

**Bernhard HANDLBAUER**

Psychotraumatologie II

**Konzepte und Theorien der  
Psychotraumatologie<sup>1</sup>**

(Vortrag im SAP am 28. März 2022)

Die Psychotraumatologie ist eine junge Wissenschaft. Sie befasst sich mit den Bedingungen und Folgen von psychischen Extremstresserfahrungen: den natürlichen Heilungsverläufen, den pathologischen Verläufen, den Möglichkeiten der Prävention und den Implikationen für die Therapie.

Dabei arbeiten Forscher aus unterschiedlichsten Disziplinen zusammen. In den letzten 50 Jahren sind bahnbrechende Forschungsergebnisse und Erkenntnisse entstanden.<sup>2</sup> Besonders wichtig für das Verständnis traumatischer Vorgänge sind die Pole

---

<sup>1</sup> Im Oktober 2019 fand in Wien die Tagung „15 Jahre Österreichisches Netzwerk Traumatherapie“ (ÖNT) statt. Den Hauptvortrag hielt die Psychoanalytikerin Dr. Sylvia Wintersperger zum Thema „Traumatherapie im Wandel der Zeit.“ Der Vortrag zeichnete sowohl ein umfassendes als auch komprimiertes interessantes und anschauliches Bild vom aktuellen Stand der Psychotraumatologie. Viel besser ließe sich dieses Thema nicht darstellen. Ich erlaube mir daher, immer wieder aus der Mitschrift dieses Vortrags, sowie aus der Homepage und Broschüren des ÖNT zu zitieren. Weitere Quellen sind meine Mitschrift des Einführungsseminars in die Psychotraumatologie von Dr. Theresia Falkner (2017) und die Bücher von Herman (1993), Fischer/Riedesser (2020) und Huber (2012).

<sup>2</sup> Vgl. dazu Van der Kolk 2021.

Biologie und Psychologie, sowie Neurophysiologie und Psychodynamik.<sup>1</sup>

Wichtige Beiträge zum Verständnis von traumatischen Prozessen kamen u.a. von der Neurobiologie, der Endokrinologie, der Stressforschung, der Verhaltensforschung, der Bindungstheorie, von systemischen Ansätzen und der Psychotherapieforschung.

### **Mardi Horowitz: *Stress-Response Syndroms* (1976)**



Der Beitrag des US-Psychiaters und Psychoanalytikers Mardi Horowitz war für die Psychotraumatologie grundlegend. Sein Verständnis des traumatischen Stresses überzeugte die Fachwelt und förderte die Aufnahme der Diagnose *Posttraumatic Stress Disorder* in den DSM. Horowitz unterschied fünf Phasen von „*stress response*“ – der normalen Reaktion auf traumatischen Stress:

1. Überflutung durch die traumatische Situation
2. Verleugnung / Vermeidung / Betäubung
3. Eindringen von Gedanken und Erinnerungsbildern
4. Durcharbeiten
5. Abschluss

Misslingt Phase 4 und 5, kann es zu pathologischen Entwicklungen, sogenannten „*frozen states*“ kommen. Diese sind erstarrte Zustände mit psychosomatischen Symptomen, körperlichen Miss-

---

<sup>1</sup> Wintersperger 2019.

empfindungen, dem Verlust der Hoffnung, die traumatische Erfahrung je abschließen zu können, Charakterveränderungen, Vermeidungshaltungen, phobischen Charakterzügen und der Störung der Arbeits- und Liebesfähigkeit.<sup>1</sup>

**In Deutschland** gründeten Wissenschaftler um Gottfried Fischer 1991 in Freiburg das Institut für Psychotraumatologie. Sein *Lehrbuch der Psychotraumatologie* gilt als Standardwerk im deutschsprachigen Raum.

**In Österreich** bietet das Institut für Psychotraumatologie (IPTT, Dr. Theresa Falkner) seit 2002 ein Weiterbildungscurriculum in Traumatherapie an. Seit 2004 gibt es das „Österreichische Netzwerk für Traumatherapie“ (ÖNT, Dr. Sylvia Wintersperger) das ebenfalls ein Weiterbildungscurriculum und Fortbildungen anbietet.

### **Das Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung<sup>2</sup>**

Trauma muss sowohl objektiv (äußeres Ereignis) wie auch subjektiv (innere Reaktion) definiert werden. Entscheidend ist die Relation von Ereignis und erlebendem Subjekt, die Beziehung des Subjekts zur Umwelt.<sup>3</sup>

Traumatisierungen entstehen nicht sofort, sondern in sich überlappenden Phasen von:

- traumatischer Situation,
- traumatischer Reaktion und
- traumatischem Prozess

---

<sup>1</sup> Fischer/Riedesser 2020, 102

<sup>2</sup> Nach Fischer/Riedesser 2020.

<sup>3</sup> Fischer/Riedesser 2020, 68.

## Die traumatische Situation

„Traumatische Situationen sind solche, auf die keine subjektiv angemessene Reaktion möglich ist. Sie erfordern dringend (...) eine (...) „not-wendige“ Handlung und lassen sie doch nicht zu.“<sup>1</sup> Dabei werden Regeln der normalen Erlebnisverarbeitung außer Kraft gesetzt. Es kommt zu:

- Veränderungen des Zeit-, Raum- und Selbsterlebens
- Lähmung und Erstarrung
- Panikartigem Bewegungssturm
- Langfristig zur Wiederaufnahme unterbrochener Handlungen<sup>2</sup>

**Schilderung einer traumatischen Situation:** *„Ich wusste nicht mehr, was vor sich ging und war an den Ereignissen nicht mehr beteiligt: ich handelte automatisch und bemerkte erst später, dass ich Dinge tat, zu denen ich mich gar nicht bewusst entschlossen hatte; alles schien wie im Zeitlupentempo zu passieren; es schien mir unwirklich, als ob ich träume, oder einen Film bzw. ein Theaterstück sehe; ich fühlte mich wie ein Zuschauer, als ob ich das Geschehen wie ein Außenstehender betrachten und darüber schweben würde; ich fühlte mich abgetrennt von meinem Körper (...) es gab Augenblicke, in denen mir nicht klar war, was um mich herum vor sich ging, ich war verwirrt; ich war desorientiert; es gab Momente, in denen ich mir unsicher war, wo ich war und welche Zeit es gerade war.“<sup>3</sup>*

Auf eine Situation, die eine angemessene Reaktion nicht zulässt, reagieren wir mit Stress. Dieser schafft zunächst einen vom sympathischen autonomen Nervensystem hervorgerufenen

---

<sup>1</sup> Fischer/Riedesser 2020, 69.

<sup>2</sup> Vergleichbar Freuds Begriff des Wiederholungszwangs.

<sup>3</sup> Fischer/Riedesser 2020, 89.

Aktivierungszustand für Kampf- oder Fluchtbereitschaft. Wo es keine Hilfe gibt und Kampf oder Flucht nicht möglich sind, kann es zu traumatischen Verläufen kommen.

## Die traumatische Reaktion

Wie verarbeitet das betroffene Individuum eine Situationserfahrung, die seine subjektive Verarbeitungskapazität massiv überschreitet? Fischer/Riedesser verstehen die traumatische Reaktion analog zur Immunreaktion und zum Wundheilungsmechanismus als komplexen Abwehrvorgang, „in dem der psychophysische Organismus versucht, einen eingedrungenen Fremdkörper (...) entweder zu vernichten und auszuscheiden oder aber zu assimilieren.“<sup>1</sup> Traumatische Symptome lassen sich so als „Entgleisung“ von Phasen eines natürlichen Selbstheilungsprozesses oder als Fixierung dieser Phasen verstehen.“<sup>2</sup>

## Der traumatische Prozess

Hier ist das Paradoxon der traumatischen Reaktion gewissermaßen prolongiert, das Trauma konnte nicht assimiliert werden, Betroffene müssen mit diesem „Fremdkörper“ weiterleben. „In der weiteren Lebensgeschichte (...) bemühen sich die Betroffenen, die überwältigende, (...) existenzbedrohende und oft unverständliche Erfahrung zu begreifen und sie in ihren Lebensentwurf (...) zu integrieren.“ Dies geschieht „in einem Wechselspiel von Zulassen der Erinnerung und kontrollierender Abwehr (...), um erneute Panik und Reizüberflutung zu vermeiden.“<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Fischer/Riedesser 2020, 100f.

<sup>2</sup> Fischer/Riedesser 2020, 105.

<sup>3</sup> Fischer/Riedesser 2020, 69.

Die Phasen von traumatischer Situation, traumatischer Reaktion und traumatischem Prozess „stehen nicht in einem zeitlichen, sondern einem dynamischen Verhältnis zueinander. Sie gehen auseinander hervor, laufen parallel und durchdringen einander.“<sup>1</sup>

### Der Zyklus der Traumaverarbeitung<sup>2</sup>

In der traumatischen Situation kommt es zu einer Reizüberflutung (Phase I), die einsetzende Abwehr danach führt zu Vermeidung und Verleugnung (Phase II). Wenn sich die Abwehr lockert, kommt es zu Intrusionen und sich aufdrängenden Bildern und Gedanken (Phase III). Erfolgt dies unter den Bedingungen kontrollierten Wiedererlebens, kann das Trauma durchgearbeitet und der Zyklus abgeschlossen werden (Phase IV). Wenn hingegen Phase III zu heftig ausfällt, setzt wieder die Verdrängung (Phase II) ein. Der Traumatisierte bewegt sich dann immer wieder zwischen diesen beiden Phasen, zwischen Intrusion und Verdrängung, ohne (vorerst) Phase IV erreichen zu können.

### Faktoren für eine gesunde Traumaverarbeitung:<sup>3</sup>

- Gute seelische und körperliche Verfassung zum Zeitpunkt des Traumas
- Annehmen von professioneller Hilfe
- Familiäre und soziale Unterstützung, z.B. auch am Arbeitsplatz
- Beziehungen zu anderen Menschen und deren angemessenes Verhalten dem Traumatisierten gegenüber
- Ressourcenorientierte Stabilisierung
- Einlernen von Distanzierungstechniken

<sup>1</sup> Fischer/Riedesser 2020, 69.

<sup>2</sup> Nach einer Graphik von Fischer/Riedesser 2020, 104.

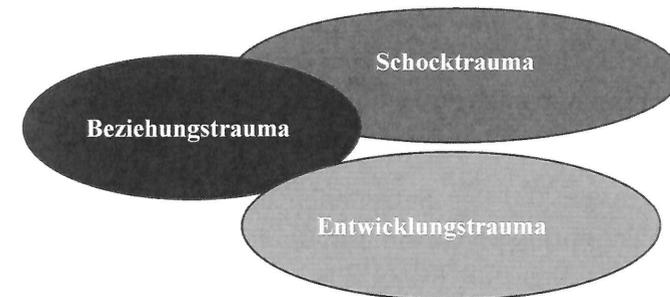
<sup>3</sup> Falkner 2017.

- Sportliche Aktivitäten, gute Beziehung zur Natur, Bildung, Spiritualität
- Beraterische Betreuung

Resilienz als Selbstheilungskraft, als Kraft sich wieder aufzurichten, fördert eine gesunde Verarbeitung. Resilienz wird u.a. durch folgende Faktoren gefördert:

- Sich helfen lassen
- Schuld- und Schamgefühle aufgeben
- Zukunftsorientierung
- Übernahme von Verantwortung

### Drei Kategorien von Trauma



Nach einer Graphik von Dr. Sylvia Wintersperger, 2019

Diese drei Kategorien von Trauma haben jeweils unterschiedliche Merkmale, überschneiden einander aber auch.

## A) Das Schocktrauma

Es entsteht durch plötzlich einsetzende Einwirkung. Die psychische Verarbeitung eines Schocktraumas verläuft in **drei Phasen**: der **Schockphase**, der **Einwirkphase** und der **Erholungsphase**.

**Die Schockphase** äußert sich in Verwirrtheit, Todesangst, Panik, Orientierungslosigkeit, Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit. In der Regel klingt die Schockphase nach einigen Stunden bis maximal wenigen Tagen wieder ab.

Die Symptome dieser Phase werden im ICD als **akute Belastungsreaktion** bezeichnet.<sup>1</sup> Hilfe sollte in den ersten 14 Tagen aufgesucht werden, sonst kann sich das Trauma verfestigen.<sup>2</sup>

In der **Einwirkphase** haben viele Menschen das Gefühl, ständig in Gefahr zu sein. Sie haben Angst, das traumatische Erlebnis könnte sich wiederholen. Sie leiden unter Gefühlen von Hoffnungslosigkeit und Ohnmacht. Immer wieder drängen Bilder des Erlebten (*Flashbacks*) unkontrolliert und unkontrollierbar ins Bewusstsein und überfluten mehr oder weniger die Gegenwart.<sup>3</sup>

Bei einem großen Teil der Betroffenen tritt nach zwei bis vier Wochen die **Erholungsphase** ein. Die Übererregtheit geht zurück, der Schlaf wird ruhiger, die Flashbacks verschwinden, Körper und Seele finden in die Normalität des Lebens zurück. Dieser Verlauf kann **durch verschiedene Faktoren positiv oder negativ beeinflusst** werden.<sup>4</sup>

Nach der Schockphase schalten sich die psychischen Funktionen wieder zu. Die Prognose nach einem einzelnen traumatisierenden

---

<sup>1</sup> Homepage und Broschüren des ÖNT.

<sup>2</sup> Falkner 2017.

<sup>3</sup> Homepage und Broschüren des ÖNT.

<sup>4</sup> Homepage und Broschüren des ÖNT.

Erlebnis ist oft günstig. Zwei Drittel der Akuttraumatisierten entwickeln keine dauerhaften Symptome.

Im ungünstigen Fall<sup>1</sup> verläuft es so, dass nach der traumatisierenden Erfahrung keine Erholungsphase eintritt oder sich die Symptome verstärken. 5 – 20 % der Menschen, die ein einzelnes traumatisierendes Ereignis erleben, entwickeln eine **Posttraumatische Belastungsstörung** in den ersten drei Monaten nach dem Ereignis. In Einzelfällen treten die Beschwerden erst nach Jahren oder sogar Jahrzehnten auf.

Beim Schocktrauma werden **drei Symptomgruppen** unterschieden, nämlich

1. Allgemeine Stress-Symptome (Übererregung)
2. Symptome des Wiedererlebens (Intrusionen)
3. Vermeidungssymptome (Konstriktionen)

### 1. Allgemeine Stress-Symptome

Es handelt sich um einen inneren Alarmzustand, eine Physioneurose (Kardiner), mit Herzrasen, Magen-Darm-Problemen, Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit und Konzentrationsstörungen.<sup>2</sup> „Dauert die bedrohliche Situation länger an, so arbeitet das psychophysische System in einem permanenten Alarmzustand, was seine Kapazität auf Dauer überfordert und erschöpft.“<sup>3</sup>

Die Folge der überstarken Erregung „sind massive Schlafstörungen. Patienten (...) brauchen länger zum Einschlafen, reagieren empfindlicher auf Lärm und wachen in der Nacht häufiger auf (...)“

---

<sup>1</sup> Homepage und Broschüren des ÖNT.

<sup>2</sup> Homepage und Broschüren des ÖNT.

<sup>3</sup> Fischer/Riedesser 2020, 88.

Traumatische Ereignisse verändern offenkundig das menschliche Nervensystem tiefgreifend.“<sup>1</sup> Die innere Unruhe entsteht durch die Ausschüttung von Stresshormonen. Dies macht langfristig extrem müde.<sup>2</sup>

## 2. Symptome des Wiedererlebens (Intrusionen)

Intrusionen als Überbegriff für Flashbacks sind massive, leidvolle Erfahrungen, die aufgrund von Assoziation mit traumatischen Erinnerungen entstehen. Ausgelöst werden sie durch Bilder, Gespräche, Töne, Geruchs- und Geschmacksempfindungen, die jenen Situationen minimal ähneln, die während des akuten Traumas vorhanden waren. Sie passieren unwillkürlich und blitzschnell.<sup>3</sup>

Sie können in Form von Tag- und Nachträumen (Alpträumen), Flashbacks, Gedanken oder heftigen Gefühlen in Bezug auf das Ereignis auftreten. Die Erinnerungen drängen sich förmlich auf, ohne dass die traumatisierte Person sie kontrollieren kann und überlagert die aktuelle Wahrnehmung.<sup>4</sup>

„Lange nachdem die Gefahr vorüber ist, erleben Traumatisierte das Ereignis immer wieder so, als ob es gerade geschähe (...) Es ist, als wäre für sie die Zeit im Moment des Traumas stehengeblieben.“<sup>5</sup>

„Das Wiedererleben einer traumatischen Erfahrung (...) überfällt den Traumatisierten mit der emotionalen Intensität des ursprünglichen Geschehens.“<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> Herman 1993, 58.

<sup>2</sup> Falkner 2017.

<sup>3</sup> Falkner 2017.

<sup>4</sup> Homepage und Broschüren des ÖNT.

<sup>5</sup> Herman 1993, 58.

<sup>6</sup> Herman 1993, 65

Dieses Ausgesetzt Sein ist sehr belastend: Am Tag kommt es zu Intrusionen. In der Nacht treten Albträume auf. Überall lauern Trigger. Selbst in schützender Umgebung und in Ruhesituationen gibt es keine Sicherheit.

Die traumatischen Erinnerungen<sup>1</sup> sind charakterisiert durch ein Gefühl von Unveränderlichkeit und Zeitlosigkeit. Das Wiedererleben erfolgt in einer festgelegten Reihenfolge von Ereignissen, die nicht oder nur mit großer Kraftanstrengung unterbrochen werden kann. Die Ereignisse werden sensomotorisch wahrgenommen und können nicht in einer narrativen autobiographischen Form ausgedrückt werden. Der Patient rutscht förmlich in die traumatischen Erinnerungen hinein. Sie verschlechtern den psychischen Zustand und werden gefürchtet, können aber kaum verhindert werden.

## 3. Vermeidungssymptome (Konstriktionen)

Diese stehen im Zusammenhang mit übergroßer Angst und zeigen sich auf der Ebene des Verhaltens. Alles, was an das Trauma erinnert (z.B. Menschen, Orte, Gedanken) wird vermieden.<sup>2</sup> Die Betroffenen möchten sich gegen die Trauma-Erinnerungen (Bilder, Gerüche, Töne, Empfindungen, Erregungszustände) abschotten und diese ausblenden.<sup>3</sup>

Das Vermeidungsverhalten soll die äußerst unangenehmen und schmerzhaften Gefühle beim Auftreten von Erinnerungen und Intrusionen in Schach halten. Im Dienst der Vermeidung kann es zu psychischer Erstarrung und emotionaler Empfindungslosigkeit

---

<sup>1</sup> Falkner 2017.

<sup>2</sup> Homepage und Broschüren des ÖNT.

<sup>3</sup> Falkner 2017.

kommen. Eine weitere Möglichkeit der Vermeidung ist der Konsum von Alkohol, Drogen und Beruhigungsmitteln.

Die Vermeidung verhindert das Eindringen der traumatischen Erfahrung in das Bewusstsein, aber damit auch die Integration, die für die Heilung unerlässlich ist. „Damit fordern konstriktive Symptome ... einen hohen Preis für den Schutz, den sie vielleicht gewähren. Sie verengen das Spektrum der Lebensmöglichkeiten ... und perpetuieren letztlich die Auswirkungen des traumatischen Ereignisses.“<sup>1</sup> Vermeiden kostet sehr viel Kraft. Die Abwehr der inneren Bilder und der Angst zehrt aus.<sup>2</sup>

### Zur Dialektik des Traumas

Herman beschreibt den oszillierenden Rhythmus zwischen Intrusion und Konstriktion:

„Da weder die intrusiven noch die konstriktiven Symptome eine Integration des traumatischen Ereignisses erlauben, kann man das alternierende Auftreten dieser beiden Extremzustände als Versuch verstehen, ein befriedigendes Gleichgewicht zu finden. Doch gerade das ... fehlt den Traumatisierten. Sie sind gefangen zwischen ... Gedächtnisverlust oder Wiedererleben des Traumas; zwischen der Sintflut intensiver, überwältigender Gefühle und der Dürre absoluter Gefühllosigkeit; zwischen gereizter, impulsiver Aktion und totaler Blockade jeglichen Handelns.“<sup>3</sup>

Vieles was hier über das Schocktrauma ausgeführt wurde, kann auch auf das Beziehungstrauma und das Entwicklungstrauma übertragen werden. Dort kommt es aber zu zusätzlichen Komplikationen.

---

<sup>1</sup> Herman 1993, 71f.

<sup>2</sup> Falkner 2017.

<sup>3</sup> Herman 1993, 72.

### B) Das Beziehungstrauma

Hier geht die Traumatisierung von einer Bindungs- oder Bezugsperson aus. Die Möglichkeit zur Trennung ist objektiv (z.B. finanzielle Abhängigkeit) oder subjektiv (z.B. Ängste vor dem Alleinsein) nicht möglich. Diese Menschen haben oft auch traumatische Vorerfahrungen. In solchen Konstellationen wird der traumatische Prozess komplexer, vor allem, wenn er früh einsetzt und über längere Zeit anhält, und es kann zu Störungen der Persönlichkeitsentwicklung kommen.

Es kommen dann zusätzliche spezifische Anpassungsstrategien zum Einsatz, die zu Persönlichkeitsveränderungen führen können, vom „Stockholmsyndrom“ bis zur komplexen PTBS:<sup>1</sup> Ständig wiedererlebte Gewalt in nahen sozialen Beziehungen, aber auch Folter im Kontext politischer Gefangenschaft können zu einer massiven Beeinträchtigung des Selbst- und Fremderlebens führen und das Vollbild einer **komplexen posttraumatischen Belastungsstörung** entstehen lassen.<sup>2</sup> Beim Beziehungstrauma kommt es vor allem auch zu einer Gefährdung der Identitätssicherheit.<sup>3</sup>

### C) Das Entwicklungstrauma

Menschen mit einem Entwicklungstrauma weisen manchmal keine spezifische Traumaaufprägung auf, aber ihr ganzes psychisches System wirkt wie verbogen. „Bei Erwachsenen greift wiederholtes Trauma eine bereits geformte Persönlichkeit an, bei Kindern

---

<sup>1</sup> Wintersperger 2019.

<sup>2</sup> Homepage und Broschüren des ÖNT.

<sup>3</sup> Wintersperger 2019.

dagegen prägt und deformiert wiederholtes Trauma die Persönlichkeit.“<sup>1</sup>

Ich zitiere aus Publikationen des ÖNT:

Besonders schwerwiegend wirken sich **durch Bezugspersonen verursachte Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter** aus: Sie haben **weitreichende Konsequenzen** für die Entwicklung der Persönlichkeit, die mentalen Fähigkeiten und vor allem die spätere Bindungs- und Beziehungsfähigkeit eines Menschen.

In den letzten Jahren sind entwicklungsbedingte frühe Traumatisierungen mehr in den Blickpunkt der Psychotraumatologie gerückt. Die Forschung hat gezeigt, dass sich traumatische Kindheitserfahrungen gravierend auf viele verschiedene Entwicklungsbereiche der Persönlichkeit auswirken – mental, emotional und intellektuell.

Van der Kolk (2022) beschreibt bis heute erfolglose Bemühungen, die Entwicklungstraumatisierungen in den DSM als neue Kategorie aufzunehmen zu lassen.

„Die Kindheit ist ein einziges Stockholm-Syndrom.“<sup>2</sup>

Derartige **Entwicklungstraumen** können bereits rund um die Geburt entstehen, durch frühe Krankenhausaufenthalte, durch psychisch kranke und/oder stark belastete Bezugspersonen, sowie durch dysfunktionale Familiensysteme im späteren Kindes- und Jugendalter, bei Eltern mit Suchtproblemen, bei massiver Vernachlässigung und Verwahrlosung, wenn Kinder Gewalt innerhalb der Familie oder sexuellen Missbrauch erleben müssen.

---

<sup>1</sup> Herman 1993, 135.

<sup>2</sup> Wintersperger 2019.

In all diesen schwierigen Familiensituationen sind Kinder extrem belastet. Besonders schwerwiegend wirkt sich auf die kindliche Entwicklung sexueller oder psychischer Missbrauch aus.<sup>1</sup>

In allen oben genannten Fällen wird das **Bindungsverhalten** dieser früh traumatisierten Kinder **massiv gestört**. Kinder in dysfunktionalen Familiensystemen entwickeln ein unsicheres Bindungsmuster und haben oft auch in ihrem späteren Leben große Schwierigkeiten, sich Unterstützung zu holen. Wo Eltern ihre Kinder nicht ausreichend oder gar nicht darin unterstützen, ihre Gefühle zu regulieren, haben diese große Schwierigkeiten, ihre **emotionalen Zustände zu regulieren** – auch später als Erwachsene.

Chronisch traumatisierte Kinder haben oft übermäßig große Angst-, Wut-, Schuld-, und Ohnmachtsgefühle, von denen sie überflutet werden, ohne die dafür notwendige Selbstregulationsfähigkeit zu besitzen. Entweder richtet sich ihre übergroße Wut gegen andere, indem sie selbst gewalttätig werden, oder sie richtet sich gegen sie selbst, was sich in autoaggressiven Handlungen zeigt.

Die häufigste psychiatrische Diagnose bei Kindern mit chronischer Traumatisierung ist nicht die Posttraumatische Belastungsstörung; diagnostiziert werden oft Trennungsangststörung, Depression, Phobien, ADHS oder Störungen des Sozialverhaltens.

In der Adoleszenz und im Erwachsenenalter können bei früh Traumatisierten eine Reihe von psychiatrischen Erkrankungen auftreten, etwa Persönlichkeitsstörungen wie Borderline, Suchterkrankungen, dissoziative, affektive, somatoforme und sexuelle Störungen, sowie kardiovaskuläre, metabolische und Immunerkrankungen.

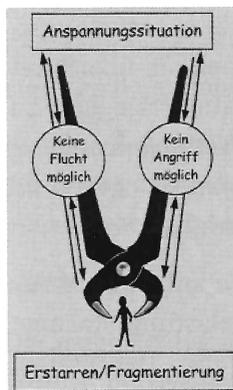
---

<sup>1</sup> Vgl. dazu Herman, 135-160.

Beim Entwicklungstrauma kommt es also zu einer Gefährdung der Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit. In extremen Fällen zu einer Schädigung des Gehirns.<sup>1</sup>

## Die Traumatische Zange<sup>2</sup>

Michaela Huber nennt jene Trauma auslösende Situation, in der das Gehirn buchstäblich in die Klemme gebracht wird, die traumatische Zange.



Die Grafik von Dr. Sylvia Wintersperger zeigt den Mechanismus dieser traumatischen Zange:<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Wintersperger 2019.

<sup>2</sup> Mitschrift der Erklärung der traumatischen Zange durch Wintersperger 2019. Vgl. auch Huber 2012, 38ff.

<sup>3</sup> Im Folgenden meine Mitschrift von Wintersperger 2019.



Grafik von Dr. Sylvia Wintersperger 2019, Homepage des ÖNT

Ein existenziell bedrohliches Ereignis führt zu Angst, Verzweiflung, Erregung und Schmerz. Diese Erschütterung führt zu einem Hilferuf an das Bindungssystem oder zu einer physiologischen Stressreaktion (Kampf oder Flucht).

Wenn kein Bindungssystem verfügbar ist (oder die Bedrohung gar von der Bindungsperson ausgeht) und wenn Kampf oder Flucht nicht möglich sind, kommt es zu

- Gefühlen intensiver Hilflosigkeit und Ohnmacht
- zu Kontrollverlust und Affektüberflutung
- Gefühlen des Ausgeliefertseins
- **Freeze und Fragment:**
- Erstarrung oder Unterwerfung (Totstellreflex) (dorsaler Vagus)
- Dissoziation und Fragmentierung der Wahrnehmung: Gedanken, Bilder, Empfindungen können nicht mehr kortikal eingeordnet und bewertet oder zurückgehalten werden

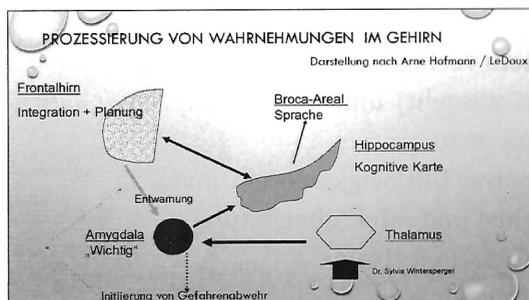
- Die Traumatisierung hat begonnen

Häufige Schocktraumen haben auch Auswirkungen auf das **Verhalten**, (z.B. schnell in Deckung zu gehen, wenn etwas Lautes passiert).

Das **Schocktrauma** führt zu einer Überlastung des Stresssystems. Es kommt zu einem physiologischen Crash. Zu einer Gefährdung des physiologischen Gleichgewichts. Im Laufe dieses Prozesses wird eine Flut von Endorphinen ausgeschüttet, die der inneren Distanzierung von der überwältigenden Realität dienen. Körperliche Opiate helfen beim geistigen Wegtreten, Noradrenalin fördert Tunnelblick und blockiert die integrierte Wahrnehmung.

**Das was passiert ist, kann nicht mehr rückgängig gemacht werden.**

### Zur Neurobiologie des Schocktraumas: Die Wahrnehmungsverarbeitung im Gehirn<sup>1</sup>



Grafik von Dr. Sylvia Wintersperger 2019, Homepage des ÖNT

<sup>1</sup> Im Folgenden meine Mitschrift von Wintersperger 2019 und Falkner 2017, vgl. auch Huber 2012.

Alles was wir sinnlich wahrnehmen und aufnehmen passiert den Thalamus.

Die Amygdala ist das stressverarbeitende Gedächtnissystem, eine Art Kontrollstelle. Sie entscheidet, ob die Situation gefährlich oder ungefährlich ist. Dieses System funktioniert bereits im Säuglingsalter.

Der Hippocampus fungiert als „kognitive Karte“: Hier kommt es zur Abstimmung und Einordnung (z.B. gelbe Jacke, blauer Lieferwagen, ...). Er ist das Archiv unseres Gedächtnisses: biografisch-episodisch-narrativ, vernetzt mit Sprachzentrum, Thalamus und beiden Großhirnhälften. Er entwickelt sich erst voll im 3. Lebensjahr.

Was wichtig ist wird vom Thalamus weiter in das Frontalhirn und das Broca-Areal (Sprache) zur Integration und weiteren Planung geleitet.

Bei Wichtigem, das Handlungsbedarf hat, stellt die Amygdala die Verbindung zum Alarmsystem her. Wenn es gut geht, meldet das Großhirn zur Amygdala: alles o.k.

Bei Gefahr kommt es zur Abschätzung: Kampf oder Flucht oder keine Abwehrmöglichkeit (Immobilisation). Kampfabklärung: Bei Verteidigung ist der begleitende Affekt Wut. Fluchtabklärung: Der begleitende Affekt ist Angst. Wenn keine Möglichkeit für Verteidigung oder Flucht besteht, dann werden die Affekte eingefroren.

Wenn diese traumatische Entwicklung einsetzt, dann wird die normale Wahrnehmung auf der Ebene der **Amygdala** unterbrochen, das limbische System stoppt die Reizweitergabe, eine Art Sicherung fällt. Die Amygdala funktioniert also ab einem

bestimmten Punkt des Gefährerlebens als eine Art **Feuermelder mit Blockadefunktion**.

Die Strukturen des limbischen Systems regeln also nicht nur normale Lebensfunktionen, sondern leisten auch die Überlebensarbeit im traumatischen Stress.

Beispiel: Eine stürzende Radfahrerin: Unter Amygdala-Alarm erlebt sie plötzliche Ruhe, ein Entfremdungsgefühl ihrer Umgebung gegenüber, ein raumloses Geschehen, weit entfernt von jeder Sprache. Ihre Lautäußerungen (Schreien, Stöhnen) kommen ihr „wie von ihr abgeschnitten“ vor. Bis das Hippocampus-System wieder „anspringt“ und sie wieder weiß: „Ich war doch eben noch mit dem Rad unterwegs nach Hause.“

In der traumatischen Situation findet die Integration ins Großhirn und Broca-Areal nicht statt. Gedächtnis und Sprache sind ausgeschaltet. Das Trauma ist sprachlich nicht zu greifen. Das Erlebnis bleibt stecken.

Die Prozessierung der ‚Informationen‘, also die Verarbeitung des Wahrgenommenen, erfolgt im Normalfall durch

- den Hippocampus (Kontextualisierung mit schon Erlebtem, Einordnung in Zeit, Raum und Selbsterleben),
- das Broca-Areal (sprachliche Konnotation)
- und den orbitofrontalen Kortex (subjektives Erfassen des Geschehens und Bedeutungsgebung).

Diese normale Verarbeitung der Informationen finden in der traumatischen Situation nicht statt. Das Erlebte kann deshalb auch nicht als ganzheitliches Geschehen abgespeichert werden. Die einzelnen Eindrücke bleiben unverbunden.

Die Intensität des Erlebten übersteigt in einem konkreten Sinn das Fassungsvermögen! Das im traumatischen Schock Widerfahrene wird also als unbegreiflich erlebt, mit sprachlosem Entsetzen, fragmentiert und ohne Einbettung in das Zeiterleben.

### **Trauma und das autonome Nervensystem – Stephen W. Porges und die Polyvagaltheorie<sup>1</sup>**

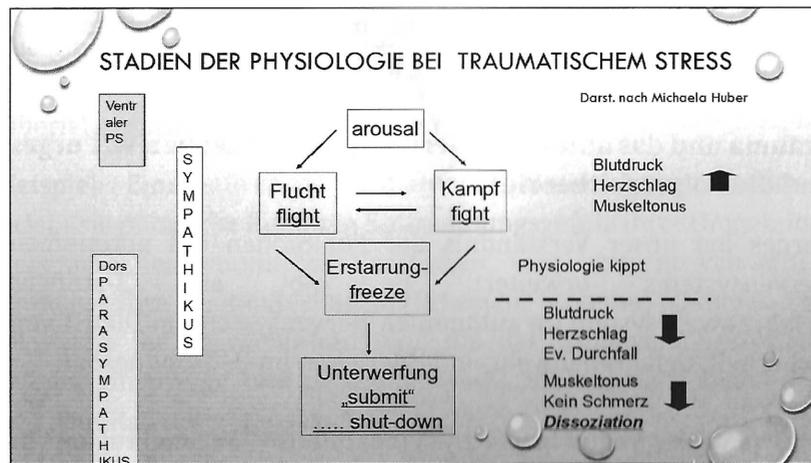
Porges hat unser Verständnis der Funktionen des autonomen Nervensystems erweitert. Es gibt ein 3-stufiges Gefahrenabwehrsystem im autonomen Nervensystem im Dienst von Sicherheit, Gefahrenabwehr und Überleben im Bedrohungsfall:

- 1) Ventraler Vagus bzw. Parasympathikus (Säugetiervagus): Er sorgt für Ruhe und Ausgeglichenheit, für die Neurobiologie des sozialen Verhaltens, inklusive Bindung.  
Das ist das, was wir in der Therapie anbieten und anstreben: Hilfe und Beruhigung in der therapeutischen Beziehung.
- 2) Sympathikus: Er aktiviert bei Gefahr Kampf- oder Fluchtreflexe.  
So erleben wir oft Patienten in Krisen und Konflikten.
- 3) Dorsaler Vagus: Er löst eine Erstarrungsreaktion aus. Es kommt zur tonischen Immobilität, bis hin zum „Shut down“. Der dorsale Vagus ist der phylogenetisch ältere Vagus, auch Reptilienvagus genannt. Er schaltet sich ein, wenn gar nichts mehr geht.  
Sein Sinn ist es, sämtliche Energien für später (falls es ein später gibt) zu konservieren.

---

<sup>1</sup> Vgl. zu diesem Abschnitt Wintersperger 2019.

## Stadien der Physiologie bei traumatischem Stress<sup>1</sup>



Grafik von Dr. Sylvia Wintersperger 2019, Homepage des ÖNT

Wenn keine Bindung/Hilfe möglich ist oder - noch schlimmer - wenn von der Bindungsperson die Bedrohung ausgeht (Beziehungstrauma), wenn weder Kampf noch Flucht möglich sind, dann kommt es zu einer Reaktion der Erstarrung; zu einem „Shut down“ mit folgenden Symptomen:

- der Blutdruck sinkt
- die Pulsfrequenz sinkt
- eventuell Durchfall
- der Muskeltonus sinkt
- das Schmerzempfinden setzt aus
- eventuell kommt es zu einer Dissoziation

<sup>1</sup> Aus meiner Mitschrift des Vortrags von Wintersperger 2019.

Es kann auch zu einem dauernden Wechsel der autonomen Nervensysteme kommen: Anhaltende sympathische Aktivierung: Kampf-Flucht-Bereitschaft, Hyperarousal, und dann wieder Aktivierung des dorsalen Vagus: Abschalten, Dissoziation. Die beiden Systeme können einander auch überlappen.

## Traumaphysiologie - Traumastate<sup>1</sup>

Der Organismus behält die Bereitschaft, die unterschiedlichen traumaphysiologischen Funktionszustände - „States“ - wieder einzunehmen, sobald assoziative Auslöser / Trigger oder neuerliche Bedrohungen auftauchen, die über das Amygdalagesteuerte Erinnerungsnetzwerk diese „States“ aktivieren. Die „States“ Fight - Flight - Freeze - Submit sind Symptome von Traumafolgestörungen.

## Zusammenfassung Neurobiologie des Psychotraumas<sup>2</sup>

Es kommt zu einer Überforderung der Stress-Systeme und Verarbeitungsmöglichkeiten, zu einem neurophysiologischen Crash mit Folgen

- Störungen der Wahrnehmungsverarbeitung und der Gedächtnisbildung
- Dysreguliertes autonomes Nervensystem (Hyperarousal, Intrusionen, Konstriktionen)
- Störungen im Selbst- und Fremderleben

<sup>1</sup> Wintersperger 2019.

<sup>2</sup> Wintersperger 2019.

**Trauma ist eine blockierte Informationsverarbeitung.** Der Erregungszustand bleibt, weil nichts abgeschlossen werden kann. Es kommt zu einer Störung im Energiebetrieb. Die Alarmfunktion bleibt ungebremst. Es kommt zu einem Kontrollverlust. Die Affekte kommen immer wieder: Hilflosigkeit, Ohnmacht, Wut, Angst ...

In dieser Dialektik von Rückzug – Abschalten – Vermeidung und bleibender Übersteuerung der Gefahrenabwehr (Hyperarousal) werden Erinnerungen dysfunktional abgelagert: Zu viel an Intrusion - Zu wenig an Amnesie.

Dieses Geschehen ist sprachlich kaum beeinflussbar, was Konsequenzen für die Therapie hat. Wenn traumatische Erfahrungen nicht integriert sind, führt dies zu einem großen Verlust an gesunder Lebenszeit, zu Gefühlen der Wut, des Verrats und der Hilflosigkeit.<sup>1</sup>

## Dissoziation

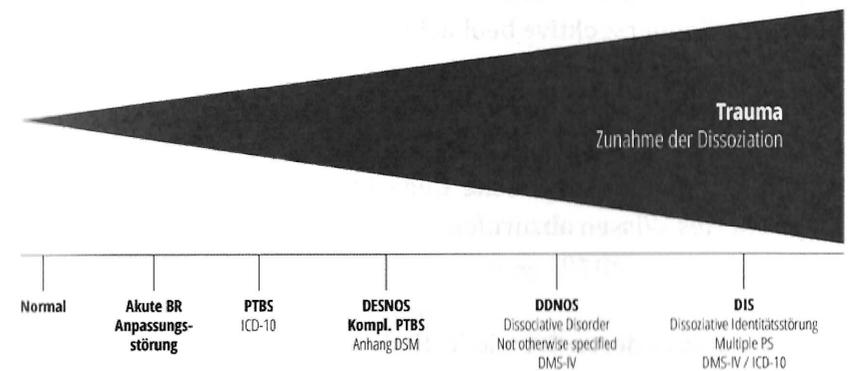
Es gibt ganz alltägliche Dissoziationen. Wir dissoziieren eigentlich laufend, um zu funktionieren. Autofahren ist noch keine Dissoziation, auch wenn man nicht weiß, wie man die letzten Kilometer auf der Autobahn gefahren ist.

Viele schwer traumatisierte Menschen leiden unter einer Reihe von **dissoziativen Symptomen**: Das Innenleben von schwer dissoziativen Menschen kann aufgespalten sein in verschiedene Ich-Zustände, sogenannte Teilpersönlichkeiten: Je nachdem, ob es ein Bewusstsein für diese Teilpersönlichkeiten gibt, spricht man entweder von DDNOS (*Dissociative disorder not otherwise specified*;

<sup>1</sup> Falkner 2017.

hier ist ein rudimentäres Bewusstsein gegeben), oder von einer Dissoziativen Identitätsstörung (früher: Multiple Persönlichkeit), wo die einzelnen Teilpersönlichkeiten kein Wissen voneinander haben.<sup>1</sup>

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Grad der Dissoziation über die Schwere der Traumafolgestörung entscheidet.



Grafik von Jochen Peichl 2008

Bei einer normalen Traumatisierung stehen die Teile in Verbindung. Bei der PTBS und der komplexen PTBS kommt es zu kleinen Dissoziationen, die sich wieder zurückbilden. Bei der DIS geht ein tiefer Riss durch die Persönlichkeit.

<sup>1</sup> Homepage und Broschüren des ÖNT.

## **Formen der Dissoziation<sup>1</sup>**

### **Derealisierung**

Die Umgebung oder Teile von ihr können nicht mehr adäquat wahrgenommen werden. Die Derealisierung macht mit uns Menschen etwas, z.B. das Gefühl: „Es kann nicht wahr sein“ „Ich glaube, ich bin verrückt.

### **Depersonalisation**

Das Selbst oder Teile davon werden nicht adäquat wahrgenommen: Empfindungslosigkeit, Schmerzlosigkeit, Neben sich stehen. Sich aus der Außenperspektive beobachten, Über den Dingen schweben - eine Art imaginierte Fluchtbewegung.

### **Amnesie**

Betrifft das autobiographische Gedächtnis. Verlust der Fähigkeit, gespeichertes Wissen abzurufen.

### **Fugue**

Sich an einem anderen Ort wiederfinden und nicht wissen, wie man dort hingekommen ist.

### **Somatoforme Symptome**

Sie sind heute unter somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen zusammengefasst, wurden früher unter Hysterie subsummiert. Somatoforme Symptome treten häufig bei Menschen auf, die körperlich durch andere Menschen bedroht wurden (Gewalt, sexuelle Gewalt).

### **Identitätsfragmentierung**

---

<sup>1</sup> Vgl. zu diesem Abschnitt Huber 2012 und Falkner 2017.

Desorientierung und Verwirrtheit

Veränderung des Zeitgefühls

Erschütterung des Weltbilds und der Wertvorstellungen

## **Diagnostik von Traumatisierungen**

Fischer/Riedesser nennen als ein programmatisches Ziel der Psychotraumatologie, Psychopathologie in vielen Fällen in Psychotraumatologie zurück zu verwandeln. Zahlreiche Krankheitsbilder müssten unter psychotraumatischen Aspekten völlig neu verstanden werden.

Die Folgen von Traumatisierungen sind mannigfaltig und werden primär unter den folgenden Diagnosen mit zunehmender Komplexität diskutiert:

- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- PTBS-komorbide Störungen
- Komplexe PTBS
- Entwicklungstrauma/Bindungstrauma-Folgestörung
- Dissoziative Störung
- Dissoziative Identitätsstörung oder Persönlichkeitsstörung

## **Faktoren der Entstehung komplexer und chronifizierter Traumafolgestörungen<sup>1</sup>**

- Je schwerer und häufiger das traumatische Erlebnis
- je jünger die traumatisierte Person ist
- je länger ein Mensch traumatischem Stress ausgesetzt ist

---

<sup>1</sup> Homepage und Broschüren des ÖNT.

## Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Bis zu einem Drittel der Traumatisierten entwickeln eine PTBS<sup>1</sup> mit den bereits beschriebenen Symptomen: Intrusionen, Übererregung, Vermeidung, Dissoziation.

Intrusionen werden oft durch „Trigger“ ausgelöst:<sup>2</sup> Trigger können Bilder, Geräusche, Gerüche etc. sein, die im Zusammenhang mit dem Trauma erlebt wurden und von denen die betreffende Person regelrecht überflutet wird.

Die Lebenszeitprävalenz für PTBS in der Allgemeinbevölkerung (...) liegt zwischen 1% und 7%, kann aber bei exponierten Personen wie Rettungskräften, ÄrztInnen, PolizistInnen oder SoldatInnen weit höher sein. Die Prävalenz zur Entwicklung einer PTBS liegt bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit bei 30%, nach einer Vergewaltigung bei 50%. Weitere Risikogruppen für Psychotraumata sind Frauen und Flüchtlinge.

## PTBS-komorbide Störungen<sup>3</sup>

Menschen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung können im Laufe der Zeit **Begleiterkrankungen** wie Angststörungen, Depressionen, Schmerzstörungen und psychosomatische Erkrankungen entwickeln, manchmal begleitet von Medikamenten-, Alkohol- oder Drogenmissbrauch. Viele der Betroffenen stellen keinen Bezug zum ursprünglich traumatisierenden Erlebnis her.

---

<sup>1</sup> Falkner 2017.

<sup>2</sup> Zitiert nach der Homepage des ÖNT.

<sup>3</sup> Vgl. dazu die Homepage des ÖNT und Fischer/Riedesser 2020.

## Die komplexe PTBS

**Chronische, extreme und lebensgeschichtlich frühe Traumatisierungen** können weitere Störungen zur Folge haben, die über das Symptombild der Posttraumatischen Belastungsstörung hinausgehen und sich tiefgreifend auf die Persönlichkeit auswirken.

Extreme Erlebnisse können z.B. körperliche Misshandlungen, sexuelle Gewalt, Missbrauch in der Kindheit, Krieg und Folter sein, aber auch als lebensbedrohlich erlebte Naturkatastrophen, schwere Erkrankungen und Unfälle.<sup>1</sup> Gefangenschaft<sup>2</sup> ist eine potenziell traumatisierende Situation (Angriff und Flucht sind nicht möglich). Dies betrifft auch Kriegsgefangenschaft und Geiselnahmen. Die Abhängigkeit von einem misshandelnden Partner kann wie eine Gefangenschaft in der Familie oder Partnerschaft erlebt werden.

Die komplexe PTBS umfasst alle bisherigen Symptome und dazu noch Störungen im Bereich der Affekte, des Selbstbildes und der Beziehungsgestaltung<sup>3</sup>

## Entwicklungs-trauma- oder Bindungs-trauma-Folgestörung<sup>4</sup>

Hier kam es zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsentwicklung durch dysfunktionale Bindungsmuster:

---

<sup>1</sup> Vgl. zu den beiden Absätzen die Homepage des ÖNT.

<sup>2</sup> Vgl. zu Gefangenschaft Herman 1993, 107-134.

<sup>3</sup> Wintersperger 2019. Vgl. auch Fischer/Riedesser 2020, 54f.

<sup>4</sup> Vgl. zu diesem Abschnitt Wintersperger 2019.

Von der Bindungsperson geht Gefahr aus, sie ist kein „sicherer Hafen.“ Das Kind nimmt viel auf sich, um sich die Bindungsperson (trotzdem) als gut zu erhalten. Es kommt zur Internalisierung, zur Verinnerlichung der Gewalt und der Verantwortung; dies führt zu dysfunktionalen Selbstüberzeugungen und zur Introjektion der Gewalterfahrung.

Wenn aber die Bindungsperson nicht „erreichbar“ oder nicht da ist, folgt ein Rückzug, ein sich aus dem Kontakt nehmen, ein Abbruch. Wenn nun von der Bindungsperson Gefahr ausgeht und alternierend keine Bindungsperson zur Verfügung steht werden gegenläufige Überlebensstrategien gleichzeitig aktiviert: einerseits Schutzsuche (Bindungssystem) und andererseits Kampf/Flucht-Aktivierung.

**Es kommt zu einer strukturellen Dissoziation**, zur Trennung der neuronalen Netzwerke („Aktionssysteme“) an der Sollbruchstelle zwischen den Aktionssystemen Bindung und Kampf-Flucht. Sowohl Bindung (als primäres, genetisch verankertes, motivationales System) als auch Defensivsysteme (Kampf/Flucht/Erstarrung/Shut down) haben überlebenssichernde Funktion.

Bei Kindern und Jugendlichen spricht man vor allem von Entwicklungs- und Bindungstraumatisierungen in Risikogruppen, in denen es eine Prävalenz von Entwicklungs-trauma-Folgestörung von bis zu 58% gibt:

- Kinder mit Fluchterfahrungen
- Kinder aus psychosozial belasteten Familien
- Kinder aus dysfunktionalen Familien

## Dissoziative Störung (DDNOS)<sup>1</sup>

Ellert Nijenhuis hat viel zum Verständnis der dissoziativen Störung beigetragen. Er kritisiert, dass immer wieder falsche Diagnosen (Angststörungen, depressive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, ...) gestellt werden.

Das Konzept der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit wurde von ihm weiterentwickelt. Er unterscheidet folgende Teile der Persönlichkeit:

ANP Anscheinend normale Person

EPs Emotionale Persönlichkeiten (fragil, aggressiv, weinend, klagend ...)

(Reddemann: der verletzte Anteil)

Die ANP fürchtet sich vor den EPs (Alpträume, Flashbacks)

Dissoziative Menschen sind oft sehr klar im Beruf und sehr kreativ. Bei einem Zusammenbruch sind sie oft völlig erschöpft.<sup>2</sup>

## Dissoziative Identitätsstörung (DIS)<sup>3</sup>

Wintersperger beschrieb sie als „Job Sharing auf dem Weg durch die Hölle.“<sup>4</sup>

Bei Patienten mit schweren dissoziativen Störungen ist eine klare Diagnose besonders schwierig. Im Durchschnitt dauert es sechs

---

<sup>1</sup> Zur ausführlichen Diagnose und Therapie der Dissoziativen Störung vgl. Auhser-Mihm 2017.

<sup>2</sup> Falkner 2017.

<sup>3</sup> Vgl. zu diesem Störungsbild Fischer/Riedesser 2020, 55f.

<sup>4</sup> Wintersperger 2019.

Jahre bis zur richtigen Diagnose.<sup>1</sup> Diese Patienten sind meist hochintelligent.

### **Die soziale Dimension von Trauma – die Verantwortung der Gesellschaft**

Für Judith Herman ist das psychische Trauma das Leid der Ohnmächtigen. Es entsteht „in dem Augenblick, wo das Opfer von einer überwältigenden Macht hilflos gemacht wird. Ist die Macht eine Naturgewalt, sprechen wir von einer Katastrophe. Üben andere Menschen diese Macht aus, sprechen wir von Gewalttaten. Traumatische Ereignisse schalten das soziale Netz aus, das (...) Gefühl von Kontrolle, Zugehörigkeit und Sinn.“<sup>2</sup>

### **Existenzielle Auswirkungen von Trauma**

Traumatische Ereignisse<sup>3</sup>

- erschüttern zwischenmenschliche Beziehungen
- vernichten die Vorstellung von Geborgenheit (Urvertrauen)
- zersetzen die Bindungen an Familie, Freunde, Partner und Nachbarn
- zerstören das Selbstbild
- untergraben das Wertesystem
- unterminieren das Vertrauen in eine natürliche oder göttliche Ordnung
- führen zu einer existenziellen Krise

---

<sup>1</sup> Herman 1993.

<sup>2</sup> Herman 1993, 53.

<sup>3</sup> Vgl. Herman 1993, 77.

„Im Augenblick der Angst wenden sich die Opfer spontan an jene Quelle, die ihnen zuerst Trost und Schutz bot. Verwundete Soldaten und vergewaltigte Frauen schreien nach ihren Müttern oder nach Gott. Bleibt dieser Schrei unbeantwortet, ist das Urvertrauen zerstört. Traumatisierte fühlen sich extrem verlassen, allein und ausgestoßen.“<sup>1</sup> (Auch George Floyd rief im Augenblick extremer Hilflosigkeit nach seiner Mutter.)

Für das Trauma der Betroffenen und seine weitere Entwicklung ist von entscheidender Bedeutung, wie sich die Allgemeinheit zum individuellen Leid der Traumatisierten verhält. Vor allem bei absichtlich herbeigeführten Desastern sind folgende Faktoren von großer Bedeutung:

- Die Einfühlung, Ermutigung und Unterstützung durch die Gesellschaft
- Das Bemühen um Hilfe und Rehabilitation
- Die Anerkennung von Gerechtigkeit und Würde

Die Gesellschaft muss den Verantwortlichen für den Schaden suchen und den Schaden wiedergutmachen.<sup>2</sup> Beispiel Vietnamkrieg: Wichtig war der Bau des Vietnam War Memorials in Washington D.C. als Gedenkstätte und Ort der öffentlichen Trauer mit den Namen und Todestagen aller Gefallenen.

„Wird den Opfern nicht jene Anerkennung und Unterstützung zuteil, die von ihrem Gerechtigkeitsempfinden her angebracht erscheint, so kann sich das erschütterte Selbst- und Weltverständnis nicht regenerieren. Das Trauma bleibt „unfasslich“. Die Betroffenen fühlen sich fremd in einer sozialen Welt, die das Unrecht, das ihnen widerfuhr als solches nicht anerkennt.“<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Herman 1993, 78.

<sup>2</sup> Herman 1993, 102.

<sup>3</sup> Fischer/Riedesser 2020, 105.

Lehnt die Gesellschaft die Verantwortung für Gewalttaten an Minderheiten ab, hat dies auch gravierende Auswirkungen auf die Täterkollektive. Die verleugnete Schuld untergräbt ihre psychische und moralische Substanz oft über Generationen hinweg. Der „traumatische Prozess“ ist also stets auch ein sozialer Vorgang.<sup>1</sup>

Beispiel: Nicht anerkannter Genozid an den Armeniern. Gewaltbereitschaft in der türkischen Gesellschaft.

Über den verantwortungsvollen Umgang der Gesellschaft und von uns Therapeutinnen und Therapeuten mit traumatisierten Menschen hat **David Becker** wichtige Gedanken beigesteuert.<sup>2</sup> Darauf hat Petra Digruber in ihrem Vortrag im SAP am 27.9.2021 mit konkreten Beispielen hingewiesen.

Becker sieht Grenzen der Therapie, insbesondere dort, wo die Gesellschaft den Opfern Wahrheit, Gerechtigkeit, Respekt, Verständnis und Beziehung verweigert. Die Heilung von Traumen erfordert unterstützende soziale Prozesse und kann nicht allein durch Psychotherapie erfolgen.

Allerdings wertet Becker neue traumatherapeutische Methoden aus meiner Sicht zu pauschal ab. Es gibt ermutigende reale Fortschritte in der Therapie traumatisierter Menschen, die es wert sind, sich mit ihnen zu befassen. Und: nicht jedes Trauma entsteht im Kontext von Unterdrückung, Folter, Flucht oder staatlichem Terror.

---

<sup>1</sup> Fischer/Riedesser 2020, 70.

<sup>2</sup> Becker 2014.

## Trauma und Neurose

Ein Trauma ist kein Konflikt! Es ist vor allem etwas völlig anderes als ein neurotischer Konflikt. Am ehesten ist Trauma noch ein Konflikt zwischen Leben und Tod.<sup>1</sup> Es ist wichtig – gerade für uns Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker – dies zu verstehen. Denn Trauma braucht therapeutisch eine andere Antwort als das, was wir im Umgang mit neurotischen Konflikten gelernt haben.

Trauma verursacht nicht nur psychische, sondern auch physische Entgleisungen. Traumatherapie braucht daher ein feines Gespür für das Nonverbale und eine gute Wahrnehmung und Berücksichtigung des Körpers und seiner jeweils aktuellen Befindlichkeit. Die Forcierung des Erinnerns, Wiederholens und Durcharbeitens ohne ausreichende Stabilisierung kann zur Retraumatisierung führen. Unsere Fähigkeit, stabile und langfristige therapeutische Beziehungen anzubieten, halte ich für ein großes Plus in der psychoanalytischen Traumatherapie.

---

<sup>1</sup> Falkner 2017.

Heft 42

Juni 2022



Mit Beiträgen von

Bernhard HANDLBAUER  
Bodo KIRCHNER

Zeitschrift des SAP