

E-Book inside

Michaela Huber

Wege der Traumabehandlung

Trauma und Traumabehandlung, Teil 2

Überarbeitete Neuauflage

FACHBUCH • Trauma

REIHE

 Junfermann

Michaela Huber
Wege der Traumabehandlung
Trauma und Traumabehandlung, Teil 2



www.junfermann.de



blogweise.junfermann.de



www.facebook.com/junfermann



twitter.com/junfermann



www.youtube.com/user/Junfermann



www.instagram.com/junfermannverlag

MICHAELA HUBER

WEGE DER TRAUMABEHANDLUNG

TRAUMA UND TRAUMABEHANDLUNG, TEIL 2

Überarbeitete Neuauflage

Junfermann Verlag
Paderborn
2023



Copyright	© Junfermann Verlag, Paderborn 2003 6., überarbeitete Auflage 2023
Coverbild	© 2017 Andrew Ostrovsky – StockAdobe
Covergestaltung/Reihenentwurf	JUNFERMANN Druck & Service GmbH & Co. KG, Paderborn
Satz & Layout	JUNFERMANN Druck & Service GmbH & Co. KG, Paderborn

Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek	Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.
--	---

ISBN 978-3-7495-0171-7

Dieses Buch erscheint parallel als E-Book.

ISBN 978-3-7495-0393-3 (EPUB), 978-3-7495-0394-0 (PDF).

Inhalt

Einleitung zur überarbeiteten Neuauflage	13
Fragen und Antworten zum Thema Traumabehandlung.....	17
Einführung	25
Dissoziation und Spaltung	26
Abwehr gegen jede Veränderung	30
Eine Therapie, die „etwas taugt“, gemeinsam durchführen und teilweise neu entwickeln	32
9. Wann ist es Zeit für Traumatherapie – und wann nicht?	39
9.1 Leben Sie in sicheren Lebensumständen?	41
9.2 Sind Sie innerlich gefestigt genug?	42
9.3 Akuttrauma oder chronisches Trauma?	43
10. Grundhaltungen der Traumaarbeit	47
10.1 Mögen wir uns?	47
10.2 Wie lange können wir miteinander arbeiten?	50
10.3 Pragmatisches und respektvolles Arbeitsbündnis	53
10.4 Die KlientIn ist die ExpertIn ihres Lebens	54
10.5 Subjektivität und Intersubjektivität, Induktion statt Deduktion	54
10.6 Die TherapeutIn übt „empathische Abstinenz“	55
10.7 Nicht nur die KlientIn – auch die TherapeutIn verändert sich im Prozess der Traumatherapie	58
10.8 Die TherapeutIn als Beziehungsvorbild	59
10.9 Die TherapeutIn reflektiert ihr Anderssein und die Asymmetrie der Beziehung	60
10.10 Die TherapeutIn denkt ganzheitlich und systemisch	63
10.11 Den Zeitpunkt für die Traumaexposition gemeinsam bestimmen	65
10.12 Ein HelferInnennetz bilden	66
10.13 Ein unterstützendes soziales Netz der KlientIn fördern	69
10.14 Die TherapeutIn macht sich nicht zur KomplizIn der schlechten Verhältnisse	70
10.15 Selbst- und Fremdgefährdung zum vorrangigen Thema machen	73
10.16 Traumaexposition nur bei ausreichender Stabilität und guter Arbeitsbeziehung	74

11.	Wieso brauchen Frauen und Männer verschiedene Therapien?	75
11.1	Wie spiegeln sich die Geschlechtsunterschiede bei den Gewalttaten wider?	77
11.2	Sexualisierte Gewalt in Familien	85
11.3	Der Leidensweg der „geopferten“ Jungen	90
11.4	Der Leidensweg der „geopferten“ Mädchen	92
11.5	Ein geschlechtsspezifischer Ansatz in der Therapie	95
12.	Ambulante und/oder stationäre Traumabehandlung?	101
12.1	Womit beginnen – mit ambulanter oder stationärer Behandlung?	103
	Bemerkungen für Ratsuchende	103
	Anmerkungen für BehandlerInnen	106
12.2	PTSD PC: Prognostische Checkliste für die Schwere einer PTBS	109
12.3	Simulation, Dissoziation oder Imitation?	115
	Das Vollbild der Dissoziativen Identitätsspaltung	117
12.4	Was tun, wenn eine andere als eine traumabedingte Störung dominiert?	123
12.5	Therapieaufträge – Therapieziele	124
	Therapieaufträge.....	124
	Therapieziele.....	127
12.6	Ambulante und stationäre Therapie.....	132
13.	Weshalb beginnt Traumatherapie mit Stabilisierung und Ressourcenaktivierung?	135
13.1	Warum Stabilisierung und Ressourcenarbeit nötig sind	136
	Kontakt mit der „dunklen Seite“.....	140
13.2	Übungen zur Ressourcenaktivierung, zum Schutz, zum Stress-Coping	145
13.3	Ziele der Stabilisierung und der Ressourcenübungen	176
14.	Was heißt hier Täter-Opfer-Spaltung?	179
14.1	Gesellschaftliche Strukturen, die Missbrauch begünstigen	180
14.2	Die Rolle der Dissoziation	181
14.3	Unbewusste Täuschungsmanöver	186
14.4	Spaltungen	187
14.5	Camouflage – Versteckspiel aus Angst vor Intimität	191
14.6	Defensive Taktiken, um das Trauma nicht zu „merken“	194

14.7	Innere Getrenntheit ergibt ein eigenes prekäres Gleichgewicht	198
	Unterschiede zwischen Opfern sadistischer und nicht-sadistischer Täter	200
14.8	Täterloyale Anteile – die inneren „boykottierenden Kollaborateure“	203
	Erzwungene Komplizenschaft mit dem Täter	204
	„Verletzung ist hilfreich und Hilfe tut weh“	207
14.9	Täter-Opfer-Reinszenierungen in der Traumabehandlung	208
14.10	Das Grenzen setzende „Nein“ der TherapeutIn kann entscheidend sein ..	213
15.	Was ist bei der Traumatherapie mit rituell misshandelten Menschen zu beachten?	217
	Vorbemerkung	217
15.1	Definition: Was ist rituelle Gewalt?	218
15.2	Glaubwürdigkeit	219
15.3	Skepsis und Akzeptanz	223
15.4	Der Ausstieg aus Täterzusammenhängen	228
15.5	Wie aussteigen?	234
15.6	Was BehandlerInnen besonders beachten sollten	237
16.	Wie lässt sich das Trauma-Schema verändern?	243
	Vorbemerkung	243
16.1	Die No-fight-no-flight-Fälle	244
16.2	Freeze and fragment	249
16.3	Bindungsstörungen	251
16.4	Wiedererleben dissoziierter Elemente	255
16.5	Reinszenierungen	260
16.6	Retraumatisierung	265
16.7	Erneute Retraumatisierung	267
17.	Wie lernt man, mit Flashbacks, Täterintrojekten und anderen heftigen Gefühlszuständen umzugehen?	271
17.1	Möglichkeiten der Flashback-Kontrolle.....	271
17.2	Die Bildschirmtechnik	278
17.3	Reorientierung	286
	Empfehlenswerte Verhaltensweisen der TherapeutIn, um der KlientIn bei der Reorientierung zu helfen	286
17.4	Pegeltechnik und Modalitätenwechsel	290
17.5	Persönlichkeitsanteile, die zum Täter werden können	295
17.6	Die Bedürfnispyramide	303

18. Und nun die Traumadurcharbeitung	307
18.1 Vor der Traumasyntese	308
18.2 „Wir alle sind vielfältig, auch wenn wir nicht multipel sind“	313
18.3 Geeignete und ungeeignete Formen der psychotherapeutischen Durcharbeitung	315
18.3.1 Ungeeignete oder eingeschränkt geeignete Ansätze.....	315
18.3.2 Geeignete Formen	322
18.4 Durcharbeitung nach der EMDR-Methode: Bipolare Stimulationen	323
18.5 Traumasyntese mithilfe der Bildschirmtechnik	333
19. Psychohygiene: Die Mitempfindensmüdigkeit verhindern	353
19.1 Die fundamentale Attacke des Traumas auf die Identität	354
19.2 Die schlimmste Bedrohung der Helfer-Psyche: Akute Gefährdung der KlientIn	356
19.3 Die zweitschlimmste Bedrohung der Helfer-Psyche: Mangelnde Unterstützung und Entwertung durch KollegInnen und Vorgesetzte	360
19.4 Emotionale Erschöpfung der HelferIn: Compassion fatigue	362
19.5 Sekundäre und stellvertretende Traumatisierung	364
19.6 Die drittschlimmste Bedrohung der Helfer-Psyche: Das Ausmaß des Leids und die Schilderungen der Qualen des Opfers nicht ertragen	368
19.7 Warum es sinnvoll ist, wenn die HelferIn liebevoll für sich sorgt	376
19.8 Manchmal „trotz allem“ eine tiefe Freude: Posttraumatisches Wachstum	376
Nachwort	379
Literatur	383
Anhang	417
Anhang 1: Checkliste – Stadien der Traumaarbeit	417
Anhang 2: Selbstverletzung: Dem Teufelskreis entkommen	426
Anhang 3: Lauter kreative Ideen – Tipps und Tricks, wenn „nichts mehr geht“	434
Vorbemerkung: Dos und Dont's	434
Die kreativen Ideen	440
Index	453

Inhaltsverzeichnis von Band 1, Trauma und die Folgen

1. Was ist ein Trauma – und was ein belastendes Lebensereignis?	49
1.1 Fight or Flight	56
1.2 Freeze, Flag und Fragment	58
1.3 Was passiert im Gehirn?	60
1.4 Gedächtnissysteme der Stressverarbeitung im limbischen System	62
2. Wieso hilft Dissoziation, ein Trauma zu überleben?	69
2.1 Was ist Dissoziation?	70
2.2 Formen von Dissoziation	72
2.2.1 Alltagstrancen und -Amnesien	73
2.2.2 Dissoziative Amnesie	74
2.2.3 Derealisation	76
2.2.4 Fugue – mehr als nur Amnesie	79
2.2.5 Komplexe Dissoziative Störung und Dissoziative Identitätsstörung	81
2.3 Dissoziative Identität: Es wächst nicht zusammen, was zusammengehört.	83
3. Welche Traumatisierungen sind besonders schwer zu verarbeiten?	85
3.1 Welche Erschütterung bedeutet ein Trauma für die gesamte Persönlichkeit?	86
3.1.1 Anpassungsstörung?	90
3.1.2 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (K-PTBS)	91
3.1.3 Die verlängerte Trauerreaktion	93
3.2 Traumareaktionen	97
3.3 Schutz- und Risikofaktoren	106
4. Wie wirken sich frühe Gewalterfahrungen auf die Bindungsfähigkeit aus? ..	113
4.1 Entwicklung des Bindungs- und Beziehungsverhaltens	116
4.2 Bindungsstile	118
4.3 Entwicklungstraumatologie	125
4.3.1 Früher Stress verändert den Hirnaufbau erheblich	127
4.3.2 Feinfühligkeit	129
4.3.3 Gedächtnis	129
4.4 Wie entsteht ein Selbst?	132
4.4.1 Bindungsstörung	134
4.4.2 Developmental Traumatology	135

4.5	Wie mit dem verstörten Kind umgehen?	138
4.5.1	Empfehlungen für die Arbeit mit traumatisierten Kindern	141
4.5.2	Eine sichere Bindung fördern	143
5.	Welche Diagnosen kann man nach Traumata bekommen, und was taugen sie?	149
5.1	Kritik am Traumabegriff der ICD-11	150
5.2	Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung nach der ICD-11 und dem DSM-5	152
5.3	Körperliche Schäden: Leitfaden für Helfer	155
5.4	Persönlichkeitsstörungen	160
5.5	Dissoziation	162
5.5.1	Wie lassen sich schwere dissoziative Störungen begreifen?	164
5.5.2	Entstehung der Partiellen dissoziativen Identitätsstörung	173
5.5.3	Chronische Dissoziation	175
5.6	Dissoziative Identitätsstörung	176
5.6.1	Bedingungen für eine dissoziative Identitätsstörung	179
5.6.2	Vor- und Nachteile des Dissoziierens.....	180
5.7	Trauma-Exploration bei Kindern	181
5.7.1	Trauma-Exploration nach Putnam.....	181
5.7.2	Weitere Diagnostikinstrumente	186
5.8	Borderline als traumabedingte Störung?	192
6.	Wieso erscheint traumatisierten Menschen der Tod oft näher als das Leben?	195
6.1	(K-)PTBS und Suizidgefahr	196
6.1.1	Zahlen und Fakten zum Thema Suizid	199
6.1.2	Erklärungsansätze für Suizidversuche.....	200
6.2	Suizidalität und Therapie	202
6.3	Grundmotive für Suizid	208
6.4	Suizidalität begünstigende Faktoren	212
7.	Warum erleben viele Traumatisierte den Zwang, sich selbst zu verletzen? .	215
7.1	Gründe für selbstverletzendes Verhalten	216
7.2	Selbstverletzung dient der Stressbewältigung	218
7.3	Selbstverletzungen nach sexualisierter Gewalt	220

8.	Was ist das Besondere an ritueller Gewalt?	225
8.1	Was ist rituelle Gewalt?	226
8.2	Was ist organisierte sexuelle Ausbeutung?.....	229
8.3	Die Rolle der Täter und der Opfer	231
8.4	Tätergruppen	234
8.5	Die Geschichte religiöser Begründungen für antisoziales Verhalten	236
8.6	Gehirnwäsche und Programmierung	241
8.7	Basisprogramme und die Folgen	244
8.8	Häufig gestellte Fragen zu Programmen	251
8.9	Sicherheit für die Opfer/Überlebenden	258

Einige der Übersichten und Fragebogen aus diesem Buch bieten wir Ihnen zusätzlich zum Download an. Sie erkennen sie an diesem Icon .

Gehen Sie dafür auf [↗ https://www.junfermann.de](https://www.junfermann.de) auf die Artikelansicht dieses Buches und scrollen Sie dann nach unten, in den Bereich „Mediathek“.

Einleitung zur überarbeiteten Neuauflage

Wenn man ein Buch über Traumabehandlung vor rund 20 Jahren veröffentlicht hat, könnte man denken: Nun musst du alles neu schreiben. Nun, vieles ist hier auch neu, im Vergleich zum Buch vor 20 Jahren.

Doch tatsächlich hat sich, wie ich beim Durcharbeiten bemerkt habe, an den Grundsätzen der Arbeit mit traumatisierten Menschen wenig verändert, auch wenn neue „Techniken“ und zahllose Publikationen hinzugekommen sind. Aber nach wie vor geht es vor allem darum: Zu verstehen, eine Haltung zu dieser Arbeit zu entwickeln, und genau zu wissen, womit man es zu tun hat, welche Themen in der Behandlung mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auftauchen werden, und schließlich möglichst konkrete Tipps und Hinweise zu bekommen, was man am besten tun und was man lassen sollte.

Komplexe Traumafolgestörungen erfordern ein multidimensionales Arbeitsverständnis sowie ein Zusammenwirken mit anderen Profis in diesem Feld, und das können viele sein: ÄrztInnen (AllgemeinärztInnen, InternistInnen, ChirurgInnen, AnästhesistInnen, GynäkologInnen ...), HeilpraktikerInnen, PsychotherapeutInnen (ambulant wie stationär), PsychiaterInnen, MitarbeiterInnen bei Krankenkassen, Behörden, Sozialpsychiatrischen Diensten und Ambulanzen, ErzieherInnen, LehrerInnen, KollegInnen in der ambulanten und stationären Betreuung und Pflege, SozialarbeiterInnen und -pädagogInnen in Beratungsstellen etc. Sie sehen, das kann schon aufwendig sein. Dann sollten wir natürlich mit den Angehörigen zu tun haben und wissen, ob und wie wir sie einbeziehen können: Eltern und Elternersatzfiguren, Kinder, PartnerInnen. Auch „relevant others“ wie beste FreundInnen können manchmal hilfreich sein, und von unserer Seite lohnt es sich, sie anzuschauen.

Trauma und die Folgen, den ersten Teil dieses zweiteiligen Grundlagenwerks, habe ich Ende 2020 neu vorgelegt, es in großen Teilen neu formuliert und viel neue Literatur hinzugefügt, denn das Wissen um die Entstehung von Traumafolgestörungen sowie die Diagnosemöglichkeiten haben sich tatsächlich vergrößert. Bei der Behandlung jedoch ist zwar weltweit die Erfahrung gewachsen, sie ist aber im Wesentlichen an einer entscheidenden Stelle ähnlich geblieben – eine Stelle, die nicht genug betont werden kann: Dass wir, wenn wir traumatisierten Menschen wirklich helfen wollen, *bindungsorientiert* arbeiten müssen. Was das bedeutet, wird zu erklären sein.

Symptome der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung

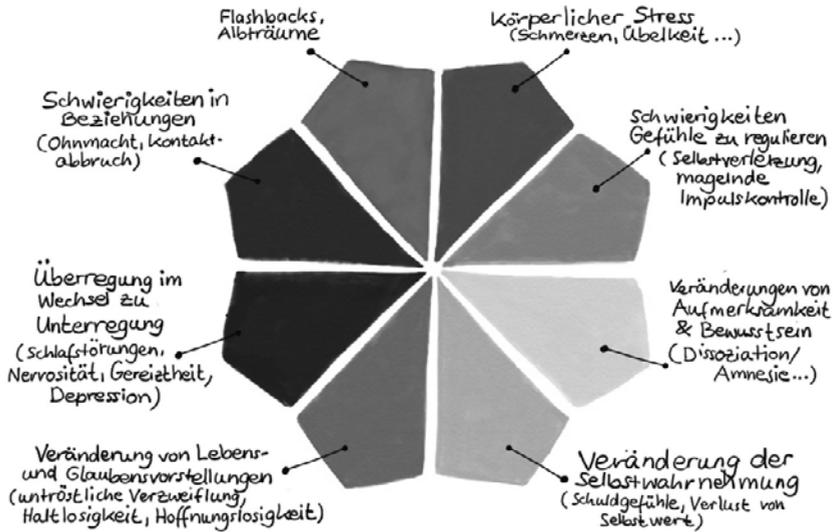


Abbildung: Symptome der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung

Was haben wir in den letzten Jahren darüber hinaus über die Psychotherapie, besonders mit *komplex* traumatisierten Menschen, gelernt? Dieser Frage möchte ich hier gleich zu Anfang nachgehen. Denn in der Tat ist der Schwerpunkt dieses Buches nicht das Monotrauma im Erwachsenenleben, sondern es sind die frühen, oft langwierigen, schweren, in der Kindheit beginnenden komplexen Traumafolgen, von denen hier die Rede ist. Was also haben wir lernen dürfen?

Ungeheiltes Trauma



Abbildung: Folgen eines nicht geheilten Traumas

Zum einen, dass wir jetzt genauer wissen, was eine „Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“ (abgekürzt K-PTBS, auf Englisch C-PTSD) ist und welche Verläufe sie langfristig hat, wenn man sie nicht verändert. Nämlich so gravierende, dass Menschen, die als Kind zwei, drei, vier oder mehr Belastungsfaktoren wie psychisch kranke Elternteile, seelische Quälereien, körperliche Misshandlung und sexualisierte Gewalt erlebt haben (alles häufige Ereignisse, die eine K-PTBS auslösen können), bis zu 20 Jahre früher sterben. Das hat uns eine Prävalenzstudie aus den USA bereits 1998 deutlich gemacht (Felitti et al.) – eine Studie, deren Ergebnisse vielfach ausgewertet und teilweise repliziert wurden. Dem Fragebogen zu den ACE (*adverse childhood experiences*) wurde inzwischen ein Fragebogen zu den BCE (*benevolent childhood experiences*) an die Seite gegeben, mit eindrucksvollen Ergebnissen: Wer trotz hoher ACE-Werte viel positive Unterstützung als Kind bekommen hat, ist besser gerüstet gegen psychische Erkrankung und sozialen Stress. Das verweist darauf, dass es in den meisten Kindheiten sowohl positive wie negative Einflussfaktoren gibt. Es kommt also zum einen darauf an, was man mitbekommen hat – positiv wie negativ. Zum anderen, was man aus den Belastungen macht.

Schlimme Lebensereignisse in der Kindheit sind zwar sozusagen „Steine, die man im Lebensrucksack mit sich führt“ und die Folgeprobleme nach sich ziehen können, aber sie sind nicht unausweichliches „Schicksal“, wie auch die Literatur zu „Posttraumatischem Wachstum“ zeigt. Dennoch gilt, dass Menschen mit mehreren

Belastungen in der Kindheit, wie Armut, frühe Bindungsverluste, körperlich oder seelisch schwer belastete Eltern, seelische, körperliche, sexuelle Gewalt etc., deutlich höhere Risiken aufweisen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ 2 und diverse andere körperliche Erkrankungen. Dass sie gehäuft psychische Störungen wie Suchterkrankungen, depressive und/oder Angststörungen, psychosomatische Beschwerden erleiden, dass sie gehäuft durch Beziehungs- und Lebenskrisen gehen, die nicht wenigen von ihnen den Lebensmut nehmen und sie immer wieder – manche chronisch – suizidal werden lassen.

Mit anderen Worten: Wenn Menschen starke Kindheitsbelastungen mit sich herumtragen, ist das eine Bürde, die häufig schweres körperliches und seelisches Leid verursacht. Dieses Leid ist manchmal so tief, dass die Persönlichkeit unter seiner Last gar nicht erst ein zusammenhängendes Selbst entwickeln kann, sondern dass schon während der Strukturbildung, also des inneren Persönlichkeitswachstums, tiefe Spaltungen entstehen, welche die gesamte Identität des Menschen in Fragmenten weiterexistieren lassen – und sie bei neuem Stress weiter zerlegen. In Fragmente von Selbstzuständen, die das Alltags-Ich bewusst kaum bis gar nicht kontrollieren kann, da die Wechsel dieser traumabedingten Persönlichkeitszustände (engl. *personality states*) unwillkürlich erfolgen. Das mögen manche LeserInnen befremdlich finden. Es kann Ihnen aber erklären, wieso manche Menschen sich einfach nicht „zusammenreißen“ können, obwohl sie es versuchen. Weshalb so manche Zeitgenossen häufig „wie ausgewechselt“ wirken. Oder – falls Sie selbst betroffen sind – wieso Sie manchmal einfach „außer sich“ geraten: Weil Sie vielleicht in besonderen Stresssituationen automatisch in einen Persönlichkeitszustand rutschen, der einst in einer äußersten Notsituation entstand; der Ihnen heute peinlich ist, den Sie aber nicht steuern können. Manche erleben das als verzweifelt-depressiven Einbruch, bei dem sie warten und ggf. mit Medikamenten gegenzusteuern versuchen, bis er vorbei ist. Andere erleben das als übertriebene Schreckreaktion, Panik- oder ohnmächtigen Wutanfall, und wieder andere als unwiderstehlichen Impuls zu einem Verhalten, von dem sie wissen, dass es absolut schädlich für sie ist: etwa Essen in sich hineinstopfen, Kette rauchen, hungern, nichts mehr trinken, alles Geld ausgeben bzw. verspielen, eigentlich gute Beziehungen abbrechen, Drogen nehmen, zu viel Alkohol trinken, bis zur absoluten Erschöpfung arbeiten, Erbrechen oder Entwässerung bzw. Darmentleerung zwangsweise herbeiführen, sich die Fingernägel blutig kauen, die Haare ausreißen, sich schneiden, brennen, dauernd „Unfälle“ haben; Arztbesuche meiden, bis es zu spät ist, sich selbst durch Ablenkungen wie Smartphone oder TV um viele Stunden Schlaf bringen und erschöpfen, bis zum Zusammenbruch Sport treiben, zwanghaft alle/s kontrollieren müssen, sich aus zerstörerischen Beziehungen nicht lösen können, und und und. Wenn Sie an sich selbst solche nicht steuerbaren Impulse und Verhaltensweisen bemerken – oder wenn Sie als Profi das bei Ihren Pa-

tientInnen/ KlientInnen beobachten –, dann könnten das früher sogar angemessene Reaktionen gewesen sein auf völlig chaotische, unberechenbare, extrem stressreiche Ereignisse und Zeiten. Das zu wissen hilft natürlich noch nicht, etwas zu verändern. Aber es könnte für die Betroffenen der Beginn einer Reise zu sich selbst sein und dazu, ihr „Gewordensein“ zu verstehen und konkrete Schritte zur Veränderung gehen zu können.

Zusammen mit dem ersten Band *Trauma und die Folgen* ist dieses Buch eine Werbung dafür, dieses Verständnis zu verbessern und die Angebote zur Veränderung zum einen zu prüfen – was taugt etwas, was ist weniger empfehlenswert –, und zum anderen, einiges davon zu beschreiben. Es handelt sich also nicht um ein „Kochbuch“: Man nehme eine Prise dies, eine Prise das, mache das konkret, dann kommt dies dabei heraus. Dazu ist eine komplexe Persönlichkeit eben zu vielgestaltig in ihrem Sein und ihren Möglichkeiten, sie erfordert ein individuell auf sie zugeschnittenes Vorgehen. Dieses Buch inspiriert Sie eher dazu, kreativ zu werden. Ich habe zahlreiche Verweise auf konkrete Übungsbücher und -materialien aufgenommen, die Ihnen helfen könnten, und etliche konkrete Tipps hinzugefügt. Doch ein Lehrbuch zu Komplextrauma ist nun einmal kein Kochbuch, und daher mute ich Ihnen an einigen Stellen vielleicht einiges zu, ob Sie nun Profi, Angehörige/r oder Betroffene/r sind. Achten Sie also bitte bei der Lektüre gut auf sich, damit Sie sie gut „verdauen“ können.

In die ICD-11 – die neue, überarbeitete Auflage des Internationalen Diagnosehandbuchs – wurden inzwischen einige neue Erkenntnisse eingearbeitet. So wurde die Diagnose „Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“ aufgenommen, und die traumabedingten Identitäts-Fragmentierungen wurden in zwei verschiedene Diagnosen gepackt: in die „Partielle dissoziative Identitätsstörung“ (Stichwort: ein Alltags-Ich, mehrere emotionale Persönlichkeitszustände als Teil-Identitäten) und in das Vollbild der „Dissoziativen Identitätsstörung“. Bei Letzterem übernehmen mehrere Teilidentitäten voll die Kontrolle über das im Alltag agierende Bewusstsein, ohne einander beeinflussen zu können. Das hilft uns KollegInnen, die Diagnosen klarer zu fassen – enthebt uns aber natürlich nicht einer auch sonst umfassenden Persönlichkeitsdiagnostik.

Fragen und Antworten zum Thema Traumabehandlung

In diesem Buch werde ich zu unterschiedlichen Traumafolgestörungen Hinweise zur Behandlung geben. Damit Sie schon einmal einen kleinen Einblick bekommen, hier einige Antworten von mir auf häufig gestellte Fragen meiner KollegInnen:

- 1. Wie erkennt man überhaupt, ob jemand einfach oder komplex traumatisiert ist, und welche Rolle spielt Dissoziation?** Hier verweise ich auf den ersten Band, auf *Trauma und die Folgen*. Dort finden Sie zahlreiche Hinweise. Stichworte könnten sein: Psychotrauma erkennt man an den Symptomen: Leid nach extrem belastenden Lebensereignissen, verbunden mit Übererregung, Vermeidung von erinnernden Reizen und Wiedererlebensmomenten. Komplexe Traumafolgestörungen erkennt man an einem Mangel an Impulskontrolle, schweren Selbstwertproblemen, psychosomatischen Störungen, häufigen Sinnkrisen – und dem Ausmaß an dissoziativen Störungen. Zu Letzteren gehören Amnesien im Alltag oder für wichtige biografische Ereignisse, Entfremdungserleben (häufiger die Umgebung oder Teile des Selbst bzw. des Körpers nicht angemessen wahrnehmen können) bzw. Identitätsprobleme (unkontrollierbare Persönlichkeitszustände). Auch Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen, schwere Gefühlsprobleme wie Angst-, Zwangs- und depressive Störungen sowie soziale Probleme, etwa am Arbeitsplatz, sind häufige Begleiterscheinungen komplexer Traumafolgestörungen. Es kommt also darauf an, dass man über gute diagnostische Fähigkeiten und Instrumente verfügt, wenn man Traumafolgen diagnostizieren möchte.
- 2. Wenn ich den Verdacht auf eine Traumafolgestörung habe, was mache ich dann?** Als Erstes wird die Stabilisierung des Betroffenen (Kind, Jugendliche/r oder Erwachsene/r) im Vordergrund stehen. Dazu gehört, zu prüfen, ob diese Person überhaupt in Sicherheit ist. Viele Traumatisierte sind in Lebensumständen, die einen Heilungsprozess erschweren: Sie sind mit Menschen verwickelt, die ihnen geschadet haben (dazu gehören u.U. auch Familienmitglieder oder PartnerInnen!) oder ihnen derzeit immer noch schaden. Viele haben aufgrund ihrer Selbstwertprobleme immer wieder erlebt, dass sie zu Opfern anderer Menschen wurden, oder sie haben problematische Seiten in sich, die sie immer wieder in Versuchung führen, sich ausbeuten zu lassen oder andere Menschen auszubeten. Viele haben chronische Geldprobleme, manche sind obdachlos. Sehr viele fühlen sich chronisch einsam und unsicher in der Welt. Das bedeutet für die Helfenden, dass sie oft erleben, wie sehr sich traumatisierte Menschen an sie klammern, während es diesen gleichzeitig schwerfällt, sich von Personen zurückzuziehen, die ihnen geschadet haben oder immer noch schaden. Das wird uns in diesem Buch noch beschäftigen.
Anschließend geht es an die Stabilisierung des Umfelds, und oft parallel dazu wird man beginnen, die guten Fähigkeiten und die stabilen oder stabilisierungsfähigen Merkmale der Persönlichkeit der Hilfesuchenden zu stärken, nach dem Motto: „Äußerlich und innerlich festen Boden unter die Füße!“ Erst danach wird man sich den Details der traumatisierenden Erfahrungen selbst inhaltlich mehr zuwenden können. Was bedeutet, dass man sich um den Ansturm der Flashbacks, der erzählen wollenden Persönlichkeitszustände und der angstvoll den

Alltag leben wollenden Alltagspersönlichkeit, die sich dem Unaushaltbaren nicht mehr zuwenden will, besonders kümmern und gleichzeitig während des Stabilisierens alles in der Persönlichkeit um Geduld bitten muss. Was naturgemäß nicht einfach ist. Auch davon wird zu reden sein.

3. **Ich habe wenig Zeit für eine PatientIn, die sehr instabil ist. Was ist das Wichtigste, auf das ich achten muss?** Neben einer Stärkung des Willens, aus möglicherweise schädlichen Sozialkontakten und anderen schlechten inneren und äußeren Lebensbedingungen herauszukommen, wird die gesamte gesundheitliche Situation zu stabilisieren sein: Hat die Person körperliche Erkrankungen, die dringend versorgt werden müssen? Muss man sie zu Ärzten, Ämtern, Einrichtungen begleiten, ihr helfen, Formulare auszufüllen, um eventuell eine finanzielle, ambulante oder auch eine stationäre Betreuung zu erhalten? Muss ich nachsehen, ob sie absprachefähig ist, etwa Selbstschutzvereinbarungen abzuschließen, sich nicht ernsthaft zu verletzen, regelmäßig zu essen und zu trinken, keine radikalen Entscheidungen ohne Absprache zu treffen (Wohnortwechsel, gesamtes Geld ausgeben, Beziehungsabbruch, Suizid ...)? Wenn sie nicht absprachefähig ist, kann ich sie motivieren, sich stationär psychiatrisch aufnehmen zu lassen oder muss ich gar – was wir alle stets so lange wie möglich, aber bitte nicht zu lange vermeiden möchten – eine geschlossene Unterbringung beantragen? Kann ich ein Helfernetz aufbauen, das vermutlich längerfristig unbedingt nötig sein wird: Sicherung und eventuell Aktivierung des privaten Umfelds und der familiären Situation; bei Bedarf Einbeziehung von Institutionen wie Kinderschutz, Jugendamt, Beratungsstellen, Betreuungseinrichtungen, Arztpraxen, Kliniken. Häufig ist Psychotherapie gar nicht das Erste, das notwendig ist, sehr wohl aber eine Ansprache an die Persönlichkeit in all ihren Facetten und eine Bitte um Mitwirkung bei der Stabilisierung bzw. im Genesungsprozess. Auch das gilt es zu lernen, insbesondere wenn die Persönlichkeit des/der Hilfesuchenden fragmentiert ist.
4. **Wann kann ich mit der Traumakonfrontation beginnen?** Jede Beschäftigung mit der traumatisierten Person ist – und je tiefer die Gespräche gehen, desto mehr – eine Form von Traumakonfrontation. Doch wenn unter dem Begriff das gezielte Arbeiten mit den traumatisierenden Ereignissen verstanden wird, gilt: Bitte tun Sie das nicht, bevor einige Lebensumstände der hilfesuchenden Person geklärt sind. Sie sollte aktuell nicht in traumatisierenden Lebensumständen sein; es sollte kein Teil der Persönlichkeit mehr aktiv dagegen arbeiten, zu verstehen, was das Ereignis mit ihr gemacht hat. Die Persönlichkeit sollte sich entweder spontan oder auf Wunsch der helfenden Person in der Gegenwart, also in Raum und Zeit orientieren können; sie sollte die Arbeit portionieren können, was auch bedeutet: Persönlichkeitsanteile, die nicht beim Prozessieren der traumatogenen Ereignisse notwendig sind, innerlich in Sicherheit bringen oder an inne-

ren sicheren Orten halten zu können; und sie sollte sich klarmachen, weshalb das traumatische Material bislang getrennt gehalten war, das wertschätzen und Mitgefühl mit dem eigenen erlittenen Leid entwickeln können. Ist eine dieser Bedingungen nicht erfüllt, kann es, statt zur Integration, während und durch die Traumakonfrontation zur Retraumatisierungen kommen, was natürlich zu vermeiden ist.

5. **Was aber tun, wenn die PatientIn von Flashbacks überflutet und gleichzeitig zu instabil ist für eine Traumakonfrontation?** Diese Frage wird mir sehr häufig gestellt, und die Antwort ist nicht einfach. Denn dieses Dilemma bedeutet: Einerseits flutet das Traumamaterial an, andererseits kann die Persönlichkeit das schreckliche Geschehen noch gar nicht voll erfassen, weil sie noch nicht gefestigt genug ist. Die Stabilisierung wiederum wird durch die Flashbacks behindert – ein Teufelskreis, in dem sich viele TraumapatientInnen befinden. Hier empfiehlt es sich, mit den Hilfesuchenden sogenannte Containmenttechniken zu erarbeiten. Man kann 23 Stunden und 55 Minuten mit dem Traumamaterial zu tun haben, sollte sich aber wenigstens fünf Minuten lang „das Zeug vom Hals schaffen“ können, um in dieser Zeit zu lernen, stabiler zu werden. Also wird die Persönlichkeit alle Kraft aufbieten müssen, um anflutende Schrecken in Form von Bildern, Geräuschen, Gerüchen, Geschmacksempfindungen, inneren Geräuschen wie Schreien oder bedrohlich klingenden Stimmen fünf Minuten lang auf Distanz zu bringen. Durch gezieltes Ablenken bzw. Umgebungswechsel – allein oder mithilfe anderer Menschen; durch (auch inneres Über-)Malen, Aufschreiben; durch das Wegpacken in Tresore oder andere Behältnisse; durch „Sich-runter-Klopfen“ per Klopftechnik; durch die Aktivierung innerer Wächter oder Helfergestalten und die Herstellung innerer sicherer bzw. geborgener Orte, durch das Errichten innerer Barrieren wie Mauern oder Schutzräume, durch das Einsetzen der Screen-Technik, um „Filme“ danach „wegzupacken“ – und andere Portionierungs- und Aufbewahrungsmöglichkeiten, die man mit Betroffenen entwickeln kann. Über kurz oder lang können auch viele mit den Borderline-Skills arbeiten und dazu Apps nutzen wie *dbt112* oder *Body2Brain*, um sich selbst anzuregen, auf Ideen zu kommen und in Notsituationen zumindest vorübergehend Entlastung zu finden. Den Betroffenen selbst kann man mit Erich Kästner nur raten: „Es gibt nichts Gutes – außer man tut es.“ Es mag sich anfangs anfühlen, als sei es nicht möglich. Aber es geht kein Weg daran vorbei, selbst anzufangen, die eigene Innenwelt Schritt für Schritt zu verändern, sodass aus einem unwillkürlichen, automatischen ein bewusst gestalteter Wandel werden kann. Andere Menschen sind dazu sehr wichtig, allein schafft man es oft nicht, dranzubleiben. Aber entscheidend wird sein, dass man mit Mini-Schrittchen anfängt, auch wenn man glaubt, dass das nichts bringt. – Es bringt auf Dauer sehr wohl sehr viel.

6. **Es dauert viel zu lange – die Kasse bezahlt das nicht.** Ja, das ist wahr. Dennoch lohnt es sich, jeden Tag darum zu kämpfen, bedarfsgerechte Psychotherapie für die Hilfesuchenden zu erhalten. Oft muss jedoch die Arbeit unterbrochen werden, weil die Kassenstunden auslaufen, und es ist eine stete Auseinandersetzung mit allen Institutionen nötig: Versorgungsämtern (Opferentschädigungsgesetz), Krankenkassen, Pflegekassen etc. Wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, zahlt der Fonds sexueller Missbrauch (FSM) eine gewisse Summe, die Betroffene für Therapie verwenden können. Es lohnt sich, die Konditionen aller möglichen Institutionen kennenzulernen, um Betroffene beraten zu können. Auch das bundesweite Hilfetelefon 08000 116 016 hat für das Thema rituelle Gewalt eine Sondernummer (sie nennt sich Berta: 0800 30 50 750) und kann Betroffene und Fachleute beraten.
7. **Wohin kann meine KlientIn, wenn sie vor gewalttätigen Tätern fliehen muss?** Es gibt leider immer noch zu wenig „Weglaufhäuser“ für Kinder oder Unterbringungsmöglichkeiten für Frauen, die – oft zusammen mit ihren Kindern – vor Tätern fliehen. Frauenhäuser nehmen sie nur in Ausnahmefällen auf, denn in ihren Richtlinien steht meist, dass es sich um Häuser für von Partnern misshandelte Frauen handelt, und viele Mädchen und Frauen, die z. B. aus der Zwangsprostitution fliehen wollen, haben keine Möglichkeit, dort unterzukommen. Außerdem sind viele während des Ausstiegs hin- und hergerissen. (Ich habe 2018 das Lesebuch *Der innere Ausstieg* herausgegeben, um darzustellen, dass es verschiedenen Stadien der Auseinandersetzung gibt: „Gehe ich oder bleibe ich? Und was ist in mir/in meinem Innern dazu für ein Durcheinander ...?“) Häufig braucht es anfangs eine mehr oder weniger lange Begleitung, bis ein Mädchen bzw. eine Frau (auch: ein Junge bzw. ein Mann) den Ausstieg aus einem zerstörerischen Bindungsgeschehen bzw. der Zwangsprostitution geschafft hat. Sie vorher hektisch in irgendwelchen Einrichtungen unterzubringen, hat meist wenig Zweck, denn viele kehren zu den Tätern zurück. Dennoch kann eine solche Unterbringung vorübergehend sinnvoll sein – dann nämlich, wenn man die „Misshandlungspausen“ nutzen kann, an einer Stabilisierung des Ausstiegswillens und -plans zu arbeiten. Wenn es dafür ein Hilfsbudget gäbe, pro Kopf berechnet, also für jede hilfesuchende Person ein Budget, dann könnte damit einiges an Hilfe bezahlt werden, die für die Betroffenen wirklich effektiv ist. Oft muss während des Ausstiegs phasenweise eine 24-Stunden-Betreuung organisiert werden, da besonders nachts der Druck stark ist, zu den Tätern zurückzugehen. Ja, das Kostenthema ist für viele Menschen tatsächlich entscheidend dafür, wie schnell sie in ihrer Entwicklung vorwärtskommen. Unsere Sozial- und Gesundheitsbehörden könnten dabei wesentlich besser zusammenarbeiten, als das bislang (Stand Herbst 2022) der Fall ist.

8. **Bei komplexem Trauma gibt es unendlich viele traumatisierende Erfahrungen. Soll man sie alle bearbeiten?** Nein, das ist nicht nötig. Wir arbeiten mit den Menschen daran, dass sie verstehen, was mit ihnen geschehen ist, und dass sie daraus lernen, damit sich die Situationen nicht wiederholen, sie nicht unbewusst reinszeniert werden, und auch nicht an die nächste Generation zur Bearbeitung weitergereicht werden müssen. Für die Betroffenen bedeutet das: Sie arbeiten daran, dass ihre Symptome geringer werden. Die werden nie ganz verschwinden, denn jeder extreme Zustand, in dem man einmal war, hat sich eingepägt. Es kommt darauf an, dass immer mehr zusammenkommen muss, damit man sie noch einmal innerlich erlebt. Umgekehrt heißt das: Je stabiler die Menschen in ihrer Binnenstruktur werden und je mehr sie von ihrer Lebensgeschichte verstanden und die Gefühls- und Körperzustände etc. dazu besser integriert haben und auch besser sehen können, welche Bedeutung die Ereignisse für ihr Leben haben, desto seltener geraten sie „außer sich“. Und was die traumatischen Ereignisse selbst anbetrifft, so sprechen wir heute davon, dass es vor allem auf die „Hotspots“ (die schlimmsten Momente) und die „Traumanetzwerke im Gehirn“ (die „fallenden Dominosteine“) ankommt. Sie ausreichend zu deaktivieren, damit sie nicht jederzeit wie ein Hier-und-Jetzt-Erleben wahrgenommen und kaskadenartig verschlimmernd erlebt werden müssen, ist das Ziel der Traumabehandlung. Dieses Ziel wird umso leichter erreichbar sein, je weniger „Trauma-Felder“ es gab, also unterschiedliche Umstände, Täter, Gruppierungen, Orte, Zeitpunkte ..., die unerträglich schlimm waren. Leider haben nicht wenige komplex Traumatisierte eine Fülle schrecklicher Erfahrungen gemacht. Die Arbeit, sie ausreichend stabil zu halten, kann deshalb auch bedeuten, dass sie ihr Leben lang immer wieder therapeutischer Unterstützung bedürfen. Das ist dann kein Versagen dieser Persönlichkeiten, sondern dem Umstand geschuldet, dass es so viele traumatisierende Ereignisse gab, etwa überwältigende Verlusterfahrungen, schlimme Krankheiten, extreme Gewalt bzw. immer wieder sexuelle Übergriffe. Dennoch gibt es viele Studien, die darauf hinweisen, dass traumazentrierte Psychotherapie bei Komplextrauma für die Betroffenen meist ausgesprochen hilfreich ist (s. die zahlreichen Literaturangaben in den Literaturlisten in *Trauma und die Folgen* und in diesem Band; schmökern Sie ruhig darin).
9. **In meiner KlientIn gibt es so viel Selbsterstörerisches – was tun?** Selbsthass, täterloyales Denken („Ich bin ja auch eine Nutte/ein Dreckskerl, meine Mutter/mein Vater hatte schon recht“) und täterimitierendes Verhalten (sich oder andere genauso verletzen, wie man verletzt wurde) gehören zu den sehr häufigen Reaktionen eines Menschen auf traumatisierende Ereignisse. Die Erfolgsprognose der Traumabehandlung hängt davon ab, wie weit es der Persönlichkeit gelingt, diese Tendenzen in den Griff zu bekommen. Pi mal Daumen kann man sagen: Je mehr die zerstörerischen Tendenzen Ich-syntone, also in die Alltagspersönlichkeit

des Menschen übergegangen sind, desto schlechter die Prognose. Glücklicherweise gibt es viele Menschen, die extrem schlecht behandelt wurden und selbst mies mit sich umgehen (vielleicht auch mit ihren Schutzbefohlenen, obwohl sich viele sehr darum bemühen, *nicht* weiterzugeben, was sie selbst erlitten haben), die nicht in ihrem Wesenskern „schlechte Menschen“ geworden sind. Auch wenn sie lange unter den erniedrigenden Gedanken und schlimmen Impulsen leiden, so merkt man unter der Therapie oft, dass diese sich verändern und größtenteils auflösen, sobald ein Gefühl von Zugehörigkeit, Angenommensein und liebevoll begleitet zu werden in ihnen ankommt. Manchmal erst in professionellen Zusammenhängen, dann auf Dauer aber auch in persönlichen Kontakten. Fortschritte kann man u. a. daran erkennen, dass die Hilfesuchenden mit der Zeit immer stabilere FreundInnen bzw. PartnerInnen für sich gewinnen können.

10. **Wann ist eine Therapie zu Ende? Im Grund kann man ja immer weiter arbeiten.** Ja, gerade mit komplex traumatisierten Menschen, die häufig „viele Baustellen“ haben, könnte man oft immer weiter therapeutisch arbeiten. Meine Daumenregel dazu: Wenn möglich, sollte die KlientIn das Ende der Therapie selbst bestimmen. Vielleicht ein wenig sanft „aus dem Nest geschubst“, aber doch aus freien Stücken. Meine Erfahrung ist, dass die meisten das können. Leider manche nur, indem sie am Schluss noch einen Streit inszenieren, um sich empört abwenden zu können (wie es auch Pubertierende nicht selten mit ihren Eltern tun). Aber immer mit der Möglichkeit, zurückzukommen, wenn sie später noch einmal Unterstützung brauchen. Deshalb darf eine gute BeraterIn bzw. PsychotherapeutIn bitte NIEMALS eine sexuelle Beziehung mit einer (Ex-)KlientIn eingehen. Denn der Therapeut oder die Therapeutin wird im Zuge der Nachreifung der KlientIn als Elternersatz angesehen. Häufig waren Elternteile übergriffig. Dann ist die sexuelle „Beziehung“ keine Partnerschaft auf Augenhöhe, sondern ein erneutes Abhängigkeitsverhältnis inzestuöser Art. Außerdem muss die KlientIn ja jederzeit wiederkommen können, vielleicht noch viele Jahre später, denn ein insbesondere in einer langjährigen Psychotherapie entstandenes besonderes Vertrauensverhältnis lässt sich nicht einfach auf andere TherapeutInnen übertragen. Leider wird das Ende der Therapie häufig durch die Finanzierungsfrage bestimmt. Wenn die Kasse nicht mehr zahlt bzw. die KlientIn nicht selbst die Beratungs- oder Therapiekosten aufbringen kann, muss man sich oft mitten im Prozess voneinander verabschieden. Viele TherapeutInnen versuchen diese unbefriedigende Situation abzumildern, indem sie die KlientIn dann in eine Klinik empfehlen. Doch zum einen sind Klinikplätze rar, zum anderen möchten die KollegInnen in den Kliniken nicht, statt inhaltlich mit einer KlientIn arbeiten zu können, die Trauerprozesse bearbeiten müssen – um die KlientIn dann in eine Situation ohne ambulante Anbindung entlassen zu müssen. Das ist also auch keine Lösung. Daher empfehle ich, die Finanzierungsfrage immer im Blick zu behalten, sie offen

zu diskutieren und der Hoffnung der KlientIn auf eine vielleicht kostenfreie Weiterbehandlung eine klare Absage zu erteilen. Traumabehandlung ist eine Arbeit, die hochqualifizierte Kenntnisse erfordert. Sie kann und wird nicht kostenfrei sein. Was jedoch immer möglich ist: Eine bestimmte „Portion“ zu arbeiten. Ein bestimmtes realistisches Ziel in der Behandlungsplanung anzupeilen. Dafür aber muss man auch eine Behandlungsplanung, gemeinsam mit der KlientIn/PatientIn, erarbeitet haben! Wie man das macht, auch das wird in diesem Buch beschrieben, und ich verweise auch auf weitere Bücher von mir, auf *Viele sein, Der Feind im Innern* und *Multiple Persönlichkeiten*, aber auch auf gute Bücher von anderen Kolleginnen, etwa von Susanne Leutner & Elfie Cronauer, Alice Romanus-Ludewig oder Verena König – Sie finden sie alle im Literaturverzeichnis.

Traumabehandlung ist ein vielgestaltiger Prozess, und wenn dann noch die Persönlichkeit sehr vielgestaltig ist und komplexe Traumastörungen vorliegen, wird sie ein großes Abenteuer. Dennoch möchte ich Sie ermutigen, es anzugehen. Als Betroffene, weil Sie sich niemals mit den schlechten Verhältnissen begnügen sollten. Als KollegInnen, weil sie unendlich viel lernen werden: Darüber, was ein Mensch alles überleben kann, wie ein Mensch sich anpasst an unerträgliche Lebensumstände; wie diese Anpassungsstrategie irgendwann förmlich „Amok läuft“ und veränderungsbedürftig wird; welche Kompensations- und Selbsthilferversuche jemand schon unternommen hat; was davon brauchbar und gewaltfrei war und bleiben kann und welche neuen Strategien und Wege sich finden lassen. Letztlich bleibt eine Psychotherapie im besten Fall eine Begegnung zwischen zwei Menschen von Herz zu Herz, mit allen Kompetenzen, die beide mitbringen. Eine Begegnung, die darüber entscheidet, ob eine Traumabehandlung gelingt oder nicht bzw. wie weit sie gelingt. Wenn Sie KollegIn sind, werden Sie erleben, dass gerade komplex traumatisierte Menschen Sie in einer Weise herausfordern, wie kaum je ein Mensch Sie herausgefordert hat. Und Sie werden sich selbst während dieses Prozesses verändern. Sollten Sie Burnout-Gefühle bekommen, ist das phasenweise absolut normal, denn die Arbeit ist langwierig und anstrengend. Holen Sie sich bitte Unterstützung bei KollegInnen, damit Sie Ihre Familienmitglieder und Freundschaften nicht mit Ihren „Gruselschilderungen“ und deren Folgen wie Reizbarkeit, Schlafstörungen etc. überfordern. Die Belohnung Ihrer Mühe besteht in Ihrem eigenen Persönlichkeitswachstum, während Sie in Ihrer Arbeit einen großen Garten pflegen, in dem Lebendiges heilt und wächst. *Heilewächst*, wie es eine meiner Klientinnen einmal ausgedrückt hat. Und diese Erfahrung kann sehr beglückend sein.

Ich wünsche Ihnen alles erdenklich Gute für dieses Abenteuer.

Portugal im Herbst 2022

Michaela Huber

Einführung

„Menschen, die ein Trauma zu bewältigen haben, fühlen sich oft hilflos und von Umständen überwältigt, die außerhalb ihrer Kontrolle liegen. Wir werden als auf immer geschädigte Menschen angesehen (und sehen uns auch selbst so) – als ‚Überlebende‘ ...“ (Linda B. Jones)

„Es ist eine wirklich destruktive Einstellung, zu denken, dass PTBS eine Störung ist. Wir verstehen es grundlegend falsch, wenn wir glauben, es sei ein Zeichen dafür, dass die Betroffenen gebrochen sind. Es ist ein Zeichen für den Drang zu überleben.“ (Mary Catherine McDonald in Blakemore 2020)

„Für den Stellenwert therapeutischer Verfahren zur Linderung oder Heilung posttraumatischer Belastungsstörungen ist grundsätzlich festzuhalten, dass es unrealistisch ist, zu hoffen, dass durch eine Psychopharmakotherapie oder durch eine Psychotherapie in irgendeiner Art und Weise das traumatische Ereignis aus dem Leben und aus der Erinnerung des Betroffenen beseitigt werden kann. Es geht vielmehr immer darum, dass die Betroffenen in die Lage versetzt werden, adäquat mit den belastenden Erlebnissen umzugehen und sich entsprechend ihres Lebensentwurfes auch darauf einzustellen.“ (Steffen Haas)

Wer Opfer eines seelischen Traumas geworden ist, befindet sich oft lange im Status des „Überlebenden“. Und Linda Jones hat recht: Von vielen Menschen werden Überlebende so betrachtet, als hätten sie eine Krankheit, auf die sie sich „adäquat einzustellen“ hätten, ähnlich, wie man sich nach einem körperlichen Trauma etwa auf eine Behinderung einstellen muss. Entsprechend drastisch fallen auch oft die psychischen Diagnosen nach Extremstressereignissen aus. Wer Überlebende/r von Langzeittraumata ist, bekommt nicht selten solche Diagnosen zugeschrieben wie „Borderline“ oder andere „Persönlichkeitsstörungen“, wie denn überhaupt oft von Störungen die Rede ist: depressive Störung, Angststörung, dissoziative Störung, posttraumatische Störung, komplexe posttraumatische Störung ... – Und in der Krankenakte sieht es so aus, als sei diese Person eo ipso irreparabel geschädigt, wobei die Ursache aus dem Blickfeld gerät. Dabei ist sie doch „nur“ traumatisiert.

Was heißt „nur“: Sie ist gezwungen worden, extreme Abwehr gegen extremen Stress auszuprägen. Bei den Überlebenden von frühen Traumata bedeutet dies: Sie sind von Kindesbeinen an gezwungen worden, wieder und wieder Gewalt, seelische Quälereien oder körperliche Torturen durch nahe Angehörige, später vielleicht durch Freunde, Partner, Fremde zu erdulden, weit mehr, als ein Gehirn und ein Organismus gesunderweise verkraften können. Und das hatte gravierende Folgen. Aber sind sie deswegen irreparabel geschädigt? Oder lassen sich nicht doch die Folgen der seelischen Traumata durch sorgfältige Behandlung so verändern, dass aus Trauma-Überlebenden „Neurotiker wie du und ich“ werden, also Menschen, die zwar Leid und Probleme kennen, aber Wege finden, damit umzugehen?

Vielleicht ist manchmal beides richtig, mal mehr das eine, mal mehr das andere. Die Bedingungen, unter denen mehr positive Veränderungen möglich sind, werden in diesem Buch genauer betrachtet.

In einem jedoch hat Steffen Haas sicher recht: Ein Trauma „lässt sich nicht beseitigen“. Es geht nicht weg. Es kann nur, wie wir heute wissen, durch adäquate traumazentrierte Behandlungsmethoden im Hirnstoffwechsel zu Veränderungen kommen, sodass das Trauma auf eine neue Art „metabolisiert“ wird. Es ist dann so, als würde man einen Tropfen Gift im Ozean auflösen, statt weiterhin eine Art „undichte Giftphiole“ mit sich herumzutragen.

Dissoziation und Spaltung

In Band 1 wurden die neurophysiologischen Prozesse während eines Traumas genauer beschrieben. Der entscheidende Abwehrmechanismus des Gehirns im Moment der Traumatisierung ist Dissoziation. In der individuellen Wahrnehmung erleben die Traumaopfer im Augenblick der seelischen Todesnähe eine Art „Zerspringen des Spiegels“ – sie verlieren den raumzeitlichen Bezug, erleben sich als entfremdet von sich und anderen; später leiden sie dann, wenn es ihnen nicht gelingt, das Trauma innerhalb weniger Wochen zu integrieren, unter Gedächtnislücken, Körpersymptomen, sozialem Rückzug, Schreckreaktionen ...

Dissoziation ist dazu da, Erkenntnis zu verhindern.

Erkenntnis, die von entscheidenden Schaltzentralen in unserem Gehirn – und zwar solchen, die nichts mit unserem bewussten Denken zu tun haben – als „zu gefährlich“ eingeschätzt wurde. Die primäre Dissoziation während einer traumatischen Einwirkung verhindert die fundamentale Erkenntnis:

„Es geschieht jetzt das absolut Unaushaltbare, und es geschieht mir.“

Da diese Erkenntnis vom limbischen System in Zusammenarbeit mit dem Stammhirn und anderen Schaltzentralen in den „unteren Regionen des Gehirns“ automatisch verhindert wird, um sein Selbst zu schützen, entsteht ebenso automatisch eine Spaltung zwischen „Ja – es ist passiert“ und „Nein – das ist nicht wahr“. Und dann

folgen unter Umständen sekundäre und weitere Dissoziationsformen und Spaltungen, wie sie in Band 1 ausführlich beschrieben wurden.

Ein unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leidender traumatisierter Mensch hat aus Selbstschutz eine Reihe von Symptomen entwickelt, die große Auswirkungen auf sein weiteres Leben haben. Dazu gehören nicht nur Flashbacks (Wiedererleben), Einschränkung (z.B. Depressionen) oder Übererregung (etwa plötzliche Wutausbrüche). Sondern er hat in seiner Persönlichkeit auch sehr oft eine tiefere Spaltung entwickelt, in alltagsorientierte Selbstzustände und in Zustände, die Elemente des Traumas spiegeln. Wollen wir das Trauma behandeln, dann bekommen wir es mit diesen dissoziativen Prozessen zu tun, mit deren Hilfe sich das Gehirn des traumatisierten Menschen bislang geholfen hat. Vor allem eine fundamentale Spaltung ist es, die Traumatisierten oft lebenslang zusetzt, wenn es ihnen nicht gelingt, ihr Trauma zu integrieren:



Abbildung: Dissoziation

Harvey Schwartz (2000) nennt diese Spaltung die „Illusionen von ‚Nicht-Ich‘ und ‚Nur-Ich‘“. Die Illusion des „Nicht-Ich“ ist verbunden mit Vorstellungen wie:

- „Es ist nicht passiert.“
- „Ich war nicht dabei.“
- „Es ist ihr passiert, nicht mir.“
- „Es ist zwar passiert, aber es hat mir nichts ausgemacht.“
- „Es ist zwar passiert, aber ich habe es längst überwunden.“

Letzteres ist natürlich nur dann eine Illusion, wenn man das Trauma lediglich „weggedrückt“, aber nie wirklich angeschaut hat. Viele Menschen sind nach traumatisierenden Erfahrungen wie Kriegen, Unfällen, Vergewaltigungen oder einer Kindheit voller Misshandlungen der Meinung: „Das hat mir gar nichts ausgemacht, da hab ich mich einmal geschüttelt, und das war’s.“ Leider stimmt so etwas, wie wir wissen, nicht. Denn wie der französische Psychiater Pierre Janet schon um die Jahrhundertwende zum 20. Jahrhundert sagte, ist, wer ein Trauma nicht „realisiert“ – also als wahr anerkennt und die Bedeutung des Traumas für sein Leben verstanden hat –, gezwungen, das Erlebte mit anderen zu wiederholen oder zu reinszenieren. Und, wie Judith Herman (2018) sagt, taucht dann das Trauma in der weiteren Lebensgeschichte der Betroffenen nicht als zusammenhängende Erzählung auf wie: „Das und das ist passiert, so hat es angefangen, das war besonders schrecklich, so und so ist es zu Ende gegangen; aber ich habe es überlebt, und jetzt habe ich es auch überwunden, auch wenn mich die Erinnerung daran noch schmerzt.“ Meistens taucht es gar nicht als Erzählung auf, weil darüber geschwiegen wird – dafür aber als Symptom, als Angststörung zum Beispiel, oder als Alkoholabhängigkeit, als Depression oder (psycho-)somatische Erkrankung. Oder wird reinszeniert mit den eigenen Kindern, Enkeln etc. als transgenerationales Trauma (Huber 2018, Mucci 2019, Narayan 2021, Rauwald 2020).

Die Illusion des „Nur-Ich“ dagegen ist verbunden mit Vorstellungen wie:

- „Ich bin schuld, dass es passiert ist.“
- „Hätte ich nur ... (besser aufgepasst, einen Umweg genommen ...) oder wäre ich nur ... (hübscher, weniger hübsch, klüger, dümmer, besser in Kampfsport, besser im Totstellen ...), dann wäre es nicht geschehen.“
- „Da komme ich nie drüber weg.“
- „Ich habe freiwillig mitgemacht.“ (Denn ich mochte den/ war verliebt in den Täter; versuchte ihn mit meinem Charme unter Kontrolle zu halten; habe ja blöderweise mit ihm geredet; hab ihm nicht die Tür vor der Nase zugemacht; bin ja mitgegangen etc.)
- „Ich habe es ja so gewollt.“ (Was verliebe ich mich auch in so einen; habe ihn ja auch provoziert; hab ja die Zimmertür nicht abgeschlossen; was muss ich auch nachts auf die Straße gehen; habe es verdient; wer sich in Gefahr begibt, kommt darin um ...).

- „Ich bin auch so eine.“ (Bin böse, schmutzig, unberechenbar, voller Hass, könnte um mich schlagen; bin keinen Deut besser als die da; wahrscheinlich muss man genau so sein, um durchzukommen ...).

Tatsächlich ist die KlientIn, wenn wir das Beispiel der Überlebenden von sexualisierter Gewalt gegen Kinder bzw. die Misshandlung von Frauen nehmen, von denjenigen verraten und verletzt worden, denen sie am meisten vertraute und die sie am meisten brauchte. Sie konnte zum Zeitpunkt der Traumatisierung nichts – nichts! – anderes tun, als letztlich zu kapitulieren. Sonst wäre es kein Trauma geworden, sondern „nur“ ein belastendes Lebensereignis, denn sie hätte noch rechtzeitig dagegen ankämpfen oder davor fliehen können, wirklich traumatisiert zu werden. Stattdessen konnte sie lediglich eine Art erzwungener Komplizenschaft mit dem Täter oder der Täterin eingehen und sich in seiner /ihrer Gegenwart nur unter dem Bann bewegen, ihr oder ihm ausgeliefert zu sein; einen freien Willen, der diesen Namen verdient hätte, gab es ebenso wenig wie freiwillige Handlungen. Sondern es kam zu einer erzwungenen Änderung der eigenen Moral und einer Spaltung im oben genannten Nicht-Ich- und/oder Nur-Ich-Sinne (siehe Kapitel 14 über Täter-Opfer-Spaltung). Dies zu erkennen ist bitter – und es ist der Anfang der Befreiung.

„Das Unaushaltbare ist tatsächlich passiert, und ich konnte nichts dagegen tun. Es war schrecklich. Es ist dort und damals geschehen. Jetzt ist es vorbei. Ich lerne daraus, damit es mir möglichst nie wieder passieren kann. Und ich bin daran gereift. Jetzt kann ich das Trauma loslassen, denn ich bin längst nicht mehr Opfer und mehr als Überlebende/r: Ich bin ein tief empfindender Mensch voller Kraft. Die überstandene Todesnähe hat mir gezeigt, worauf es für mich im Leben ankommt.“

So könnten wir die entscheidenden Erkenntnisse eines traumatisierten Menschen nach einer geglückten Integration des Traumas zusammenfassen. Was nicht heißt, dass dann „alles gut“ ist. Aber dass das Trauma nicht mehr abgespalten, sondern Bestandteil der eigenen Biografie geworden und man daran gereift ist. Das klingt so attraktiv – warum gehen dann so viele traumatisierte Menschen sehr lange diesen Weg der Integration nicht? Warum brauchen sie körperliche Behandlungen, Psychotherapien gegen diese oder jene Störung, Physio – ohne wirklich gesünder zu werden? Warum brauchen sie gute, traumazentrierte Psychotherapien, um von ihrem Trauma zu genesen, oder andere sehr koordinierte und bewusste Wege des „Durcharbeitens“, weil es sonst nicht besser wird?

Versuchen wir einige Antworten auf diese Frage, und vermeiden wir dabei, die Persönlichkeit eines traumatisierten Menschen, der diverse Symptome entwickelt hat, als „einfach gestört“ zu betrachten. Die naheliegendsten Antworten sind dann: Weil