne „Du hast dieses bestimmte Gefühl und Dein Verhalten hat einen guten Grund“ (Synchronisierung) führt zu einer Stressreduktion des Betroffenen und das Erarbeiten von alternativen Bewältigungsstrategien sind möglich.

Was passiert bei einer Traumatisierung im Körper?

Porges entwickelte mit seiner Polyvagal-Theorie ein Modell des autonomen Nervensystems, um das Abspeichern traumatischer Erfahrungen und deren Auflösung zu erklären. 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, werden dem Parasympathikus zugeordnet. Als Gegenspieler des Parasympathikus wird der Sympathikus gezählt. Beide umfassen unser autonomes Nervensystem, das das Gehirn mit unserem Körper, besonders den Organen verbindet.

In entspannten, häufig 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, der Tiefenentspannung, aber auch bei der Verdauung, dem Stillen, der Endphase der Geburt und der Sexualität werden die Nervenbahnen des dorsalen Vagus genutzt. Neben Serotonin und Oxytocin werden nun auch körpereigene Opiate ausgeschüttet, 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 Anlass des limbischen Systems und der hormonellen Ausschüttung von Stresshormonen innerhalb von Millisekunden der Sympathikus an und hemmt damit den Parasympathikus (Vagusnerv). Die Herzfrequenz steigt, der Muskeltonus steigt, die Pupillen weiten sich, wir fangen an zu schwitzen und kommen in einen Mobilitätszustand. Wir sind bereit zu kämpfen oder zu fliehen. Alle für die Situation 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 unter Stress, unter lebensbedrohlichen Stress, springt im Moment des Hochstress als letzte Möglichkeit zu Überleben der Parasympathikus in Form des dorsalen Vagus an. Wir geraten in einen Zustand der Immobilisation. Wir stellen uns durch tot, wir dissoziieren. Wie bei der Nutzung des dorsalen Vagus in den angenehmen Momenten werden in diesen subjektiv lebensbedrohlichen Momenten Serotonin, Oxytocin und Opiate ausgeschüttet. Die Herzfrequenz sinkt auch hier. Der Körper wird auf einen schmerzfreien Tod vorbereitet. Dies ist der Moment, wenn die stressauslösenden Erfahrungen, wie oben beschrieben, fragmentieren.

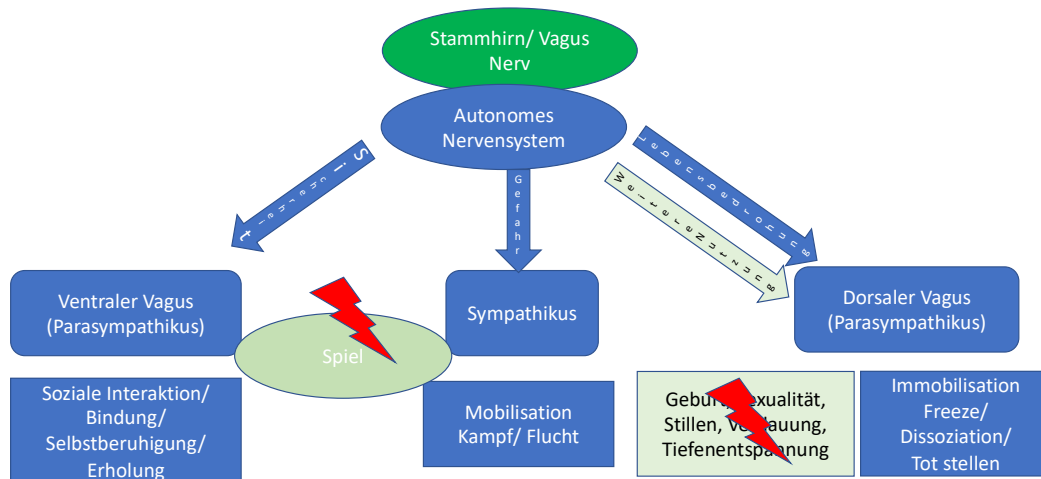
Wurden die Nervenbahnen des dorsalen Vagus mehrmals in lebensbedrohlichen Zuständen genutzt, wird der Mensch diesen Zustand versuchen zu vermeiden, in dem er sich fast zwanghaft versucht, im Sympathikus zu halten. Nicht der dissoziative Zustand selbst wird als besonders bedrohlich empfunden, sondern die wahrgenommene Lebensbedrohung im Übergang vom Sympathikus zum dorsalen Vagus. Dies hat weitreichende Folgen, da auf Grund der Vermeidung der Nervenbahnen des dorsalen Vagus nicht nur das Empfinden von Lebensbedrohung, sondern auch die positive Nutzung des dorsalen Vagus vermieden wird. So leiden die Betroffenen nicht selten unter Verstopfung, haben Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, da sie nicht zur Ruhe kommen, können Sexualität und Stillen nur schwer ertragen und es kommt bei Geburten immer wieder zum Geburtsstillstand. Im Alltag sehen wir zum Beispiel häufig, dass die Betroffenen alles Erdenkliche tun, um nicht zur Ruhe zu kommen.

Sie arbeiten bis zum Umfallen, halten sich mit verschiedensten Mitteln wach bis sie irgendwann vor Erschöpfung einschlafen.

Im Sinne der Selbstheilungsprozesse gibt es einen Hybridzustand zwischen dem ventralen Vagus (Parasympathikus) und dem Sympathikus: das Spiel. Denken wir an das „Fangen-Spiel“. Einer ist der Fänger, der andere wird gefangen. Wir befinden uns im Sympathikus. Dennoch ist es „nur“ ein Spiel. Es ist nicht bedrohlich – wir schauen uns an und lachen. Kinder spielen nach stressreichen Situationen diese Situationen häufig im Spiel, zum Teil heftigst und hoch emotional, nach. Handelt es sich nicht um traumatische, fragmentierte Erfahrungen können sich diese über das Spiel, über das Pendeln zwischen Sympathikus und Parasympathikus, im Selbstheilungsprozesse selbst durcharbeiten. Handelt es sich aber um traumatische, fragmentierte Erfahrungen kann es nicht gelingen. Die Betroffenen „hängen“ im Sympathikus „fest“ und es kann keine Verarbeitung stattfinden. Auch das freudvolle Spiel ist für die Betroffenen meist schwierig. Sobald stressreiche Momente im Spiel auftauchen, aktiviert sich der Sympathikus und die Betroffenen erleben sich in einer Gefahrensituation, in der entsprechend gehandelt werden muss. Sie können sich nur schwer bzw. nur kurz im „als-ob“- Modus des Spiels halten.

Bestimmte Körperzustände fördern daher unterschiedliche Arten des Verhaltens und färben unsere Wahrnehmung. Porges unterscheidet folgende 5 Kategorien:

1. Ventraler Vagus: Soziales Engagement: Fördert positive soziale Interaktion, verringert die psychische Distanz, verstärkt im zwischenmenschlichen Kontakt das Gefühl der Sicherheit.
2. Sympathikus: Mobilisation – Kampf/Flucht: Erhöht bei Bedrohung den metabolischen Umsatz um bei realer oder subjektiv erlebter Gefahr rasch, adäquat, im Sinne des Überlebens, reagieren zu können.
3. Hybridzustand ventraler Vagus-Sympathikus: das Spiel: Erfordert Aspekte der Mobilisation und soziales Engagement und ist daher ein Hybridzustand. Der Ausgangsimpuls ist hier nicht Bedrohung, sondern die Lust am Leben, Freude und Neugier.
4. Dorsaler Vagus: Immobilisation in lebensbedrohlichen Situationen: Es kommt zu einer Verringerung des metabolischen Umsatzes, zu Verhaltensstarre und Erstarren. Dies ist ein primitiver neuronaler Schaltkreis der bei Reptilien adaptiv, für Säugetiere und Menschen aber im Extremfall tödlich sein kann. Diese Erstarrung ist typisch für die Traumatisierung und setzt ein, wenn Kampf und/oder Flucht nicht mehr möglich sind. Dies garantiert entweder einen relativ schmerzfreien Tod oder soll dazu führen, dass der Jäger/der Täter vom Opfer ablässt.
5. Dorsaler Vagus: Immobilisation ohne Furcht: Diese freudvoll und angenehm erlebte Immobilisation setzt beim Stillen, der Geburt, in der Sexualität und bei Verdauungs- und Erholungsprozessen ein.



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Funktion	Peripher / Autonom	Neurochemie	Kortikal-Neuronales System
Soziale Bindung	Myelinisierter	Oxytocin	Kortex Hirnstamm
Regulation der Emotion	Vagus:	Vasopressin	Ventraler Vagus
Neuroprotektion	Parasympathikus	Serotonin	
Herz ↓		Norepiphedrin	
Respirat. Sinus Akt. ↑			
Mobilisierung	Sympathisch/ Adrenalin	Vasopressin	Kortex
Angst Panik	(Hypothalamus/ Hypophyse Achse)	Corticotropin	Hirnstamm
Herz ↑		Kortison	Rückenmark
Kortison ↑			
Immobilisierung	Nicht- Myelinisierter	Oxytocin	Hirnstamm
Starre Depression	Vagus:	Opioide	Dorsaler Vagus
Posttrauma	Parasympathikus	Serotonin	
Herz ↓			
Kortison ↓			

© □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Welche Auswirkungen haben frühe Traumatisierungen auf die Gehirnentwicklung?

Je früher eine Traumatisierung stattfindet, umso ausgeprägter sind die Schädigungen im Gehirn und damit verbunden die Langzeitfolgen im Fühlen, Verhalten und Denken. Frühe traumatische Beziehungserfahrungen gelten als besonders gravierend und sind leider auch am schwersten zu verändern.

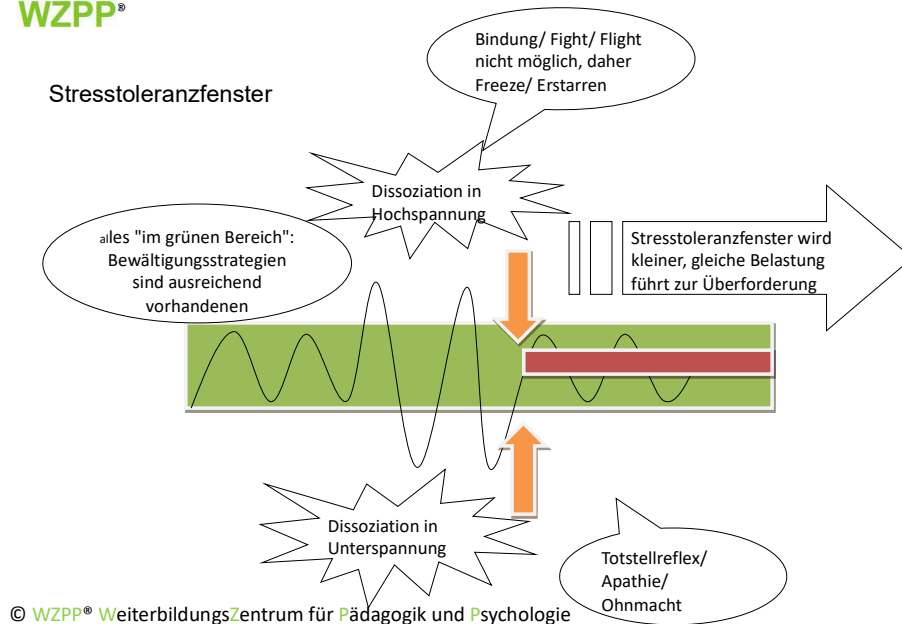
Durch frühe anhaltende traumatische Stresserfahrungen kann es zu einer Veränderung in der Gehirnphysiologie kommen. Der Hippocampus (Verortung in Raum und Zeit, Übergang Kurz- zum Langzeitgedächtnis) verkleinert sich, die Amygdala wird größer und ist damit zunehmend sensibler, d.h. sie reagiert immer schneller auf tatsächliche oder mögliche Gefahren. Der Präfrontale Cortex gelingt es immer weniger regulierend auf das limbische System einzuwirken. Das gesamte Stressverarbeitungssystem bleibt überreagibel und es kommt zu einer Dauerausschüttung von verschiedenen Stresshormonen. Es folgen unter Umständen lebenslange Folgen im Bereich der Aufmerksamkeitsfokussierung, der Impulskontrolle, der Lernfähigkeit, der erhöhten Schmerzempfindlichkeit und Somatisierungstendenzen.

Eine „Rückveränderung“ dieser Strukturen ist je nach Schädigung teilweise noch möglich. Dies erfordert jedoch viele korrigierende Beziehungserfahrungen, gute Therapie und vor allem sehr viel Zeit.

So könnte nun der Eindruck entstehen, dass Kinder im jungen Alter von möglichst jedem Stress ferngehalten werden sollen. Aber auch dies ist schädlich. Kinder benötigen adäquate Stresssituationen, um sich weiterentwickeln zu können. Sie lernen durch Herausforderungen, bessere Strategien zu entwickeln. Würde ein Kind zum Beispiel zum Zeitpunkt des Laufen Lernens nicht immer wieder hinfallen, würde es nicht lernen, was wohl die beste Möglichkeit ist, sich im Gleichgewicht zu halten und sich fortzubewegen. Das Erleben des Kindes, etwas geschafft und bewältigt zu haben, das für das Kind selbst als eine Herausforderung erlebt wurde, steigert die Selbstwirksamkeit des Kindes und spornt es an, weitere Ziele/ Herausforderungen zu bewältigen zu wollen. Das heißt, Kinder brauchen für ihre Entwicklung einen altersentsprechenden Stress, um sich weiterzuentwickeln. Ein zu viel an Stress (Überforderung), aber auch ein zu wenig an Stress (Regressionsförderung) ist für Kinder schädlich und hindert sie an einer guten Weiterentwicklung.

Ein gutes Bild um diesen adäquaten, mittleren Stresspegel darzustellen, ist das Stresstoleranzfenster:

WZPP®



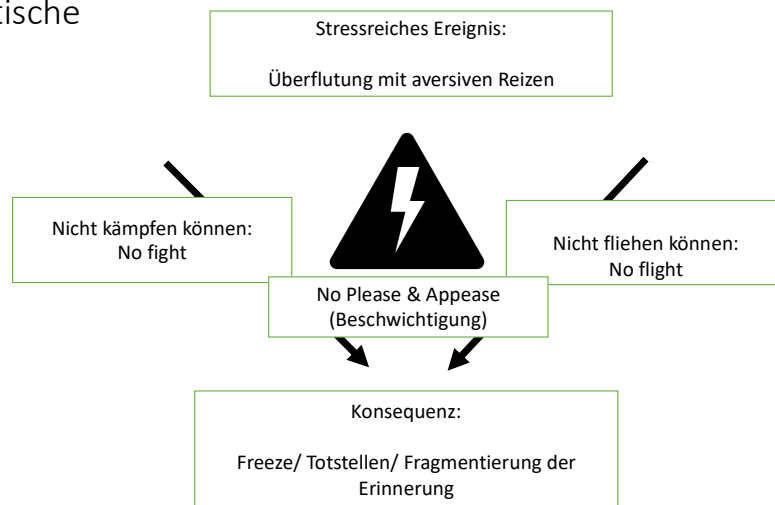
Befinden wir uns im mittleren Stressbereich haben wir ausreichend Bewältigungsstrategien, um die bekannten Herausforderungen zu begegnen. Kommen wir leicht aus unserer Komfortzone heraus, müssen wir uns anstrengen, bessere Strategien zu entwickeln, um neue Herausforderungen zu bewältigen. Dies ist absolut förderlich. Diese Erfahrungen steigern unsere Selbstwirksamkeit, damit auch unsere Resilienz und unser Stresstoleranzfenster wird größer.

Gelingt uns dies aber trotz Anstrengung nicht, reagieren wir zunehmend unter Stress. Zuerst wird unser Bindungssystem aktiviert. Wir suchen in unserem Umfeld Menschen, von denen wir glauben, dass sie uns helfen können (bei Kindern sind dies die Hauptbezugspersonen). Sind diese nicht verfügbar oder gar selbst hilflos werden wir versuchen zu kämpfen oder zu fliehen. Sind diese Maßnahmen erfolgreich, kehren wir in den mittleren Stressbereich zurück.

Sind diese aber erneut nicht ausreichend und wir geraten in lebensbedrohlichen Stress, kommt es zur Dissoziation in Hochspannung (Erstarren) oder in Unterspannung (Ohnmacht). Damit befinden wir uns in der Traumasituation. Das Stresstoleranzfenster wird durch diese Erfahrungen zunehmend kleiner. Herausforderungen, die sich ehemals in unserem mittleren Stresspegel befanden, sind nun plötzlich außerhalb unseres Stresstoleranzfensters und werden als nicht bewältigbar erlebt.

Um zu verhindern, dass es immer wieder zu einer subjektiv lebensbedrohlichen Überforderung kommt, entwickeln die betroffenen Menschen Überlebensverhaltensweisen, um präventiv zu verhindern, dass das geschieht, wovor sie am meisten Angst haben: dem Kontrollverlust.

Traumatische Zange



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

16

Diese Überlebensverhaltensweisen, auch **traumakompensatorisches Schema** genannt, werden bei ähnlich erlebten oder erwarteten Stressreizen dann immer wieder aktiviert, um zu verhindern, dass erneut eine lebensbedrohliche Situation geschehen kann. Je häufiger diese angewandt werden und nichts lebensbedrohliches geschieht, sie sich also als wirksam erwiesen haben, verstärkt sich deren Abspeicherung. Sie sind dadurch immer schneller und automatisierter abrufbar. Dadurch werden Überlebensverhaltensweisen, die früher einen guten Grund hatten, später manchmal selbst zum Problem, da sie unter Umständen in Situationen auftauchen, die einen Fehllarm ausgelöst haben. Das heißt Situationen, die an sich überhaupt nicht bedrohlich sind, aber vom limbischen System als mögliche Bedrohung wahrgenommen werden und damit das entsprechende präventive Verhalten auslösen. Dies geschieht so schnell und automatisiert, dass diese Verhaltensweisen reflexhaft erfolgen und nicht durch den präfrontalen Cortex überprüft worden sind. Den Betroffenen tut dies im nachhinein meist sehr leid, können die Verhaltensweisen aber dennoch nicht so einfach „abstellen“. Das verändern von diesen Überlebensstrategien benötigt viel Zeit, Achtsamkeit und korrigierende Beziehungserfahrungen.

Frühe Gehirnentwicklung

Die frühe Interaktion zwischen dem ungeborenen Kind und der Mutter, die Entstehung und Bedeutung der frühen Bindung, sowie die Auswirkungen der emotionalen Stimmungslage der Mutter auf das Ungeborene wurden bereits ausführlich dargestellt. In diesem Abschnitt soll die frühe Gehirnentwicklung des Kindes dargestellt werden. Es soll der Frage nachgegangen werden, ob ein Kind im Mutterleib und bei der Geburt tatsächlich über ausreichend Fähigkeiten verfügt, um diese Erlebnisse bewusst wahrzunehmen und sich später auch noch daran zu erinnern. Die Antworten dieser Fragen spielen auch bei der Behandlung früher Traumata eine entscheidende Rolle.

In der ersten Hälfte der Gehirnentwicklung bilden sich das Rückenmark und das Stammhirn. Das Stammhirn ist biologisch gesehen der älteste Teil unseres Gehirns und für das Überleben zuständig. In manchen Kontexten wird es auch als Reptilienhirn bezeichnet. Das Stammhirn ist für das vegetative Nervensystem, die Regulation der Atemmuskulatur, der Temperaturregulierung und das Herz-/ Kreislaufsystem zuständig. Dieser Gehirnbereich entwickelt sich bereits ab der sechsten Schwangerschaftswoche (Chamberlain, 1990). Aus dem Stammhirn entwickeln sich weiter das Mittel- und Großhirn, sowie die Großhirnrinde. Im Mittelhirn ist das limbische Nervensystem verankert, dem emotionalen Teil des Gehirns. Als letztes bildet sich schließlich das Großhirn mit der Großhirnrinde (Cortex). In der 16. bis 19. Schwangerschaftswoche sind die Windungen des Frontal Cortex und zwischen der 24. und 27. Schwangerschaftswoche die Windungen des Präfrontalen Cortex erkennbar. Der Präfrontale Cortex (PFC) ist unter anderem für die Handlungsplanung und Problemlösung zuständig (Cierpka et al., 2014; Chamberlain, 1990).

Die einzelnen Gehirnbereiche mit ihren Zellen sind mit Synapsen verbunden. Die umfangreiche Bildung von Synapsen beginnt in vielen Teilen des Cortex bereits im letzten Schwangerschaftsdrittel und setzen sich bis zum vierten Lebensjahr fort (Cierpka et al., 2014; Chamberlain, 1990).

Ein wichtiger Entwicklungsprozess des Gehirns ist die Myelinisierung der Zellfortsätze. Das Myelin bildet eine isolierende Umhüllung der Axone (Zellfortsätze) und ermöglicht dadurch eine schnelle und genaue Weiterleitung von Aktionspotentialen. Die Myelinisierung beginnt zwischen der 12. und 14. Schwangerschaftswoche im Rückenmark und setzt sich daraufhin in den anderen Gehirnbereichen fort. Auch diese Entwicklung wird erst um das vierte Lebensjahr abgeschlossen (Cierpka et al., 2014; Chamberlain, 1990).

Bei Geburt sind die Gehirnhälften bereits voll ausgeprägt. Über die Geburt hinaus finden weitere Bildungen von Synapsen statt, die zunächst überschießend produziert und anschließend aktivitäts- und erfahrungsabhängig wieder reduziert werden. Ebenso nach der Geburt setzt sich die Myelinisierung der Axone fort, die aber bereits während der Schwangerschaft auch in den Bereichen des Cortex (!) begonnen hat. Die gesamte Gehirnentwicklung ist aber erst mit Abschluss der Pubertät endgültig abgeschlossen, wobei das Gehirn in der Lage ist, bis in das hohe Alter weitere Nervenzellen zu bilden und damit zu lernen (Cierpka et al., 2014; Chamberlain, 1990).

Die moderne Gehirnforschung konnte mit Hilfe hochauflösender Elektronenmikroskopen beweisen, dass der Cortex bereits um die 28.

Schwangerschaftswoche voll funktionsfähig ist. Mit Messungen der Gehirnströme konnte des Weiteren gezeigt werden, dass der Cortex um die 28. Schwangerschaftswoche bereits auf visuelle, akustische und taktile Reize reagiert. Das Ungeborene ist demnach bereits im Mutterleib bereits schon in der Lage, auf Erfahrungen sinnvoll zu reagieren (Chamberlain, 1990).

Aktuelle moderne Studien bestätigen zudem, dass Neugeborene bereits bei der Geburt über ein komplexes und persönliches Erinnerungsvermögen verfügen (Chamberlain, 1990). Sie haben bereits ein Bewusstsein ihrer selbst und verfügen über angeborene Kommunikationsbestrebungen. Aussagen wie „Neugeborene seien autistisch“ und hätten, wie Jean Piaget schreibt, „keinerlei Bezug zur Außenwelt“ sind heute nicht mehr haltbar (Chamberlain, 1990).

Nach Levine beginnen bereits im zweiten Schwangerschaftsdrittel im Mutterleib „verborgene“ Erinnerungsspuren (in Form von prozeduralen Erinnerungen), die dann eindeutig um den Zeitpunkt der Geburt zustande kommen. „Diese prägende Erfahrungen können eindrucksvolle Auswirkungen auf unsere späteren Reaktionen und Verhaltensweisen, unsere Emotionen und Gefühlszustände haben.“ (Levine, 2015).

Hören gilt als Voraussetzung für Sprache. Bereits in der 18. Schwangerschaftswoche ist ein Baby neurobiologisch in der Lage, Geräusche wahrzunehmen. In der 28. Schwangerschaft sind die Reaktionen des Babys so beständig, dass gesichert davon auszugehen ist, dass ein funktionales, auf andere bezogenes Hören nun möglich ist (Cierpka et al., 2014; Hüther/ Krens, 2008; Chamberlain, 1990). Bei einer der ersten Studien zum Nachweise des Hörvermögens von ungeborenen Kindern wurde diesen im Alter zwischen der 16. und 20. Schwangerschaftswoche in einer Londoner Entbindungsklinik Musik vorgespielt. Vivaldi und Mozart beruhigten die Kinder, Beethoven, Brahms und Hard Rock lösten hingegen Unruhe aus. So erkennen Ungeborene aber nicht nur Musik, die ihnen in der Schwangerschaft vorgespielt wurde, nach der Geburt wieder, sondern auch Geschichten, die ihnen während der Schwangerschaft vorgelesen wurden (Chamberlain, 1990). Interessant ist vor allem, dass bereits Babys im ersten Lebensjahr, vor der eigenen Sprachentwicklung, über ein semantisches Gedächtnis zu verfügen scheinen. So wurde in einer Studie von Anthony De-Casper und Melanie Spence in den USA schwangere Mütter gebeten, in den letzten sechs Schwangerschaftswochen eine bestimmte Geschichte täglich zweimal laut vorzulesen. Ein paar Tage nach der Geburt wurden den Neugeborenen zwei verschiedene Geschichten desselben Autors – eine davon war die bekannte – vorgespielt. Dazu wurden die Neugeborenen mit Kopfhörern und einem speziellen Sauger, mit welchem man abhängig von der Sauggeschwindigkeit zwischen den vorgelesenen Geschichten umschalten konnte, ausgestattet. Zehn von den zwölf Neugeborenen stimmten ihre Sauggeschwindigkeit so ab, dass sie die vertraute Geschichte hören konnten. In einer französischen Studie wurde dieselbe technische Ausstattung genutzt. Hier konnte nachgewiesen werden, dass die Neugeborenen die Stimme der Mutter aus einer Reihe anderer Stimmen herausfinden konnten. Auch konnte eine Vorliebe für die Stimme der Mutter gezeigt werden. Dass aber allein der Klang der mütterlichen Stimme nicht ausreichte, zeigte sich ein weiterer Teil der Studie. Den Babys wurde die durch die Mutter vorgelesene Geschichte zum einen vorwärts, zum anderen rückwärts vorgespielt. Während die Babys den vorwärts vorgelesenen Geschichten aufmerksam zu hörten, verloren sie bei den rückwärts vorgelesenen Geschichten schnell das Interesse. Die Studie geht in Folge davon

aus, dass Babys bereits im ersten Lebensjahr die Sinnhaftigkeit der Worte und der Geschichte erfassen können. Sollten die Babys keine Sprache verstehen, warum sollten sie dann nur der vorwärts vorgelesenen Geschichte aufmerksam zuhören (Chamberlain, 1990)?! Des Weiteren zeigte ein Londoner Experiment mit Säuglingen zwischen dem ersten und dritten Lebensmonat folgendes: es wurden den Babys Kinderreime synchron zu Gesichtsbewegungen gezeigt. Stimmt diese überein, zeigten die Babys Interesse. Waren die Gesichtsbewegungen zu dem Gesagten leicht verzögert, verloren die Babys das Interesse (Chamberlain, 1990).

Zusammenfassend kann also davon ausgegangen werden, dass Babys bereits bei der Geburt über erstaunliche Fähigkeiten verfügen. Sie sind in der Lage, präzise zuzuhören, Sprache zu verstehen, auf ihre eigene Art zu kommunizieren und Beziehung herzustellen, Gefühle zu empfinden und zu zeigen, über die Haut, dem Kern des Selbstgefühls, zu spüren, auch Schmerzen zu empfinden, sie verfügen über ein Bewusstsein ihrer Selbst, sowie einem vorgeburtlichen Gedächtnis (Cierpka et al., 2014; Renggli, 2013; Chamberlain, 1990; Janus, 2011; Hüther/ Krens, 2008).

WZPP®

Ergebnisse der aktuellen Gehirnforschung

- Die uns **prägenste Zeit ist die Zeit von der Zeugung bis Ende des zweiten Lebensjahres**
- **Einfluss haben v.a. die Gene, Epigenetik, Schwangerschaft (v.a. Cortisol der Mutter), die ersten zwei Lebensjahre in Bezug auf Feinfühligkeit der Bezugspersonen!**
- **Das Kind ist in der Schwangerschaft eng an das emotionale Erleben der Mutter gekoppelt**

© WZPP® Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie

Prä- und perinatale Traumataentwicklung

Im Sinne der pränatalen Psychologie beginnt das Leben bereits mit der Zeugung, also der Vereinigung des Samens des Vaters mit der Eizelle der Mutter. Sie geht davon aus, dass „vom Moment der Zeugung an [...] das Baby ein voll erlebendes menschliches Wesen“ ist (Renggli, 2013). Nach der Vereinigung von Samen und Eizelle vollzieht sich innerhalb kürzester Zeit von gut neun Monaten eine rasante neurobiologische, körperliche und seelische Entwicklung, die ihre erste Vollendung in der Geburt findet. Ob ein Mensch eher gesund ist oder eher zu Krankheiten neigt, wann und wie schnell er zu altern beginnt, all dies wird, so David Barker (England) und Peter Nathanielsz (USA), bereits in der ersten Lebenszeit, also in der Schwangerschaft, der Geburt und der Babyzeit festgelegt. Diese fötale Programmierung entscheidet über unsere Persönlichkeitsprägung, unsere Verhaltensweisen, unsere Gesundheit, unseren Umgang mit anderen Menschen, kurz: über unser gesamte Lebensweise (Renggli, 2013).

Wie erlebt ein Baby die Schwangerschaft?

Die italienische Psychoanalytikerin Alessandra Piontelli begleitete Mütter und ihre Kinder während der Schwangerschaft, über die Geburt bis in das sechste Lebensjahr der Kinder. Sie war bei sämtlichen Ultraschalluntersuchungen der schwangeren Mütter anwesend. Sie beschrieb, dass das Verhalten der Babys im Mutterleib einem Spiegel des mütterlichen Erlebens gleiche. Jegliche Art der Empfindung der Mutter, sowohl Freude und Glück, aber auch Stress, Wut und Trauer, zeigte sich bei den Ultraschalluntersuchungen spiegelnd im Verhalten der Kinder wieder (Renggli, 2013).

Babys verspüren offensichtlich bereits im Mutterleib eine große innere emotionale Verbundenheit zu seiner Mutter, aber auch zu seinem Vater (!). Gabriella Ferrari, der gegenwärtigen Vizepräsidentin der ISPPM, der internationalen Gesellschaft für prä- und perinatale Psychologie und Medizin, ließ mit Hilfe von Ultraschallbildern ein Film über die Imitationsfähigkeit von Babys im Mutterleib erstellen. Besonders rührend und aussagekräftig ist das Bild des Babys, das versucht den Mutter küssenden Vater zu imitieren, obwohl es diesen ja nicht sehen kann. Dieser Film zeigt die große innere Verbundenheit des Babys zu seinen Eltern bereits im Bauch der Mutter (Renggli, 2013).

Wächst ein Baby erwünscht in ein Umfeld aus Wärme und Geborgenheit hinein, kann es ein emotional gefestigtes Fundament mit Vertrauen in sich und die Welt, einer Liebes- und Bindungsfähigkeit entwickeln. Es ist nach der Geburt in der Lage, unangenehme Affekte zu regulieren. Dieses Fundament beweist sich gleichzeitig als ein großer Schutzfaktor in Bezug auf später auftretende Stresssituationen und Traumatisierungen (Resilienz) (Renggli, 2013). Diese Resilienz ist umso größer, je mehr positive Erfahrungen der Mensch in seinem Leben erfährt.

Die neurobiologische Forschung unterstützt die Erkenntnisse der pränatalen Psychologie. Im Erleben des Menschen gibt es auch neurobiologisch keinen

Anfang. Alle Erfahrungen, die ein Baby bereits im Bauch seiner Mutter macht, vergleicht es mit früheren Erfahrungen („Erinnerungsbild“). Stimmt die neue Erfahrung, Wahrnehmung („Wahrnehmungsbild“) mit einem bestehenden Erinnerungsbild völlig identisch überein, wird es routinemäßig beantwortet und es entsteht kein Lerneffekt beim Baby. Findet sich kein vorhandenes Erinnerungsbild, das irgendwie zum neuen Wahrnehmungsbild passt, wird es als „völliger Unsinn“ behandelt und ignoriert. Findet sich aber ein altes Erinnerungsbild, das zumindest teilweise zum neuen Wahrnehmungsbild passt, entsteht ein Lerneffekt beim Baby. Die alte Erinnerung wird geöffnet, geformt und die neue Wahrnehmung eingefügt. Je häufiger das Baby diese positive Erfahrung erlebt, umso größer ist seine Lernfreude, seine Freude neues zu entdecken, neue Herausforderungen anzunehmen. Dies geschieht bereits im Mutterleib und setzt sich auch noch nach der Geburt bis in das hohe Alter fort (Renggli, 2013; Hüther/Krens, 2008). Diese neurobiologischen Kenntnisse erklären auch, warum Kinder feinfühler Eltern, die ihre Kinder spiegeln, mentalisieren können, eine größere Lust und Freude an Lernen, Herausforderungen und Entdeckungen haben als Kinder weniger feinfühler, belasteter und/ oder psychisch kranker Eltern.

Entstehung pränataler Traumata

Bereits während der Schwangerschaft können, so die Überzeugung der pränatalen Psychologie, aber auch erste Traumata auftreten, die das gesamte folgende Leben des Kindes kennzeichnen und prägen. Diese Traumata stehen in der Regel in Verbindung und Abhängigkeit zum Erleben und Empfinden der Mutter, dem das kleine Wesen von Zeugung bis Geburt hilflos ausgeliefert ist. Zeigt sich die Mutter in der Schwangerschaft in Bezug auf ihr Kind ambivalent, konflikthaft oder gar ablehnend, fanden missglückte Abtreibungsversuche, gar ein Zwillingstod oder aber auch eine Enttäuschung z.B. auf Grund des falschen Geschlechts des Kindes statt, zeigt sich das neugeborene Kind umso belasteter (Renggli, 2013; Janus, 2011). Auch psychische Belastungen oder Erkrankungen der Mutter wie Depressionen, Ängste, andauernder psychischer Stress, Partnerschaftsschwierigkeiten, aber auch negative Umwelteinflüsse wie Nikotin, Alkohol, Drogen, Medikamente, Viruserkrankungen und Umweltgifte wirken sich überaus belastend auf das Baby im Mutterleib aus. Durch eine Schwangerschaft können bei Müttern auch alte, über Generationen hinweg weitergegebene Traumata und Verletzungen wieder geweckt werden, in deren Folge sich die Mütter emotional von ihrem Kind zurückziehen. Das Baby im Bauch kann auf die Einsamkeits- und Verlassenheitsgefühle, die in Folge des emotionalen Rückzugs der Mutter entstehen, nur eingeschränkt reagieren. Es kann weder „angreifen noch fliehen“ (Renggli, 2013). In Folge verspannt sich das Baby (Erstarrung) oder beginnt zu dissoziieren. Das Trauma bleibt dann im Körper gespeichert und kann später im Erwachsenenalter durch scheinbar nichtige Ereignisse, sogenannten Trigger, die an die frühere Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein erinnern, wieder „auflebt“ werden. Der getriggerte Mensch befindet sich dann wieder in der Vergangenheit,

im gefühlserlebten Trauma im Alter eines Babys im Mutterleib. Er erlebt körperliche Symptome, sogenannten Flashbacks, in Form von Verspannungen der Muskeln, Erstarrung oder auch Schmerzen der inneren Organe ohne begreifbaren kognitiven erinnerbaren Zusammenhang (Renggli, 2013). Bei langandauernden Flashbacks, einer andauernden Übererregung der Stressverarbeitungssystems des Gehirns kann es auf Dauer zu einer Schwächung des Immunsystems mit Folge einer erhöhten Anfälligkeit für Krankheiten führen. In Reaktion, um eine erneute Aktivierung des Traumas zu verhindern, entwickeln diese Menschen nicht selten traumakompensatorische Schemata in Form von Vermeidung von Überstimulierung und Erregung, einem emotionalen Rückzug, einer Abspaltung von heftigen Gefühlen wie Trauer, Ärger und Wut, oder aber sie neigen zu cholerischen Ausbrüchen, indem sie für eine gewisse Zeit ihre Angst, Wut und Trauer zu kontrollieren versuchen, bis diese geballt aus ihnen herausbricht. In beiden Fällen fällt es den Menschen schwer, tiefere Beziehungen und Bindungen einzugehen (Renggli, 2013). Bei der extremsten Form des Traumas, dem Schock, fällt das Baby in eine Schockstarre, in den Totstellreflex. Alle Muskeln erschlaffen. Zu einem Schock kommt es, wenn die frühesten Grenzen des Babys, z.B. durch sexuellen Missbrauch oder körperlichen Misshandlungen, massiv verletzt worden sind. Im Erwachsenenalter reichen daraufhin meist schon kleinere Grenzverletzungen, damit sich der Körper an die alte, im Körper abgespeicherte Verletzung erinnert. Im Flashback erlebt der Betroffene Symptome der früheren Schockstarre, fühlt sich emotional überwältigt und hat keinerlei Zugang mehr zu seinen Ressourcen. Häufig kommt es zu körperlichen Symptomen wie Ohnmachtsanfälle oder Schwindelgefühle (Renggli, 2013).

Klinische Studien bestätigen, dass sich Stress, depressive Verstimmungen und andere seelische Probleme wie Ängste, Sorgen, Wut, chronische Überforderung der Mutter, aber auch ablehnende, konflikthafte oder ambivalente Haltungen der Mutter gegenüber dem ungeborenen Kind während der Schwangerschaft, auf das Stresssystem des Babys im Mutterleib in Form einer Veränderung der Herzschlagrate und Variabilität des Herzschlags übertragen (Renggli, 2013; Janus, 2011; Hüther/ Krens, 2008). Diese Übertragung kann für das noch ungeborene Baby nachhaltige Auswirkungen wie Verzögerungen im Gehirnwachstum, Lernstörungen, ein überreagibles Stressverarbeitungssystem, Frühgeburtlichkeit, niedrigeres Geburtsgewicht, eine schwerere Geburt, Missbildungen, Regulations- und Schlafstörungen nach sich ziehen (Renggli, 2013, Janus, 2011; Hüther/ Krens, 2008). Im Kinder- und Jugendalter sind häufiger Leseschwierigkeiten, Ticks, Verhaltensstörungen, erhöhte innerliche Unruhe, überhöhte Erregbarkeit, mangelnde Selbstregulation, Regulationsstörungen, Schlaf- und Essstörungen, Depressionen, Ängste bis hin zu Panik, teilweise auch Minderbegabungen, aber auch häufiger körperliche Erkrankungen wie das Risiko für einen erhöhten Blutdruck oder Jugenddiabetes zu beobachten (Janus, 2011; Hüther/ Krens, 2008). Auch im Erwachsenenalter sind Folgen wie Bluthochdruck, Fettleibigkeit, koronare Herzerkrankungen, Herzinfarkt und Diabetes Typ 2 erkennbar (Renggli, 2013).

Ergebnisse der aktuellen Gehirnforschung

Hüther schreibt 2008, dass „1. Kinder [...] zu jedem Zeitpunkt ihrer Entwicklung weitaus kompetenter [sind], als wir bisher angenommen haben. 2. Um sich optimal entwickeln zu können, brauchen sie [die Kinder] die Erfahrung, willkommen zu sein und in den Eltern bzw. Pflegepersonen sichere Bindungspartner zu finden, die ihre Bedürfnisse in angemessener Weise beantworten. 3. Sie [die Kinder] suchen ihren Weg und erschließen sich die Welt aus eigenem Antrieb; und wir können ihnen dabei Mut machen, ihnen mögliche Wege zeigen und sie unterstützen, wenn sie allein (noch) nicht weiterkommen und sich zurechtfinden. 4. Jeder Schritt auf dieser Entdeckungsreise wird durch all das bestimmt, was die Kinder im bisherigen Verlauf ihres Lebens bereits entdeckt und in ihren Gehirnen verankert haben.

Wirklich neu ist [...]: All das gilt nicht erst nach, sondern ebenso bereits vor der Geburt. Das ganze Leben ist eine Entdeckungsreise. Vieles, was die Forscher in den letzten Jahren herausgefunden haben, spricht dafür, dass wir den spannendsten und aufregendsten Teil dieser Reise bereits hinter uns haben, wenn wir auf diese Welt kommen“ (Hüther/ Krens, 2008).

Hüthers Aussagen aus der Neurobiologie decken sich damit mit den Ergebnissen der pränatalen Psychologie und aktuellen Bindungsforschung.

Die aktuelle Hirnforschung belegte, dass Kinder bereits lange vor der Geburt im Mutterleib beginnen zu lernen. Bei der Geburt selbst ist das Gehirn der Kinder so weit entwickelt, dass es nicht imstande ist, wirklich Neues zu erlernen. Alle Fähigkeiten und Fertigkeiten hat es bereits im Mutterleib auf die eine oder andere Weise kennengelernt, sich angeeignet und eingeübt. Nach der Geburt lernt das Kind, aber auch der Erwachsene nur noch dazu. Der Grund dafür ist, dass das Gehirn Neues nur dazu lernen kann, indem es an bereits vorhandenes anknüpft. Im Erleben des Menschen gibt es daher auch neurobiologisch gesehen keinen Anfang (Hüther/ Krens, 2008).

Warum ist das so und was geschieht dabei im Gehirn genau? Nimmt das Gehirn neue Sinneseindrücke wahr, entsteht im Gehirn für diese Wahrnehmung ein bestimmtes Erregungsmuster, quasi eine Störung in dem bisher routineverlaufenden Muster der synaptischen Verbindungen. Um diese Störung „zu beseitigen“, versucht das Gehirn nun intensiv nach alten Erregungsmustern („Erinnerungsbild“), das zu dem neuen Erregungsmuster („Wahrnehmungsbild“) auf irgendeine Art und Weise passt. Stimmt das Wahrnehmungsbild mit einem bestehenden Erinnerungsbild völlig identisch überein, wird es routinemäßig beantwortet und es entsteht kein Lerneffekt. Findet sich kein vorhandenes Erinnerungsbild, das irgendwie zum neuen Wahrnehmungsbild passt, wird es als „völliger Unsinn“ behandelt und ignoriert. Findet sich aber ein altes Erinnerungsbild, das zumindest teilweise zum neuen Wahrnehmungsbild passt, entsteht ein Lernprozess. Die alte Erinnerung wird geöffnet, geformt und die neue Wahrnehmung eingefügt. Es wurde etwas Neues dazu gelernt. Je häufiger das Kind, aber auch der Erwachsene diese positive Erfahrung erlebt, umso größer ist seine Lernfreude, seine Freude, neues zu entdecken, neue Herausforderungen anzunehmen (Renggli, 2013; Hüther/ Krens, 2008).

Aber nicht nur die kognitive, motorische Entwicklung ist abhängig von früheren Lernerfahrungen, sondern auch die emotionale Entwicklung. Kinder benötigen

von Anfang an, auch schon vor der Geburt feinfühlig und stabile Beziehungen zu Bezugspersonen, die ihre Bedürfnisse erkennen und wahrnehmen, richtig interpretieren und angemessen und feinfühlig beantworten. Diese sichere Bindung von Beginn an, bietet den Kindern ein festes Fundament und die Basis für das gesamte weitere Leben. Damit gilt eine sichere Bindung als einer der größten Resilienzfaktoren, kurz eine der größten Quellen für die Widerstandskraft der Kinder, um alle Belastungen, die im Leben auf das Kind noch zukommen mögen, erfolgreich meistern zu können (Brisch, 2014; Hüther/ Krens, 2008).

Diese neurobiologischen Kenntnisse erklären auch, warum Kinder feinfühligere Eltern, die ihre Kinder spiegeln, mentalisieren können, eine größere Lust und Freude an Lernen, Herausforderungen und Entdeckungen haben als Kinder weniger feinfühligere, belasteter und/ oder psychisch kranker Eltern.

Wenn es aber nun kein Anfang gibt, woher kommen die ersten Erinnerungsbilder beim Kind bereits im Mutterleib? Hüther erklärt, dass jede Zelle in ihrem Zellkern über das gesamte gespeicherte Wissen, der DNA oder auch „Gene“ genannt, verfügt. Das Genom der befruchteten Eizelle ist die „Mutter“ aller Zellen, die ihr gesamtes Wissen in Form der DNA-Matrix über Zellteilung identisch an „ihre Töchter“ weitergibt. Umweltsignale aktivieren daraufhin die für die Spezialisierung entsprechend notwendigen Genabschnitte, damit sich die Zelle zu dem Organ etc. entwickelt, das in diesem oder jenen Teil des Gehirns/ Körpers gerade benötigt wird. Erst mit der Aktivierung durch Umweltsignale wird das entsprechende Wissen für die Zelle verfü- und anwendbar. Nicht aktivierte Genabschnitte bleiben für die Zelle unlesbar. Kommt es nun über den mütterlichen Organismus zu Störungen von außen, zum Beispiel in Form von Infektionen, Alkohol, Nikotin, Drogen, Umweltgifte, Mangelernährung, aber auch hormonelle Störungen oder Stress, versuchen die Zellen „in einer konzentrierten Aktion das innere Gleichgewicht wiederherzustellen“ (Hüther/ Krens, 2008).

Kann die Störung nicht behoben werden, passen sich in der weiteren Entwicklung alle davon abhängigen organischen und körperlichen Strukturen an die eingetretene Veränderung an. Damit ist diese Veränderung auch Teil der Lernerfahrung, der weiteren Prägung geworden und hat lebenslange Auswirkungen auf die weitere Entwicklung (Hüther/ Krens, 2008).

Über die Nabelschnur ist das Baby im Mutterleib auch an das emotionale Erleben der Mutter angeschlossen. Über die Nabelschnur erfährt das ungeborene Kind emotionale Zustände der Mutter über hormonelle Veränderungen im Blut, in der Qualität der Sauerstoffzufuhr und in der Veränderung der Herzfrequenz. Alle Stresshormone der Mutter überschreiten ohne Schwierigkeiten die Plazentaschranke und stimulieren die physiologische Reaktion des ungeborenen Kindes auf genau dasselbe Gefühl wie bei der Mutter. So lernt das Kind bereits vor der Geburt verschiedenste Gefühlszustände über die Nabelschnur kennen. Aber auch über die Bewegungen (physiologische Wahrnehmung) und Stimmlage der Mutter (akustische Wahrnehmung) kommt es zu einer sensorischen Kommunikation zwischen Mutter und Kind. Das Kind erlebt und fühlt die Emotionslage der Mutter auf verschiedensten Kanälen, stimmt sich darauf ein und reagiert spiegelnd entsprechend der Stimmungslage der Mutter. Dadurch entsteht bereits sehr früh eine enge Beziehung und Bindung zwischen Mutter und Kind (Hüther/ Krens, 2008).

Aber nicht immer ist eine Schwangerschaft von Seiten der Mutter mit Glücksgefühlen und Freude verbunden. Es gibt auch ungewollte Schwangerschaften, in denen die Mütter massive Angst- und Hassgefühle gegenüber dem noch ungeborenen Kind empfinden. Heftige Angst- und Stressreaktionen der Mutter nimmt das Ungeborene als plötzliche oder auch chronische Veränderung in Form einer Veränderung im Herzschlag der Mutter, der Blutversorgung der Plazenta und einem Ansturm von Stresshormonen durch den Organismus der Mutter wahr. Das Gehirn des Kindes passt sich in seiner weiteren Entwicklung an diese Veränderungen an, vor allem wenn sie über einen längeren Zeitraum bestehen bleiben. Es kommt in Folge zu einer Erhöhung der hemmenden und einer Verringerung der erregenden synaptischen Verbindungen, die Schwelle für die Aktivierung erregender Regelkreise werden erhöht und entsprechend hemmende Regelkreise aktiviert. Je besser diese Anpassungsleistung des Gehirns gelingt, desto stärker bleibt es fortan von dem bestehenden Erregungszustand abhängig. Verändert sich das Erregungsniveau von außen aus verschiedensten Gründen, zum Beispiel weniger Stress bei der Mutter oder durch die Geburt Trennung von der Mutter, wird das angepasste Gehirn nun selbst zur Störung. Das Kind versucht nun selbst, durch eigene Unruhe, den bekannten Erregungszustand wiederherzustellen. Ähnliche Beobachtungen wurden bei Neugeborenen von depressiven Müttern gemacht. Auch hier hatte sich das Gehirn des Ungeborenen an die physiologischen Veränderungen angepasst. Zwar lassen sich diese Muster durch heilsame Erfahrungen später wieder regulieren, bleiben aber im Körpergedächtnis des Kindes als bekannt abgespeichert und damit ist das Kind einem Risikofaktor für eine spätere eigene Erkrankung ausgesetzt. Bei ungünstigen Umweltbedingungen bleiben auch hier die bei der Geburt bestehenden Anpassungen bestehen (Hüther/ Krens, 2008).

Entstehung perinataler Traumata

Die Geburt ist für das geboren werdende Kind ein einschneidendes, tiefgreifendes und auch angst- und stressauslösendes Ereignis. Neben der „normalen“ vaginalen Geburt, treten schwere, zum Teil für Mutter und Kind lebensbedrohende, traumatisierende Geburtsverläufe, Frühgeburten und zunehmend auch Kaiserschnitte auf. Nach Renggli ist die Geburt für viele Babys eine „Nahtod-Erfahrung, ein Trauma“ (Renggli, 2013; Janus, 2011). Renggli schreibt: „Die meisten von uns erfahren nie mehr in ihrem Leben so viel Angst wie bei der Geburt, wenn unser Körper von Stresshormonen geradezu überflutet wird“ (Renggli, 2013). Extreme Stresssituationen gelten in der Psychotraumatologie als Ausgangspunkt für ein Trauma oder ein Schock. Werden Menschen in ihrem aktuellen Erleben überwältigt („Es geschieht zu viel, zu heftig, zu schnell“ (Renggli, 2013)), werden die Schutzmechanismen außer Kraft gesetzt. Ist Flucht und Angriff nicht (mehr) möglich, herrscht die Angst vor, vernichtet zu werden und es folgt Erstarrung (Todesstarre) (Renggli, 2013). In diesem Sinne kann die Geburt als ein Trauma, ein „Nahtod-Erlebnis“ verstanden werden (Renggli, 2013). Gerade Babys im Mutterleib sind jeder Erfahrung hilflos ausgeliefert. Sie können weder fliehen, noch kämpfen – alles geschieht während der Geburt mit ihnen. Renggli geht des Weiteren davon aus, dass die Geburt die Zeit der „stärksten emotionalen Prägbarkeit“ ist (Renggli, 2013). Die Erfahrungen vor, während und nach der Geburt zeigen sich in allen späteren Übergängen wie Schwellensituationen, aber auch stressauslösenden Situationen wieder.

Renggli vergleicht Übergangssituationen mit einem schmalen Tor, einem Nadelöhr (Renggli, 2013). Gelingt es der Person, „diese Enge zu durchschreiten“, erreicht er eine neue Fähigkeit und ein gestärktes Selbstvertrauen. Die Geburtserfahrung prägt das Baby langfristig in Bezug auf Durchhaltevermögen, Ausdauer, dem inneren Willen und Bestreben, Ziele zu erreichen, sowie mit inneren und äußeren Widrigkeiten umzugehen. Die Geburt ist daher „niemals nur ein Trauma oder eine Nahtod-Erfahrung, sondern **zugleich** unsere stärkste Quelle von Kraft und Zuversicht, Durchhaltevermögen und Hoffnung, von Freude und Glück“ (Renggli, 2013). „Sowohl bei der Mutter als auch bei ihrem Baby bilden sich im Verlauf der Geburt körpereigene Glückshormone“ und das Gefühl „Wir haben etwas geschafft!“ (Renggli, 2013).

Bei einer Kaiserschnitts Geburt und einer Geburt unter starken Schmerzmittel bleiben bei Mutter und Kind durch den anstrengenden Geburtsprozess der Prozess der Auslösung körpereigener Glückshormone und das Gefühl, etwas ganz Besonderes erreicht und geschafft zu haben, aus. Bei einer Geburt unter starken Schmerzmedikamenten wirken diese über den Blutkreislauf, der Plazenta und die Nabelschnur auch auf das noch ungeborene Kind ein. Durch diese Medikamentenüberflutung ist auch die Wahrnehmungsfähigkeit und aktive Beteiligung des Kindes an der Geburt beeinträchtigt. Dadurch kann unter Umständen der Bonding-Prozess direkt nach der Geburt gestört werden (Renggli, 2013).

Bei Kaiserschnitts Geburten ohne vorheriger Wehen Tätigkeit wird das Kind unmittelbar, ohne Vorbereitung aus seiner bisher gewohnten Umgebung „herausgerissen“. Auf Grund der sich noch in Narkose befindenden Mutter ist auch hier der Bonding-Prozess zwischen Mutter und Kind gestört. Aber in immer mehr Kliniken „springt der Vater für die Mutter ein“, bis diese wieder ganz bei Bewusstsein ist und das Kind „übernehmen“ kann (Renggli, 2013).

Auch bei Frühgeburten kann es neben den medizinischen, körperlichen Folgen der verfrühten Geburt zu nachhaltigen psychischen Nachwirkungen kommen. „Die vielfältigen Anforderungen und Belastungen der Intensivpflegezeit können im Sinne einer kumulativen, chronischen Stressexposition interpretiert werden, der das frühgeborene Kind naturgemäß nicht entkommen kann“ schreibt von der Wense & Bindt (von der Wense & Bindt, 2013). Weiter schreiben sie, dass „nicht auszuschließen [sei], dass die vermehrte Belastung mit Aufmerksamkeitsdefiziten, Konzentrations- und Lernstörungen und anderen emotionalen Symptomen, die den Entwicklungsweg vieler frühgeborener Kinder prägen, auch in einer prolongierten Stressexposition im Sinne einer kumulativen Traumatisierung durch die neonatologische Intensivtherapie mitbegründet ist (Simons et al., 2003; Scheeringa et al., 2001)“ (von der Wense & Bindt, 2013).

Das Risiko im weiteren Lebenslauf an einer Depression, bipolaren Störung oder gar einer Psychose zu erkranken, ist bei Frühgeborenen um das 1,3 bis 7-Fache der Norm erhöht (von der Wense & Bindt, 2013) – dies ergab eine Untersuchung an einer großen Stichprobe aus dem schwedischen Geburtsregister. Des Weiteren ergab sie: je früher die Geburt, desto höher sei die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung (Nosarti et al., 2012). Zudem konnten Zusammenhänge zwischen Depressionen und Angststörungen und sehr niedrigem Geburtsgewicht und intrauteriner Wachstumsretardierung hergestellt werden (Raikonen et al., 2008).

Schwierigkeiten in der Beziehungsentwicklung zwischen Mutter und Kind werden zudem unter anderem als Folge einer Reifeverzögerung des Kindes gesehen (Sarimski, 2000). Sarimski schreibt, dass frühgeborene Kinder im Vergleich zu reifgeborenen Babys weniger zuverlässig und schwächer auf Reize reagieren, stärkere Reize als Auslöser benötigen und schneller in ihren Verarbeitungsmöglichkeiten überfordert sind bzw. sich schlechter wieder selbst beruhigen können (Sarimski, 2000). "Aus diesen ungünstigen Entwicklungen im Beziehungssystem können sich unterschiedliche Störungsbilder entwickeln, die sich unter dem Begriff der "frühkindlichen Regulierungsstörungen" subsumieren lassen" (Kluge, 2010). So werden bei diesen Kindern eine erhöhte Irritierbarkeit, Störungen im Schlaf-Wach-Rhythmus, exzessives Schreien, Fütter- und Gedeihstörungen beobachtet. Im Rahmen der weiteren Entwicklung werden aber auch Störungen der emotionalen und sozialen Entwicklung (Kluge, 2010), Lern- und Aufmerksamkeitsstörungen (Wolke, 2006), chronische Schlaf- und Essstörungen, sowie Bindungs- und Beziehungsstörungen diagnostiziert (Kluge, 2010).

Der Amerikaner David Chamberlain stieß in seiner Arbeit als Psychologe und Hypnosetherapeut bei seinen Patienten immer wieder auf Erzählungen über Geburtserinnerungen und den daraus resultierenden Belastungen. Um diesen Berichten auf den Grund zu gehen, sie in ihrem Wahrheitsgehalt zu überprüfen und zu verstehen, befragte er Mütter und ihre herangewachsenen Kinder getrennt unter Hypnose über ihre Geburtserinnerungen. Es zeigten sich dabei erstaunliche Übereinstimmungen und nur selten ernsthafte Widersprüche. So konnten die herangewachsenen Kinder unter Hypnose detailgetreue Berichte über ihre eigene Geburt „von innen heraus“ erzählen. Sie konnten exakte Wortlaute, Bilder und Empfindungen aus der Zeit vor, während und direkt nach der Geburt wiedergeben. Auch waren sie in der Lage den Geschehnissen bestimmte Bedeutungen zuzuschreiben.

Er stellte fest, dass Kinder bei der Geburt alles verstehen, was gesprochen wird und noch Jahre später wiederholen können, „welche Worte die Mutter ihnen nach der Geburt zugeflüstert hat“ (Renggli, 2013; Chamberlain, 1990).

Erste Berichte über Geburtserinnerungen seien, so Chamberlain, bereits Ende des 18. Jahrhunderts überliefert worden. Im späten 19. Jahrhundert „experimentierten“ Ärzte immer wieder mit Hypnose und stellten fest, dass einige Patienten in der Trance bis zu ihrer Geburt oder gar bis zu der Zeit davor im Mutterleib zurückgehen konnten. Diese Kenntnisse wurden zwar überrascht zur Kenntnis genommen, aber nicht weiterverfolgt. Lediglich Freud und seine Schüler blieben bei der Überzeugung, dass frühe Erfahrungen Auswirkungen auf die Entstehung späterer Probleme hätten. Sie stießen bei ihren Patienten immer wieder auf Traumbilder und Verhaltensweisen, die sich auf die Geburt zu beziehen schienen. Freud benannte sogar die Geburt als ein möglicher Risikofaktor für ein traumatisches Erlebnis mit den daraus resultierenden Belastungen im Erwachsenenalter in Form von Gefühlsausbrüchen und Ängste. Berichte oder Erinnerungen über Geburtserlebnisse tat er jedoch als „eine von der Psyche zu einem späteren Zeitpunkt konstruierte Fantasie“ ab (Chamberlain, 1990). Ein Freund und früher Anhänger Freuds Otto Rank vertrat die Haltung, dass eine traumatische Geburt der Ursprung fast aller psychischer Probleme, evtl. sogar des gesamten menschlichen Verhaltens sei. Er stellte sich die Gebärmutter als ursprüngliches Paradies vor und interpretierte sämtliche Verhaltensweisen der Menschen als Sehnsucht und Versuch, diesen frühen

Idealzustand wieder herzustellen. Er galt mit diesen Aussagen 1924 als sehr radikal. Allerdings konnte er die durchschnittliche Behandlungszeit in den Therapien mit diesem Ansatz von mehreren Jahren auf vier bis acht Monate reduzieren (Chamberlain, 1990). Mitte des 20. Jahrhunderts stieß der Amerikaner Nandor Fondor bei seinen Patienten immer wieder auf Erinnerungen, Träume oder Symptome, die sich auf die Geburt bezogen. Stellte er eine Verbindung zwischen den Symptomen seiner Patienten mit deren Geburt her, zeigte sich die Therapie als erfolgreich. Er sah die Geburt als ein traumatisches Erlebnis an, vor deren Erinnerung sich das Bewusstsein mit Gedächtnisschwund schützen müsse. Nur im Unterbewussten wirke die Erinnerung fort und zeige sich dann in Träumen wieder. Für ihn „war die Möglichkeit eines pränatalen Traumas genauso real wie die eines Geburtstraumas“ (Renggli, 2013; Chamberlain, 1990). Der Psychologe Arthur Janov, Begründer der Primär- oder Urschrei-Therapie, sah im Geburtstrauma den größten Schmerz mit den verheerendsten Folgen. Da das Ziel seiner Therapieform der nonverbale Zugang zum Urschmerz, den frühen Verletzungen im Leben war, suchte er bei seinen Patienten nicht gezielt nach Geburtserinnerungen, sondern vertraute dem Prozess seiner Patienten, an den Kern ihres Urschmerzes zu gelangen. Diese stellten in Berichten aber häufig einen Zusammenhang zwischen Geburtserfahrungen und ihren körperlichen und psychischen Beschwerden her (Chamberlain, 1990). Der Psychiater Stanislav Grof verfolgte eine andere Art der Therapie und experimentierte zu Beginn unter anderem mit LSD und stellte fest, dass seine Patienten dabei ständig auf Aspekte ihres Geburtserlebens zurückkamen. Aus diesen Erfahrungen stellte er ebenfalls einen Zusammenhang zwischen Geburt und den Prägungen für die weitere Entwicklung der Persönlichkeit her. So entstand seine Therapieform des „Holotropen Atems“. Durch eine bestimmte Atemtechnik, Musik und Bewegungen sollen Erinnerungen an die Zeit vor, während und nach der Geburt wachgerufen und bearbeitet werden (Renggli, 2013; Chamberlain, 1990).

Aus Grofs und Janovs Erfahrungen entwickelte sich 1977 schließlich die Bewegung der Rebirther, deren Überzeugung ist, „dass so gut wie jede Geburt traumatisch ist, dass alles, was dabei passiert, mit großer Wahrscheinlichkeit sein Verhalten für das ganze Leben prägt“ (Renggli, 2013; Chamberlain, 1990).

Die dargestellten Forschungsberichte über prä- und perinatale Erlebnisse wirken besonders im Blick auf die bis vor wenigen Jahrzehnten noch vehement vertretene Haltung der Medizinwelt, das Neugeborene keine Gefühle, v.a. auch keine Schmerzen empfinden können und überhaupt das gesamte Gehirn des Neugeborenen noch völlig unterentwickelt und damit nicht in der Lage sei, „höhere“ Funktionen auszuüben, überaus befremdlich. Auch wenn sich in der Haltung der Mediziner und damit die Bedingungen in Kliniken und auf Geburtsstationen drastisch im positiven Sinne für die Neugeborenen und deren Mütter verändert haben – so werden Babys zum Beispiel nicht mehr ohne Narkose operiert oder auch das Bonding nach Geburten fand in den Kliniken Einzug –, werden Babys in der Medizin, in der Psychologie, aber auch vor allem in der Allgemeinbevölkerung noch nicht ausreichend als „voll erlebendes menschliches Wesen“ gesehen und behandelt. In diesem Bereich ist noch viel Forschungs- und Öffentlichkeitsarbeit zu leisten, um den Babys und deren Erleben gerechter zu werden. Einen überaus wichtigen Anteil dazu trägt die aktuelle Gehirnforschung bei.

Auswirkungen der prä- und perinatalen Zeit

In den bisherigen Ausführungen konnte ausführlich dargestellt werden, welche Auswirkungen pränatale, aber auch perinatale Erfahrungen auf die psychische Entwicklung des Babys, aber auch auf die Beziehung zwischen dem Baby und seiner Bezugspersonen haben. Die Beobachtungen der pränatalen Psychologie konnten durch moderne neurobiologische Forschungsergebnisse gestützt werden.

Erfahrungen, die vor, während und in der direkten Zeit nach der Geburt gemacht werden, „werden bei allen großen Übergängen im Leben wieder geweckt“ (Renggli, 2013). „Immer dann, wenn Menschen unter Stress geraten, erzählt ihr Körper von ihrem Geburtserlebnis“ (Renggli, 2013). Bei allen Risiken, die die Geburt in sich trägt, ist sie auch zugleich die Quelle des Selbstbewusstseins. Sie gibt den Menschen Kraft, Zuversicht, Durchhaltevermögen, Hoffnung, Freude und Glück (Renggli, 2013).

Alle Erlebnisse, die in einer Entwicklungsstufe gemacht werden, haben Auswirkungen auf die folgenden Entwicklungen. Sie bestimmen das Denken, Fühlen und Handeln. Die frühesten Erlebnisse zeigen auf Grund der sich noch entwickelnden Gehirnstrukturen die größten Prägungen und sind auch am schwersten veränderbar. Besonders Erlebnisse, die im vorsprachlichen Bereich stattgefunden haben, sind in der Regel überwiegend körperlich abgespeichert und dem bewussten, expliziten Gedächtnis nicht direkt zugänglich. Sie zeigen sich als Fundament, auf das weitere Erlebnisse und Erfahrungen gebaut werden.

Da die frühesten Prägungen unser Selbst- und Weltbild, unser Vertrauen in uns und die Welt bilden, unser Bindungsverhalten beeinflussen, handeln wir aus dieser Haltung heraus und beeinflussen damit unseren weiteren Werdegang, unsere Beziehungen und unser Leben. Werden traumatisierende Ereignisse nun nicht ausreichend verarbeitet und integriert, beeinflussen auch diese nachhaltig unsere Wahrnehmung. So können durch verzerrte Überzeugungen und Trauma gefärbte emotionale Empfindungen entstehen, die wiederum tiefgreifende Auswirkungen auf unser Verhalten und Erleben haben. Dies geschieht umso mehr, je ungünstiger sich die weiteren Umweltbedingungen erweisen. Dies kann dann zu einem „Teufelskreis aus Ablehnung, Zurückweisung, Misserfolgserfahrungen und Frustration“ führen, „der, je länger er anhält, desto bestimmender für die weitere Lebensbewältigung und damit auch für die weitere Strukturierung ihres Gehirns werden kann“ (Hüther/ Krens, 2008).

Postnatale Traumaentwicklung

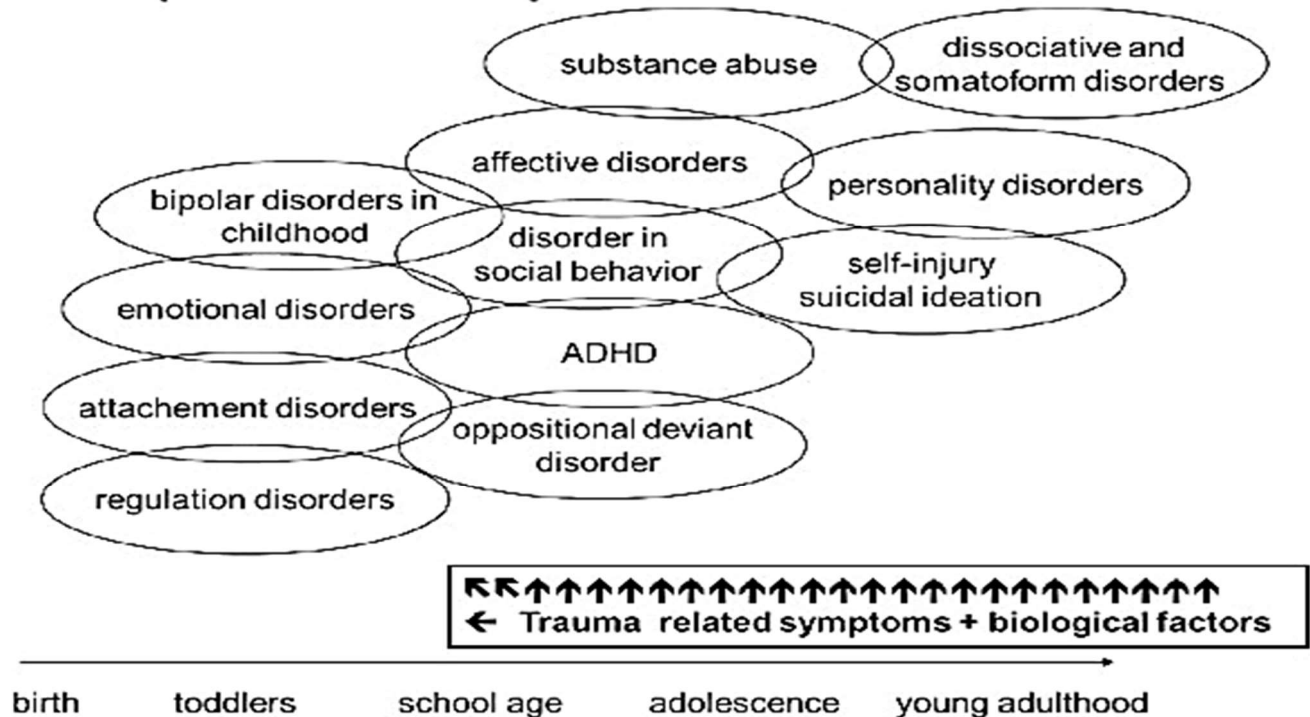
Traumata in der frühen Kindheit, sei es in Form von körperlichen und/ oder emotionalen Misshandlungen und Missbrauch, Vernachlässigung, Miterleben von (häuslicher) Gewalt, aber auch Bindungstraumatisierungen erhöhen deutlich die Stressvulnerabilität im Erwachsenenalter. Frühe Kindheitsbelastungen können neben körperlichen Erkrankungen wie Gefäßerkrankungen, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, Diabetes Typ 2, bestimmte Krebserkrankungen, auch zu emotionalen und kognitiven Beeinträchtigungen im Erwachsenenalter wie Depressionen, Angsterkrankungen, somatoforme Störungen, Essstörungen, Suchterkrankungen, aber auch Persönlichkeitsstörungen führen. Insgesamt senkt sich die mittlere Lebenserwartung bei sechs oder mehr Kindheitsbelastungen um fast zwanzig Jahre (Cierpka et al., 2014).



Auswirkungen früh einwirkender Stresserfahrungen auf das weitere Leben nach Felitti et al. (1998), zitiert aus Cierpka et al. (2014)

Gesundheitliches Risikoverhalten und Einwirken von ≥ 4 frühen Stressfaktoren (N=17.000, Altersdurchschnitt: 57 Jahre) (nach Felitti et al. 1998, zitiert nach Cierpka et al. 2014)		
Risikoverhalten	≥ 4 Stressfaktoren	OR*
Alkoholabusus	16,1%	7,4
Drogenkonsum	28,4%	4,7
Drogen i.v.	3,4%	10,3
Promiskuität (≥ 30 Sexualpartner)	6,8%	3,2
Sexuell übertragene Erkrankungen	16,7%	2,5
Rauchen	16,5%	2,2
BMI ≥ 35	12,0%	1,6
Weitreichender Bewegungsmangel	26,6%	1,3
Im vorangegangenen Jahr ≥ 2 Wochen depressiv	50,7%	4,6
Suizidversuche	18,3%	12,2
* Korrigierte Odds Ratio (Alter, Geschlecht, Rasse, Bildung)		

Developmental heterotopia of trauma



Stressor-Kontinuum (Copeland et al. 2006; Verlinden 2013; Greeson et al. 2006; Mol et al. 2005; Gold et al. 2005)

Verschiedene Studien haben belegt, dass insbesondere Kinder sehr sensibel und mit traumatischem Stress auf belastende Beziehungserfahrungen, wie z.B. Kränkungen, Beschämungen, Zurückweisungen, Verluste), mit bedeutenden Bezugspersonen (Eltern, Freunde etc.) reagieren. Also Situationen, die streng genommen, nicht als traumatische Erfahrungen bezeichnet werden können. Für die Kinder aber, laut Verlinden, ebenso negative Auswirkungen haben wie die „klassischen“ traumatischen Erfahrungen. Dies sollte gerade im Umgang mit Kindern immer wieder ins Bewusstsein gebracht werden.

Da das Erkennen einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern viel schwieriger ist als bei Erwachsenen, da sie nur selten das wie Erwachsene das klinische Vollbild der Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung zeigen, ist von den Fachleuten eine hohe Sensibilität und eine Vielfalt von Fachkenntnissen erforderlich, um gerade den Jüngsten unserer Gesellschaft gerecht zu werden.

Die American academy of Child and Adolescent Psychiatry (ACCAP 1998) empfiehlt daher, ein Kind dann ebenfalls als behandlungswürdig anzusehen.

Wir haben Kenntnisse eines **kumulativen Dosis-Effekt** zwischen der Anzahl der belastenden Faktoren, der **Vielfalt der traumatisierenden Erfahrungen** und der **Schwere und Komplexität der Symptomatik**.

Patienten mit belastenden Lebenserfahrungen in der Kindheit unterscheiden sich von den nicht belastenden Patienten mit gleicher Diagnose signifikant und **sprechen auf traditionelle Behandlungsansätze nicht gut** an.

Chronische Stressdysregulation kann zu dauerhaften neurobiologische Schädigungen (z.B. Amygdala-Sensitivierung, Verringerung des Hippocampusvolumen) und dysfunktionalen epigenetischen Veränderungen führen, die **transgenerational vererbt** werden können.

WZPP®

Zusammenhang belastender Kindheitserfahrungen und ADHS
(Miodus, S., Allwood, M. A., & Amoh, N. (2021))

- Konzentrationsprobleme sind ein Symptom sowohl von ADHS & PTBS
- Vernachlässigung und Gewalt führen zu Konzentrations- und Affektregulationsproblemen im Rahmen einer kPTBS, die schwierig von ADHS-Symptomen zu unterscheiden sind
- Schwierig zu unterscheiden, speziell bei Kindern, sind Hyperaktivität (ADHS) versus Hyperarousal (PTBS) und Impulsivität (ADHS) versus Affektregulationsproblemen (PTBS, speziell kPTBS)
- ADHS in der Kindheit ist ein Risikofaktor für spätere Traumatisierungen und PTBS
- Kinder mit ADHS haben nach ähnlichen Traumatisierungen schwerere PTBS-Symptome als Nicht-ADHS-Kinder

© WZPP® Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie

Warum reagieren Kinder so viel empfindlicher auf Stress als Erwachsene?

Als Grund für die besonders belastende und tiefgreifende Prägung von Kindheitsbelastungen wird durch das besonders vulnerable Zeitfenster der Gehirnentwicklung im frühen Kindesalter erklärt. Bereits bei Neugeborenen kann ein nicht adäquat erwidertes Bindungsbedürfnis die individuelle Ausreifung des Stressverarbeitungssystem beeinträchtigen (Cierpka et al., 2014). Ein feinfühliges Bindungsverhalten der primären Bezugsperson vor und nach der Geburt entscheidet, ob ein bestimmter Genabschnitt ablesbar und damit wirksam wird. Dieser Genabschnitt beeinflusst nachhaltig die Verarbeitung früher Stresserfahrungen. Bei feinfühligem Pflegeverhalten der primären Bezugsperson entsteht eine höhere Stressresistenz als bei weniger feinfühligem Bindungsverhalten. Gründe für weniger feinfühliges Verhalten können unsichere Bindungsstile der Bezugspersonen, Traumatisierungen, psychische Erkrankungen, aber auch sonstige Belastungen bei den Bezugspersonen sein.

Lang andauernde oder sich häufig wiederholende Stresserlebnisse führen besonders in den ersten Lebensjahren zu einer Schädigung des Hippocampus und „damit zu Einbußen im deklarativen Gedächtnis, d.h. zu erheblichen kognitiven Einschränkungen“ (Cierpka et al., 2014). „Die gestörte Funktion des Hippocampus hat dann sowohl Konsequenzen für das Kurzzeitgedächtnis und die dynamisch-assoziative Verknüpfung von Erlebnisinhalten (Dissoziation), als auch für die Kontrolle der Cortisol Freisetzung (negativer Feedbackmechanismus)“ (Cierpka et al., 2014). Die daraus folgende Übererregbarkeit der Amygdala und die Dysfunktion des vegetativen Nervensystems bewirken die Entwicklung multipler körperlicher Beschwerden, sowie die Neigung zur Somatisierung in körperlichen, wie auch psychosozialen Belastungssituationen. Des Weiteren führt die „damit einhergehende Einschränkung der Oxytocin Bildung [...] – im Rahmen epigenetischer Wechselwirkungen – zu einer transgenerationalen Weitergabe der Stressverarbeitungsproblematik“ (Cierpka et al., 2014).

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass frühe tiefgreifende, anhaltende und/ oder sich wiederholende Stresserlebnisse in der Kindheit, dazu gehört auch fehlende Bindungssicherheit, auf Grund der noch nicht hinreichend ausgereiften Stressverarbeitungsmechanismen im Gehirn besonders weitreichende, schwer veränderbare und lebenslange „Dysfunktion des Stressverarbeitungssystem im Sinne einer erhöhten Vulnerabilität für körperliche und psychosoziale Belastungssituationen niederschlagen kann“ (Cierpka et al., 2014).

Risiko-/ Resilienzfaktoren

Übersicht zu empirisch gesicherten Risikofaktoren mit potenziellen Langzeitfolgen für die Stressvulnerabilität (Egle et al., 1997, 2002)

- Niedriger sozioökonomischer Status
- Schlechte Schulbildung der Eltern
- Arbeitslosigkeit
- Große Familien und sehr wenig Wohnraum
- Kontakte mit Einrichtungen der „sozialen Kontrolle“ (z.B. Jugendamt)
- Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils
- Chronische Disharmonie in der Primärfamilie
- Unsicheres Bindungsverhalten nach dem 18./ 24. Lebensmonat
- Psychische Störung der Mutter/ des Vaters
- Parentifizierung/ Rollenumkehr
- Chronisch erkranktes Geschwister
- Alleinerziehende Mutter/ Vater
- Längere Trennung von den Eltern in den ersten sieben Lebensjahren
- Anhaltende Auseinandersetzung infolge Scheidung/ Trennung der Eltern
- Häufig wechselnde frühe Beziehungen (z.B. Waisenhaus, Au-pair-Mädchen)
- Gewalterfahrungen: sexueller und/ oder aggressiver Missbrauch
- Schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen in der Schule
- Altersabstand zu Geschwister < 18 Monate
- Geschlecht (Jungen vulnerabler als Mädchen)

Es gibt aber auch sogenannte Resilienzfaktoren, die die Widerstandskraft der Kinder stärkt. Nicht alle Kinder und Erwachsene reagieren auf dasselbe belastende Erleben gleich belastet. Es gibt durchaus auch Kinder, die sich von Beginn sehr widerstandsfähig zeigen und an denen Belastungen gleichsam „abprallen“. Als einer der größten Resilienzfaktoren gilt eine sichere Bindung zu der primären Bezugsperson, die bereits im Mutterleib entsteht. Ist ein Kind erwünscht und freuen sich die Bezugspersonen über die Schwangerschaft werden bestimmte Genabschnitte, die für die Stressverarbeitung zuständig sind, lesbar und dadurch aktiviert (Hüther, 2008). Das ausgelöste Oxytocin nach der Geburt wirkt zusätzlich Stresshemmend. Dadurch entsteht beim Kind ein gutes und stabiles Fundament, das lebenslang als Schutzfaktor im Umgang mit belastenden Lebenserfahrungen gilt.

Übersicht zu empirisch gesicherte kompensatorische Schutzfaktoren für die spätere Stressvulnerabilität (Egle et al., 1997, 2002)

- Dauerhafte gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson
- Sicheres Bindungsverhalten
- Großfamilie, kompensatorische Elternbeziehungen
- Entlastung der Mutter (v.a., wenn alleinerziehend)
- Gutes Ersatzmilieu nach früherem Mutterverlust
- Überdurchschnittliche Intelligenz
- Robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament
- Internale Kontrollüberzeugungen, „self-efficacy“
- Soziale Förderung (z.B. durch Jugendgruppe, Schule, Kirche)
- Verlässlich unterstützende Bezugsperson/ en im Erwachsenenalter
- Lebenszeitlich spätere Familiengründung (i. S. v. Verantwortungsübernahme)
- Geschlecht (Mädchen sind weniger vulnerabel)

Diagnose einer Posttraumatischen Stresstörung bei Säuglingen und Kleinkindern

Nach der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) wird in der aktuellen Leitlinie „Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter“ (Stand 26.09.15) empfohlen, zur Diagnostik einer Posttraumatischen Belastungsstörung die RDC-PA Kriterien zu verwenden, da sie das ICD-10 für jüngere Kinder als weniger geeignet empfindet.

Nach der AWMF gehört die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu den Störungen im Vorschulalter, die intensiv erforscht wurden und über die eine gut fundierte Datenlage vorliegt. Von einer PTBS-Diagnose vor dem Alter von 18 Monate rät die AWMF ab, auch wenn sie angibt, dass subklinische Symptome sich bereits früher manifestieren und als behandlungsbedürftig angesehen werden können. Typische Traumen, die eine PTBS im Vorschulalter auslösen können, sind Unfälle, Katastrophen, Krieg, Wahrnehmung von Tod und Sterben, Angriffe von Hunden und von anderen Tieren, körperliche und sexuelle Misshandlung, Erleben von häuslicher Gewalt und invasive medizinische Interventionen.

„RCD-PA:

Von der RDC-PA wurden alternative Kriterien (zu der DSM-IV) vorgeschlagen, die nicht von Verbalisierungsfähigkeiten abhängig sind und auf das Entwicklungsalter angepasst sind. Diese neuen Kriterien wurden in mehreren Studien validiert. Bei Scheeringa et al. (2003) wurden z.B. 62 Kinder nach Trauma mit 63 gesunden Kindern untersucht. Nach den alternativen Kriterien betrug die Rate von PTBS 26 % im Vergleich von 0 % nach den traditionellen DSM-IV Kriterien. Die alternativen Kriterien wurden von Graf et al. (2008) übersetzt und sind in der folgenden wiedergegeben. Die gleichen Kriterien finden sich in der RDC-PA.“ (AWMF, 2015)

Tabelle: RDC-PA Diagnosekriterien für die PTBS im Säuglings- und Kleinkindalter nach Scheeringa et al., 2003 (Übersetzung bei Graf et al., 2008), zitiert aus der aktuellen Leitlinie „Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter“ (Stand 26.09.15)

Symptomgruppen	Symptome
A. Traumatisches Ereignis	
B. Wiedererleben	Posttraumatisches Spiel: Zwanghafte Wiederholung von Themen und Aspekten des Traumas, kein Angstabbau durch das Spiel. Weniger elaboriertes und kreatives Spiel
	Nachspielen bestimmter Aspekte des Traumas, ohne Charakteristika des posttraumatischen Spiels
➤ Mindestens 1 Symptom	Wiederholte Erinnerung des traumatischen Ereignisses außerhalb

	des Spiels, ohne offensichtliche psychische Belastung
	Alpträume mit Bezug zum Trauma oder mit zunehmender Frequenz ohne wieder erkennbaren Inhalt
	Episoden mit objektiven Anzeichen eines Flashbacks oder von Dissoziation
	Psychische Belastung bei der Konfrontation mit Hinweiszeichen
C. Vermeidung	Tatsächliche oder versuchte Vermeidung von Aktivitäten, Gegenständen, Orten oder Personen, welche mit dem Trauma assoziiert sind
	Einengung des Spielverhaltens
➤ Mindestens 1 Symptom	Sozialer Rückzug
	Eingeschränkte Bandbreite des Affekts
D. Erhöhte Erregung	Ein- und Durchschlafschwierigkeiten
	Erhöhte Irritierbarkeit, Wutausbrüche, Affektlabilität
➤ Mindestens 2 Symptome	Verringerte Konzentrationsfähigkeit im Vergleich zu vor dem Trauma
	Übertriebene Wachsamkeit (Hypervigilanz)
	Übertriebene Schreckreaktion
E. Neue Ängste und Aggressionen	Verlust bereits erworbener Fertigkeiten insbesondere im Bereich der Sauberkeitsentwicklung und der Sprache
	Neu auftretende Ängste
➤ Für Diagnose nicht erforderlich	Neu auftretende Trennungsangst
	Neu auftretende Aggressionen

Zero-to-Three:

Auch die Kriterien der DC:0-3R (2005) entsprechen den alternativen Diagnosekriterien, ohne Berücksichtigung der Kategorie E.

Bindungs-, Beziehungs- und Entwicklungstraumatisierung

Als Auslöser für Bindungs-, Beziehungs- und Entwicklungstraumatisierungen zählen alle Verhaltensweisen von Erwachsenen, die geeignet sind, Kinder und Jugendliche mit psychologischen Mitteln zu schädigen.

Dazu gehören:

- Emotionale Vernachlässigung
- Chronische Entwertung von Kindern und Zuschieben einer Sündenbockrolle
- Behinderung der psychosozialen Entwicklung des Kindes durch Quälen, Isolieren (Abschneiden von Außenkontakten wie Spielkameraden), Terrorisierung (Drohung der Erwachsenen, das Kind zu töten oder zu verlassen) oder Ignorieren des Kindes
- Erleben einer Vielzahl von Trennungen und Verlusten
- Erleben von Gewalt, Gewaltandrohungen oder Suiziddrohungen zwischen den Eltern, Erleben von Substanzmissbrauch durch die Eltern
- Missachtung aller elementaren psychischen Bedürfnisse eines Kindes, wie wahrgenommen werden, gehalten werden, geschützt werden und Ähnliches

Tabelle: Diagnosekriterien für die Bindungs-, Beziehungs- und Entwicklungstraumatisierungen (nach Thomas Hensel)

A Traumakriterium	- Mehrfaches oder anhaltendes Ausgesetztsein gegenüber einer oder mehreren Formen von entwicklungsschädigenden Traumen wie Vernachlässigung, zwischenmenschlichen Verrat, körperlicher Gewalt oder sexualisierter Übergriffen, aber auch Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit, emotionalen Missbrauch oder Zeugenschaft von Gewalt und Tod - Subjektive Erfahrungen und Reaktionen (Wut, Enttäuschung, Angst, Resignation, Ekel, Scham)
B Anhaltende Fehlregulationsmuster in Zusammenhang mit traumabezogenen Erinnerungsreizen	- Schwierigkeiten in der Wahrnehmung und Differenzierung von Emotionen - Gestörte Affekt- und Impulsregulation - Schwierigkeiten in der Empathiefähigkeit - Beeinträchtigung der Selbst- und Objektrepräsentanzen
	- Somatisierungsphänomene wie häufige psychogene Beeinträchtigungen oder manifeste Krankheiten
	- Verhaltensveränderungen wie Reviktimierungsneigung oder Nachkonstellieren der traumatischen Situation

	- Kognitive Veränderungen von Aufmerksamkeit und Bewusstsein wie dissoziative Symptomatik oder anhaltende Aufmerksamkeitsstörungen
	- Interpersonelle Veränderungen wie die Unfähigkeit zur gleichberechtigten partnerschaftlichen Interaktion oder dysfunktionale Wahrnehmung des Täter
	- Selbstbildveränderungen wie beeinträchtigt Identitätsgefühl
C Anhaltend veränderte Erwartungen und Begründungsmuster, sogenannte soziokognitive Veränderungsmuster	- Selbstbeschuldigungen
	- Fremdbeschuldigungen gegenüber schützende Personen
	- Verlust der Erwartung des Geschütztseins durch andere Menschen
	- Verlust des Vertrauens in die Schutzfunktion von Institutionen oder anderen Menschen
	- Verlust der sozialen Erwartung sozialer Gerechtigkeit und Wiedergutmachung - Überzeugung, auch zukünftig erneut zum Opfer zu werden
	- Funktionelle Beeinträchtigungen bezogen auf Bildung, Familie, persönliche Beziehungen, Justiz- und Rechtsangelegenheiten sowie Beruf

Des Weiteren sollte auf Anraten der AWMF bei Verdacht auf komorbide psychische Störungen bei den Eltern diesen ebenfalls eine Diagnostik und Behandlung empfohlen werden. Komorbide Störungen (vor allem PTBS und Depression) sind bei Eltern von Kindern mit PTBS häufig. Es gibt einen hoch signifikanten Zusammenhang zwischen PTBS/Depression bei Eltern und Kindern, sodass von einer „Beziehungs-PTBS“ gesprochen werden kann.

Wichtig dabei ist zu beachten: Psychisch erkrankte Eltern sind meist nicht in der Lage, ihre Kinder ausreichend zu schützen. Gleichzeitig ist es für die Eltern eine große Belastung, ihre eigenen Kinder leiden sehen zu müssen. Eine ausgeprägte elterliche PTBS ist in der Regel mit einem schlechteren Outcome für die PTBS der Kinder verbunden. Die Behandlung der elterlichen PTBS hat deshalb einen hohen Stellenwert.

Nach Empfehlungen der AWMO soll eine Psychotherapie der PTBS zeitnah erfolgen.

Begriff psychische Traumatisierung

1980 wurde im DSM-III die posttraumatische Belastungsstörung erstmalig in der Klassifikationssystem für Erkrankte aufgenommen. Heute wird die posttraumatische Belastungsstörung in den gebräuchlichen Krankheitsklassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10 in einer weitgehend übereinstimmenden Form definiert.

Die fünf Hauptkriterien der PTBS bei Erwachsenen sind

- A Erleben eines Traumas (Trauma-, Stressor- oder Ereigniskriterium)
- B Intrusives Wiedererleben (unwillkürliche und belastende Erinnerungen an das Trauma)
- C Vermeidungsverhalten und emotionaler Taubheitszustand
- D Anhaltende physiologische Übererregung (Hyperarousal)
- E Die Symptome dauern länger als einen Monat

Definitionen

Intrusives Wiedererleben:

Intrusionen sind ungewollt wiederkehrende und belastende Erinnerungen oder Erinnerungsbruchstücke. Häufig treten nicht nur das bloße Wiedererinnern, sondern sogar das ungewollte Neudurchleben des traumatischen Ereignisses oder von Aspekten des Ereignisses mit allen Sinnesqualitäten und Affekten auf, so, als ob es gerade in der Gegenwart geschähe. Die Betroffenen befinden sich dann emotional in dem Zustand, als ob es JETZT im Moment geschehen würde.

Flashbacks ist eine Form der Intrusionen. Sie werden häufig auch Nachhallerlebnisse genannt. Dies sind Erinnerungsattacken, die durch plötzliches Auftreten und sehr detaillierte Erinnerungen gekennzeichnet sind. Je nach Schwere eines Flashbacks kann die betroffene Person den Gegenwartsbezug beibehalten oder ihn auch teilweise bzw. komplett verlieren. Der Verlust des Gegenwartsbezug wird auch **dissoziativer Zustand** genannt. Dieser kann teilweise (teildissoziierter Zustand), als auch vollständig (volldissoziierter Zustand) auftreten. Bei einem kompletten Verlust zur Gegenwart weiß die betroffene Person nicht mehr, was gerade geschieht. Dieser dissoziative Zustand kann einige Sekunden, mehrere Stunden oder gar Tage andauern.

Intrusionen können in allen Sinnen auftreten (Bilder, Geräusche, Gerüche, Geschmacksempfindungen, Körperwahrnehmungen); häufig kommt es zu einem subjektiv erlebten Überflutungszustand. Intrusionen können auch nur als diffuse Gefühle von Angst, Ohnmacht oder Handlungsunfähigkeit auftreten. Ausgelöst werden sie oft durch Schlüsselreize (Trigger), die eine – sehr häufig unbewusste – Assoziation zum Traumaereignis haben.

Schlüsselreize/ Trigger können ähnliche Situationen, Gegenstände, Wörter, Geräusche oder Düfte sein, aber auch Jahrestage, Berichte in Filmen oder Medien. Ebenso können Gefühls- als auch Körperzustände Trigger sein.

Vermeidungsverhalten und emotionale Taubheit (Numbing):

Überflutende und belastende Gedanken und Gefühle an das Trauma werden mit aller Macht vermieden. Aus diesem Grund versuchen Betroffene oft, nicht mehr an das Erlebte zu denken, was jedoch meist nicht gelingt. Auch werden Situationen, Menschen, Gegenstände oder Örtlichkeiten gemieden, die mit dem Trauma assoziiert werden. So führt das Abschalten der Erinnerungen **zu dissoziativen Zuständen wie Teilamnesien**, bei denen man sich nur noch sehr unscharf an das Erlebte erinnern kann. Diese willentlich herbeigeführte Form der Vermeidung stellt einen Bewältigungsversuch dar, der jedoch dazu führen kann, dass die posttraumatische Symptomatik gerade deswegen bestehen bleibt. Vermeidungsstrategien können eigene Gedanken-Stopp-Versuche sein wie z.B. „nicht mehr daran denken, ich mache mich sonst nur verrückt.“ Bis zu völliger sozialer Zurückgezogenheit, bei der man nicht mehr aus dem Haus gehen kann.

Ebenfalls dazu gehört das **emotionale Betäubtsein (Numbing)**. Dazu gehören alle Symptome, die mit der Unfähigkeit, positive Gefühle zu erleben und auszudrücken, verbunden sind. Dies sind z.B. eine Verminderung der Interessen an wichtigen Aktivitäten des täglichen Lebens oder an individuell vor dem traumatischen Erlebnis gerne ausgeführten Aktivitäten, ein eingeschränkter Affektspielraum mit der Empfindung, dass das Trauma das eigene Gefühlsleben massiv beschädigt hat, sowie eine eingeschränkte Zukunftsperspektive. So berichten Patienten immer wieder von Gedanken, nun könne in ihrem Leben nichts mehr Wichtiges passieren oder man habe ihnen die beste und wichtigste Zeit ihres Lebens gestohlen.

Hyperarousal

Infolge der traumatischen Erfahrung sinkt die Erregungsschwelle des autonomen Nervensystems und Belastungen wirken früher und nachhaltiger. Auch kleinere Belastungen, die zuvor sehr leicht kompensiert werden konnten, rufen stärkere Erregung hervor. Das autonome Nervensystem befindet sich in ständiger Alarmbereitschaft. Kleinste Belastungen führen zu starker **Schreckhaftigkeit oder Reizbarkeit**, auch **das Schlafverhalten ist oft beeinträchtigt**. Das Ein-, als auch Durchschlafen ist nachhaltig gestört.

Das Hyperarousal stellt für die Gefahrensituationen zunächst eine absolut sinnvolle Reaktion des Organismus als Überlebenshilfe dar, indem Sinne geschärft und bedrohliche Reize früher und schneller wahrgenommen werden können. Jedoch haben Menschen nach einer Traumatisierung meist die Fähigkeit zur Unterscheidung zwischen dem Vorliegen einer realen Bedrohung und dem Zustand der Sicherheit verloren, so dass auch neutrale Reize mit der traumatischen Erfahrung verbunden und als gefährlich interpretiert werden.

Traumadefinitionen nach ICD-10 und DSM IV

Aktuelle Definition eines Traumas nach DSM IV

(1) Das betroffene Individuum erlebt oder beobachtet ein **Ereignis**, welches mit einer **ernsthaften Bedrohung** der körperlichen oder psychischen Integrität **der eigenen Person oder anderer Personen** einhergeht.

(2) Die **Reaktion** des betroffenen Individuums beinhaltet **intensive Furcht, Hilflosigkeit, Grauen, aufgelöstes oder agitiertes Verhalten**.

PTBS-Kriterien nach DSM-V

A-Kriterium (**Stressor-Kriterium**)

1. Konfrontiert sein mit einem lebensbedrohlichen Ereignis, Gefahr schwerer Verletzung, sexualisierte Gewalt (in unterschiedlichen Positionen)

- Als Betroffener
- Als Zeuge
- Indirekt über das Wissen von der Bedrohung einer wichtigen Bezugsperson
- Wiederholte Exposition mit kritischen Ereignissen (Polizei/ Feuerwehr) aber nicht (nicht-berufliche) Exposition über Medien

B-Kriterium: **Intrusive Symptome** (1 Symptom)

1. intrusive Erinnerungen (repetitives traumatisches Spiel)
2. Trauma-bezogene Alpträume (schlechte Träume auch ohne inhaltlichen Bezug zum Trauma)
3. Dissoziative Erfahrungen (Flashbacks) (Wiederholung des traumatischen Ereignisses im Spiel)
4. intensiver andauernder Stress nach Exposition mit Triggern
5. starke physiologische Reaktivität nach Exposition mit Triggern

C-Kriterium: **Dauerhafte angestrengte Vermeidung von mit dem Trauma assoziierten Stimuli/ Trigger** (1 Symptom / bei U7 1 Symptom aus C oder D)

1. Vermeiden von trauma-bezogenen Gedanken oder Gefühlen (innere Trigger)
2. Vermeiden von trauma-bezogenen äußeren Triggern (Aktivitäten, Orten, Menschen oder Situationen)

D-Kriterium: Negative Veränderung von Gedanken und Gefühlen, die mit der traumatischen Erfahrung begonnen oder sich verschlimmert haben (2 Symptome)

1. Die Unfähigkeit einen wichtigen Teil der traumatischen Erfahrung zu erinnern (dissoziative Amnesie {keine Kopfverletzung oder Drogen})
2. Dauerhafte dysfunktionale negative Selbstüberzeugungen über sich, andere und die Welt
3. Selbstvorwürfe bzw. Vorwürfe an andere bezüglich des traumatischen Geschehens oder dessen Konsequenzen
4. Durchgängige negative trauma-bezogene emotionale Stimmung (Angst, Panik, Ärger, Schuld, Scham)
5. Verlust von prä-traumatisch vorhandenen Interessen an bedeutsamen Aktivitäten
6. sich von anderen abgetrennt fühlen
7. chronische Unfähigkeit angenehme Gefühle zu empfinden

E-Kriterium: Trauma-bezogene Veränderungen im Erregungsniveau und verhaltensmäßiger Reaktivität, die mit dem Trauma begonnen oder sich danach verschlimmerten (2 Symptome/ bei U7 1 Symptom)

1. Irritierbarkeit oder aggressives Verhalten
2. Waghalsiges und selbstverletzendes Verhalten
3. Hypervigilanz (ständiges auf dem Sprung sein; Anspannung)
4. Erhöhte Startle-Response-Reaktion (physiologische Schreckreaktion; Schreckhaftigkeit)
5. Konzentrationsprobleme
6. Schlafstörungen

F-Kriterium

Dauer der Symptomatik (B,C,D,E) länger als einen Monat

G-Kriterium

Die Symptome verursachen intensiven Stress und/ oder beeinträchtigen die Person in unterschiedlichen Lebensbereichen

H-Kriterium

Die Symptome sind nicht auf Medikamente oder eine körperliche Erkrankung zurückzuführen

Für Kinder unter sieben Jahren:

A1 Kriterium bleibt

B Kriterium unverändert

1 Symptom aus C oder D

C Kriterium unverändert

D Kriterium: D1-D3 fallen weg; nur D4-D7 maßgebend

1 Symptom aus E

E2 fällt weg

Unter fünf Jahren	- Angst von den Eltern getrennt zu werden - Schreien, wimmern - Erstarren und/ oder ungezielter Bewegungsdrang - Zittern - Ängstlicher Gesichtsausdruck - Extremes Anklammerungsbedürfnis - Regressives Verhalten wie Daumenlutschen, Bettnässen, Angst vor Dunkelheit
Grundschulzeit (6-11 LJ)	- Extremer sozialer Rückzug/ Kontaktabbruch - Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten - Alpträume, Schlafprobleme - Reizbarkeit, Wutausbrüche, Prügeleien - Schulverweigerung - Psychosomatische Beschwerden
Weiterführende Schule (12-18 LJ)	- Flashbacks, Dissoziationen - Alpträume - Vermeidung von allem, was an das traumatische Ereignis erinnern könnte - Depression - Drogen, Alkohol - Probleme mit Gleichaltrigen und antisoziales Verhalten - Suizidgedanken - Nachlassen der Schulleistungen - Rachephantasien gegen den Täter

Art der Gewalt	Bindungstrauma	Typ-1-Traumata (einmalig/ kurzfristig)	Typ-2-Traumata (mehrfach/ langfristig)	Typ-3-Trauma (organisiert, langdauernd)
Interpersonelle Traumata	Bindungstraumatisierungen: psychische Gewalt, Vernachlässigung, körperliche Gewalt	- Sexuelle Gewalt: Übergriffe, Vergewaltigung - Körperliche Gewalt: Überfall, häusliche Gewalt	- Repetitive sexualisierte und körperliche Gewalt in Kindheit und Jugend - Geiselnhaft, Folter - Krieg	- Organisierte sexuelle Ausbeutung: Online-Kindesmissbrauch, Loverboy-Missbrauch, Zwangsprostitution, Missbrauch durch spezialisierte Täterschaft - Rituelle/ ritualisierte Gewalt
Akzidentielle Traumata		- Schwere Unfälle: Verkehr, Lawine, Erdbeben, Flugzeugunfall u.a. - Berufsbedingte Traumatisierungen: Polizei, Ambulanz, Medizin, Pflege u.a. - Kurzdauernde Katastrophen: Hurrikan, Brand, Tsunami	- Technische Katastrophen: Nuklearkatastrophe, Giftgaskatastrophe - Langdauernde Naturkatastrophen: Erdbeben, Dürre	
Medizinische Traumata	- Frühgeburt und Inkubatorbehandlung (für Kind) - Schwere körperliche Erkrankungen in den ersten Lebensjahren	- Schwere Verletzungen nach Unfällen - Schwere innere Erkrankungen: Hirnschlag, Herzinfarkt - Traumatisierungen durch Komplikationen einer Geburt (für Mutter)	- Chronische lebensbedrohliche Krankheiten: Krebs, HIV/ AIDS, schwere Herzinsuffizienz u.a. - Chronische schwere unheilbare Erkrankungen: schwere rheumatische oder neurologische Erkrankungen, Niereninsuffizienz, Stoffwechselstörungen u.a.	

Ein Trauma bedeutet Erschütterung der gesamten Persönlichkeit.

Allgemeines zeitliches Verlaufsmodell der psychischen Reaktion auf ein traumatisches Ereignis (Fischer und Riedesser 1999)

1. **Schockphase:** Sie dauert eine Stunde bis eine Woche. Charakteristisch ist ein Gefühl der Unwirklichkeit, später erfolgt eine Verleugnung mit Gedanken wie „Das hat einfach nicht stattgefunden“. Das Opfer kann nicht glauben, was geschehen ist. Kennzeichen: z.B. Veränderung des Zeiterlebens, veränderte Wahrnehmung
2. **Einwirkungsphase:** Sie beginnt einige Zeit nach dem Ereignis und kann bis zu drei Wochen anhalten. Die stärkste Erregung ist nun abgeklungen, die Betroffenen sind von den Ereignissen innerlich noch völlig in Anspruch genommen und reagieren mit Ärger, Selbstzweifel, Selbstanklagen, aber auch depressiven Gedanken, Gefühle der Hoffnungslosigkeit, ebenso Einschlafstörungen und Albträumen, Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen oder Flashbacks.
3. **Erholungsphase:** Nach 14 Tagen, manchmal aber auch erst nach vier bis längstens sechs Wochen, beginnen sich viele Betroffene vom Trauma zu erholen. Das Interesse am normalen Leben und an anderen Personen kehrt zurück, die Zukunftspläne werden wieder positiv gesehen. In einer erfolgreichen Erholungsphase wird das Trauma für viele Menschen zum Anlass, das bisherige Leben zu reflektieren und ihre Zukunftsplanung zu überdenken. Bleibt jedoch diese dritte Phase aus, verstärkt sich die Gefahr, eine PTBS zu entwickeln.

Schockphase:

Akuttrauma: Unmittelbare Folgen des traumatischen Stress (akute Traumata) sind

- Nicht mehr wissen, was los ist (Verstörung)
- Nichts mehr fühlen (wie im Schock)
- Nichts mehr spüren (emotionale Taubheit)
- Nichts mehr wahrnehmen oder überflutet werden von Bildern
- Nichts mehr wissen durch Erinnerungslücken oder den Verlust der räumlichen und zeitlichen Einordnung des Geschehens

Einwirkungsphase:

Akute Belastungsreaktion (bis zu vier Wochen nach dem Ereignis)

Eine akute Belastungssituation kann auch durch nichttraumatische kritische Lebensereignisse ausgelöst werden. Es liegt ein klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen einer ungewöhnlichen Belastung und dem Beginn der Symptome vor.

Dauer von mind. zwei Tage und max. 4 Wochen, Abklingen der Symptome innerhalb weiterer vier Wochen.

Symptome: Wiedererleben, Vermeidung, erhöhtes Arousal, mind. drei dissoziative Symptome

Bei Ausbleiben der Erholungsphase entwickeln sich Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung. In Einzelfällen kann es aber auch zu Persönlichkeitsveränderungen führen.

Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung

Folgen sind feindliche oder misstrauische Haltung der Welt gegenüber, sozialer Rückzug, Gefühle der Leere und Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedroht sein sowie Entfremdung

Posttraumatische Verbitterungsstörung

Vorrangige Affekte: Kränkung, Hilflosigkeit, Beleidigt sein, Selbstaggression, Vorwürfe gegen sich und andere

Die Betroffenen hadern mit dem Schicksal, es kommt zu einer Antriebsblockade, häufig zu Ablehnung von Hilfsangeboten, Rückzug aus sozialen Beziehungen, sowie dem beruflichen Leben

Kernkriterien: Ein vom Patienten als ungerecht erlebtes, schwerwiegendes, negatives Lebensereignis (Scheidung, Tod eines nahen Angehörigen, Arbeitslosigkeit, andauerndes Mobbing), auf das der Patient mit Verbitterung oder emotionaler Erregung reagiert und an das er sich immer wieder erinnert

Retraumatisierung

Retraumatisierung sind Zustände des Betroffenen gemeint, in denen eine **erneute Erinnerung an das traumatische Ereignis direkt zu einer Symptombelastung** führt. Retraumatisierungen geschehen bei Flashbacks, können aber auch in juristischen oder polizeilichen Kontexten, durch häufige Betrachtung des traumatischen Ereignisses in Filmen, sowie durch Medienaktivitäten gegenüber Opfern hervorgerufen werden.

Bei einer Retraumatisierung werden gehirnphysiologisch gesehen verschiedene Traumapuzzle-Teile erneut aktiviert. Es werden erneut Stresshormone ausgeschüttet (dadurch bleibt die Mauer zwischen Amygdala und Hippocampus bestehen, die Amygdala vergrößert sich mit der Zeit, der Hippocampus verkleinert sich. Eine Verarbeitung der traumatischen Ereignisse wird immer schwieriger.

Techniken der Traumakonfrontation sind jedoch eindeutig von einer Retraumatisierung zu unterscheiden, da die traumatherapeutische Konfrontation gewollt, geplant und in einem sicheren Setting mit dem Ziel der Verarbeitung des Vergangenen durchgeführt wird. Allerdings können zu vorschnelle Traumakonfrontationen bei nicht ausreichender Stabilisierung zu einer Retraumatisierung führen und den Behandlungserfolg gefährden oder gar zu einer anhaltenden Dekompensation beitragen.

Zusammenfassend könnte man sagen, dass die PTBS eine normale Reaktion auf abnormale oder verrückte Umstände ist.

Eine akute posttraumatische Belastungssituation folgt also gewöhnlich auf eine außergewöhnliche und traumatische Erfahrung. Ob diese in den ersten sechs bis zwölf Wochen danach verarbeitet werden kann oder ob die akute Symptomatik sich chronifiziert, ist sehr stark von zahlreichen sozialen und das Trauma begleitenden Faktoren abhängig.

Varianten psychotraumatischer Syndrome

Nach einer traumatischen Erfahrung mit Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung können reaktiv noch weitere Symptome im Rahmen von Traumafolgerkrankungen auftreten.

Spektrum der Traumafolgerkrankungen einschl. Komorbiditäten

Depressive Symptome: häufig bei Opfern sexueller Traumatisierung, Zusammenhang zu einem negativen Selbstbild, geringem Selbstwertgefühl, Gefühlen von Schuldzuschreibungen und Stigmatisierung

Störung der Emotionsregulierung: affektive Dysregulation häufig im Rahmen der Borderline-Störung und abhängigen Persönlichkeitsstörung

Selbstverletzende und andere autodestruktive Verhaltensweisen: oft das wichtigste Mittel, um quälende traumatische Affektzustände wie diffuse Spannungszustände, aber auch Depersonalisierungsphänomene oder unerträgliche Gefühle des Verlassenseins zu unterbrechen, sowie Intrusionen, Flashbacks und Übererregung weitgehend einzuschränken oder zu verhindern.

Dissoziative Phänomene: Zusammenhang zu Kindheitstraumatisierungen; diese Mechanismen helfen, Bindungsbeziehungen zu misshandelnden und gleichzeitig sehr wichtigen Bezugspersonen zu erhalten. Das Trauma als „traumähnliche Unwirklichkeit“ zu erleben, kann in einem belastenden Umfeld Trost und Hilfe vermitteln. Depersonalisationen helfen Körperempfindungen zu verringern, Schmerz, Angst und Wut besser auszuhalten und Distanzierung herzustellen. Das Trauma wird schließlich so erlebt, als geschehe es einer anderen Person.

Angst- und Panikstörung: sehr häufig ist die erste Panikattacke mit einem traumatischen Stressereignis verbunden und spätere Attacken werden durch traumaassoziierte Stimuli und Trigger ausgelöst, bis sich schließlich Panikattacke verselbständigen und die Betroffenen kaum noch einen Zusammenhang zur ersten Panikattacke herstellen können. Auch Angstmanifestationen können durch traumaähnliche Stimuli ausgelöst worden sein und sich chronifiziert haben.

Somatisierungsstörungen: nicht verarbeitete Affekte werden ins Körperliche verschoben und lösen unterschiedliche Schmerzzustände oder andere Formen einer Somatisierungsstörung aus. Die Symptome können auch als intrusive Körpererinnerungen entsprechen. Manche Untersuchungen gehen davon aus, dass nahezu 60% der Patienten, die in Schmerzambulanzen behandelt werden, eine Traumavorgeschichte haben.

Körperliche Erkrankungen: traumatisierte Patienten haben offenbar ein deutlich höheres Risiko, körperlich zu erkranken. So ist die Wahrscheinlichkeit körperliche Symptome wie Schmerzsymptome, funktionelle Sexualstörung, gastrointestinale Beschwerden oder weitere körperliche Beschwerden bei Frauen mit einer Vorgeschichte mit sexuellen Übergriffen und Missbrauch deutlich höher als bei Frauen ohne eine solche Vorgeschichte (Wöller, 2006).

Auch die Vielzahl von Beschwerden deutet auf eine Traumatisierung hin. In einer Studie von Felitti (2002) fand sich eine direkte Beziehung zwischen der Häufigkeit von Herzerkrankungen, Krebserkrankungen, aber auch chronische Lungenerkrankungen, Knochenfrakturen und Lebererkrankungen mit Belastungsfaktoren in der Kindheit. Auch andere Störungsbilder wie das chronische Müdigkeitssyndrom, Blasenstörung, Kopfschmerzen, Asthma, Diabetes und Herzprobleme treten bei Frauen mit Traumatisierung in der Kindheit und im Erwachsenenalter signifikant häufiger auf als bei Frauen ohne Traumatisierungshintergrund. Schwere körperliche Erkrankungen wie Herzinfarkt, Organtransplantation, aber auch eine kompliziert verlaufende Geburt, sowie nicht anerkannte Behandlungsfehler im Rahmen einer schweren bzw. lebensbedrohlichen Erkrankung müssen als potenziell traumatische Ereignisse in Betracht gezogen werden. Die Beachtung der Entwicklung einer PTBS ist hier von besonderer Bedeutung, da sich sowohl eine voll ausgebildete wie auch eine subsyndromale PTBS negativ auf die Lebensqualität der Betroffenen auswirken und zu einer höheren Mortalitätsrate führen können. Angehörige lebensbedrohlich Erkrankter weisen z.T. höhere PTBS-Prävalenzen auf als die Patienten selbst.

Funktionelle Sexualstörungen: besonders bei sexueller Gewalt; Bandbreite von gänzlich vermiedener oder deutlich reduzierter sexueller Aktivität, verbunden mit Schuldgefühlen und Hemmungen, bis hin zu zwanghaft gesteigerter Sexualaktivität und Promiskuität. Oft kann Sexualität nur in dissoziiertem Zustand ertragen werden.

Essstörungen: sehr oft eine sexuelle Traumatisierung in der Kindheit. Allerdings sind Traumatisierungen nur EIN Faktor innerhalb einer multifaktoriellen Ätiologie, in der auch weitere genetische, persönlichkeitspezifische und soziokulturelle Faktoren beteiligt sind. Auch selbstinduziertes Erbrechen kann, ähnlich wie bulimische Fressattacken, zur Spannungsreduktion eingesetzt werden und dissoziative Zustände verändern oder in ihnen auftreten.

Traumatisierung und Sucht: Substanzmissbrauch und Abhängigkeit zählen zu den häufigsten Folgen; 14-35% nach sexueller und/ oder körperlicher Gewalt in der Kindheit (3-12% ohne Traumatisierung)

Epidemiologie

Häufigkeit einer PTBS

Eine besonders schwer ausgeprägte Posttraumatische Belastungsstörung tritt vor allem dann auf, wenn Leid absichtsvoll von anderen Menschen zugefügt (Prävalenz bei Vergewaltigung 50%; Misshandlungen und sexueller Missbrauch in der Kindheit 50%, anderen Gewaltverbrechen 25%) wird.

Bei bei Verkehrsunfällen und schweren Organerkrankungen liegt die Prävalenz bei 10%.

Prävalenz zu Entwicklung einer PTBS (Maercker et al., 2008)

- 5-10% der Jugendlichen und Erwachsenen (ab 14 Jahre)
- Bei Kindern ist eine statistische Erfassung schwierig, da die Diagnosekriterien nicht eindeutig sind
- Prävalenz und Folgen belastender Kindheitserlebnisse in der deutschen Bevölkerung (Witt, Sacher, Plener, Brähler, Fegert, 2019 – aus Deutsches Ärzteblatt 2019)

TABELLE 1	
Stichprobenbeschreibung und soziodemografische Merkmale der 2 531 Teilnehmer innerhalb der repräsentativen Bevölkerungsumfrage	
Variablen	n (SD) oder M (SD)
Alter (M, SD)	48,6 (18,0)
Geschlecht (n, %)	
Frauen	1 401 (55,4)
Männer	1 130 (44,6)
Familienstand	
verheiratet, zusammen lebend	1 066 (42,1)
verheiratet, getrennt lebend	65 (2,6)
ledig	821 (32,4)
geschieden	341 (13,5)
verwitwet	227 (9,0)
keine Angabe	11 (0,4)
Anzahl eigener Kinder (M, SD)	1,15 (1,14)
deutsche Staatsbürgerschaft (n, %)	2 429 (96,0)
höchster erreichter Schulabschluss (n, %)	
Schüler	65 (2,6)
ohne Schulabschluss	56 (2,2)
Haupt-/Volksschulabschluss	730 (28,8)
mittlere Reife	842 (33,3)
Abschluss POS ^{*1}	199 (7,9)
Fachschulabschluss ohne Anerkennung	88 (3,5)

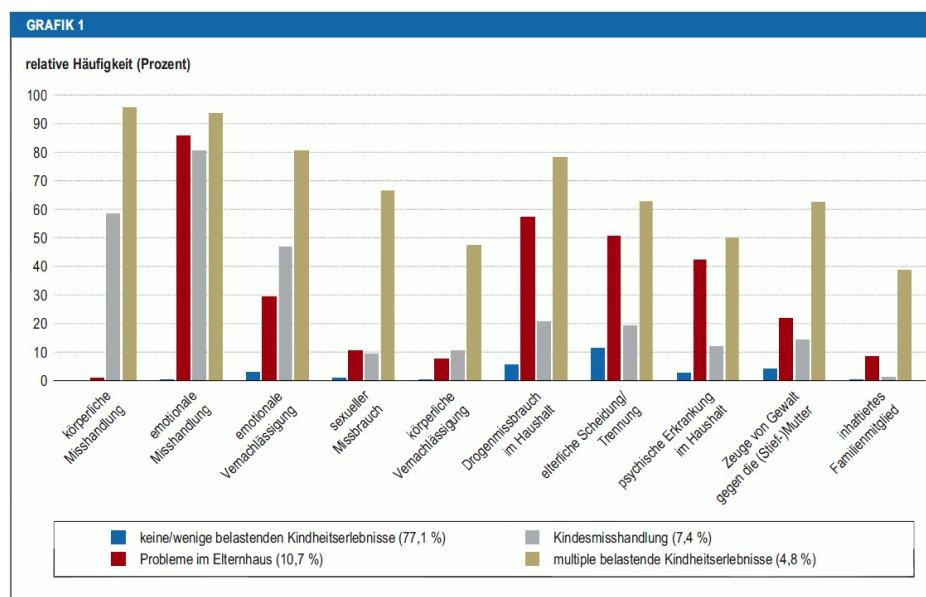
Fachhochschulreife/Abitur	307 (12,1)
abgeschlossenes Studium	233 (9,2)
keine Angabe oder anderer Abschluss	11 (0,4)
Religion/Konfession	
evangelisch	935 (36,9)
katholisch	748 (29,6)
muslimisch	61 (2,4)
andere (jüdisch, buddhistisch, hinduistisch)	47 (1,9)
keine Konfession	640 (25,3)
keine Angabe	100 (4,0)
monatliches Äquivalenzeinkommen ^{*2}	
unter 500 €	4 (0,2)
500–1 000 €	209 (8,3)
1 000–1 500 €	518 (20,5)
1 500–2 500 €	1 105 (43,7)
2 500–3 500 €	283 (11,2)
3 500–5 000 €	311 (12,3)
über 5 000 €	17 (0,7)
keine Angabe	84 (3,3)

^{*1} Abschluss POS: Abschluss einer polytechnischen Oberschule

^{*2} Äquivalenzeinkommen: das monatliche Haushaltseinkommen im Verhältnis zur Anzahl der Haushaltsmitglieder
SD, Standardabweichung; M, arithmetischer Mittelwert

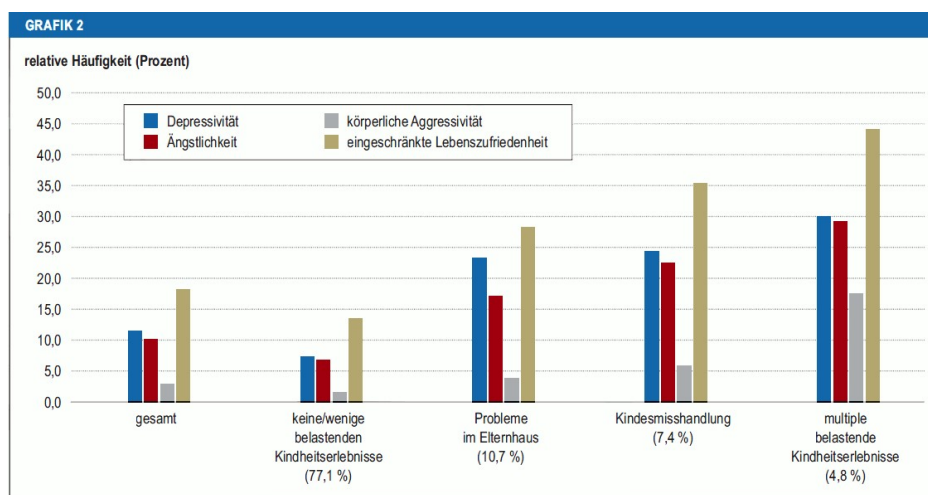
Witt, Andreas; Sachser, Cedric; Plener, Paul L.; Brähler, Elmar; Fegert, Jörg M.
Prävalenz und Folgen belastender Kindheitserlebnisse in der deutschen Bevölkerung
Dtsch Arztebl Int 2019; 116(38): 635-42; DOI: 10.3238/arztebl.2019.0635

Witt, Andreas; Sachser, Cedric; Plener, Paul L.; Brähler, Elmar; Fegert, Jörg M.
Prävalenz und Folgen belastender Kindheitserlebnisse in der deutschen Bevölkerung
Dtsch Arztebl Int 2019; 116(38): 635-42; DOI: 10.3238/arztebl.2019.0635



Prototypische Muster gemeinsam auftretender Formen belastender Kindheitserlebnisse auf Basis einer latenten Klassenanalyse (LCA)

Witt, Andreas; Sachser, Cedric; Plener, Paul L.; Brähler, Elmar; Fegert, Jörg M.
 Prävalenz und Folgen belastender Kindheitserlebnisse in der deutschen Bevölkerung
 Dtsch Arztebl Int 2019; 116(38): 635-42; DOI: 10.3238/arztebl.2019.0635



Häufigkeit psychosozialer Auffälligkeiten in der Gesamtstichprobe sowie in den einzelnen Gruppen. Es zeigt sich, dass in allen Gruppen psychosoziale Auffälligkeiten gegenüber der Gruppe ohne bzw. mit wenigen belastenden Kindheitserlebnissen deutlich erhöht sind, insbesondere in der Gruppe mit multiplen belastenden Kindheitserlebnissen

Witt, Andreas; Sachser, Cedric; Plener, Paul L.; Brähler, Elmar; Fegert, Jörg M.
 Prävalenz und Folgen belastender Kindheitserlebnisse in der deutschen Bevölkerung
 Dtsch Arztebl Int 2019; 116(38): 635-42; DOI: 10.3238/arztebl.2019.0635

Schlussfolgerungen für die Behandlung von Traumata

Allgemeine Wirkfaktoren (Grawe, 1998, 2004) für die Arbeit mit traumatisierten Menschen sind die Ressourcenaktivierung, die Problemaktualisierung, die Problembewältigung und die therapeutische/beraterische Klärungsarbeit.

Menschen müssen sich wohl, sicher, gehalten und gesehen fühlen, um bereit zu sein, an ihren Problemen/ Traumata zu arbeiten.

Nach der Konsistenztheorie müssen, die den Problemen zu Grunde liegenden neuronalen Erregungsmuster aktiviert sein, um sie zu verändern, d.h. mit neuen Erfahrungen überschreiben zu können (**Rekonsolidierungshypothese**).

Die Aktivierung dieser Muster geht mit aversiven Emotionen einher und wird deshalb tendenziell vermieden.

Allein die prozessuale Aktivierung der Probleme führt nicht zu korrigierenden Erfahrungen, sondern wird eher als unangenehm und verschlimmernd erlebt.

Nur in der Verbindung mit der **gleichzeitigen Aktivierung positiver Ressourcen** einer Person wird ein neuer Kontext für die aktivierten Probleme geschaffen, der zur Hinwendung und aktiven Auseinandersetzung mit ihnen motiviert und das **Überschreiben der alten Erregungsmuster mit korrigierenden Erfahrungen** ermöglicht.

Die als Gegengewicht zu den Problemen zu aktivierenden positiven Erregungsmuster müssen als Potential bereits vorhanden sein. Sie können als Ressourcen einer Person betrachtet werden, die für den Veränderungsprozess genutzt werden können. Mit einer solchen Ressourcenaktivierung entwickelt sich ein Gegengewicht zur Problemaktivierung.

Die Ressource muss um als Gegengewicht gelten zu können das gegenteilige Gefühl beinhalten (**miss-match-Theorie**).

Grawes These: Wenn es in einer Therapiesitzung zu Problemaktualisierungen kommt, die mit starken negativen oder aversiven Gefühlen und Körperempfindungen verbunden sind, dann wird es nur dann zu einem produktiven Sitzungsergebnis kommen, wenn gleichzeitig mit den Problemen in starkem Ausmaß auch Ressourcen der Klientin aktiviert sind/ werden.

Neurobiologie Rekonsolidierung

Dysfunktional abgespeicherte Erinnerungen (implicit emotional learning) sind die Grundlage der Symptomproduktion der meisten psychischen Störungen (van der Kolk et al., 1996). Dies beinhaltet emotionale Konditionierung (bsp Bindungsmuster) und deren kognitiven Aspekte (Selbstüberzeugungen, Glaubenssätze etc.).

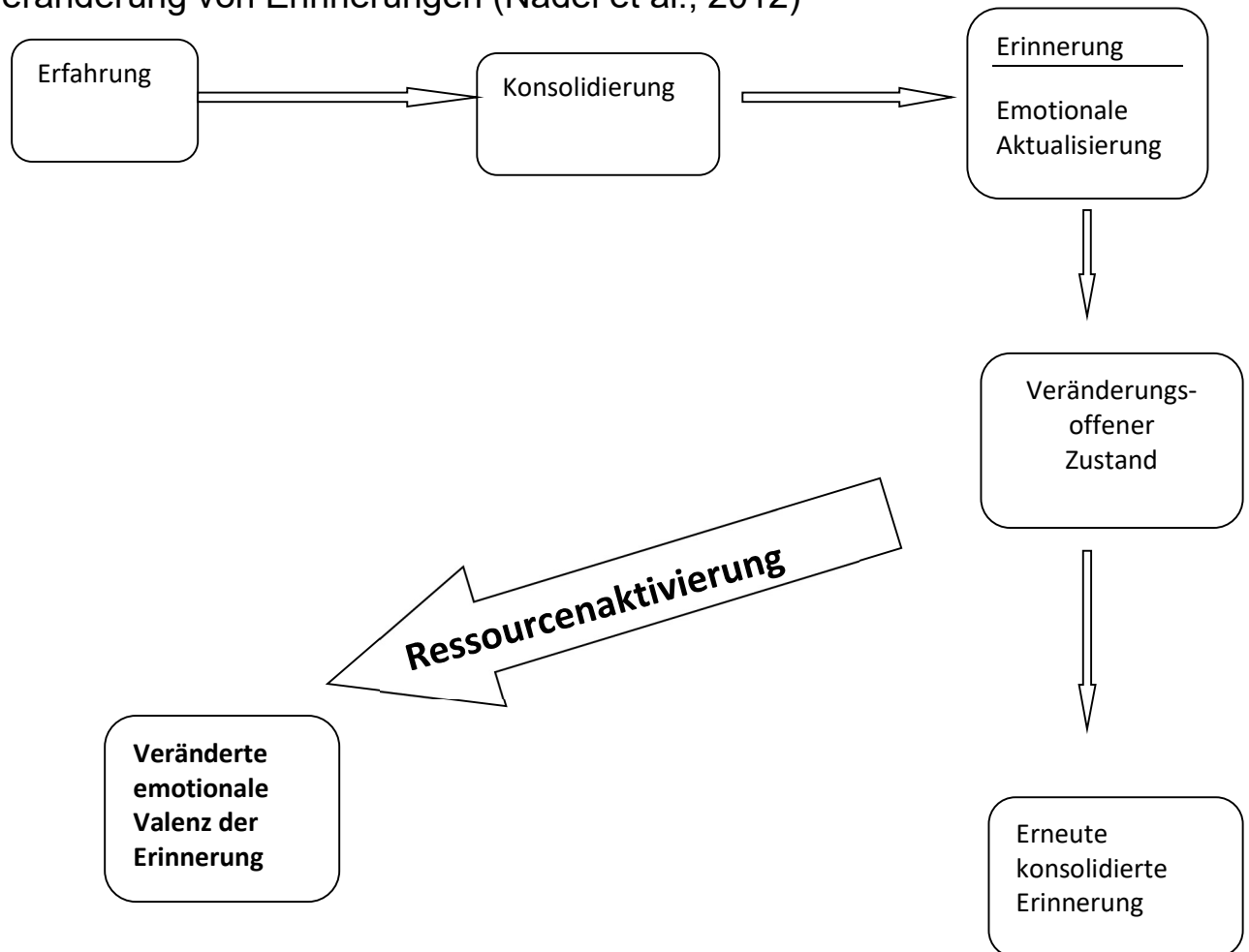
Die Neuroplastizität unseres Gehirns erlaubt es nun, diese dysfunktionalen alten Erfahrungen (Erinnerungen) im Nachhinein nicht nur zu verändern, sondern zu „transformieren“. Dabei bleibt der Inhalt der Erinnerung (Zeit, Ort, Faktum) erhalten, erscheint evtl. sogar differenzierter. Lediglich der amygdala-assoziierte Anteil der Erfahrung/ Erinnerung wird gelöscht.

Die Grundlagenforschung zu diesem Thema wird seit ungefähr 11 Jahren intensiv betrieben und läuft unter dem Stichwort „Rekonsolidierung“.

Ecker et al. (2012) haben die allgemeinen Elemente dieses Transformationsgeschehen wie folgt zusammengefasst:

- 1.) Emotionale Aktualisierung der Erinnerung (gespeicherte ursprüngliche Erfahrung)
- 2.) Zeitnahe (10-60 Minuten) emotionale Aktivierung einer NICHT mit der alten (emotional und kognitiv) dysfunktionalen Erfahrung KOMPATIBLEN ERFAHRUNG (Ressource)
- 3.) Evtl. Wiederholung nötig
- 4.) Verifikation
 - a) Emotionale Nicht-Reaktivität (auf Trigger)
 - b) Verschwinden der Symptomatik
 - c) Dauerhafte Anstrengungslosigkeit im Umgang mit dem zuvor belastenden Material

Veränderung von Erinnerungen (Nadel et al., 2012)



Es benötigt einen längeren Integrationsprozess, um biographische Erfahrungen stabil im Langzeitgedächtnis abzuspeichern (**Konsolidierung**).

Erfahrungen werden qualitativ abgespeichert, d.h. die verschiedenen Aspekte werden in unterschiedlichen Gehirnregionen gespeichert (und müssen, wenn sie wieder erinnert werden, zusammengesucht werden).

Jedes Mal wenn der Erinnerungsinhalt wieder aufgerufen wird, d.h. ins Bewusstsein gehoben wird, gerät die Erinnerung in einen (biochemisch) labilen Zustand.

Werden keine neuen Informationen hinzugefügt, wird die Erinnerung in unveränderter Weise wieder abgespeichert und noch fixierter eingepägt (erneute Konsolidierung).

Es ist aber auch möglich, in der labilen Phase der aktualisierten Erinnerung neue adaptive Informationen „hinzuzufügen“, die sich dann mit der ursprünglichen Erinnerung assoziativ und neuronal verbinden und zu einer neuen veränderten Abspeicherung führen. Der Mechanismus alte Erinnerungen durch neue Erfahrungen quasi upzudaten wird Rekonsolidierung genannt.

Nach Pedreira & Maldonado (2003) scheint es ein Zeitfenster von einer Stunde zu geben, in dem nach der emotionalen Aktualisierung einer Erinnerung neue Erfahrungselemente hinzugefügt werden können.

Schiller et al. (2010) fanden heraus, dass eine vollständige Löschung einer Angstreaktion am besten gelang, wenn die Aktualisierung der Angst zehn Minuten vor den Rekonsolidierungs-Aktivitäten erfolgte.

Sie schreiben: „Durch die Aktualisierung einer Angsterinnerung wird diese labil und kann durch Hinzufügen einer Nicht-Angst-Information in einem Zeitfenster so verändert werden, dass in der Zukunft kein Angstgefühl mehr mit der ursprünglichen Erinnerung verbunden ist. Diese Überschreibung beeinflusst nicht andere Erinnerungen und ist mindestens ein Jahr stabil.“

Die Nicht-Angst-Information kann psychischer, aber auch pharmakologischer Natur sein. So werden etwa durch die Gabe des Beta-Blockers Propanolol körperliche Stressreaktionen während der Aktualisierung einer traumatischen Erinnerung blockiert und so eine weniger intensive Neuabspeicherung der Ängste erreicht.

Phasen-Modelle in traumazentrierter Beratung und Therapie

In der Behandlung traumatisierter Menschen wird häufig von drei Phasen gesprochen, die auf Pierre Janet (1889) zurückgeführt werden. Dieser schlug ein dreiphasiges Modell mit den Phasen Stabilisierung und Symptomreduktion, Behandlung traumatischer Erinnerungen und (Re-) Integration der Persönlichkeit und Rehabilitation vor.

Später beschriebene Modelle sind ähnlich aufgebaut, wobei die Phasen nicht aufeinander folgen müssen. Stattdessen wechseln sich diese Phasen ab, beeinflussen einander und bedingen sich teilweise gegenseitig.

Sowohl in der Traumaberatung als auch in der Traumatherapie zeigen sich folgende Phasen:

- 1.) Stabilisierung und Affektregulation
- 2.) Traumasyntese/ Traumaexposition (ausschließlich Traumatherapie)
- 3.) Integration und Neuorientierung

Professionelle Handlungsstrategien

Die **innere Grundhaltung** der Fachkräfte ist der Hauptgrundstein in der Traumaaarbeit. Alle Verhaltensweisen, Symptome der traumatisierten Gegenüber werden als Überlebensverhaltensweisen verstanden, die einst in der Lebensgeschichte des Betroffenen einen guten Grund, eine Sinnhaftigkeit hatten. Diese Kenntnis über den „**guten Grund**“ lässt bei den Fachkräften eine wertschätzende, positive und verstehende Grundhaltung entstehen, die ein wirksames Arbeiten und im Kontakt mit den Betroffenen das Erleben korrigierender Beziehungserfahrungen möglich macht.

Ein wichtiges Element in der Traumaaarbeit ist die Beziehung zwischen Therapeuten/ Berater und Betroffenen. Zu Beginn der Arbeit vermeiden viele Betroffene und äußern Gedanken wie „Ich will nicht mehr daran denken.“ oder „Ich halte es nicht aus, mich damit zu beschäftigen“. Die Angst vor dem Überflutet werden, ist groß. Um ein frühzeitiges Abbrechen der Arbeit zu vermeiden, ist ein sorgfältiger Bindungs- und Beziehungsaufbau besonders bedeutend. Der Therapeut/ Berater muss auch Grundlage seiner inneren Haltung dem Betroffenen zeigen, dass er die Einzelheiten und Details der traumatischen Erfahrung aushalten kann, dass er über Wissen, Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt, den Betroffenen in der Belastung zu begleiten und Symptome zu überwinden. Es bedarf auf Seiten der Helfenden ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen, an emotionalen Mitschwingen, bei gleichzeitigem Achtgeben auf die eigene Stabilität. Je stabiler innerlich die helfenden Personen sind desto eher sind die Betroffenen bereit, sich mit ihrem Leid zu zeigen und sich zu öffnen.

Grundsätzlich benötigen alle Klienten Schutz vor Bedrohung, Verlässlichkeit in Beziehungen, das Recht auf offenes Äußern ihrer Emotionen, das Gefühl, akzeptiert und anerkannt zu werden, sowie Zuwendung und konsistente Fürsorge.

Diese Haltung muss gelebt und in der Arbeit verdeutlicht werden.

Beziehungsaufbau, -gestaltung

Wie bereits erwähnt spielt ein sorgfältiger Bindungs- und Beziehungsaufbau in der Arbeit mit traumatisierten Menschen eine sehr große Rolle.

Eine sichere Bindungserfahrung in der frühen Kindheit ist eine der wichtigsten Schutzfaktoren. In den frühen Beziehungen mit bedeutenden Bezugspersonen wurden unsere Klienten jedoch sehr häufig traumatisiert. Diese Erlebnisse prägten die Betroffenen grundlegend in der Wahrnehmung von Mitmenschen und in der Gestaltung von Beziehungen. Neue Beziehungserfahrungen, die von ihren eigenen bekannten Erfahrungen abweichen, machen den Betroffenen sehr häufig große Angst. Auch wenn es ihnen bewusst ist, dass diese neuen Erfahrungen wichtig und bedeutend für sie sind, haben sie eine Art innere

Stimme, die an der Ernsthaftigkeit und Verlässlichkeit der neuen Beziehungserfahrungen zweifelt und sie testen möchte. Diese Testung wird in der Literatur häufig „Beziehungstest“ genannt. Die Betroffenen zeigen unbewusst (!) Verhaltensweisen, in denen sie in ihrer eigenen Lebensgeschichte besonders negative Erfahrungen gemacht haben, um zu „testen“, ob die „neuen“ Beziehungspartner nicht doch nur „spielen“ und eigentlich genauso reagieren wie die „alten“ Beziehungspartner. Reagieren die neuen Beziehungspartner reflexhaft identisch wie die alten Beziehungspartner, haben sie den Test „nicht bestanden“ – es kommt zu einer Retraumatisierung. Reagieren die neuen Beziehungspartner reflektiert anders (auf Grund ihrer inneren Grundhaltung des guten Grundes), sind die Betroffenen erst verunsichert und testen weiter. Bleibt die Reaktion der neuen Beziehungspartner aber konstant reflektiert anders, bilden sich **korrigierende Beziehungserfahrungen**.

Wie können diese Beziehungen nun aber gestaltet werden? Die Helfenden müssen sich in der Beziehungsgestaltung aktiv einbringen, indem sie ein Halt gebendes, verständnisvolles, Sicherheit ausstrahlendes Beziehungsangebot bieten. Eine tragfähige Beziehung ist das Fundament für jede weitere Arbeit und wirkt auch neurobiologisch direkt beruhigend. Wöller spricht in der Beziehungsgestaltung vom „maximalen Kontrast zur traumatischen Situation“ (Wöller, 2006).

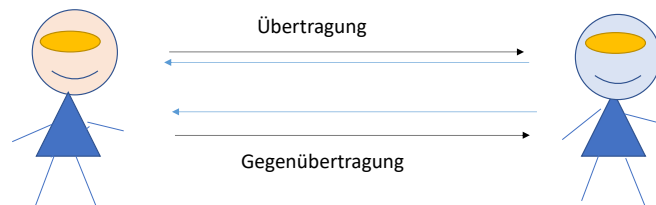
Das heißt von der ersten Begegnung an sollten die helfenden Personen aktiv dafür sorgen, dass sich der Gegenüber sicher fühlen kann und keinen erneuten Kontrollverlust erlebt. Also: wo möchte der Betroffene sitzen (frontal, seitlich, Distanz, Nähe)? Ist der Raum vor Störungen sicher? Wer befindet sich noch im Raum? Wie ist das zeitliche, finanzielle Setting? Was kann geleistet werden? Sind die Grundbedürfnisse (Nahrung, Toilette etc.) befriedigt?

Viele Betroffene zeigen zu Beginn ein ausgeprägtes Misstrauen und ein erhöhtes Kontrollbedürfnis. Dies gilt von den helfenden Personen als Überlebensstrategie anzuerkennen und zu würdigen. Langes Schweigen und bekannte Trigger sollten vermieden werden.

Weiter bedeutend für das Gestalten der Beziehung ist es, Reinszenierungen im Sinne des Trauma-Vierecks (Opfer, Retter, Täter, Mitwisser) frühzeitig zu erkennen und aufzulösen. Regressionsfördernde und überfördernde Verhaltensweisen begünstigen das Entstehen von Reinszenierungen und sollten daher im Rahmen der Übertragung/ Gegenübertragung frühzeitig bemerkt und unterlassen werden.

Übertragung / Gegenübertragung bis hin zur Projektion / Projektiven Identifikation

WZPP®



© WZPP® Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie

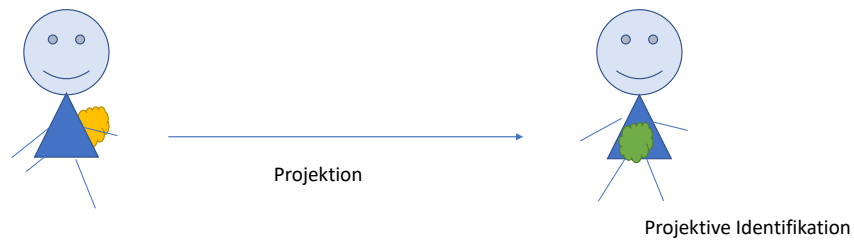
Person A begegnet Person B. Auf Grund seiner eigenen Erfahrungen, Lebensgeschichte hat Person A eine bestimmte Vorstellung, Wünsche und Erwartungen wie Person B so ist, wie Person B sich verhalten wird etc... Diese innere Vorstellung nennt man Übertragung. Person B hat auf Grund seiner Erfahrungen, seiner Lebensgeschichte seine eigenen Vorstellungen, Wünsche und Erwartungen gegenüber Person A.

Person B spürt im Kontakt mit Person A deren Erwartungen, Wünsche und Vorstellungen gegenüber ihm in Form von Handlungsimpulsen, Körperreaktionen. Dies wird Gegenübertragung genannt. Auch Person A erlebt diese Gegenübertragungsreaktionen im Kontakt mit Person B.

Dies geschieht für beide Personen vorbewusst!

Wird diesen Gegenübertragungsimpulsen reflexhaft nachgegeben (reflexhaftes Verhalten) wird der Gegenüber in seiner Übertragung bestätigt und stärkt die weiteren Übertragungsmomente.

Werden die Gegenübertragungsimpulse wahrgenommen, aber nicht reflexhaft ausgeführt, sondern reflektiert betrachtet, ob die Bestätigung der Übertragung des Gegenübers wirklich sinnvoll ist, sprechen wir von reflektierten Verhaltensweisen. Reflektierte Verhaltensweisen können wiederholt zu einer Veränderung der Übertragungen des Gegenübers führen (korrigierende Beziehungserfahrungen).



© WZPP® Weiterbildungszentrum für Pädagogik und Psychologie

Erlebt Person A nun aber Impulse, Gefühle, die nicht mit seinem eigenen Selbstbild kompatibel, d.h. verträglich sind, kommt Person A innerlich in einen erhöhten Spannungszustand. Kann Person A diesen inneren Konflikt nicht selbst erkennen, reflektieren und lösen, kann es dazu kommen, dass Person A diesen stressfördernden Impuls, Gefühlszustand in Person B hineinprojiziert (Projektion). Person A bringt Person B über ihr Verhalten unbewusst (!) dazu, ihre eigenen nicht aushaltbaren Impulse und Gefühle stellvertretend zu übernehmen. Nimmt Person B dies an, befindet sich Person B in der projektiven Identifikation. Person B hat dann plötzlich Impulse, Gefühlszustände, die „eigentlich“ nicht ihm gehören und sich meist auch als fremd anfühlen.

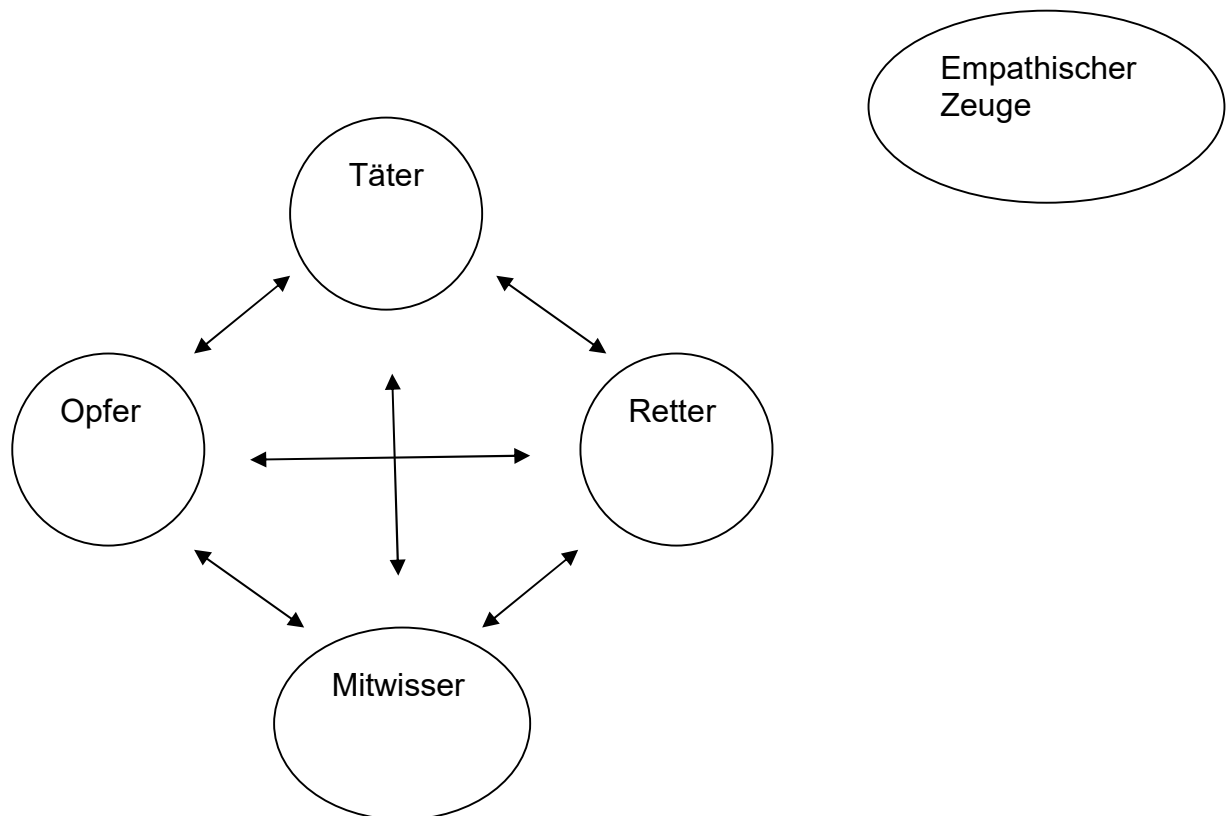
Reflektiertes Vorgehen:

1. Wahrnehmung eines starken Gefühls (Übertragung)/
Gegenübertragungsimpuls bei sich selbst
2. Überprüfung:
 - bin ich selbst „getriggert“ / hat dieses Gefühl etwas mit meiner eigenen Lebensgeschichte zu tun?
 - wenn ja, Selbsterfahrung, eigene Emotionsregulierung etc.
 - wenn nein, ist mein Gegenüber in einer **Reinszenierung des Traumas** („angetriggert“), dann diese sofort unterbrechen, oder im „**Überlebensmodus**“ (traumakompensatorischen Schema) – „Du tust das, weil... - Intervention“
3. Emotionales Abholen (Würdigung des Leids) (Pacing), erst dann sind Affektregulation und ressourcen-/ lösungsorientiertes Vorgehen möglich (leading)

Stabilisierendes Vorgehen beim Klienten:

1. Gefühlswahrnehmung und -differenzierung
(Mentalisierungsfähigkeit, Selbstreflexion und Körperwahrnehmung)
2. Affektregulation, Impulskontrolle - Rückkehr ins Stresstoleranzfenster

Das Trauma-Viereck: Täter-Opfer-Retter-Mitwisser



So können wir zum Beispiel von jüngeren, vernachlässigten Anteilen in die Retterrolle gedrängt werden, die den Gegenüber über regressionsfördernden Verhaltensweisen „klein“ hält.

Eine Überforderung des Betroffenen kann zum Beispiel dazu führen, dass wir als „Täter“ wahrgenommen werden, der den Gegenüber klein halten muss und im Gegenzug von diesem bekämpft wird.

Komplex traumatisierte Menschen verfügen nicht selten über ausgeprägte Täterintrojekte, die die wachsende Beziehung zu den helfenden Personen unterbinden möchten, da sie diese unter anderem als zu bedrohlich erleben.

Charakteristika der beratenden/therapeutischen Haltung:

- Freundlich, zugewandt, teilnehmend, wertschätzend
- Konsequent ressourcen- und lösungsorientiert von der ersten Stunde an
- Stellvertretend Hoffnung übernehmen, eine positive Perspektive entwickeln (zeigt sich auch in der inneren Haltung im Rahmen der Übertragung/Gegenübertragung)
- Klar und eindeutig, verlässlich (!), glaubwürdig und Halt gebend
- Die Annahme des guten Grundes: alle Symptome werden im Blick auf die Lebensgeschichte des Betroffenen gesehen
- Klare Grenzen in Form von Leitplanken setzen und wahren, Reinszenierungen erkennen und frühzeitig beenden
- Eigene Belastungen, eigenes antriggern rechtzeitig erkennen und sich selbst regulieren
- Reflektiertes und kein reflexhaftes Verhalten
- Einverständnis der Klientin für jeden nächsten Schritt einholen
- Emotional für die Sorgen und Nöte – besonders auch der traumatisierten Kinder und Jugendlichen – feinfühlig empathisch verfügbar sein
- Erwachsene Klienten als gleichrangig, „auf Augenhöhe“ begegnen; auch Kinder nicht besserwisserisch behandeln
- Klare transparente Angebote und Aufklärung, einschließlich zeitlichem Rahmen, Finanzierung, Grenzen und Beendigung der Maßnahme
- Die professionelle Rolle und ethische Grundsätze wahren, keine privaten oder gar sexuellen Beziehungen eingehen, keine Arbeiten von Klienten für Betreuer verrichten lassen, keine Geschäfte mit ihnen eingehen, keine religiösen oder politischen Einfluss nehmen
- Klare Werthaltung: Ablehnung von Gewalt und sexuellem Missbrauch

Traumasppezifische Anamnese (inkl. Ressource) in der Trauma-Ressourcen-Landkarte

Überblick – nicht Details – zu Art, Ausmaß, Dauer der Traumatisierung und Alter der Klientin zum Zeitpunkt der Traumatisierung, ebenso dazu, wer und was ihr half, das Schlimme zu überstehen.

Besonders die Traumafolgeprobleme im Alltag und die Verfügbarkeit ausreichender Ressourcen sind die wesentliche Grundlage der Beratungs- und Behandlungsplanung. Beim Bericht über Traumata muss das Toleranzfenster und damit die ausreichende Distanz beachtet werden, so dass die Klientin schon hier eine Bewältigungsstrategie statt eine retraumatisierende Überflutung erlebt.

Viele Klienten berichten, dass sie ihre Geschichte schon häufig erzählen mussten, was sie oft als sehr belastend erlebten, vor allem dann, wenn es danach nicht zu weiteren Hilfen oder Kontakten kam. Die Anamnese sollte sehr behutsam sein und Traumadetails sollten mit Distanz berichtet werden, die Beraterin kann mit Einverständnis des Klienten dazu auch auf schriftliche Vorberichte zurückgreifen.

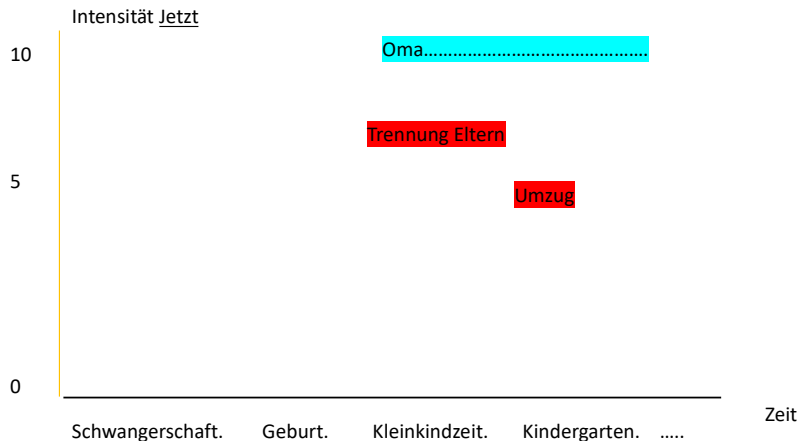
Helfer sollten sich von den Schreckensgeschichten der Klienten nicht faszinieren lassen. Sie hingegen ganz zu hindern, ihr Leid zu erzählen, und damit die „Zeugenschaft“ zu verweigern, ist ebenfalls zu vermeiden.

In der Diagnostik und Traumaexploration können Probleme auftreten durch Aktivierung von traumatischen Stress mit Überflutung, durch Amnesien oder dissoziative Anteile.

Daher sollte die Klientin schon vor der Anamneseerhebung angeleitet werden, darauf zu achten, wann sie Stresszeichen erlebt, und sich dann zunächst wieder distanzieren und zu beruhigen – sich also zurück ins Toleranzfenster zu regulieren. Trauma können – ohne Detail – schonend als „Überschriften“ und in der dritten Person benannt werden.

Genauso wichtig, wenn nicht sogar noch wichtiger, ist die Diagnostik der Ressourcen, zumal häufig ein traumabedingtes negatives Selbstbild und erlernte Hilflosigkeit die Sicht auf die eigenen Stärken blockieren. Dann fixiert eine oft zu problemorientierte Sicht traditioneller Therapien die Klienten in ihrer Not. Gerade früh Traumatisierte sind oft „gefangen“ in den traumanahen neuronalen Netzwerken, die ihre weitere Persönlichkeitsentwicklung prägten. Sie kennen dann nur ihre negative Selbst- und Weltsicht als Realität, die sie ohne Hilfe nicht hinterfragen können. Bewährt hat sich die Erstellung einer „Trauma- und Ressourcenlandkarte“ (Huber, 2003b).

Reddemann rät, alles durch die „Ressourcenbrille“ zu sehen, beharrlich auch nach Ausnahmen zu fragen.



1. Phase: Stabilisierung/ Affektregulation

Eine große Bedeutung die Phase der Stabilisierung und der Affektregulation. Diese Phase zieht sich über die gesamte Traumaaarbeit hindurch. Ziel dieser Arbeit ist, dass die Betroffenen wieder Kontrolle über sich und ihre eigene emotionale Reaktionen gewinnen. Dazu müssen sie Strategien zur Selbstberuhigung, zur Selbstregulation und Stabilisierung erlernen (z.B. sicherer Ort, Tresorübung, Dissoziationsstop). Wie bereits erwähnt spielt eine große Bedeutung eine stabile, halt gebende Beziehung zu den helfenden Personen.

Die äußere Sicherheit ist generell die Voraussetzung für innere Sicherheit. Solange die äußere Sicherheit auf Grund von Täterkontakt, nicht abgeschlossene Traumata nicht gewährleistet ist, kann keine ausreichende innere Sicherheit hergestellt werden.

Für Menschen, die in wichtigen Beziehungen traumatisiert wurden, ist jede Beziehung Stress. Erst recht wird jede Form von Körperkontakt oder körperliche Nähe als bedrohlich erlebt. Die **aktive Förderung einer positiven, Sicherheit gebenden Beziehung** ist essenziell wichtig.

Arbeitsbündnis und Aufbau einer tragfähigen Bindungsbeziehung haben oberste Priorität und sind Voraussetzung für innere Sicherheit.

Aber ohne Vertrauen ist es schwer, sich zu öffnen und Hilfe anzunehmen. Und Berater wie Therapeuten sind nur vertrauenswürdig, wenn sie die persönlichen Grenzen der Klienten aus eigener Verantwortung raus zuverlässig wahren und respektieren. Sie tragen die gesamte Verantwortung für die Aufrechterhaltung der Grenzen, zumal sich traumatisierte Klienten auf ihre eigene Fähigkeit zur Grenzsetzung oft nicht mehr verlassen können.

Auch **transparente und klare Grenzen des Beratungsrahmens** sind enorm wichtig, geben Halt und werden oft getestet. Typische Themen sind der Wunsch nach Kontaktaufnahme außerhalb der Beratung oder nach Körperkontakt, der Umgang mit der Schweigepflicht oder mit selbstzerstörerischem Verhalten.

Traumatisierte Klienten brauchen das Gefühl eigener Kontrolle.

Wir sollten auf vegetative Zeichen von Angst und Erregung schon im Erstkontakt achten: hektische Flecken, feuchte Hände, Starre, kein Blickkontakt. Misstrauen sollte nach Erfahrungen von Verrat und Verlassen werden als gesunde Ressourcen gewürdigt werden. Stressreduktion ist der beste Dissoziationsstopp.

Das Grundprinzip ist: „Maximaler Kontrast zur traumatischen Situation“ (Wöller, 2006).

Traumatische Situation	Therapie/ Beratung
Bedrohung, Unsicherheit	Sicherheit
Kontrollverlust	Kontrolle
Fehlende Entscheidungsfreiheit	Entscheidungsfreiheit, Wahlmöglichkeit
Missachtung basaler Bedürfnisse	Respektieren basaler Bedürfnisse
Unterlegenheit	Gleichwertige Beziehungsgestaltung
Verwirrung, Intransparenz	Aufklärung, Transparenz
Gefühl, „verrückt“ zu sein	Entpathologisierung
Alleingelassen sein	Reale Präsenz
Grenzverletzung	Wahrung von Grenzen

Wir sollten verlässlich und vorhersagbar sein, Auftrag und Ziele gemeinsam mit dem Klienten klären, ihnen nichts überstülpen, Autonomie und Selbstwirksamkeit beachten und stärken.

Dazu gehört: keine Willkür, alles erklären, jeweils das Einverständnis der Klientin vor jedem nächsten kleinen Schritt einholen, nichts überstürzen, nicht zu viel versprechen.

Zuverlässigkeit und Transparenz bedeuten Kontrolle und Wahlmöglichkeit im Gegensatz zum traumatischen Kontrollverlust.

Wir sollten klare Grenzen einhalten und eigene Fehler eingestehen, Modell sein. Ein klares und rechtzeitiges Nein signalisiert, dass Autonomie und konstruktive Aggressionen erlaubt und nicht zerstörerisch sind

Die Beziehung ist der wichtigste Wirkfaktor in Beratung und Psychotherapie. Ein gelungenes Arbeitsbündnis ist der beste Prädiktor positiver Ergebnisse der Beratung.

Wohlfühl- oder Geborgenheitsort, auch „sicherer Ort“: es geht um das Erleben von Geborgenheit an einem imaginierten frei phantasierten oder ideal umgestalteten realen Ort. Verschiedene Anteile und Altersstufen können verschiedene Wohlfühlorte brauchen. In der Fantasie können wir zaubern und auch unter Wasser oder auf einem eigenen Stern leben, auf einer Wolke, einer schwebenden Melodie, unter einer Baumwurzel, in einer Muschel am Meeresgrund oder in einer eigenen Oase in der Wüste. Dort kann man von zehn Zwergen oder einem Gourmetkoch verwöhnt werden o.Ä. Der Ort kann je nach Erfordernissen und Bedürfnissen weiter beliebig aus- und umgestaltet werden, auch mit Plätzen für die jüngeren Ego-States, die dort von Helferwesen wie mütterlichen Tieren liebevoll versorgt werden. Zunächst sollte der Ort aber ermöglichen, dass man sich dort allein und damit unabhängig von anderen gut aufgehoben fühlen kann. Und selbstverständlich sollte er sichere Grenzen haben, natürlich oder gebaute, Blumenhecken, Wälle, Wassergräben, Elektrozäune, undurchdringliche Glaskuppeln oder Laserwände. Der imaginative Ort wirkt nicht allein durch die visuelle Vorstellung, sondern besonders durch die Körperresonanz: „Wo im Körper spürt die Klientin jetzt, dass sie sich dort geborgen/ sicher fühlt?“ Der „sicherste Ort“ ist oft die aktuelle beratende/therapeutische Beziehung und Situation, und das häufige Pendeln der inneren Wahrnehmung zu dieser Ressource.

Ergänzung für dissoziative Patienten: Dissoziierte Anteile, die noch Angst voreinander haben, sollten sich in getrennten inneren sicheren Orten zurückziehen können. Anteile können zunächst weit entfernt voneinander per E-Mail, Telefon oder Boten ersten Kontakt und Austausch miteinander wagen.

Ideale innere Helferwesen können frei erfunden oder Gestalten aus Mythen, Romanen, Kinderbüchern, Helden wie Harry Potter, Riesen, Zauberer, Schutzengel, riesige Erzengel, eine Erdgöttin, eine weise Alte etc. sein, aber auch Tiere, Bäume, Sterne etc., die natürlich sprechen können. Helfer können individuell und bedarfsgerecht mit Fähigkeiten ausgestattet sein, z.B. eine natur- und instinktverbundene Amme für das Baby, ein liebevoller Heidi-Großvater, Krafttiere wie Löwen und Elefanten, Eulen für Mut, Stärke, Weisheit. Innere Helfer können als gute innere Objekte und zugleich Selbstanteile auch die enorme Nähe- und Verlustangst „abpuffern“. Sie sind ja jederzeit zuverlässig da, nur gut und vertrauenswürdig.

Tresor-Übung: Die Belastung/ Traumaerinnerung/ Flashback wird z.B. als Traumapäckchen oder Filmkassette in ein imaginatives verschließbares Verhältnis gepackt und dieses fest verschlossen, Zugang mit Schlüssel oder Zahlenkombination hat nur der Klient. Einzelne Traumapäckchen können dann gezielt – etwa zur gut vorbereiteten Traumabearbeitung in sicherem Rahmen – wieder herausgeholt werden. Tipp: Wenn es schwer ist, etwas zu verpacken, oder immer wieder etwas aus dem Tresor herausdrängt, kann dieser durch imaginative Wächter, Gitter, in einem Bunker oder unterirdischen Gang, unter dem Meeresboden oder per Rakete auf dem Mond etc. weiter gesichert werden. Belastende Gefühle können durch einen am Tresor angebrachten „Staubsauger“ automatisch eingesogen werden, und „Einwegschleusen“ sorgen dafür, dass nur etwas hinein, aber nichts ohne Kontrolle heraus kann.

Die **Lichtstromübung** wirkt besonders bei Körpersymptomen lösend: Heilsames Licht in selbst gewählter Farbe und Temperatur strömt aus einer unerschöpflichen Quelle, z.B. durch den Schädel in und um den Körper und löst körperliche Spannungszustände und Schmerzen, die zusätzlich durch eine Form und Farbe symbolisiert werden können, gezielt auf. Mit jedem Ausatmen kann alles, was nicht mehr gebraucht wird, durch die Fußsohlen in den Erdboden oder in den Strom der Zeit abgegeben werden.

Der **Notfallkoffer** zum Dissoziations-Stop wird ganz individuell mit vielerlei Hilfen ausgestattet, wie etwa Aroma Öl, Musik-CDs, Fotos, Igel Ball, Cool-Pack, Imaginationsübungen, Steinen, hilfreichen Texten etc...

Erdende Übungen sind u.a.:

- Beide Füße feststehend auf dem Boden spüren
- Sehr langsam gehend die Fußsohlen beim Abrollen genau spüren
- Stampfend laufen – und ggf. dazu tiefe Laute ausstoßen
- Sich selbst abklopfen
- Baum-Imaginationsübungen, die eigenen Wurzeln tief in der Erde verankert spüren

Auch Gleichgewichts- und Geschicklichkeitsübungen haben das Ziel, die Aufmerksamkeit in die Gegenwart zurückzuholen und damit zu erden:

- Einbeinhüpfen
- Stelzenlaufen
- Jonglieren mit Bällen
- Barfuß auf einem am Boden liegenden dicken Seil balancieren

Weitere konkrete Tipps, was bei Triggerung helfen kann

- Versuche eine Beobachterposition einzunehmen
- Wechsel von Körperhaltung, Raum und Situation
- Sich umziehen, duschen, körperliche Aktivität zur Ablenkung
- Positive Triggerreize entgegensetzen
- Imaginationsübungen anwenden
- Selbsthilfelisten/ Inneren Notfallkoffer nutzen, um Ressourcen zu aktivieren
- Malen, auch Gegenbilder und Ressourcen
- Schreiben: Tagebuch, Briefe, drauflosschreiben
- Das Schlimme aufschreiben oder symbolisch darstellen und wegpacken
- Düfte, Aromatherapie
- Tee kochen
- An „sicheren“ Dingen riechen (Holz, Erde, Apfel, Bücher)
- Heiß/ kalt duschen, sich abrubbeln, eincremen
- Kontakt mit „sicheren“ Personen aufnehmen
- Irgendetwas ordnen, putzen, aufräumen, verschönern
- Laufen
- Körperlich arbeiten, aber Belastungsgrenze beachten