



Weiterbildungs**Z**entrum für **P**ädagogik und **P**sychologie

Traumazentrierte Fachberatung/Traumapädagogik (DeGPT/FVTP)

Modul 3

Krisenintervention und Akuttraumatisierung

Teile-Arbeit

Dozentin: Katrin Boger



Weiterbildungs**Z**entrum für **P**ädagogik und **P**sychologie

Alfred-Delp-Straße 2 D- 73430 Aalen	Tel Büro 07965-8027258 Tel Praxis 07965-8027259	www.wzpp.de info@wzpp.de
--	--	--

Inhaltsverzeichnis

Einführung	Seite 3
Soforthilfe bei Akuttraumatisierung	Seite 5
Interventionen	Seite 14
Traumadefinitionen nach ICD-10 und DSM IV	Seite 15
PTBS-Kriterien nach DSM-V	Seite 15
Schutz- und Risikofaktoren zur Unterstützung/Behinderung natürlicher Verarbeitungsprozesse	Seite 20
Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTBS	Seite 22
Besonderheiten des Traumagedächtnisses (einschl. Körpergedächtnis)	Seite 24
Ego-States Einführung	Seite 31
Dissoziative Störungen	Seite 32
Grundlegende Strategien zur Telearbeit nach Peichl	Seite 46
Spezielle Interventionen bei Dissoziationen/Flashbacks	Seite 50
Spezielle Interventionen beim selbstverletzenden Verhalten	Seite 54
Trauma und Suizidalität	Seite 55

Modul 3 Krisenintervention, Akuttraumatisierung und Teile-Arbeit

Ein **Notfall** ist ein plötzlich auftretendes Ereignis oder eine Situation wie z.B. medizinische Notfälle, Überfälle, Verkehrsunfälle, Geiselnahme, Brände, Großschadensereignisse wie Überschwemmungen, Terroranschläge, Massenmorde (Amoklauf), die das Funktionieren des Systems (körperlich, psychisch, sozial etc.) akut gefährdet. (Hausmann, 2003)

Ziel der Notfallpsychologie: (Hausmann, 2003)

- Verhinderung psychischer Dekompensation
- Psychologische Stabilisierung
- Abbau akuter Belastungsreaktionen
- Verhinderung oder Verminderung psychischer Folgezustände

Akuttraumata

Bei der Entwicklung einer Akutreaktion, wie bei anderen Traumafolgestörungen, spielt es keine Rolle, ob man das Trauma selbst erlebt hat oder Zeuge bei der Traumatisierung eines anderen Menschen, eines Angehörigen oder Freundes war.

Die unmittelbare Reaktion

Die erste psychische Reaktion, die **sofort nach oder noch während der auslösenden Situation** einsetzt, wird meist als **Schockzustand** beschrieben, mit veränderter Wahrnehmung und verändertem Zeiterleben.

Menschen, die gerade ein Trauma erlebt haben, sprechen von einem einschneidenden Ereignis, das die eigenen Vorstellungen und Reaktionsmöglichkeiten völlig übersteigt, sie fühlen sich „völlig aus der Bahn geworfen“, in einem veränderten Zustand, den sie schwer beschreiben können, oft fehlen die Worte und Bilder werden verwendet – „wie in Watte“, „wie hinter Glas“, „aus dem Körper“, „losgelöst von allem“, „nicht mehr in dieser Welt“, „wie tot“, „verrückt“. Sie haben den Eindruck, dass sich die Welt ab dem Ereignis qualitativ verändert hat, dass es nie mehr so sein wird wie vorher.

Dieses innere Erleben kann nach außen erkennbar sein oder aber sich nur innerlich abspielen – die Betroffenen wirken nach außen „unauffällig“ und reagieren völlig adäquat.

Im Nachhinein zeigt sich jedoch häufig, dass es sich um einen dissoziativen Zustand handelte, das Handeln nicht bewusst war und auch nicht erinnert wird.

Die akute Belastungsstörung entfällt mit ICD-11

Zeitlich gesehen ist die nächstfolgende Traumareaktion die akute Belastungsstörung (ABS), die **unmittelbar nach dem psychischen Schock erlebt wird oder sich meist innerhalb einiger Tage nach dem Ereignis entwickelt.**

Nach dem Diagnosematerial ICD-10 handelt es sich dabei um eine vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche körperliche und/oder seelische Belastung entwickelt und im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt.

Obwohl nicht abschließend geklärt ist, welche Menschen Traumafolgestörungen entwickeln, gibt es Risikofaktoren, die umso stärker wirken je mehr davon vorhanden sind, aber es gibt auch Schutzfaktoren. Eine akute Belastungsstörung ist kein Prädiktor für eine PTBS.

Die Symptome einer akuten Belastungsstörung haben einen stark wechselnden Charakter und gehen sehr häufig ineinander über. Sie werden oft als wesensfremd und unkontrollierbar erlebt und lösen daher Ängste, Scham- und Schuldgefühle aus.

Symptome einer akuten Belastungsstörung:

- Gefühl von betäubt sein
- Losgelöst sein von Gefühlen
- Selbstgefährdung/Suizidalität
- Eingeschränkte Wahrnehmung der Umgebung
- Peritraumatische Dissoziation
- Verwirrung
- Emotionale Reaktion, auch paradox
- Derealisation/Depersonalisation
- Scham
- Angst, verrückt zu werden
- Schuldgefühle

Aufgrund der Symptome in der Akutsituation und der akuten Belastungsstörung, besonders der dissoziativen Symptomatik, kann es zu einer **Selbstgefährdung** kommen. So passiert es häufig, dass Menschen nach einem Unfall über die Straße laufen oder sich gefährden, wenn sie das Warndreieck aufstellen, oder aber in ein brennendes Haus gehen, um einen bestimmten Gegenstand zu holen. Dabei handelt es sich nicht um Suizidalität im eigentlichen Sinne, sondern eher um eine nicht bewusste – eben dissoziativ bedingte – Selbstgefährdung.

Aber Suizidalität tritt häufig im weiteren Verlauf auf und sollte immer wieder aktiv erfragt werden.

Soforthilfe bei Akuttraumatisierung

Zunächst ist es wichtig als Ersthelfer

- Sich kurz einen **Überblick** über die Situation zu verschaffen und sich nicht gleich „in Aktivität zu stürzen“. Denn oft ist es – ähnlich wie bei körperlich Verletzten – so, dass nicht die Menschen, „die am lautesten um Hilfe rufen“, unbedingt am schnellsten Hilfe benötigen, sondern diejenigen, die sich nicht (mehr) äußern.
- Eine gute Koordination der einzelnen Berufsgruppen ist wichtig: Ersthelfer/innen, Einsatzkräfte, Notarzt/in bzw. Notfallpsychologe/in, Feuerwehr, Polizei, Technische Helfende
- Wenn Menschen, die ein Trauma erlebt haben, im Nachhinein gefragt werden, was für sie in der Akutsituation hilfreich war, so hört man immer wieder die gleichen Antworten: „dass sofort jemand da war“, „dass jemand bei mir geblieben ist“, „dass jemand an ganz einfache Sachen gedacht hat, wie eine Decke oder ein Glas Wasser“, **verbale Interventionen werden von den Betroffenen meist vergessen.**
- Dennoch sollte auf verbale Interventionen nicht verzichtet werden. Die menschliche Stimme kann zusätzlich beruhigend wirken. Sehr wichtig ist, in **einfachen, kurzen Sätzen** zu sprechen und **bedeutsame Informationen zusätzlich aufzuschreiben.**
- V.a. die **Anwesenheit einer Person** ist wichtig, die **beruhigend wirkt und Sicherheit gibt**, den Betroffenen aus der Situation herausbegleitet, die **Grundbedürfnisse** erkennt und auch, wenn möglich, befriedigt.

- Es sollte gemeinsam mit den Betroffenen überlegt werden, wer informiert werden soll und wer vielleicht kommen könnte, z.B. Angehörige oder nahe Freunde, um die weitere Begleitung zu übernehmen.
- Es geht des Weiteren um **aktives Zuhören** mit einfachem Nachfragen, nicht jedoch um Bewertung, Deutung oder therapeutischen Interventionen.
- **Weitere Hilfsmöglichkeiten** sollten besprochen und geplant werden, etwa ein Folgegespräch am nächsten Tag oder die Vermittlung an andere Hilfseinrichtungen, vorzugsweise bereits mit fester Terminvermittlung. Sollte der Termin nicht benötigt werden, kann er leicht wieder abgesagt werden.
- **Problem: da für viele Betroffene das Trauma noch nicht abgeschlossen ist, kann es sein, dass der Ersthelfer ins Trauma „eingebaut“ wird. Eine anschließende Traumatherapie/-beratung ist bei diesem/r Therapeuten/in/Berater/in meist nicht möglich.**
- **Begleitung** kann sinnvoll sein u.a. bei polizeilichen Vernehmungen, ärztlichen Untersuchungen, der Sicherung von Beweismaterial und Spuren, die auch ohne Anzeige möglich ist.
- Die Kostenübernahme dafür kann über die Opferorganisation Weißer Ring e.V. veranlasst werden.

Soforthilfe:

- Sofortige Hilfe
- Sicherheitsgefühl (Achtung: Reizüberflutung)
- Basale Bedürfnisse
- Entspannung, Beruhigung
- Zuhören
- Information, Aufklärung über mögliches und zeitnahes Auftreten sowie die Normalität der psychischen Reaktion
- Planung weiterer Hilfsmöglichkeiten
- Rechtliche Aspekte (Rechtsansprüche, notwendige Vernehmungen, Untersuchungen)

Krisenintervention und Beratung nach Akuttraumatisierung (einen oder mehrere Tage nach dem traumatischen Ereignis)

- Psychoedukation
- Kontrolle lassen, Entspannung, Beruhigung
- In einfachen, klaren Worten sprechen
- Nichtbeurteilendes Akzeptieren des Klienten
- Eigene Rekonstruktion des traumatischen Geschehens
- Negative und aggressive Reaktionen begleiten
- Spezielle traumatherapeutische Techniken
- Psychopharmaka
- Soziale Beziehungen und Beratung von Angehörigen
- Klinikeinweisung
- Rechtsansprüche, OEG (Opferentschädigungsgesetz)

Psychoedukation

Informationen darüber, was bei einem seelischen Trauma neuropsychologisch geschieht, sowie über mögliche seelische Folgestörungen helfen, die ängstigenden Symptome einzuordnen. Es ist wichtig, den/die Klienten/in einerseits darauf aufmerksam zu machen, sich selbst zu beobachten und Veränderungen wahrzunehmen, sich andererseits aber nicht zusätzlich zu beunruhigen mit der Erwartung, welche Symptome wann und wie auftreten können.

Die stärkste Erregung des/der Klienten/in ist zwar vielleicht bereits abgeklungen, aber es kann auch sein, dass ihm/ihr das ganze Ausmaß des Ereignisses und seine Folgen jetzt erst langsam bewusstwerden, die Belastung daher noch stärker empfunden wird als am Anfang.

Häufig leiden die Klienten/innen unter den Symptomen einer akuten Belastungsstörung wie Depressionen, Gefühlen der Hoffnungslosigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen, Essstörungen, Selbstzweifeln und Selbstanklagen, sowie Intrusionen und Alpträumen.

Kontrolle lassen, Entspannung, Beruhigung

- Die äußeren Umstände für ein Gespräch sollten entspannt und beruhigt gestaltet werden. Alles, was zusätzlichen Stress erzeugt, sollte vermieden werden.
- Ruhiger Gesprächsraum ohne Störungen, wie Telefon oder dass andere Menschen plötzlich ins Zimmer kommen.
- **Transparenz** hinsichtlich Zeit und dem beratenden bzw. therapeutischen Vorgehen; der/die Klient/in sollte möglichst viel Kontrolle haben, z.B. bei der Wahl des Sitzplatzes.

- Insgesamt gilt der Grundsatz, die Wöller als „**maximalen Kontrast zur traumatischen Situation**“ (Wöller, 2006) beschrieben hat.
- Wenn eine starke Anspannung im Vordergrund steht, ist es – neben einer entspannten Gesprächsatmosphäre – günstig zu erfragen, wie sich der/die Klient/in normalerweise entspannt und welche entsprechenden Techniken er schon kennt.
- **Beraterisch-therapeutisches Grundverständnis:** Die Reaktion des/der Klienten/in auf ein „unnormales“ Ereignis ist normal und die Mehrzahl der Menschen, die ein Trauma erlebt haben, verarbeiten es und kommen damit zurecht.

In einfachen und klaren Worten sprechen

Da viele Personen nach einem Trauma unter psychosomatischen Symptomen leiden und häufig kognitive Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit eingeschränkt sind, ist es wichtig, in einfach und klaren Worten und kurzen Sätzen zu sprechen und komplexe Informationen zu wiederholen und/oder aufzuschreiben.

Nichtbeurteilendes Akzeptieren des Klienten

Beim Hören der Geschichte des Traumas ist es wichtig, möglichst wenig zu unterbrechen, außer es entsteht der Eindruck, der/die Klient/in wird durch das Berichten zunehmend stärker belastet oder ist „wieder ganz im traumatischen Geschehen versunken“. Manchmal ist das an einer zunehmenden affektiven oder körperlichen Spannung zu erkennen oder daran, dass jemand plötzlich von der traumatischen Erfahrung „in der Gegenwart“ spricht. Dann ist es sinnvoll, den/die Klienten/in darauf hinzuweisen und einen Vorschlag zu machen, etwas zur Entspannung zu tun. Dazu kann ein tiefer Atemzug oder die Veränderung der Körpersituation ausreichen, z.B. vom Sitzen ins Stehen oder Gehen zu kommen, und dann die Zeitebene wieder zu wechseln, den Betroffenen anzuregen, sich selbst klarzumachen, dass es – wenn auch vielleicht um „zeitlich Nahes“ – aber doch um Vergangenes geht.

Eigene Rekonstruktion des traumatischen Geschehens

Der/Die Klient/in muss die Möglichkeit haben, das traumatische Geschehen selbst zu rekonstruieren, für den/die Berater/in geht es nicht um eine Richtigstellung der Tatsachen, die er/sie vielleicht anderswo gehört hat.

Sachfragen und Fragen in Richtung Bewältigung ermutigen die Klienten, ressourcenorientiert zu überlegen und zu berichten, z.B. „Wann haben Sie zum ersten Mal gedacht, es ist vorbei?“, „Wann haben Sie sich zum ersten Mal sicher gefühlt?“, „Wie haben Sie es geschafft, etwas Distanz zu dem Geschehen zu bekommen?“

Aufforderungen, belastende Gefühle noch mal wahrzunehmen oder gar therapeutisch zu verstärken, sind kontraindiziert!

Negative und aggressive Reaktionen begleiten

Schon unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis kann es zu einer negativen Übertragung kommen. Negative und aggressive Reaktionen des/der Klienten/in sind häufig und können durch die Situation, durch seelisch-körperliche Beschwerden oder durch kränkende Erfahrungen ausgelöst sein. Sie können auch als normale Abreaktion der zuvor in hilfloser Erstarrung gebundenen Energie verstehbar sein, diese Erklärung kann den/die Klienten/in beruhigen.

Für Beratende ist es wichtig, auf diese Reaktionen gefasst zu sein und das Gesagte nicht auf sich zu beziehen, sondern als überschießende, aber normale Reaktion auf das Ereignis zu verstehen. Dies hilft, um verständnisvoll und deeskalierend intervenieren zu können.

Spezielle traumatherapeutische Techniken (Kontrolle über die vorhandenen belastenden Gedanken, Bilder und Gefühle und um Distanzierung von diesen)

- Technik der Desidentifikation

Beobachterübung nach Reddemann:

achtsame, wertfreie Wahrnehmung des Körpers und sich dabei beobachten „Ich bin mehr als mein Körper“

„Ich nehme meine Gedanken wahr, ich kann auch das beobachten, also bin ich auch mehr als meine Gedanken“

„Ich nehme meine Gefühle wahr, ich kann auch das beobachten, also bin ich auch mehr als meine Gefühle“

Hilfreich bei Gedankenkreisen, Panik und Schmerz

Berichten der Betroffenen in der Vergangenheit und in der dritten Person

Screentechnik

- Körperübungen

Hilfreiche, stabilisierende und die Selbstregulation stärkende körperorientierte Übungen

- Gegenbilder bei belastenden Bildern

Vorstellung eines Gegenbilds, d.h. etwas Angenehmes, Erfreuliches, da es leichter ist, sich etwas anderes vorzustellen als das „Nichts“ oder „Leere“.

In der Beratungsstunde wird der/die Klient/in gebeten, sich ein angenehmes Bild vorzustellen, dann kurz auf das unangenehme, belastende Bild zu wechseln und mit dem nächsten Atemzug wieder auf das angenehme Bild zu fokussieren. Günstig ist, noch ein- oder zweimal hin und her zu wechseln, auf jeden Fall aber mit dem angenehmen Bild zu enden.

Ziel ist, wieder Kontrolle über die eigenen Vorstellungen und Bilder zu bekommen.

Zuhause kann sich der/die Klient/in dann, sobald das belastende Bild auftaucht, das angenehme Bild ins Gedächtnis rufen, sie sollte sich auf keinen Fall aktiv die belastenden Bilder vorstellen.

- EMDR

In der Akutphase gibt es nur eine Indikation für EMDR, das sind Dauerintrusionen belastender Bilder oder Eindrücke anderer Sinnesmodalitäten. Es geht in dieser Phase darum, den vegetativen Erregungslevel und die seelisch-körperliche Belastung zu reduzieren.

- Dissoziationsstopp

Auf Dissoziationen eines/r Klienten/in sollte auf jeden Fall geachtet werden. Neben dem wertschätzenden Umgang mit der Würdigung, dass die Dissoziationen in der traumatischen Situation vielleicht lebensrettend waren, soll nun Kontrolle über die dissoziativen Symptome erreicht werden.

Psychopharmaka

- Antidepressiva, Neuroleptika, Tranquilizer
- **Antidepressiva**, v.a. SSRI (Serotoninwiederaufnahmehemmer), kommen von der Wirkung am ehesten in Frage, werden in der Akutphase wegen der meist langen Zeit bis zum Wirkungseintritt eher selten verwendet. Nach Studienlage sind sie am ehesten gegen die drei folgenden Symptomgruppen der PTBS wirksam:

Erinnerungsdruck durch Intrusionen, Vermeidung und emotionale Taubheit sowie chronische Übererregung. Außerdem bessern sie die häufig assoziierten Angst- und depressiven Symptomatik.

- **Neuroleptika** sollte nur in Ausnahmefällen verschrieben werden.
- **Tranquilizer** nur als Notfallmedikation. Bei der Verarbeitung des Traumas sind sie eher hinderlich, fördern vielmehr dissoziative Zustände, zudem hohes Suchtpotential.
- **Naturheilmittel** können hilfreich sein.

Soziale Beziehungen und Beratung von Angehörigen

Gute soziale Beziehungen der Betroffenen sollten in der Akutsituation und in der Folgezeit als Ressourcen genutzt werden.

Neben der Krisenintervention mit dem Betroffenen selbst ist in der Akutsituation auch entscheidend wichtig, Angehörige und Freunde des Betroffenen zu beraten, da diese sich oft ebenfalls der neuen Situation hilflos ausgeliefert fühlen und dann aus dieser Hilflosigkeit irgendwie – mitunter gut gemeint, aber eher zusätzlich belastend – reagieren.

Klinikeinweisung

Bei erheblicher Selbst- oder Fremdgefährdung kann eine Klinikeinweisung unumgänglich sein. Gerade bei Traumatisierten ist es wichtig zu versuchen, den/die Klienten/in zu motivieren, freiwillig in die Klinik zu gehen, da eine Zwangseinweisung eine weitere Traumatisierung bedeuten kann. Ist dies jedoch nicht möglich, muss der ärztliche Notdienst hinzugezogen werden, da die Entscheidung von einem Arzt getroffen werden muss. Bei „Gefahr in Verzug“ kann auch die Polizei eine stationäre Einweisung nach Unterbringungsgesetz veranlassen.

Rechtsansprüche, OEG (Opferentschädigungsgesetz)

- In der Akutphase werden meist unmittelbar ehrenamtlich Mitarbeitende des „Weißen Rings“ von der Polizei hinzugezogen. Nach einer Straftat hilft der „Weiße Ring e.V.“ Opfern durch Beratung. Dadurch können weitere individuell notwendige Schritte initiiert und durchgeführt werden. Dazu ist u.U. auch die Klärung von Ansprüchen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) geboten. Für Betroffene bedeutet dies, dass sie sich zur Diagnostik fachärztlich durch einen Vertragsarzt untersuchen lassen müssen. Diese Untersuchungen werden von den Opfern zwar häufig als belastend empfunden, sind aber unerlässlich, um später gegebenenfalls Rentenansprüche geltend zu machen.

- Die zusätzliche Belastung und das Dilemma, in dem sich das Opfer diesbezüglich befinden („Meine Glaubwürdigkeit wird angezweifelt“), können durch stützende Beratung und Begleitung gemindert werden.
- Der „Weiße Ring e.V.“ unterstützt auch die anonyme Sicherung von Beweisen. Dazu muss sich der/die Betroffene in der Klinik untersuchen lassen, es erfolgt aber keine Anzeige bei der Polizei. So kann das Opfer die Entscheidung über eine Anzeige auch zu einem späteren Zeitpunkt treffen, nachdem er/sie sich erholen konnte und ausreichend Kraft hat, einen Prozess gegen den Täter oder die Täterin durchzustehen. Die gesicherten Beweise werden vom Gericht anerkannt.

Grundsätzlich wichtige Aspekte bei der Begleitung und Beratung von Menschen mit akuten Traumafolgestörungen:

- **Grundhaltung:** Die Reaktion des/der Klienten/in ist normal auf ein „unnormales“ Ereignis
- **Empathische Begleitung und achtsamer Umgang** mit den Betroffenen, um eine Verschlimmerung von evtl. vorhandenen Symptomen zu vermeiden
- **Basale Bedürfnisse** der Betroffenen erkennen und wenn möglich befriedigen
- **Psychoedukation**, um den/die Klienten/in auf mögliche Symptome oder Störungen vorzubereiten und den Weg zu einer später notwendigen Therapie zu „ebnen“
- Die Beratung erfolgt **ressourcenorientiert**, ist Hilfe zur Selbsthilfe und sollte die Betroffenen ermutigen und unterstützen, nicht bevormunden und ihnen alles abnehmen

Interventionen bei Krisen

Generell versteht man unter Krisen eine meist **durch äußere Belastungen ausgelöste Situation, für die keine Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen**. So kommt es häufig zu regressiven Verhalten oder ungeeigneten Bewältigungsversuchen wie Selbstverletzung, Suizidalität, Suchtrückfall, massiven Essstörungen wie Erbrechen, Nahrungsverweigerung oder aggressiven Impulsdurchbrüchen.

Krisen bei traumatisierten Menschen können sehr vielfältiger Art sein. Akute Krisen können bei komplextraumatisierten Klienten/innen sowohl durch selbstverletzendes Verhalten oder Suizidalität, wie durch intensive Flashbacks mit vorübergehenden Realitätsverlust oder durch dissoziative Zustände oder (Krampf-)Anfälle bedingt sein.

Bei Klienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen auf Borderline-Niveau oder mit schweren dissoziativen Störungen können **„Krisen als Normalzustand“** imponieren. Berater/innen/Therapeuten/innen versuchen dann ständig nur, eine Krise der Klienten/innen nach der anderen zu managen. Mitunter erscheint die Beratung/Therapie dann wie eine einzige chronische Krisenintervention, erwachsene

Ich-Funktionen oder Ego-States des/der Klienten/in erscheinen dann wie nicht mehr erreichbar. Zu klären ist dann, was zu dieser Dekompensation führte und was sie jetzt noch aufrechterhält, welche Funktion sie hat. So kann sie einer malignen Regression entsprechen, die durch zu regressionsfördernde Angebote mitbedingt wurde. Mitunter lässt ein/e Klient/in auf diese Art viele Helfende intensiv für sich arbeiten und zugleich alles wirkungslos an sich abprallen. So kann sich auch ein anscheinend destruktives Introjekt auswirken.

Durch vielfältige Alltagsprobleme überforderte Klienten/innen befinden sich oft in einer permanenten Erschöpfung und können nur noch mit dysfunktionalen Verhaltensweisen reagieren.

Eine anhaltende krisenhafte Dekompensation kann aber auch Ausdruck einer Retraumatisierung nach zu früher Traumakonfrontation ohne ausreichende Stabilisierung sein. Oder bei Klienten/innen mit dissoziativen Störungen Ausdruck eines Anteils, der mit Macht verhindern muss, dass es in der Beratung/Therapie vorwärts geht oder zu intensive Affekte oder Erinnerungen aktiviert werden. Krisen können die Bedeutung einer Nebelwand haben, die ablenkt von Inhalten, um die es sonst gehen könnte und die vom/n der Klient/in oder inneren Anteilen mehr gefürchtet werden. Dann sind Klient/in wie Berater/in/Therapeut/in mit Krisenbewältigung beschäftigt und abgelenkt von brenzligere Themen – so wie „Problemkinder“ oft die psychodynamische Funktion haben, von Konflikten der Eltern abzulenken, denen diese sich nicht stellen wollen oder können.

Einrichtungen sollten Krisen in ihren Konzepten bereits präventiv minimieren, dazu dienen Analysen häufig vorkommender Krisensituationen und die Implementierung von Deeskalationsstrategien. „Sicherheitsverträge“ wie z.B. ein Anti-Suizid-Vertrag als Bestandteil des Aufnahmevertrags haben sich bewährt, um die erforderliche und erwartete Mitverantwortung der Klienten/innen „abzustecken“.

Die Auslöser einer Krise sollten im Nachhinein analysiert werden, um Signale und Vorstufen zu erkennen und zu überlegen, welche Interventionsmöglichkeiten zu einem frühen Zeitpunkt bestanden hätten.

Gegen Ende einer Betreuung oder eines stationären Aufenthalts kommt es häufig zu massiven Rückfällen, es scheint, als stünde alles wie am Beginn. Abschiede sollten gut vorbereitet, die zu erwartende Trennungskrise antizipiert und „Rückfallschleifen“ lösungsorientiert vorbesprochen werden.

Krisen als Ausdruck einer Gruppendynamik in Form einer „Ansteckung“ der Klienten/innen untereinander, benötigen eine andere Vorgehensweise als individuelle Krisen. Nach dem Suizidversuch eines/r Klienten/in in einer stationären Einrichtung ist eine Krisensitzung mit allen Klienten/innen der Station sinnvoll, um auf die durch das Ereignis ausgelöste Gefühle und evtl. suizidale Gedanken oder Impulse aller eingehen zu können. Werden Krisen durch Besucher/innen oder gar Täter/innen von außen in die Einrichtung gebracht? Kann die vorübergehende Änderung des Settings die Krise bewältigen? Gibt es strukturelle Gegebenheiten, die verändert werden sollten?

Interventionen

Für beratende/therapeutische Kriseninterventionen wichtig:

- **Ruhe bewahren** oder schnellstmöglich wiedererlangen, sich nicht abwerten lassen, Teamspaltungstendenzen eruieren, keine Teamspaltung zulassen
- Klienten **nicht abwerten** im Sinne von „die inszeniert nur“ und die Klienten/innen nicht vorwurfsvoll konfrontieren
- Sich **maximale Hilfe** holen
- **Abklärung des Ausmaßes der Selbst- oder Fremdgefährdung** und ggf. Veranlassung einer stationären Einweisung
- **Geschehenes nicht verharmlosen, aber auch nicht dramatisieren.** Nebenschauplätze stoppen
- **Stabilisierung** auffrischen oder einführen, kleine Schritte, sehr klare konkrete Anleitung
- **Psychoedukation und Reorientierung** bei dissoziativen Zuständen, geduldige Wiederholung ohne Vorwürfe
- **Arbeitsbündnis mit dem/der erwachsenen Klienten/in oder dem ANP** wiederherstellen, kleinschrittige schriftliche Verträge „bis zum nächsten Gespräch am.... Vereinbaren Klient/in und Berater/in, dass Eingehalten wird“ (z.B. keine Selbstverletzung). Keine zu großen Ziele oder zu allgemein gehaltenen Vereinbarungen
- **Beruhigung** und Besprechung der Dynamik und möglicher **Bewältigungsstrategien**
- **Abklärung der Auslöser und der evtl. Funktion der Krise**
- **Organisationshilfe** bei überforderten Alltagsproblemen
- Ego-State-Arbeit auf der Inneren Bühne mit anscheinend negativen Introjekten

- Ego-State-Arbeit mit kindlichen (regressiven) Anteilen und deren Versorgung konkret anleiten
- Nach Beendigung einer Krise einen **Neuanfang definieren**, wieder mit Zuversicht und Mut in die Zukunft blicken

Für Krisen an Schulen und den traumapädagogischen Kontext wichtig:

- Gewaltprävention, Verbesserung des Schulklimas und Erkennen von Warnzeichen
- Analyse von Bedrohungslagen, Umgang mit Mobbing (Bullying) sollen Führungskräfte Coaching in Konflikt- und Krisenbewältigung erhalten

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

Die fünf Hauptkriterien der PTBS 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

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 begannen 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

Unter 5 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 und Angst vor Dunkelheit
6-11 Jahren	○ Extremen sozialen Rückzug, Kontaktabbruch ○ Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten ○ Alpträume, Schlafprobleme ○ Reizbarkeit, Wutausbrüche, Prügeleien ○ Schulverweigerung ○ psychosomatische Beschwerden wie Magenschmerzen
12-17 Jahren	○ Flashbacks ○ Alpträume ○ Vermeidung von allem, was an das traumatische Ereignis erinnert ○ Depression ○ Drogenmissbrauch ○ Probleme mit Gleichaltrigen und antisoziales Verhalten ○ Suizidgedanken ○ Nachlassen der Schulleistungen ○ Rachefantasien gegen Täter

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

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.	

Unmittelbare Folgen des traumatischen Stresses (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

Akute Belastungsreaktion

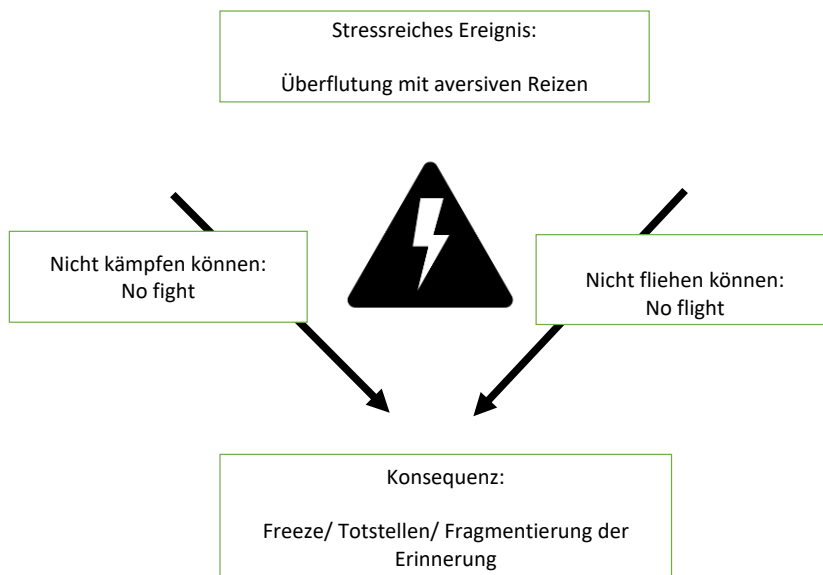
- Kann auch durch nichttraumatische kritische Lebensereignisse ausgelöst werden
- Es liegt ein klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen einer ungewöhnlichen Belastung und dem Beginn der Symptome vor
- Dauer von mind. zwei Tage und max. 4 Wochen, Abklingen der Symptome innerhalb weiterer vier Wochen
- Symptome: Wiedererleben, Vermeidung, erhöhtes Arousal, mind. drei dissoziative Symptome

Ein Trauma bedeutet Erschütterung der gesamten Persönlichkeit.

Schutz- und Risikofaktoren zur Unterstützung/Behinderung natürlicher Verarbeitungsprozesse

Traumatische Zange

WZPP®



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Vgl. Michaela Huber

Traumatische Erfahrung ist gekennzeichnet, wenn folgende Faktoren gleichzeitig auftreten

- Informationsüberflutung mit aversiven Reizen
- Keine Möglichkeit der Gegenwehr
- Keine Fluchtmöglichkeit

Das Trauma wirkt so als unterbrochene Handlung, die nicht zum Ziel führt, aber vegetativ auf „Höchstalarmstufe“ die Ausschüttung von Stresshormonen hervorruft, das Zeitempfinden ausdehnt, sowie zu Muskelanspannung führt. Biologisch sind wir in solchen Situationen darauf vorbereitet, uns entweder zu wehren (Fight) oder die Flucht zu ergreifen (Flight). Wenn jedoch beide Reaktionen nicht möglich oder erfolgsversprechend sind, bleibt uns noch die Möglichkeit, sich tot zu stellen oder zu erstarren (Freeze), sowie das innere Aussteigen aus der Situation (peritraumatische Dissoziation). Eine Flut von Endorphinen verhilft zu diesem geistigen Wegtreten, sowie der Neutralisierung der Todesangst. Zusätzlich wird die Erfahrung fragmentiert/ zersplittert und diese Splitter so weggedrückt, dass das äußere Ereignis nicht mehr zusammenhängend wahrgenommen und erinnert werden kann.

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.

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 Alpträumen, 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.

Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTBS (vgl. Kultalahti & Rosner, 2008/ Trickley et al. 2012)

Prätraumatische Faktoren

- jüngeres Alter (nicht so bedeutend wie oft angenommen)
- Weibliches Geschlecht
- Minoritätenstatus
- Niedriger sozioökonomischer Status
- **Prätraumatische psychische Morbidität**
- Vortraumatisierung (bes. Heim- und Pflegekinder/Flüchtlinge)
- Familienstruktur
- Funktionsniveau

Peritraumatische Faktoren

Stressorschwere:

- Ereignisse, nach den besonders schwere Traumareaktionen zu erwarten sind
- Dauern sehr lange
- Wiederholen sich häufig
- Lassen das Opfer mit schweren körperlichen Verletzungen zurück
- Sind vom Opfer schwerer zu verstehen
- Beinhalten zwischenmenschliche Gewalt
- Der Täter ist ein nahestehender Mensch
- Das Opfer mochte (mag) den Täter
- Das Opfer fühlt sich mitschuldig
- Die Persönlichkeit ist noch nicht gefestigt oder gestört
- Beinhalten sexuelle Gewalt
- Beinhalten sadistische Folter
- Mehrere Täter haben das Opfer zugerichtet
- Das Opfer hatte starke Dissoziationen
- Niemand hat dem Opfer unmittelbar beigestanden
- Niemand hat nach der Tat mit dem Opfer darüber gesprochen
- **Wahrgenommene Lebensgefahr**
- **Tod und Verletzung bekannter Personen**

- **Ressourcenverlust (z.B. Zerstörung des Hauses)**
- Umstände des Ereignisses
- Eigene Verletzung
- **Emotionale Reaktion (Intensität)**
- Verhalten der Eltern in der peritraumatischen Situation

Posttraumatische Faktoren

- **Akute Belastungsreaktion/-störung**
- **Psychopathologie (Ängstlichkeit und Depressivität)**
- **Dysfunktionale Bewältigungsstrategien**
- **Mangelnde soziale Unterstützung (auch der Eltern)**
- **PTB der Eltern**
- **Familiäre Faktoren (z.B. Funktionsniveau)**
- **Weitere belastende Lebensereignisse**
- Wohnortwechsel
- **Qualität der post-traumatischen sozialen Unterstützung!!!**

Schutzfaktoren

- Gute soziale Unterstützung
- Kommunikative Kompetenz
- Kohärentes Weltbild
- Resilienz: Vorhandensein von Widerstandsfähigkeit, psychischer Robustheit und Spannkraft trotz sehr ungünstiger Lebensumstände oder Erfahrungen
- Posttraumatische Reifung: traumatische Erfahrungen können zum Wachstum im Sinne einer Umdeutung des Erlebten und seiner Folgen – verbunden mit psychischen Reifungsprozessen – genutzt werden. Dadurch entstehen z.B. Intensivierung der Wertschätzung des Lebens, Intensivierung persönlicher Beziehungen, Bewusstwerden der eigenen Stärke, Entdecken neuer Möglichkeiten, Intensivierung eines spirituellen Bewusstseins.

Besonderheiten des Traumagedächtnisses (einschl. Körpergedächtnis)

Explizite/deklarative Gedächtnis, vorwiegend im präfrontalen und temporalen Cortex und Hippocampus, umfasst alles, was bewusst gedacht oder gesprochen und als persönliche Geschichte (Narrativ) mit Distanz erzählt werden kann. Dazu gehören das episodische Gedächtnis, dessen Inhalte zeitlich und örtlich zugeordnet und mit Bezug zum Selbst erinnerbar sind, und das autobiografische Gedächtnis. Explizite Erinnerungen sind erst ab circa dem vierten Lebensjahr möglich, da der Hippocampus bzw. dessen Myelinisierung vorher nicht ausgereift ist.

Implizites/non-deklaratives Gedächtnis, vorwiegend Amygdala, Basalganglien und auch Kleinhirn, weniger stressanfällig als das explizite Gedächtnis, beinhaltet unbewusstes Wissen ohne zeitlich-räumliche Zuordnung oder Zuordnung zum Selbst, z.B. Verhaltensmuster und die Konditionierung von Körperreaktionen. Die Inhalte sind nicht verbal und symbolisiert, daher der Sprache schwer zugänglich, vielmehr emotional-sensorisch, mit hoher affektiver Ladung und leicht triggerbar. Dann wird etwa die Vergangenheit in Intrusionen (auch von Körpererinnerungen) als Jetzt erlebt. Ein „alter Film“ legt sich über die Gegenwart. Unabhängig davon werden Erinnerungen vor dem vierten Lebensjahr nur implizit gespeichert, also wesentlich im Körpergedächtnis.

Die normale Gedächtnisspeicherung verläuft stufenweise. Der sensorischen Wahrnehmung folgt zunächst eine Enkodierung der Information in noch labiler Form. Die Konsolidierung und endgültige kortikale Abspeicherung im Langzeitgedächtnis braucht Zeit (Flattern, 2011b).

Neurobiologische, neurophysiologische, neuroendokrinologische und neuroanatomische Aspekte

Großhirnrinde: obere, entwicklungsgeschichtlich die jüngste Region, entscheidend für bewusste und willkürliche Prozesse

Mittlere subkortikale Ebene: unbewusste Ebene, älteres limbisches System, das für Emotionen zuständig ist, im pathologischen Bereich für Angststörungen, Depressionen, Zwänge und Suchterkrankungen

Untere subkortikale Ebene ist die des Hirnstamms (Reptiliengehirn) mit den vegetativen Zentren, Steuerung der vitalen Funktionen wie Atmung, Blutdruck und Temperatur, nicht unter bewusster Kontrolle

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

Thalamus: Schaltstelle mit Filterfunktion für alle eintreffenden sensorischen Sinneseindrücke.

Hippocampus (Seepferdchen): zuständig für die faktisch-kognitive und räumliche Zuordnung und Kontextualisierung, Voraussetzung für die Überführung in das deklarativ-explizite Gedächtnis und die semantisch verfügbaren Erinnerungen. Die Erinnerungen werden dann als zum Selbst gehörig und „damals“ erlebt. Der Hippocampus ist auch für die Neueinspeicherung von Erfahrungswissen unverzichtbar.

Amygdala (Mandelkern): entwicklungsgeschichtlich älter, gehört zum limbischen System, „Feuerwehr“ des Gehirns, beurteilt die emotionale Wichtigkeit oder Bedrohlichkeit einer Information und kann in einer sehr schnellen Schaltung Angst, Flucht- oder Kampfbereitschaft mobilisieren.

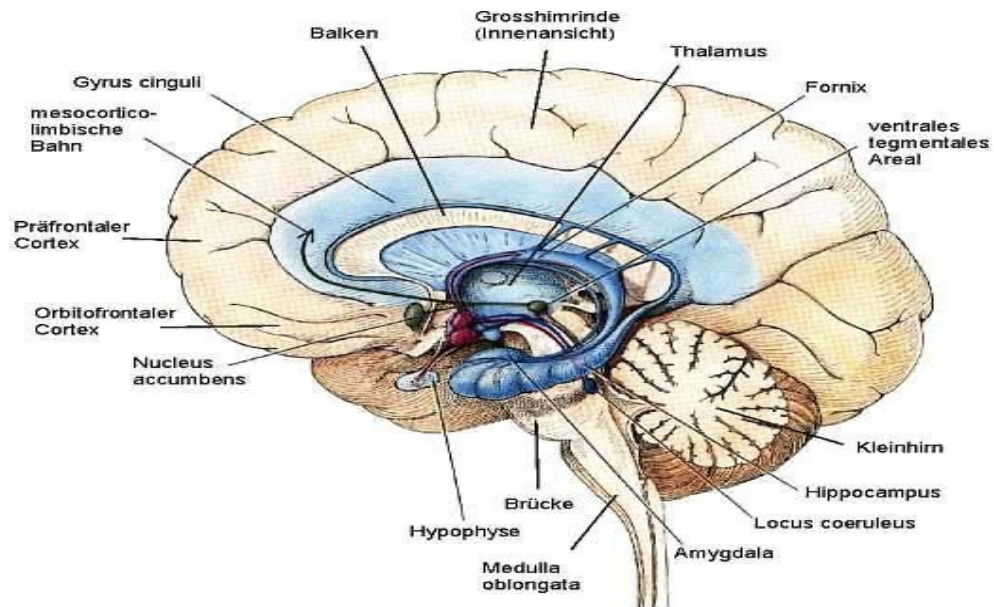
Frontallappen der Großhirnrinde (präfrontaler Cortex): entwicklungsgeschichtlich jüngster Teil des Gehirns, zuständig für die Integration der Informationen auf höherer kortikaler und damit bewusster Ebene, zuständig für die Planung zukünftiger Handlungen und die Aufmerksamkeitsfokussierung, Funktion der „Stressbremse“ durch Hemmung der Amygdala entscheidend für die Stressverarbeitung, Impulskontrolle und jedes Lernen.

Erst seit den 1980er Jahren ist bekannt, dass sich das ganze Leben über neue Nervenzellen und Synapsen entwickeln können. Diese neuronale Plastizität ermöglicht lebenslanges Lernen. Wachstum und Differenzierung von Neuronen und Synapsen und damit eine Strukturelle Veränderung neuronaler Netzwerke sind abhängig vom Nutzungsgrad. Solche erfahrungsabhängigen Veränderungen der Hirnstruktur sind Grundlage von Lernen und Gedächtnis. Lernen beginnt bereits im Mutterleib. Am prägendsten und damit später am schwersten zu verändern sind die sehr frühen Beziehungserfahrungen.

Epigenetische Phänomene: Durch äußere Faktoren und Stress können Genabschnitte aktiviert oder abgeschaltet werden. So scheint durch Stress das Glucocorticoid-rezeptor-Gen ausgeschaltet zu werden, das für die Produktion von Eiweißen zuständig ist, die zur Nervenzellbildung erforderlich sind. Der Zeitpunkt der Schädigung ist entscheidend: je früher, desto gravierender die Auswirkung. Besonders der mediale präfrontale Cortex und der Balken als Verbindung der Großhirnhälften werden durch frühen anhaltenden traumatischen Stress in Aufbau und Reifung geschädigt, das Stressverarbeitungssystem bleibt überreagibel. Frühe Schädigungen können zumindest partiell später noch kompensiert werden. Das ist die Chance einer guten Therapie, braucht aber viel Zeit. Lernen in sicheren und unterstützenden Beziehungen kann abgeschaltete Gene offenbar wieder anschalten helfen (Huber 2012).

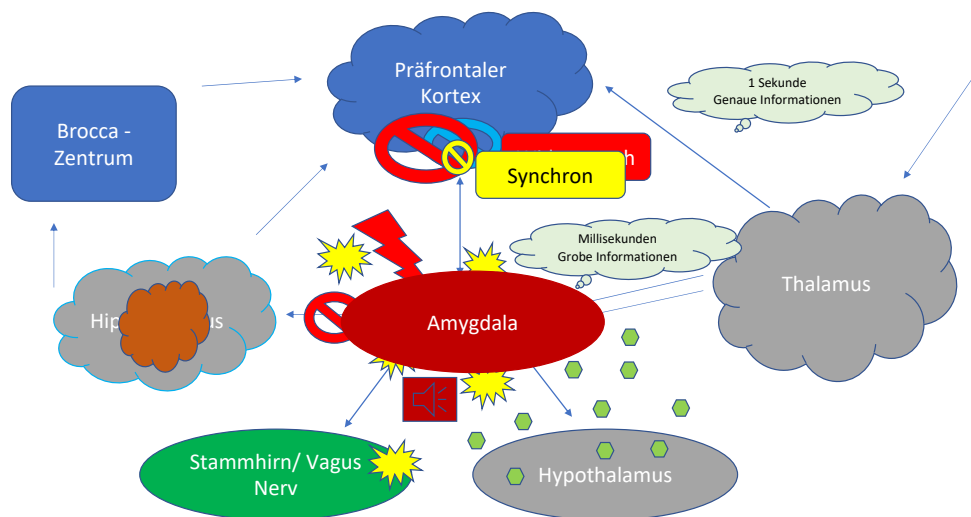
Posttraumatische Störungen sind als Stressfolgeerkrankungen zu verstehen

WZPP®

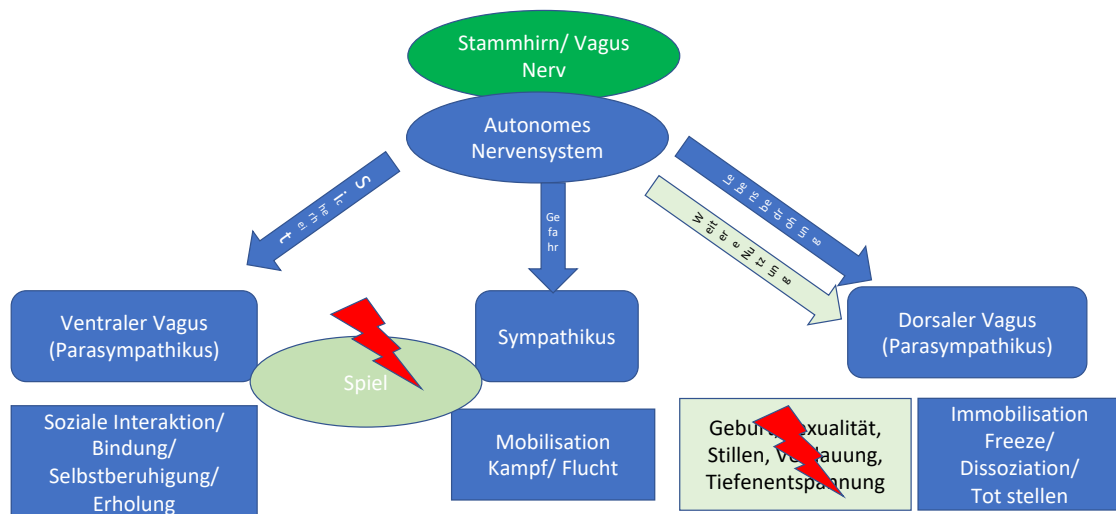


© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

WZPP®



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

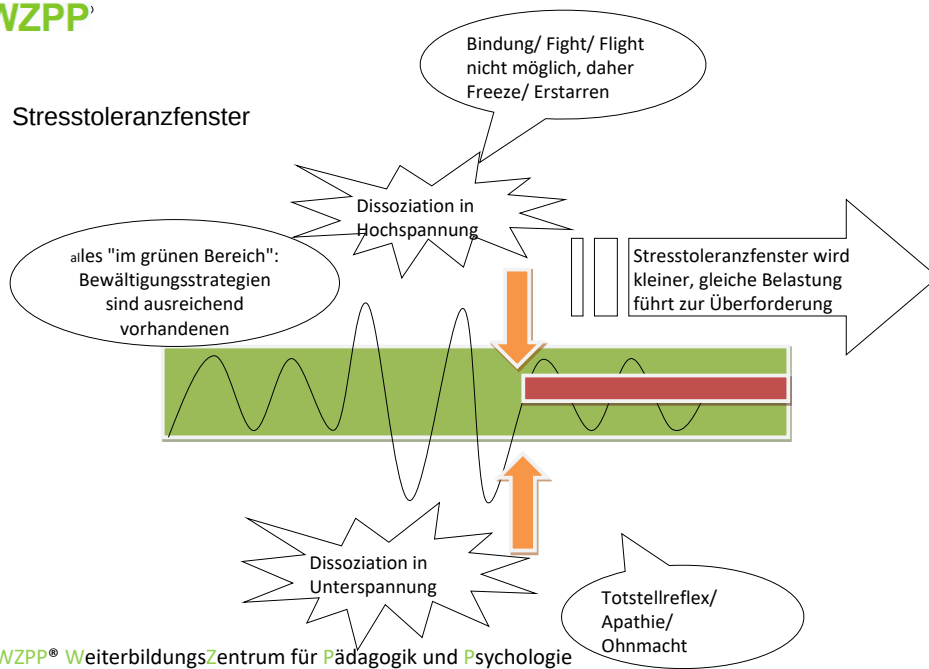


© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Unser Stressverarbeitungssystem wird durch unkontrollierbare Stresssituationen in früher Kindheit so geprägt, dass daraus lebenslange Einschränkungen der Aufmerksamkeit und der Lernfähigkeit, eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit und Somatisierungstendenzen entstehen können. Eine Daueraktivierung der Stressachse mit vermehrter Ausschüttung von Stresshormonen wie Adrenalin, Noradrenalin, Glutamat und Cortisol kann langfristig zu einer Störung der Hirnentwicklung führen.

Wir sollten jedoch nicht überbehütet und von jeglichem Stress ferngehalten werden. Das wäre sogar schädlich. An Herausforderungen wie Konflikten und Enttäuschungen wachsen wir und entwickeln neue verbesserte Anpassungsstrategien (Hüther, 2001). Dazu müssen sie aber in einem für uns regulierbaren mittleren Stressbereich liegen (**„windows of tolerance“** / „Lernfenster“). Neurobiologisches Korrelat solcher Bewältigungsstrategien sind komplexe neuronale Verschaltungsmuster, die durch vielfache erfolgreiche Nutzung „gebahnt“ und gefestigt werden und fortan bei der Lösung ähnlicher Probleme zur Verfügung stehen.

Stresstoleranzfenster



Erleben wir traumatische Situationen, in denen wir uns extrem bedroht und hilflos ausgeliefert fühlen, Vernichtungsangst, tiefe Ohnmacht sowie Verlassen sein erleben und keinerlei Kontrolle mehr haben, geraten wir in eine sogenannte **traumatische Zange**. Wenn weder Kampf noch Flucht möglich sind, erstarren wir oder dissoziieren in Unterwerfung ähnlich dem Totstellreflex im Tierreich (Huber 2003a; Hüther 2001, 2010).

Es kommt dann zu einer nicht erfolgreichen Lösung und Beendigung der überwältigenden Stressreaktion, sondern zu **überlebenswichtigen „Notlösungen“** und später dysfunktionalen Bewältigungsstrategien, wie Dissoziationen und selbstschädigendem Verhalten. Diese traumanahen Copingstrategien werden bei ähnlich erlebten oder erwarteten Stressreizen dann immer wieder aktiviert, dadurch verstärkt und „gelernt“. Sie werden später selbst zum Problem, indem sie die Betroffenen an das Trauma und die ständige Bedrohungserwartung fixieren, da keine adäquateren Bewältigungsressourcen erworben wurden oder dann nicht verfügbar sind. So dissoziiert ein/e Klient/in evtl. später bei jeglichem Gefühl als Triggerreiz, als wären Gefühle immer bedrohlich und Gefahrensignale. Er/Sie erlebt und erlernt so nicht, dass er/sie Gefühle auch differenzieren und in angemessenem Stressbereich aushalten und bewältigen könnte.

Traumatische Situation

- Die hierarchische Informationsverarbeitung wird unterbrochen.
- Priorität ist zu überleben, also den Organismus schnell über die Aktivierung des Sympathikussystems und die Ausschüttung von Stresshormonen in Kampf- oder Fluchtmodus zu versetzen. Die Bewertung der sensorischen Information durch die Amygdala und die Aktivierung der Stressaskade geschehen viel schneller, als wir einen Reiz bewusst erkennen und einordnen können. Erst danach läuft die differenzierte Bewertung durch den präfrontalen Cortex und den Hippocampus ab, als Ressourcen verfügbare frühere Erfahrungen und Bewältigungsstrategien helfen dabei, dies wirkt als Stressbremse, die Amygdala bekommt das Signal „Entwarnung“ und kann wieder „herunterfahren, abkühlen“.
- Bei **Extrem-Stress** dagegen werden die Informationszentren funktionell entkoppelt, traumatische Erinnerungen werden zustandsabhängig – an die Physiologie des jeweiligen Erregungszustandes gekoppelt – gespeichert (Bering et al., 2005). Die Amygdala speichert emotionale und körperliche Reaktionen partiell fragmentiert im ursprünglichen Zustand, ohne Verbindung zu zeitlich-räumlicher Zuordnung durch den Hippocampus und ohne sprachliche Verarbeitung im Broca-Zentrum (sprachloser Horror), sowie autobiographischen Einordnung im präfrontalen Cortex. Die „heißen“ Erinnerungsfragmente bleiben „ungekühlt“ im Zustand der peritraumatischen Dissoziation stecken. Sie können durch banale Hinweisreize (Trigger) jederzeit im ursprünglichen Zustand wieder aktiviert werden, als geschehe das Trauma jetzt. Dies ähnelt einem klassischen Konditionierungsvorgang und ist ein negativer neuronaler Lernvorgang. Ein hoher Adrenalin Spiegel begünstigt die Einprägung dieser Gedächtnisspuren – und damit die Konditionierung der Angstreaktion. Cortisol scheint die Fragmentierung der Erinnerung und Amnesien zu begünstigen (Sack, 2010; Fujiwara & Markowitsch, 2003).
- Folge der fragmentierten Speicherung ist, dass die Betroffenen bei Triggerreizen immer wieder unkontrollierbar in impliziten neuronalen Traumanetzwerken und Notfallreaktionen landen, wie mittendrin, zeitlos und abgeschnitten von ihren später erworbenen Ressourcen. Die Netzwerke werden immer fester verknüpft und immer leichter aktivierbar, führen jeweils wie ein Schacht in die Tiefe und werden insgesamt wieder ausgelöst. Dies läuft automatisch ab, ohne bewusste Kontrolle und einer rationalen kognitiven Bewertung nicht zugänglich (Hüther et al., 2010). „Der alte Film läuft wie automatisch ab“, in Fragmenten (z.B. Brandgeruch) oder inklusive der überwältigenden traumatischen Affekte und Körperempfindungen. So ist keine weitere Verarbeitung durch höhere kortikale Strukturen möglich, das Geschehen kann nicht zu einer nutzbaren Lernerfahrung werden, sondern spürt sich nur immer tiefer ein.

- In diesen allen Hirnschichten von der Rinde bis hin zum Hirnstamm durchdringenden „Schacht“ sind folgende Ebenen miteinander gekoppelt (Hüther et al. 2010):
 - **Kognitive Bewertungen** wie Lebensgefahr, Ohnmacht, Hilflosigkeit, Schuld, Versagen
 - **Traumatische Affekte** wie Angst, Panik, Ekel, Ohnmacht
 - **Sinnliche – optische, akustische, olfaktorische, kinästhetische – Wahrnehmungen**
 - **Vegetative und andere körperliche Reaktionen** wie Herzrasen, Atemnot, Angstschweiß, Erstarrung, Verkrampfung, um-sich-schlagen etc.

- **Vortraumatisierte Menschen sind verletzlich** und oft durch winzige Hinweisreize triggerbar. Durch weitere Traumata in der Kindheit werden neue „neuronale Schächte“ ausgebaut, die partiell voneinander getrennt bleiben. So können getrennte Ich-Zustände mit unterschiedlichen Funktionsniveaus und in sich geschlossene Muster des Denkens, Fühlens, Körperempfindens und Verhaltens entstehen. Das entspricht klinisch dann der sogenannten Ego-State-Disorder oder Sekundären Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit.

- **Frühkindliche Traumata** haben wegen der nicht unausgereiften neuronalen und Persönlichkeitsstruktur besonders tiefgreifende Folgen. Frühe Gewalt und Bindungstraumata aktivieren rascher als bei Erwachsenen die archaischen Notfallprogramme des Hirnstamms. Die kindlichen Hirnstrukturen sind noch nicht stabil vernetzt, so werden die traumabedingten Strukturen gewissermaßen zur Basis der weiteren Entwicklung des Gehirns, der Persönlichkeit und der Identität. Voneinander abgespaltene neuronale „Schächte“ können sich klinisch als autonome Teilidentitäten zeigen, bis hin zur Tertiären Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit bei der Dissoziativen Identitätsstörung DIS (Hüther et al., 2010). Nach Theorie der Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit (van der Hart et al., 2008) entsprechen diese Anteile den verschiedenen Verteidigungsfunktionen wie Kampf, Flucht oder Unterwerfung, sie werden Emotionale Persönlichkeitsanteile (EP) genannt.

Ego-States

Unsere menschliche Persönlichkeit besteht aus mehreren differenzierten Selbst-Zuständen, den auch sogenannten Ego-States. Nach Peichl sind diese Selbst-Zustände Cluster von Beziehungserfahrungen, die sich im Laufe des Lebens in verschiedene Interaktionsmodi/ -schemata zwischen dem Selbst und der Welt ausdifferenzieren. Jeder Selbst-Zustand ist in sich zeitlich stabil, hat eine eigene zusammenhängende Geschichte und verfügt über eigene zustandstypische Kognitionen und Affekte.

Bei „normal neurotischen“ Menschen zeigen sich diese Selbst-Zustände in einer markanten eigenen Persönlichkeit bzw. werden im Über-Ich als Werte, Normen und Weltvorstellungen integriert. Die Verinnerlichung von Werte, Normen und Wertvorstellungen, das Ausbilden des Über-Ich, basiert auf frühe Bindungs-/Beziehungserfahrungen mit uns bedeutsamen Bezugspersonen. Wie weiter unten beschrieben, sind diese Beziehungserfahrungen emotional besetzt. Je stärker die emotionale Aktivierung im limbischen System ist, desto stärker ist die Gedächtnisaktivierung im expliziten Gedächtnis und umso intensiver ist die Suche nach Referenzfällen und der innere Aktivierungsgrad. Der dadurch aktivierte Ich-Zustand hat dadurch eine zeitliche Verbindung. Es zeigt sich ein Stück wiedererlebte Vergangenheit in Form von niedergeschlagener Beziehungserfahrungen in der Gegenwart. Es zeigt sich im jeweils aktivierten Ego-State also ein sich geschlossenes zeitliches und emotionales System mit schlüssigen Verhaltensweisen.

Ein aktivierter Ego-State ist ein aufmerksamkeitsfokussierter Selbst-Anteil. Er wird in diesem Moment als „Ich“ erlebt. Die anderen Ego-States stehen im Hintergrund und können vorbewusst, aber auch bewusst abgerufen werden.

Alle Ego-States werden als Ich-zugehörig empfunden (kohärentes Selbst). Die Übergänge sind in der Regel fließend.

Bei frühtraumatisierten Menschen sind die frühen Beziehungserfahrungen von traumatischen Stress geprägt. Auf Grund der hohen emotionalen Aktivierung findet als „Überlebensmechanismus“ nur teilweise bzw. keine Identifizierung im eigenen Selbst statt. Die Erfahrungen werden als maligne (böartige) traumatische Introjekte (z.B. Täter-Introjekt, Opfer-Introjekt, Helfer-Introjekt, innere Kinder etc.) verinnerlicht. Je nach Grad der emotionalen Aktivierung und Fremdheit-Erlebens der Erfahrung findet eine teilweise Identifizierung (teilweise Aufnahme in das eigene Selbst: Selbstanteile als traumatisch fixierte Selbst-Zustände) bzw. bei emotionaler Steigerung kann keine Identifizierung stattfinden. Die intrusive Beziehungserfahrung (Objektrepräsentanz als traumatisches Introjekt) kann auf Grund seiner Fremdheit/Andersartigkeit nicht ins Selbst assimiliert werden und bleibt als Fremdkörper bestehen.

Dissoziative Störungen

Definition und Symptome

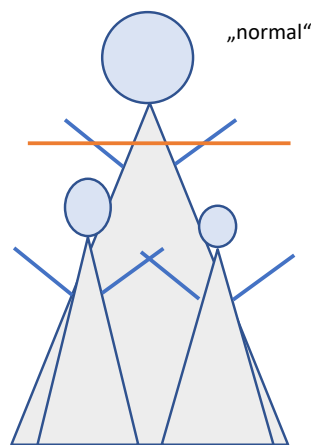
Dissoziation ist ein komplexer psychophysiologischer Prozess, bei dem es zu einer teilweisen oder völligen Desintegration und Fragmentierung des Bewusstseins und anderer verwandter psychischer Funktionen kommt, wie der Erinnerung an die Vergangenheit, unmittelbarer Empfindungen, der Wahrnehmung des Selbst und der Umgebung, sowie des Identitätsgefühls. Im Vordergrund steht also eine Störung des Bewusstseins in vielfältigen Formen.

Nicht jede Form von Dissoziation ist pathologisch. Wir würden von Reizen völlig überflutet, wenn wir nicht unsere Wahrnehmung fokussieren und Unwesentliches ausblenden könnten. Wir alle „dissoziieren“ im Alltag immer wieder im Sinne normaler Trancephänomene wie fokussierte Konzentration, Tagträumen, „Freudscher Fehlleistungen“, „Autopilot“ auf der Autobahn. Pathologische Dissoziation ist qualitativ anders, was eigentlich da sein müsste, fehlt. Es wird sozusagen „anderswo gewusst“ im inneren System. So kann eine traumatische Erinnerung, für die jahrzehntelang eine Amnesie bestand, durch einen Auslöserreiz plötzlich als Intrusion oder Flashback wieder auftauchen. Sowohl Amnesie wie Flashbacks sind dissoziative Phänomene.

Einteilung der Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit nach Schweregraden in Primäre bis Tertiäre Strukturelle Dissoziation

Die **primäre strukturelle Dissoziation** entspricht dem, was mancher von uns kennt, wenn man z.B. nach einem Unfall zwar wieder gut im Alltag funktionieren konnte, aber zeitweise von plötzlichem Erschrecken, intrusiven Bildern oder Alpträumen heimgesucht wurde. Diese Symptome werden dank der Selbstheilungskräfte wieder integriert – oder bleiben als PTBS bestehen.

Die gesamte Persönlichkeit Akutes Trauma, Einfache Posttraumatische Belastungsstörung	
⇓	⇓
EP (emotionaler Persönlichkeitsanteil) Sichert das Überleben des Individuums in der Bedrohungssituation	ANP (Anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil) Sichert das Funktionieren im Alltag und der Erhalt der Gattung

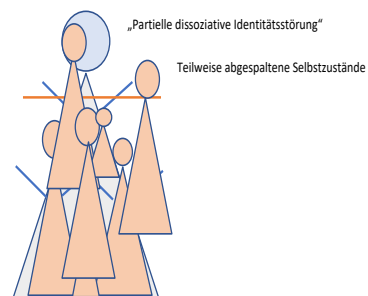
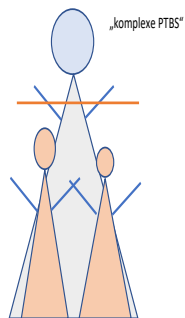


Die **sekundäre strukturelle Dissoziation** entspricht den Störungen mit teildissoziierten Selbstanteilen, die aber noch als eigene Person gehörig erlebt werden. Dazu gehören auch dissoziative Affekt-States und Ego-States. Teildissoziierte Anteile haben auch Borderline-Klienten/innen, die je nach Kontext oder gegenüber verschiedenen Beratern/innen wie ausgewechselt erscheinen, als wären sie verschiedene Personen. Der/Die Klient/in erinnert sich aber, wenn er/sie darauf angesprochen wird, dass er/sie z.B. gestern so wütend und ausfallend reagierte.

Typische Symptome teilabgespaltenen Selbst-Zustände sind die früher für die Schizophrenie als typisch geltenden Symptome 1. Ranges nach Kurt Schneider wie Stimmenhören im Kopf und als gemacht erlebte (teildissoziierte) Gedanken, Gefühle und Verhalten, sowie nicht zu sich gehörig erlebte, aber erinnerbare Selbst-Zustände.

Die gesamte Persönlichkeit Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung/Störung durch Extrembelastung (DESNOS)/Ego-State-Disorder (DDNOS)	
⇓	⇓
EPs (emotionale Persönlichkeitsanteile) Parallele Dissoziation in beobachtenden und erlebenden Teil Sequenzielle Dissoziation:	ANP (Anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil) Sichert das Funktionieren im Alltag und der Erhalt der Gattung

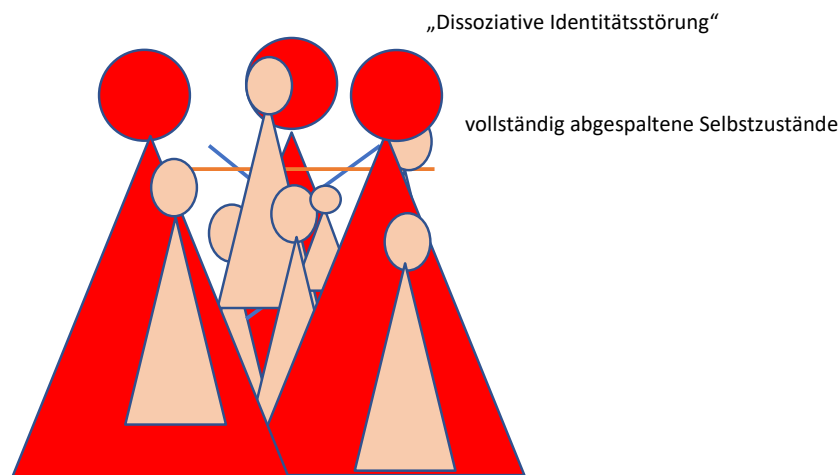
EP1	EP2	EP3	EP4	EP5	
Besorgnis	Flucht	Freeze/ Kampf	Totale Unterwerfung	Erholung	



Die **Tertiäre Strukturelle Dissoziation** entspricht der Dissoziativen Identitätsstörung, bei der auch die Alltagsfunktionen auf verschiedene ANPs aufgeteilt sind. Die objektiv und subjektiv voll abgespaltenen Selbst-Zustände wissen oft nichts voneinander und wechseln auf innere oder äußere Triggerreize hin unkontrolliert. Dadurch kommt es zu einer krassen Diskontinuität im Zeiterleben (Amnesien mit Zeitverlusten im Alltag, plötzliches „Herauskommen“ eines Anteils, Fugue), nicht erinnerbaren Verhalten, Finden von Sachen, an deren Erwerb man sich nicht erinnern kann, oder von eigenen Aufzeichnungen – auch in verschiedenen Handschriften – von deren Anfertigung man nichts weiß.

Die gesamte Persönlichkeit Komplexe Posttraumatische Dissoziationsstörung			
⇓		⇓	
EPs (emotionale Persönlichkeitsanteile) Parallele Dissoziation in beobachtenden und erlebenden Teil	ANP 1 (Anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil)	ANP 2 (Anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil)	EPs (emotionale Persönlichkeitsanteile) Parallele Dissoziation in beobachtenden und erlebenden Teil Sequenzielle Dissoziation:

Sequenzielle Dissoziaton:					Sichert das Funktionieren im Alltag und der Erhalt der Gattung	Sichert das Funktionieren im Alltag und der Erhalt der Gattung	EP 1	EP 2	EP 3	EP4	EP 5
EP 1	EP 2	EP 3	EP4	EP 5			Besorgnis	Flucht	Freeze/Kampf	Totale Unterwerfung	Erholung
Besorgnis	Flucht	Freeze/Kampf	Totale Unterwerfung	Erholung							

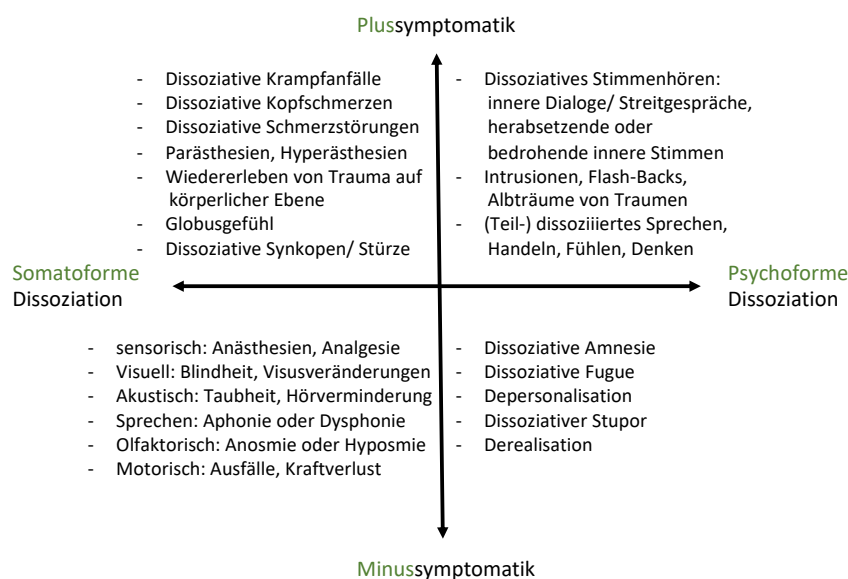


Definition Emotionaler Persönlichkeitsanteil (EP)

Ein EP entsteht bei traumatischen Stress auf Grundlage eines oder mehreren tierähnlichen (Übererregung/Fight/Flight/Freeze/Anästhesie/totale Unterwerfung) Abwehrsystemen und beschreibt einen dissoziativen Zustand. Der EP ist an das traumatische Ereignis und dessen Zusammenhänge fixiert. Bei „Triggerung“ (aktuelle oder befürchtete Bedrohung) aktiviert sich der EP und die Person erlebt das Ereignis in Teilaspekten oder in der Gesamterinnerung mit veränderter Körper- und Umweltwahrnehmung wieder. Bei Aktivierung des EP ist der Zugang zum anscheinend normalen Persönlichkeitsanteil (ANP), der für das alltagsfunktionieren zuständig ist, kaum bis gar nicht zugänglich. Der EP sichert das Überleben des Systems in (vermeintlichen) Bedrohungssituationen.

Definition: anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil (ANP)

Der ANP ist für das Funktionieren im Alltag zuständig. Er vermeidet die Erinnerung an einen EP, wodurch dieser nicht in die Lebensrealität integriert werden kann. Die Abspaltung des EP aus der Alltagsrealität (Spaltung oder Dissoziation) ermöglicht eine gewisse Stabilität und Funktionieren des ANP und zeigt sich damit als effektiver Abwehrmechanismus. Nach Michaela Huber (2003b) sind die traumatischen Erinnerungen zwar häufig semantisch als Teil des expliziten, biographischen Gedächtnisses abgespeichert, bleibt aber emotional abgespalten und zeigt sich damit nicht integriert. Es kommt in Bezug auf die Traumaerfahrung zu einer Spaltung zwischen Wissen und Gefühl, um als ANP das Überleben des Systems im Alltag und die Art der Gattung zu sichern.



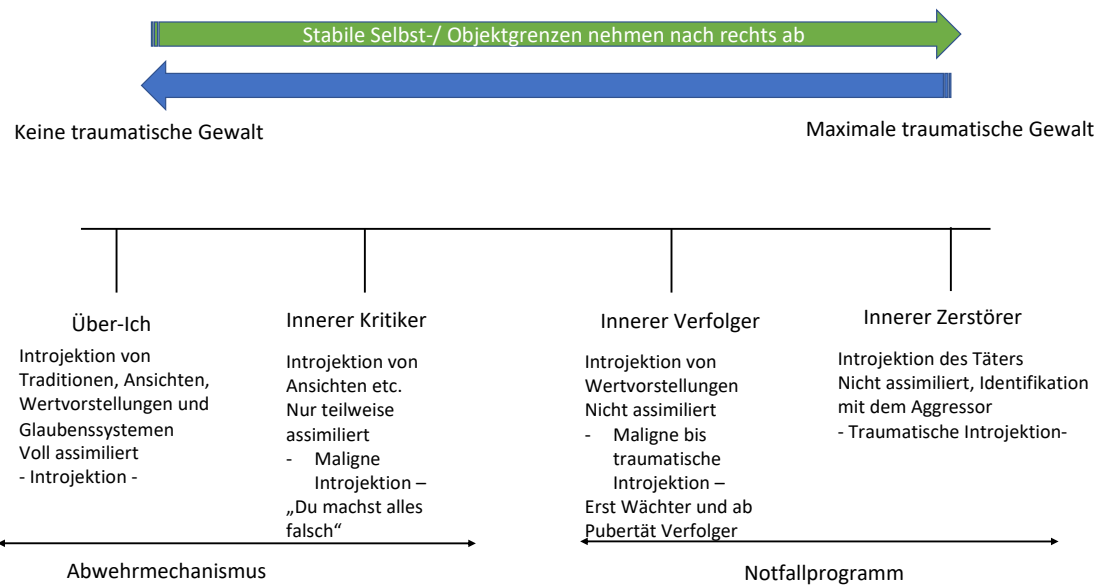
Wichtigsten Erscheinungsformen der Dissoziation

- **Amnesie:** Biographische Erinnerungslücken oder Zeitverluste im Alltag, die Lücken werden oft mit Fantasien gefüllt
- **Dissoziative Fugue:** sich an einem Ort wiederfinden und nicht wissen, wie man dahin gekommen ist, oder plötzliches Verlassen des Hauses oder des Arbeitsplatzes mit der Unfähigkeit, sich an Teile oder die gesamte eigene Vergangenheit zu erinnern, oder Verwirrung über die eigene Identität, Übernahme einer neuen Identität für Stunden bis Monate. Psychopathologisch sonst unauffällig.
- **Depersonalisation:** Gefühl von Losgelöst sein oder Entfremdung vom eigenen Selbst, „neben sich stehen“, sensorische Unempfindlichkeit, emotionale Taubheit, Gefühl, eigene Handlungen und Sprache nicht kontrollieren zu können. Die Realitätskontrolle ist intakt. Oft Begleitsymptom anderer psychischer oder somatischer Störungen oder von Alkohol-/Drogenkonsum.

- **Derealisation:** Gefühl der Unwirklichkeit und Entfremdung gegenüber der Umwelt. Objekte, Menschen oder die gesamte Umgebung werden als fremd, unvertraut, wie durch einen Nebel, roboterhaft, fern, künstlich, zu klein oder zu groß, farblos oder leblos erlebt. Auch bei anderen psychischen Störungen wie Depression und Schizophrenie auftretend.
- **Identitätsunsicherheit:** Widersprüchliche Handlungsimpulse, Kämpfe innerer Anteile/Ego-States, oft als innere aggressive, kommentierende oder Kinderstimmen wahrgenommen, Diagnose einer nicht näher bezeichneten dissoziativen Störung, oft ähnlich einer Dissoziativen Identitätsstörung, aber ohne eindeutig abgrenzbare Teilpersönlichkeiten.
- **Identitätswechsel:** Dissoziative Identitätsstörung (DIS), mindestens zwei unterscheidbare Teilidentitäten, die die Kontrolle über das Verhalten der Person einnehmen, mit Zeitverlusten durch Amnesie. Die Teilpersönlichkeiten sind dissoziierte Aspekte der Gesamtpersönlichkeit, die sich konstant im Alter, Geschlecht, Sprache, spezielle Fähigkeiten, Wissen oder vorherrschendem Affekt unterscheiden. Sie werden nicht zur eigenen Persönlichkeit gehörend wahrgenommen, übernehmen jedoch auf innere und äußere Auslösereize hin die Kontrolle über Erleben und Verhalten. Auftreten dieser Persönlichkeitsanteile oft schon im frühen Kindesalter, Diagnosestellung jedoch meist erst im Erwachsenenalter.

Typische dissoziative Symptome bei Kindern

Abschalten von Gefühlen und Schmerzen, sich wegträumen, Trancezustände, Schlafwandeln, Flashbacks und Albträume, Körperteile oder den ganzen Körper nicht mehr spüren, Erstarren, Müdigkeit, Lähmung, unkontrollierte Impulsdurchbrüche, Verwirrheitszustände, Amnesien, selbstverletzendes Verhalten inklusive häufigen Unfällen, drastische Wechsel in Verhalten und Fähigkeiten, verwirrende Vergesslichkeit mit Zeitlücken, innere Stimmen etc.



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Nach Peichl (2015)

Introjektion in Abgrenzung zur Projektion

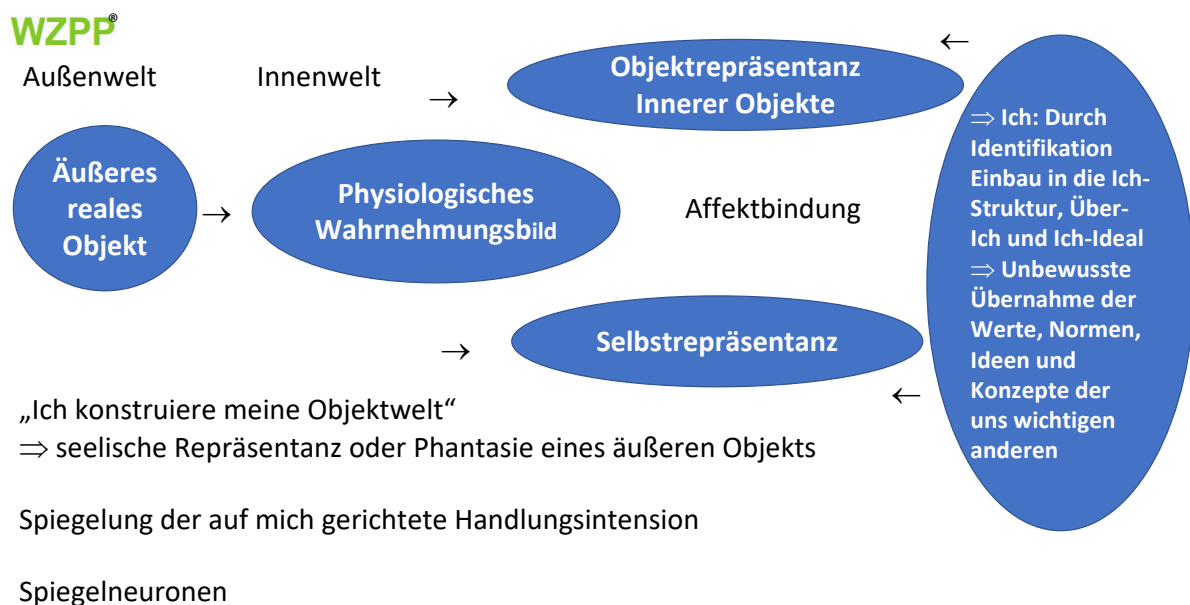
Introjektion	≠	Projektion
⇒ Ist ein Vorläufer der Identifikation ⇒ Verinnerlichung des äußeren Objekts, also Bildung einer psychischen Repräsentanz eines Objekts, ohne dass das Subjekt dabei in seinem Inneren zwischen Selbst und introjiziertem Objekt unterscheiden kann ⇒ die Übernahme der Eigenschaften einer angsteinflößenden Autorität wirkt angstmildernd, da die Differenz zwischen Selbst und Objekt vermeintlich ausgeschlossen wird ⇒ Bildung des Über-Ich		Ich → sehe → Objekt Projektion: das Objekt wird von mir gesehen, als wäre er..... Projektive Identifikation: ich bringe das Objekt durch mein Verhalten dazu sich so zu verhalten wie ich ihn sehe

Nach Peichl, 2013

Ich/Über-Ich-Bildung (adaptive Introjektion)

Verhalten der Eltern $\Rightarrow$ adaptive innere Objekte der Eltern $\Rightarrow$ Übernahme in Ich /Über-Ich

Ich-Reifung	Verstärken sich gegenseitig $\Rightarrow$ die Befolgung elterlicher Normen und Prinzipien garantieren die elterliche Anerkennung und Bewunderung. Dies wiederum führt zur Stärkung des Ich
Über-Ich Bildung	



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Maladaptive Introjektion

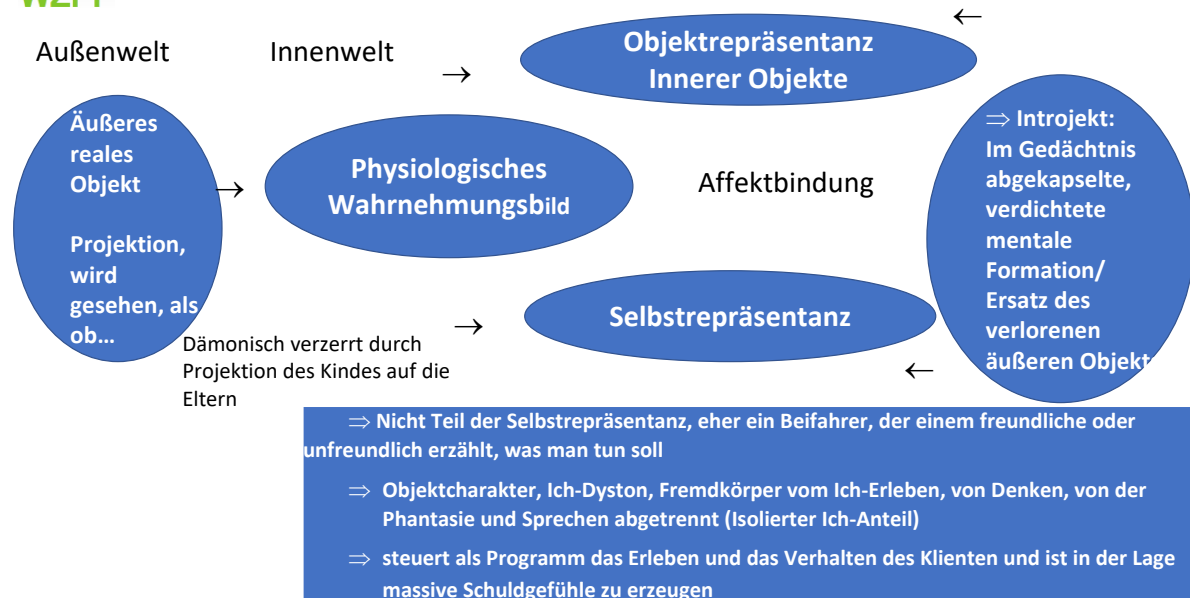
Die Bildung eines Introjekts ist als Abwehrmechanismus gegen Angst und Panik in Folge einer realen oder phantasierten Befürchtung, von einer lebenswichtigen Außenperson verlassen zu werden, zu verstehen.

Bei der Introjektbildung wird das System der Eltern in sich aufgenommen, um dem elterlichen Liebesverlust zu entgehen und psychische Stabilität wieder herzustellen. Mit der Introjektbildung entsteht eine psychische Formation, um die Abhängigkeit von der Außenperson zu mildern („die abwesende Bindungsperson ist da, obwohl sie real abwesend ist.“). Allerdings wird durch das konstruierte Introjekt im Ich das Selbst noch mehr in die Opferposition gedrängt. Je hasserfüllter/ablehnender das Verhalten der Bezugspersonen erlebt wird, desto höher ist der traumatogene Stresspegel und desto

stärker wird das Notfallprogramm, die Dissoziation aktiviert. Je stärker die Dissoziation, desto stärker bilden sich differenzierte Ego-States aus.

Durch die Identifikation (Introjektbildung) werden die Schuldgefühle und die innere oft unerträgliche Anspannung vermindert.

WZPP®



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Das einfache Introjekt (Der innere Kritiker)

Eltern verweigern sich durch narzisstischen, hypochondrischen oder grandiosen Selbstbezug ⇒ intrapunitive Botschaft an das Kind /Spiegelung im Dialog gelingt nicht (Kind wird nicht „wahrgenommen“)

⇒ Introjektion der Botschaft der Eltern:

- „Ich bin ohnmächtig, die Welt ist schlecht“ (depressive Mutter)
- „Ich bin selbst ein Opfer und hilflos“ (Opfermutter)
- „Ich muss mich für andere aufopfern“ (Märtyrermutter)
- „Ich brauche niemanden“ (unerreichbare Mutter)

⇒ Mangel am Konsistenzenerfahrung (keine ausreichende Spiegelung): unsicher-vermeidender Bindungstyp

⇒ Die reale Beziehungserfahrung schlägt sich im Introjekt der Mutter nieder

⇒ Durch Identifikation mit dem Introjekt der Mutter entsteht ein kindlicher Selbst-Anteil, der die intrapunitive Botschaft der Mutter verinnerlicht hat („Ich bin hilflos, ich bin nichts wert“), um dadurch die unerträgliche Spannung zwischen dem Introjekt und dem Ich abzuschwächen (Selbstwert wird untergraben).

⇒ Daneben können noch weitere Ego-States (Innere Kritiker) entstehen:

- Perfektionisten („mache alles noch viel besser!“)

- Antreiber („los, mach schneller!“)
- Kontrolleur („hab Dich besser im Griff!“)
- Anpasser („mach es allen recht!“)
- Moralist („sei immer stark und untadelig!“)

Das unterdrückte, feindselige Introjekt (Der innere Verfolger)

Eltern zeigen aktiv ihre Ablehnung und weisen das Kind zurück ⇒ extrapunitive Botschaft an das Kind/Das Kind sieht den Hass und den Ekel in der Mimik der Eltern und glaubt sich real gespiegelt; es denkt: „Ich bin so hassenswert wie das, was ich sehe“.

⇒ Introjektion der Botschaft der Eltern:

- „Du bist wertlos, wärest Du nie geboren“ (feindliche Mutter)
- „Meine Bedürfnisse sind immer wichtiger als deine, Du musst immer dasein“ (ausbeuterische Mutter)
- „Du bist wie ich, Du kannst ohne mich nicht überleben“ (bindungsverstrickte Mutter)
- „Erwarte nichts von mir, Du bist mir gleichgültig“ (distanzierte Mutter)

⇒ negative Affekte des Kindes werden in übertriebener Weise gespiegelt oder mit den eigenen Erfahrungen verwechselt, was auf das Kind befremdlich und alarmierend wirkt
⇒ das Introjekt ist also gezwungenermaßen erforderlich (unsicher-ambivalenter Bindungstyp)

⇒ Das Introjekt der Mutter wird nicht im Selbst assimiliert. Es spricht als eine Art Innerer Verfolger im/in der Klienten in der Du-Form den Text der Mutter. Aus der teilweisen Identifikation mit der Mutter entsteht ein reaktiver kindlicher Ego-State und damit Zunahme der projektiven Identifikation.

Die traumatische Introjektion (Der Innere Zerstörer/das Täterintrojekt)

Eltern setzen ihre Überlegenheit rigoros ein und versuchen den Willen des Kindes zu brechen ⇒ Das Kind erlebt eine allgegenwärtige Bedrohung. Zum Überleben entstehen die Neigung zur Selbstverletzung, Dissoziation, der zwanghaften Bedeutungssuche auf Basis der desorganisierten Bindung und die Introjektion eines fremden Selbst (Täterintrojekt).

⇒ Durch dieses Erleben muss die äußere Welt ständig bewacht und kontrolliert werden, um ein letztes Stück Sicherheit zu garantieren. Dadurch kann keine Trennung der inneren und äußeren Welt erfolgen.

⇒ Die innere Welt wird erlebt

- Wie die äußere Mißbrauchswelt oder
- Wird durch Dissoziation ausgeblendet und der/die Klient/in zieht sich auf einen infantilen Modus zurück. Als Reaktion auf die Leere und

Abgetrenntsein entsteht eine zwanghafte Suche nach Sinn („sich-verrückt-machen“)

⇒ Durch das ständige Hin- und Her zwischen den beiden Modi bindet sich das Kind um zu überleben an den traumatisierenden Elternteil, in dessen Folge der sympathische Hyperarousal steigt, was wiederum zu noch mehr Abhängigkeit von der Bindungsperson führt.

⇒ Es kommt in Reaktion zu einer Aufspaltung der psychischen Realität in einzelne Selbstanteile. Die wichtigste Trennung ist die zwischen Alltagssystem (Überlebensfunktion im Alltag/„Anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil“ ANP) und Verteidigungssystem (Schutz- und Verteidigungsfunktion bei Bedrohung/„Emotionaler Persönlichkeitsanteil“ EP).

⇒ Bei der sekundären strukturellen Dissoziation (komplexe PTBS/Borderline-Störung) differenziert sich der EP zu unterschiedlichen reaktiven Parts/Ego-States/Sub-Selbstern mit folgenden Themen weiter:

- Besorgnis
- Flucht
- Freeze
- Kampf
- Totale Unterwerfung, Anästhesie
- Erholung, Rückkehr des Schmerzes

⇒ Einige weitere Ego-States, die durch Projektion und Identifikation (mit dem Aggressor), sehen ihre Aufgabe den/die Klienten/in über Kampfstrategien wie Wut, Feindseligkeit und selbstdestruktiven Hass vor erneuter seelischer und/oder körperlicher Verletzung zu schützen. Diese Anteile üben eine Art Wächter-Funktion für das System aus. Diese Verfolger-Anteile basieren auf Täterintrojekte.

⇒ Diese Täterintrojekte sind nicht Teil des Problems, sondern die Lösung (Überlebensstrategie), indem sie versuchen, den Klienten vor einer wahrgenommenen Bedrohung zu schützen, indem sie aktiv

- Jede Bindung, mögliche Abhängigkeit oder emotionale Bedürfnisse unterdrücken, um mit schwierigen Gefühlen wie Wut und Hasse fertig zu werden und Gefühle der Angst, Verletztheit und Scham zu vermeiden
- Dabei richten sie meist die Wut nach Innen und das ursprüngliche traumatische Erleben mit dem/der Täter/in wird im eigenen Umgang mit den Innenanteilen reinszeniert
- Dadurch soll die Ersatzüberzeugung geschaffen werden, dass der Verfolger-EP der/die Täter/in sei. Dies ist ein Versuch der Hilflosigkeit durch Schuldübernahme zu entfliehen.

Verwandlung von Objektbotschaften durch die Selbstantworten zu Introjekten

Der Täter denkt, verhält sich und fühlt sich mir gegenüber	Ich als Opfer denke, verhalte und fühle mich dem Täter gegenüber	Meine Grundhaltung mir selbst gegenüber	
Objektbild	Selbstbild	Introjekt	
Er quält, zerstört mich.	Ich wehre mich verzweifelt.	Ich quäle und zerstöre mich.	↑↑ ↓↓
Er bedroht, verletzt mich.	Ich habe Angst, bin angespannt.	Ich bedrohe mich selbst.	
Er nimmt mich aus.	Ich opfere mich betont auf.	Ich verausgabe, überlaste mich.	
Er bestraft, übt Rache.	Ich verteidige mich jammernd.	Ich bestrafe mich streng.	
Er führt mich in die Irre.	Ich misstraue, stimme aber zu.	Ich verrate und betrüge mich selbst.	
Er beschuldigt mich.	Ich unterdrücke Wut aus Angst.	Ich beschuldige mich selbst.	
Er setzt mich herab.	Ich gebe schmallend nach.	Ich erniedrige mich, zweifle an mir.	
Er blockiert mich, schränkt mich ein.	Ich füge mich hilflos.	Ich schränke mich ein.	
Er bevormundet mich.	Ich befolge Regeln, ohne nachzudenken.	Ich zwingen mich, korrekt zu sein.	
Er führt und kontrolliert mich.	Ich beuge und unterwerfe mich.	Ich kontrolliere mich stark.	
			Extrem: Kontrolle

Vgl Peichl, 2013

„Das Opfer nimmt wahr: „Der/Die Täterin beschuldigt mich, böse und verkommen zu sein“ (Fokus 1: der Andere“); daraufhin wird in meinem Selbstbild erzeugt: „Ich unterdrücke meine Wut, aus Angst vor Strafe“ (Fokus 2: das Selbst); Nach wiederholten Durchläufen durch diese traumatische Interaktion (episodische Repräsentanzen aus Selbst-Objekt-Affekt-Einheiten) bildet sich ein Introjekt mit Übernahme der Tätersicht in das eigene Selbstverständnis: „Ich beschuldige mich selbst, schlecht zu sein.“ Aus der Interpretation des Täterverhaltens in Bezug auf mich, wird eine Aussage über mich selbst.“ Peichl, 2013 „Die inneren Traumalandschaften“

Vom Introjekt zum Täter-Introjekt

Prototyp	Selbst-Ego-State des Responders: Introjekt	Relational-Ego-States des Initiators: der/die Täter/in wird erlebt als...
1 – physische Gewalt	Kernstruktur ist der gnadenlose Selbsthass	Er/Sie bestraft mich, er/sie rächt sich an mir, er/sie nimmt mir Dinge voller Hass weg und versucht mich zu zerstören.
2 – psychische Gewalt	Kernstruktur ist Selbstbestrafung/Schuld/Scham	Er/Sie beschuldigt mich, ich mache alles falsch und schlecht, er/sie kritisiert mein Verhalten, er/sie betrügt mich.
3 – sexuelle Gewalt	Kernstruktur ist totale Kontrolle	Er/Sie blockiert mich, er/sie befiehlt mir, er/sie sagt mir, was richtig ist, ich muss seinen/ihren Anordnungen folgen.

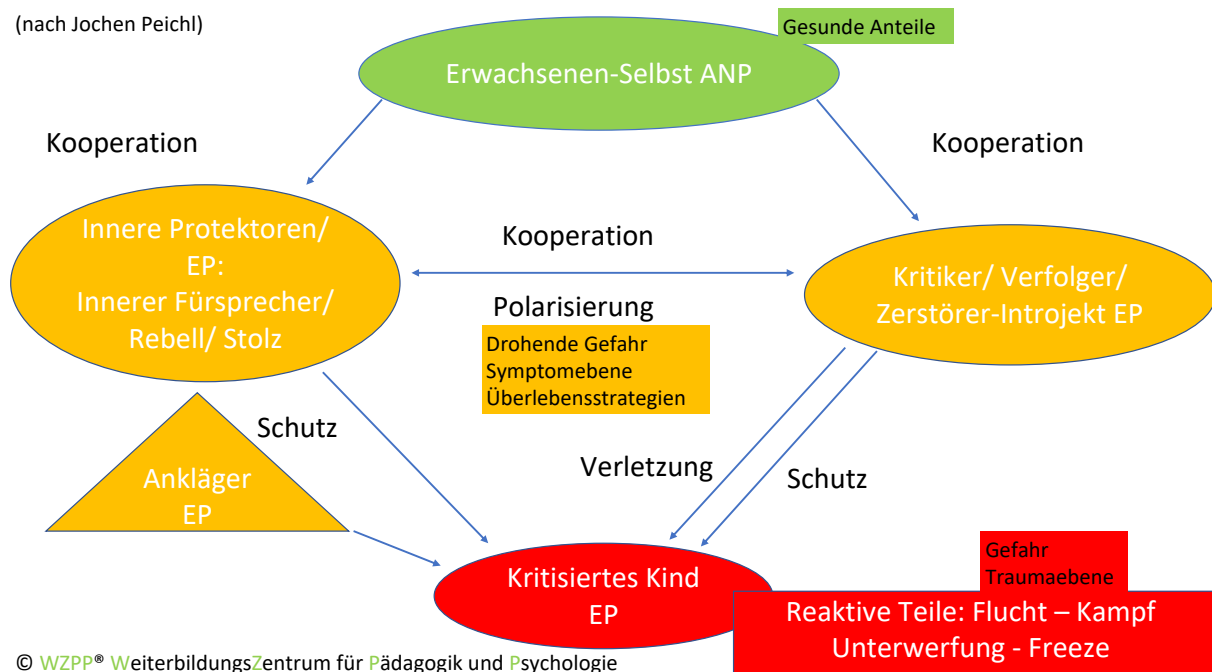
Vgl. Peichl, 2013 / Die drei Prototypen der Täter-Introjekte und die Art der traumatischen Handlungen des Täters nach Scilligo (2004)

„Dissoziiertes Selbst“				
↓	↓			↓
ANP	EP 1 Täter-Introjekt Täter-Ego-State			EP 2 Opfer-Introjekt Opfer-Ego-State
	↓			
	Kernstruktur Selbsthass	Kernstruktur Selbstbestrafung/ Schuld/Scham	Kernstruktur Totale Kontrolle	

Das Introjekt- System

1. Achse „Innerer Kritiker/Verfolger/Zerstörer“ – „kritisiertes inneres Kind“
 - ⇒ entstanden durch traumatisierende Beziehungserfahrungen, in denen DAMALS die Psyche den kindlichen Reaktionszustand abgespalten und daraus einen kritisierten/traumatisierten Kind-State (EP) gebildet hat. Mit der Übernahme der Erfahrungen in einen kindlichen Selbst-Anteil, kann die Verletzungs-/Traumaerfahrung „contained“ werden und sich eine Alltagspersönlichkeit (ANP) weiterentwickeln.
 - ⇒ bei erhöhtem traumatischem Stress (Erleben von absoluter Hilflosigkeit, Kontrollverlust, Todesangst) entstehen diverse reaktive Anteile. Diese EPs entwickeln sich aus starken Affektzuständen als Verteidigungssysteme (Flucht-Kampf-Freeze-Unterwerfung).
 - ⇒ Wenn keine Chance besteht, den/die „Täter/in“ zu meiden, um sich zu schützen, erfolgt die Introjektion des/der „Täters/in“ in den psychischen Innenraum (Introjektbildung als Innerer Wächter). Die äußere Beziehung ist nun vollständig nach innen genommen und das Kind verhält sich auch in Abwesenheit der Eltern so, als wären diese da. Damit ist die existenzielle Beziehung zu den „Tätern/innen“ wiederhergestellt. Das Introjekt hilft, Schmerz, Liebesverlust und Scham zu minimieren, und damit zu überleben.
 - ⇒ In der Pubertät und der damit verbundenen Erweiterung des sozialen Rahmens/Zunahme von Gefahren verschärft sich die Sprache des Introjekts.
 - ⇒ Gegen die Dominanz des/r ewigen Anklägers/in entstehen mit der Zeit innere Protektoren:
 1. Der/Die innere Fürsprecher/in: er findet Gegenargumente („so schlimm ist es ja auch wieder nicht...“)
 2. Der/Die innere Rebellin: wirkt 1. nicht, taucht Trotz und Verweigerung auf, teilweise selbstdestruktiv
 3. Der Stolz: er versucht die Vorwürfe zu mildern, indem er ständig auf die Erfolge, das Können und die Bewunderung durch andere hinweist – wirkt zeitweise als wenig realistische Selbsteinschätzung
 4. Letzte Instanz: der/die Ankläger/in: er denkt rigoros und extrapunitiv: „Nicht ich bin schuld, sondern immer die anderen; dass die Forderungen des Introjekts nicht erfüllt wurden, liegt nicht am Inhalt der Forderung und auch nicht an der Person an sich, sondern am Umfeld, der Welt als solcher und dem Wetter im Besonderen.“

(nach Jochen Peichl)



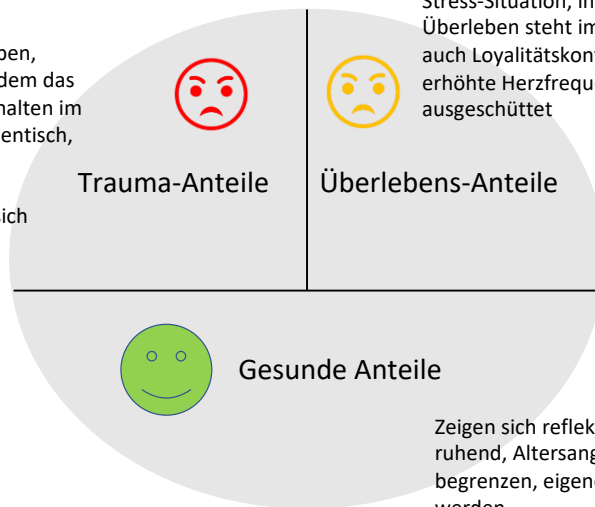
Das Introjekt-System nach Peichl, 2015

Grundlegende Strategien zur Teilarbeit nach Peichl

In der Teilarbeit wird nach dem Prinzip der „Guten Absicht“ gearbeitet. Alle im System bestehenden Teile haben „eine gute Absicht“ da zu sein (so waren sie bei ihrer Entstehung doch Überlebensstrategien). Da die traumabedingten Ego-States jedoch weiterhin im Zeitpunkt des Traumas verharren und bei möglicher Bedrohung oder auch tatsächlich subjektiv erlebter Bedrohung aktiviert werden, zeigen sie ihre „alten“ Überlebensstrategien im Zustand, Gefühlserleben und Verhalten im Alterszustand des Traumas als Symptome im Hier und Jetzt, auch wenn diese jetzt nicht mehr angebracht erscheinen. „Alle sind gekommen, um zu helfen“ ist die Parole. Die gezeigten Symptome sind demnach nicht das Problem, sondern die Lösung und sollten im Kern/ in seiner „guten Absicht“ verstanden werden.

(Nach Prof Franz Ruppert)

Aktivierung im Traumaerleben,
Emotional in dem Alter, in dem das
Trauma geschehen ist, Verhalten im
Trauma-Viereck, nicht authentisch,
wirken „fremdgesteuert“
(teildissoziiert)
Ohnmacherleben, neben sich
Stehen (volldissoziiert)



Stress-Situation, innerer Kampf-/ Fluchtmodus,
Überleben steht im Vordergrund, hier zeigen sich
auch Loyalitätskonflikte/ innere Zerrissenheit,
erhöhte Herzfrequenz, Stresshormone werden
ausgeschüttet

Zeigen sich reflektiert, authentisch, in sich
ruhend, Altersangemessen, lassen sich
begrenzen, eigene Bedürfnisse können benannt
werden

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Keine Gefahr	Drohende Gefahr	Gefahr
System sozialer Sicherheit	Flucht und Kampf	Dissoziation
Ventraler Vagus	Sympathikus	Dorsaler Vagus
• Explorierend • Lässt sich begrenzen/ beruhigen • Kann eigene Bedürfnisse benennen • Verhält sich altersadäquat • Ruhige Herzfrequenz	• Überlebensstrategien, um zu verhindern, dass es erneut zu traumatisierenden Situationen kommt • Springt bei vermeintlicher oder drohender Gefahr an • Kampf-Modus: Angriff, sich wehren, kratzen, beißen, Dinge zerstören • Flucht-Modus: Vermeiden, ablenken, krank werden, Ängste, weinen, sich unsichtbar machen • Auch sämtliche pathologische Symptome • Hohe Herzfrequenz • Stress-Symptome erkennbar: innere Zerrissenheit, Verzweiflung	• Teildissoziierter Zustand im Rahmen der Reinszenierung (Trauma-Viereck): <u>ungewolltes</u> Verhalten wie in der damaligen Trauma-Situation in u.U. wechselnden Positionen • Das Verhalten ist nur bedingt steuerbar, wenig flexibel • Im Alter der traumatischen Situation • Wird im nachhinein vom Betroffenen bereut (Scham/ Wut auf sich und andere/ Selbstbestrafung) • Führt zu <u>Retraumatisierungen!!</u> • Volldissoziierter Zustand: totstellen, erstarren, Müdigkeit, einschlafen, Abwesend wirken • „Filmriss“, der z.T. durch „Lügen“ gefüllt wird

© WZPP®
WeiterbildungsZentrum für
Pädagogik und Psychologie

Folgendes Vorgehen hat sich bewährt:

1. Problembenennung

Der/die Klient/in zeigt eine „störende“ Symptomatik (Gedanke, Gefühl, Verhalten etc.), die ihn/sie im Alltag einschränkt. Das Symptom steht häufig in einem Beziehungskontext.

Vorgehen: Pacing und Leading

2. Einführung des Teiledenkens

Zu Beginn sollte eine beobachtende Distanz zur Symptomatik geschaffen werden. „Es ist nicht die ganze Person, die das Problem hat. Es ist ein Teil von Dir, der dafür zuständig ist.“

Hintergrund: Wir gehen davon aus, dass das Symptom Ausdruck eines Interessenkonflikts zweier oder mehrerer Ego-States ist.

3. Kontaktaufnahme zu den Teilen

Die Ursache und/ oder Entstehung des Symptoms wird nicht erörtert. Der/Die Klient/in soll direkt mit dem Ego-State/Teil (EP) Kontakt aufnehmen, der für das Symptom zuständig erscheint. „Welcher Anteil könnte dies sein? Wie heißt dieser?“

4. Prüfung des Status der Dis-Identifikation

Ist der/die Klientin mit seinem ANP identifiziert? Kann er/sie sich ausreichend vom Symptom-Teil/EP abgrenzen? Wenn ja, weiter mit 7.

5. Wenn nein, Einführung in die Dis-Identifikationstechniken

Mögliche Techniken zur Dis-Identifikation zu den jeweiligen Ego-States sind die Konferenzraum-Metapher, die Bühnen-Metapher etc..

6. Erkundung weiterer Teile, die sich gerade einmischen

„Welche Gefühle hat das Erwachsenen-Selbst, der ANP, gegenüber dem Symptom-Teil, dem EP?“ Normalerweise sollte der ANP gegenüber dem EP Neugier, Mitempfinden und die Möglichkeit, wertfrei zu beobachten, zeigen. Zeigt der ANP mehr Angst, Wut, Verachtung etc. mischt sich ein dritter Ego-State gerade ein. Der/Die Klient/in wird dann gebeten, diesem Teil einen Namen zu geben.

a) Sind die Gefühle des ANP wie oben beschrieben, weiter zu 7

b) Sind weitere heftige Gefühle vorhanden, dann erneut den Teil benennen.

c) Sollten die bisherigen Teile „nicht zur Seite“ treten wollen, wird gefragt: „Was befürchtest Du für den Fall, dass sich der Symptom-Teil zeigen könnte?“

7. Kontaktaufnahme

Bitte mit den Symptom-Teilen/EP's Kontakt aufzunehmen und mehr über sie zu erzählen. „Wie heißt diese Anteile?“

- a) Symptombezogene Fragen: Fragen nach seiner Funktion/Ziel, seines Tuns/ gute Absicht
Zielfrage: „Der Anteil erzeugt das Symptom, um Dich vor zu schützen?“
 - b) Kontextfragen: wie und in welchem Kontext macht das Symptom Beschwerden?
8. Die Suche nach dem verborgenen Kind-Anteil
Die zentrale Frage an den Symptom-Teil lautet: „Was würde passieren, wenn dieser aufhören würde, das zu tun (das Symptom erzeugen)?“ In der Antwort auf diese Frage wird der „verwundete, traumatisierte, gekränkte, verlassene“ Kind-Anteil sichtbar.
Hintergrund: Dieser Kind-Anteil wird vom Symptom geschützt!
9. Wertschätzung für den Symptom-Teil geben
Zielführende Fragen wie: „Wie lange macht dieser den Job des Schützens schon?“, „Wie geht es ihm dabei, diesen Job zu tun?“
Hintergrund: Wichtig ist die Wertschätzung für den „Job“ aus der Sicht des ANP!
10. Kind-Anteil explorieren und heilen
Den Symptom-Teil bitten zu zeigen, welchen Kind-Anteil oder -Anteile er schützt. Wichtig: Jetzt den Symptom-Teil um Erlaubnis fragen, ob man mit dem Kind-Anteil arbeiten darf; wenn ja, dann Kontakt aufnehmen; wenn nein, dann fragen, was er befürchtet, was geschehen könnte, wenn der Kind-Anteil hervorkommt und sich zeigt. Meist kommt die Antwort: Angst vor Gefühlsüberschwemmung, Wut, Scham, Geheimnisverrat etc..
11. Arbeit mit dem verletzten inneren Kind
Das verletzte Kind in Sicherheit/Gegenwart bringen, zeigen, dass die traumatische Situation vorbei ist etc.

Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

- **Schweren dissoziativen Störungen** liegt eine **strukturelle Dissoziation** der Persönlichkeit zugrunde. Das bedeutet, dass eine überwältigende traumatische Erfahrung, die die Integrationskapazität des Individuums „sprengt“, aus dem Bewusstsein ferngehalten wird, um ein weiteres Überleben und Funktionieren zu ermöglichen. Durch die Desintegration und Fragmentierung des Bewusstseins kann die Erfahrung nicht voll verarbeitet und deshalb nicht in das autobiographische Gedächtnis integriert werden.
- Dissoziation ist zunächst ein **adaptiver Überlebens- und Bewältigungsmechanismus und bedeutet einen Rückzug aus einer unerträglichen Realität**. Sie wird später aber selbst zum Hindernis der konstruktiven Bewältigung des Traumas und zum Risiko für die Entwicklung von psychischen Störungen, löst Angst aus und behindert die Kohärenz des Selbst.

Denn bei jeder Dissoziation wird ein Stück Selbst sozusagen „weggemacht“. Dissoziation fixiert also an das Trauma, tendiert zur Generalisierung bis hin zur Gefühlsphobie, alle – auch positive – Gefühle können als Trigger gefürchtet werden.

- Entwicklungspsychologisch sind wir als kleine Kinder auf sichere, feinfühliges Bindungserfahrungen angewiesen. Durch Beruhigung und Trost, die wir erfahren, lernen wir nach und nach, uns selbst zu beruhigen und zu trösten. So erfahren wir, dass heftige Gefühle und Befindlichkeitszustände beruhigt und integriert werden können und „alles wieder gut wird“. Das ist die Voraussetzung für die Entwicklung einer einheitlichen Identität und Persönlichkeit mit integrativen Fähigkeiten und einem Zustand übergreifenden kohärenten Selbstbewusstseins. **Der beste Schutz vor der Entwicklung dissoziativer Störungen scheint eine sichere Bindungsbasis des Kindes an die Eltern zu sein.**
- **Bei traumatisierten Kindern hingegen entwickeln sich zustandsabhängige unterschiedliche Bewusstseinszentren**, die sich im weiteren Verlauf zu verschiedenen dissoziierten States mit entsprechenden Gefühlen, Erfahrungen und Erinnerungen und so zu eigenständigen Selbst-Zuständen ausbauen.
- Die Befindlichkeitszustände können als evolutionär-biologisch verankerte emotionale Aktionssysteme verstanden werden, die zum einen Alltagsfunktionen wie Nahrungsaufnahme, Spiel, Neugier und Bindung etc. dienen, zum anderen Verteidigungsfunktionen wie Kampf und Flucht oder Starre und Unterwerfung. Letztere entspricht dem Totstellreflex im Tierreich bei extremer Bedrohung.
- Bei extremer Vernachlässigung und anderer anhaltender Traumatisierung können diese Aktionssysteme zu den dissoziativen Persönlichkeitsanteilen ausdifferenziert werden.

Spezielle Interventionen bei dissoziativen Zuständen

In dissoziativen Zuständen kann nichts mehr aufgenommen werden und es findet keine Verarbeitung statt. Die beste Intervention ist zu verhindern, dass es zu Dissoziationen kommt! Das heißt: **Stress reduzieren** (Reddemann, 2004).

Da dissoziative Zustände aber auch durch vielfältige äußere und innere Trigger ausgelöst werden, sollten die Klienten angeleitet werden, diese achtsam wahrzunehmen und Vorboten zu bemerken. Die Übergänge zu Dissoziationen können mit der Screamtechnik vorsichtig exploriert werden. Ein wichtiges Ziel ist, Affekttoleranz und Umgang mit Affekten zu lernen, um nicht mehr gewohnheitsmäßig vorschnell zu dissoziieren.

Vorgehen bei dissoziativen Zuständen

- Zunächst in eine **ruhige Reorientierung** im Hier und Jetzt anstreben, mit Bitte um Blickkontakt: „Öffnen Sie bitte die Augen, jetzt hierher in diesem Raum in die Gegenwart zurückkommen und hierbleiben, mich mal anschauen.“
- **Erklärung an den dissoziativen Anteil, der jetzt „vorn“ ist**, „Durchsprechen“ zu den inneren Anteilen, Kontakt mit erwachsenem Anteil herzustellen versuchen
- **Achtsamkeit**: von dem inneren Geschehen ablenken durch Anleitung zur Wahrnehmung der jetzigen äußeren Situation
- Hinlenken zu **anderen Wahrnehmungsinhalten**
- Gegenstände in **verschiedenen Farben** benennen lassen
- Die **Aufmerksamkeit ins Jetzt** holen, z.B. durch starke sensorische Reize („Riechfläschchen“)
- **DBT-Skills und Notfallkoffer**
- **Wegpacken von belastendem Material**
- Über **Alltagsthemen** sprechen, den ANP „her-triggern“
- **Ortswechsel, Themenwechsel**
- **Pacing** („Da ist gerade etwas ganz schwierig in ihrem inneren Erleben.“) und **Leading** („Und jetzt bitte alles Schwierige ganz nach hinten schieben und an meiner Stimme entlang wieder ganz hierher zurückkommen.“) (Huber, 2010)
- **„Filmrücklauf“** anregen („Sie sind in einem alten Film, bitte jetzt den Film stoppen, Stoptaste auf ihrer Fernbedienung jetzt drücken, zurückspulen, auf eine Kassette speichern, Auswurf Taste drücken und in den Tresor einschließen.“)
- **Körperlich erden**, Klienten/in sich selbst (!) abklopfen lassen
- **Vorsicht**: Berührung allenfalls mit Vorankündigung und Erklärung, dann nur an „ungefährlichen“ Stellen wie am Unterarm, und nur klare – nicht zu fest zupackende oder zärtlich wirkende – Berührung, dabei sprechen („Ich lege meine Hand auf ihren Unterarm, damit Sie jetzt bitte hierher zurückkommen.“) Kein Vertiefen oder Erfragen des Inneren Geschehens.

Spezielle Interventionen bei Flashbacks

Charakteristika bei Flashbacks

- Flashbacks sind durch Triggereize (auch allgemeine physiologische Erregung wie z.B. Hitzegefühl und Pulsbeschleunigung beim Bergwandern) **reaktivierte traumatische Erinnerungen**.
- **Teilweises oder vollständiges Wiedererleben** sensorischer Fragmente oder ganzer Traumaszenen, nicht nur visuell, sondern auf allen Sinneskanälen und/oder emotional (etwa plötzliches Gefühl von Ohnmacht, Hoffnungslosigkeit, Panik, Suizidimpulse). Auch der traumaassoziierte körperliche Stress, die damaligen Überzeugungen („jetzt ist alles aus“) und Verhaltensmuster können wieder aktiviert werden.
- **Als Gegenwart erlebt**
- **Emotional hoch belastend**
- **Oft ohne Zugang zur Sprache**

Flashbacks sind dissoziative Symptome und keine Wiederholung traumatischer Inhalte, in ihnen findet keinerlei Verarbeitung statt.

Flashback-Stopp

- Orientierung im Hier und Jetzt
- Aufmerksamkeit und Sinneswahrnehmungen nach außen lenken, Gegenstände beschreiben lassen
- Selbstfürsorge anregen
- Distanzierungstechniken wie Flashbacks auf Bildschirm vorstellen, ausschalten und wegpacken
- Flashbacks imaginativ mit Farbe übermalen

Vorsicht: keine Exploration der emotionalen Zustände! Ziel ist Affektkontrolle!

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

Spezielle Interventionen bei Selbstverletzendem Verhalten

Bei allen bereits bekannten Tendenzen zu Selbstverletzungen sollte im Vorfeld der Therapie/Beratung mit dem/der Klient/in gemeinsam ein **Sicherheitsvertrag** formuliert werden, indem die Verantwortung des/der Klient/in „abgesteckt“ wird. Wir sollten nicht zu viel übernehmen, um nicht eine regressive Spirale zu fördern, in der das Verhalten ausufert. Selbstverletzendes Verhalten sollte **nicht durch zu viel Zuwendung** belohnt werden und damit positiv verstärkt werden. Stationär kann dies sonst eine Art Wettbewerb auslösen, wer – etwa durch noch tieferes schneiden – mehr Aufmerksamkeit bekommt. Der/Die Klient/in soll eher lernen, dass er/sie auch ohne Not Kontakt aufnehmen darf und willkommen ist. **Ein klares, Halt gebendes, pragmatisches und nicht dramatisierendes Vorgehen ist in Krisen am hilfreichsten.** Oberflächliche Wunden können von dem/der Klient/in selbst versorgt werden.

Parallel ist die Arbeit mit dem Ziel **günstigere Bewältigungsstrategien** und damit die **Stärkung des Selbstwertgefühls** vorrangig. Dazu gehört die **Stärkung sozialer Kontakte** ebenso wie **alle Techniken zur Verbesserung der Selbstregulation, Affektkontrolle und Distanzierung**, um mit starken negativen Gefühlen besser umgehen zu können.

Hilfreich sind zudem die Vermittlung von **Techniken zum Dissoziationsstopp**, u.a. Skills aus der DBT, bekannt sind Eiswürfel, Igelbälle, Gummibänder.

Wichtig ist die **Arbeit an den Auslösern und der Differenzierung der Affekte** hinter der diffusen Spannung: War es Wut, Angst, Scham, die den inneren Druck steigen ließ? Welche Ressourcen helfen, besser damit umzugehen?

Bei ausgeprägter Selbstverletzungstendenz ist die Abklärung von Suizidalität und Bündnisfähigkeit wichtig und ggf. die Indikation zu stationärer Einweisung zu prüfen.

Interventionen bei selbstverletzendem Verhalten (SVV) und SVV-Druck:

- Im Intervall: **günstigere Bewältigungsstrategien** erarbeiten, **Ressourcen** eruieren, nach **Ausnahmen** fragen, wo trotz Schneidedrucks Steuerung möglich war, achtsam Beginn bemerken und früh genug „aussteigen“ üben
- **Auslöser eruieren**
- **Differenzierung der Affekte** hinter dem SVV-Druck
- Möglichst **pragmatischer Umgang** ohne verstärkende Extrazuwendung
- **Pendeln von Selbstverletzungsdruck zu Ressourcenpol**, wo sich der Körper ruhig anfühlt
- Techniken wie bei **Flashback- und Dissoziationsstopp**
- Techniken zur **Emotionsregulierung**
- Zur **Spannungsreduktion Skill** aus der DBT wie Eiswürfel etc.

Trauma und Suizidalität

Begriffsdefinition und allgemeine Aspekte von Suizidalität

Suizid und Suizidversuch sind keine klar definierten Begriffe, sondern beschreiben eine Vielzahl von Verhaltensweisen, die mehr oder weniger stark auf Selbstschädigung und den eigenen Tod ausgerichtet sind. Die Bandbreite der verschiedenen Verhaltensweisen ist allerdings groß, angefangen von häufig unbewussten passiven Todeswünschen über riskantes Verhalten, bei dem eine suizidale Komponente nicht auszuschließen ist, selbstgefährdende und selbstverletzende, sogenannte parasuizidale Verhaltensweisen bis hin zur bewussten lebensbilanzierenden Suizidhandlung.

Zudem hat suizidales Verhalten neben dem Aspekt des Sterben Wollens fast immer zusätzlich andere Beweggründe, wie den Wunsch nach Ruhe, einen Kontaktwunsch oder Hilferuf, der sich an eine bestimmte Person richtet, Rache oder den Impuls, sich zu opfern für eine Person, eine Idee etc.

Auch die Wahl der Suizidmethode, der Zeitpunkt und der Ort des Suizidversuchs bzw. des Suizids haben häufig symbolischen Charakter: z.B. aus einer bestimmten Lebenssituation „herauszuspringen“, einen „Schnitt machen“, einem anderen Menschen „in den Tod folgen“, das Schicksal über Leben und Tod entscheiden lassen, an einem bestimmten Tag oder Ort, an dem etwa der Verlust eines geliebten Menschen eingetreten ist, einen Suizidversuch begehen.

In der praktischen Arbeit mit suizidalen Menschen hat sich herausgestellt, dass es essenziell wichtig ist, diese Beweggründe zu verstehen, um sie in der Krisenintervention oder Psychotherapie zu bearbeiten.

Suizidalität bei Traumatisierung

Suizidalität zeigt sich nach Traumatisierung zu unterschiedlichen Zeiten in unterschiedlichen Formen und hängt natürlich eng mit den Beschwerden, der psychischen Symptomatik, aber auch den Beziehungsaspekten zu Angehörigen oder Beratern/innene und äußeren Faktoren zusammen.

So zeigt sich in der ersten Phase – der Schockphase – und auch im Rahmen der akuten Belastungsstörung häufig ein nicht im eigentlichen Sinn suizidales Verhalten, sondern eher ein selbstgefährdendes Verhalten im Zusammenhang mit Dissoziation und einem „normal-funktionieren-wollen“. Ein häufiges Phänomen nach Unfällen ist z.B., dass Unbeteiligte über eine (mehrspurige) Fahrbahn laufen, sich beim Aufstellen des Warndreiecks gefährden oder in brennenden Autos oder Häuser klettern, um einen bestimmten Gegenstand zu holen.

Sehr oft tendieren Menschen in der Zeit kurz nach dem Trauma dazu, „nicht mehr auf sich zu achten“, nicht mehr regelmäßig zu essen, zu schlafen, keine Medikamente mehr zu nehmen, Suchtmittel zu konsumieren und sich insgesamt riskanter zu verhalten als vor dem traumatischen Ereignis.

Im weiteren Verlauf tritt Suizidalität häufig auf und sollte deshalb immer wieder vom/n der Berater/in aktiv angesprochen werden. Das Risiko ist besonders dann erhöht, wenn eine stark depressive Symptomatik besteht, bei wahnhaft psychosenaher Symptomatik und bei Suchtverhalten, wenn für längere Zeit keine Besserung der Symptomatik eintritt, bei Therapiepausen oder Therapeutenwechsel, oder wenn die Therapie misslingt.

Auch äußere Faktoren, wie etwa Enttäuschungen, wenn sich Freunde abwenden, kritische gerichtliche Situationen, wie z.B. Gegenüberstellung mit dem/r Täter/in, verlieren eines Prozesses oder Haftentlassung des/r Täters/in, oder intensiveren suizidalen Gedanken.

Diagnostik der Suizidalität

Die Abschätzung des aktuellen Suizidrisikos gehört zu jedem ersten Beratungswie auch zu jedem Krisengespräch. Dabei handelt sich immer um eine subjektive Einschätzung, die jetzt aktuell Gültigkeit hat. Immer wieder wurde versucht, diese Einschätzung anhand von Skalen oder Tests zu objektivieren, diese haben sich jedoch in der Praxis nicht bewährt.

Einerseits geht es um die Abschätzung des basalen Risikos anhand von Risikofaktoren, wie familiäre Belastung, frühere Suizidalität oder Suizidversuche, und um die Frage nach haltenden Faktoren, also wie der/die Betroffene es geschafft hat, weiterzuleben. Andererseits soll die aktuelle Gefährdung eingeschätzt werden: Suizidgedanken, Suizidimpulse, konkrete Vorbereitung für einen Suizidversuch.

Zentral für die Einschätzung des aktuellen Risikos ist die **Gegenübertragung**, wie der/die Betroffene mit dem/der Berater/in in Beziehung ist oder diese Beziehung gerade meidet.

Häufige Gegenübertragungsgefühle bei Suizidalen sind:

Sorge um den/die Klienten/in, Angst vor dem/der Klienten/in, aggressive Impulse wie Hass, Wut, Feindschaft, Schuldgefühle, Gefühle des Ausgeliefertseins, in die Enge getrieben zu sein oder manipuliert zu werden, das Gefühl, den/die Klienten/in im Gegenzug selbst in den Griff bekommen zu wollen, ihn/sie medikamentös (Injektion) behandeln zu wollen, ihn/sie einsperren zu wollen, den/die Patienten/in los werden zu wollen oder auch: Alle Aktivitäten des/der Beraters/in sind auf den/die Klienten/in gerichtet und das andauernde Denken an ihn/sie (Kind, 1992).

Beratung suizidaler Menschen

Ziel der Krisenintervention und Suizidprävention ist das Erfragen nach Auslöser und Beweggründe sowie deren Bearbeitung, d.h. Möglichkeiten zu finden die meist unbewussten Impulse und Beweggründe auszudrücken, ohne sterben zu müssen.

Es geht zunächst wie bei jeder Krisenintervention um einen **Beziehungsaufbau**, oft mit kurzfristigen Beratungsintervallen und ggf. Telefonaten. Wichtig ist auch, einen **Notfallplan** zu besprechen und für den Fall, dass keine verlässliche Abmachung im Sinne einen **Non-Suizid-Vertrags** mehr möglich ist, eine Vereinbarung mit dem/der Klienten/in zu treffen, in welche Klinik oder Klinikeinrichtung eine Ein- bzw. Überweisung erfolgen soll.

Wenn Suizidalität in einer laufenden Traumatherapie auftritt, ist es wichtig zu klären, ob sie mit der Traumatisierung und den Erfahrungen aus der Vergangenheit zusammenhängt oder mit dem therapeutischen Setting, dem Arbeitsbündnis oder der therapeutischen Beziehung im Jetzt.

Häufiges Motiv für Suizidalität nach einem Trauma, z.B. einem traumatischen Verlust einer nahen Person, ist u.a. der Wunsch nach Wiedervereinigung mit dieser, aber auch die Belastung durch Symptome nicht mehr aushalten zu wollen oder zu können, oder eine stark depressive Verstimmung.

Im therapeutischen Setting kann Suizidalität etwa bei Urlaubsabwesenheit des/der Therapeuten/in auftreten oder auch bei einem Konflikt in der therapeutischen Beziehung, z.B. darüber ob und wann das Trauma bearbeitet werden soll. Dieser Konflikt muss daher sofort angesprochen werden, um nach einer entsprechenden Klärung und Intervention die Psychotherapie fortsetzen zu können.

Suiziddrohungen sollten grundsätzlich immer ernst genommen werden, auch wenn Betroffene häufig mit Suizid drohen. Aus der praktischen Erfahrung gilt, „eher einmal zu oft reagieren als einmal zu wenig“, da ein Versäumnis nicht nur für den/die Klienten/in schlimme Folgen haben kann, sondern auch im/n der Berater/in schwere Schuldgefühle auslösen wird.

Suizidalität sollte **nicht zwischen „Tür und Angel“** angesprochen werden, sondern es muss eine Gesprächsmöglichkeit in einem ruhigen Raum, ohne Störungen und ohne Zeitdruck, geschaffen werden. Wenn wenig Zeit zur Verfügung steht, sollte dies vorher kommuniziert werden, damit sich die Betroffenen darauf einstellen können.

Entscheidend ist, das Thema offen anzusprechen, ohne Angst „schlafende Hunde“ zu wecken, d.h. einen Menschen durch die Frage erst auf die Idee des Suizids zu bringen. In der Praxis ist es eher umgekehrt, dass Menschen, die suizidale Gedanken haben, erleichtert reagieren und in der Regel auch offen darüber sprechen. Es gilt die Erfahrung aus der Psychotherapie: „was angesprochen werden kann, muss nicht gehandelt werden.“ **Das offene Ansprechen beinhaltet auch das konkrete Nachfragen nach Suizidgedanken oder –impulse, konkreten Vorbereitungen, um sich als Berater/in ein möglichst genaues Bild über die Gefährdung machen zu**

können. Das entscheidet über das weitere beraterisch-psychotherapeutische Vorgehen.

Es geht um **empathisches Zuhören** und nicht darum, sofort Lösungen zu wissen und anzubieten, diese sollten gemeinsam entwickelt werden. Wenn solche gefunden sind, sollten sie konkret formuliert und überlegt werden, was der/die Klient/in macht, was der/die Berater/in.

In komplexen Problemsituationen ist vernetztes Arbeiten von Beratern/in/Therapeuten/in und unterschiedlichen Einrichtungen, ambulant und stationär, mit unterschiedlichen therapeutischen Angeboten unbedingt notwendig.

Bei Suizidalität ist es auch wichtig, an eine **Angehörigenberatung** zu denken, da die Angehörigen und Freunde eines suizidalen Menschen oft sehr belastet sind.

Interventionen bei suizidalem Verhalten

Wenn ein/e Klient/in in der Beratung suizidale Äußerungen macht oder der/die Berater/in den Eindruck hat, der/die Klient/in könnte suizidal sein, ist es wichtig, **genau und präzise nachzufragen**.

Von größter Bedeutung ist eine **achtsame und empathische Grundhaltung** des/der Beraters/in, damit eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung entstehen und das Thema Suizid offen angesprochen werden kann.

Zunächst gilt es, bereit zu sein, sich auf des/die Klienten/in einzulassen, sich in ihrer **Situation hineinzusetzen**, ohne gleich Lösungen vorzuschlagen, die auf eigenen Wertungen und Deutungen basierten. Vielmehr geht es darum, **gemeinsam mit dem/der Klienten/in ein Verständnis für ihre Situation zu gewinnen und dann gemeinsam Lösungen zu finden**.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist, **stellvertretend Hoffnung zu übernehmen**, d.h. eine sehr negativ vorgetragene Zukunftsvorstellung zu relativieren und vorzuschlagen, auch alternative Möglichkeiten einzubeziehen.

Wenn man mit dem **Ego-State-Konzept** arbeitet, ist es möglich, mit den **verschiedenen Anteilen Kontakt** aufzunehmen, mit dem suizidalen Teil und dem Teil, der leben will, und beide Anteile zu Wort kommen zu lassen. Von Anfang an sollten „haltende Anteile“ oder Halt gebende Faktoren mit einbezogen werden. Verletzte Anteile können an den imaginativen sicheren Ort gebracht werden.

Es ist nicht möglich, dem/der Klienten/in Suizidalität auszureden, aber man kann seine/ihre Sätze und Äußerungen umformulieren und so einerseits konkret nachfragen, andererseits zu einer erweiterten Sichtweise anregen und ressourcenorientiert intervenieren.

Ich kann nicht mehr!	Was genau können Sie nicht mehr?
Ich will nicht mehr leben!	Sie wollen SO nicht mehr leben! Was müsste sich verändern, dass Sie wieder Lebensmut finden?
Ich werde nie mehr froh, das halte ich nicht mehr aus.	Wann hat die Niedergeschlagenheit/ Traurigkeit begonnen?
Ich bin so anders.	Was hat sich verändert, was ist gleich geblieben?
Ohne diesen Menschen kann ich nicht mehr leben!	Was war so einzigartig an diesem Menschen und an dieser Beziehung?
So etwas zu erleben, heißt sterben zu müssen!	Sie haben ja bis jetzt überlebt, wie haben Sie das geschafft?

Die Formulierungen müssen wertschätzend sein, können ein Gespräch einleiten oder wieder in Gang bringen, jedoch nicht „die Suizidalität bannen“.

Wichtig ist, mit dem/r Suizidalen „Brücken in die Zukunft zu bauen“, d.h. als Berater/in

- Die Entscheidung zum Suizid aufschieben helfen
- Für konkrete Entlastung sorgen
- Verbindliche Vereinbarungen und Verabredungen treffen
- Erreichbare Ziele anvisieren
- Die Gestaltung der nächsten Ziele konkret besprechen

Wenn sich der/die Patient/in nach dem Gespräch nicht entlastet fühlt und sich von Suizidalität nicht distanziert, sollte sich der/die Berater/in die eigenen Grenzen eingestehen und erlauben können, bei einem/r Kollegen/in oder einem/r Vorgesetzten Unterstützung zu holen.

Auch eine psychiatrische Behandlung, evtl. auch medikamentös und die Einweisung in eine Klinik müssen erwogen werden.