

TRAUMA
ALS KOMPLEXES GESCHEHEN

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (Psychotherapie)

im Universitätslehrgang

Psychotherapie

Fachspezifikum – Integrative Gestalttherapie

von

Mag.^a phil. Anita Hollaus

4661 Roitham

Department für Psychosoziale Medizin und

Psychotherapie

an der Donau-Universität Krems

Roitham, 29.12.2010

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Mag.^a phil. Anita Hollaus, geboren am 9.03.1981 in Mittersill erkläre,

1. dass ich meine Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner un-erlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in ir-gendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Arbeit mein Unternehmen betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Danksagungen und Widmungen

Ich möchte mich herzlichst bei allen LehrtherapeutInnen bedanken, für die theoretischen Inputs, den Austausch, das Spiegeln und für die Wärme und Präsenz in wichtigen Momenten. Vor allem bei Dr.ⁱⁿ Angelika Rohmann, die mich während der Lehrtherapie begleitet hat und bei Dr.ⁱⁿ Ulla Dilltsch für die Betreuung meiner Masterthese.

Ich danke von Herzen meinen AusbildungskollegInnen für das zur Verfügung stellen ihrer Wahrnehmung und für das miteinander und aneinander wachsen. Weiters danke ich meiner Familie und der Familie meines Freundes, sowie ganz besonders und in Liebe meinem Freund Markus für seine Liebe und Geduld. Ich widme diese Arbeit meinen Eltern, welche leider nicht mehr bei mir sind.

Abstract

Bei der folgenden thematischen Auseinandersetzung handelt es sich um eine literarische Übersichtsarbeit, welche sich mit verschiedenen Arten und Ursachen von traumatischen Ereignissen und deren physischen und psychischen Auswirkungen bis hin zu den unterschiedlichen Folgestörungen und deren Symptomatik beschäftigt. Weiters werden unterschiedliche Einflussfaktoren, unter anderem Resilienz besprochen, welche günstig oder ungünstig auf die Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen einwirken. Ein Teil dieser Arbeit befasst sich mit den unterschiedlichen Bindungstypologien sowie deren Störungen und dem Einfluss von Traumatisierungen auf das Bindungsverhalten. Im Abschluss werden die diagnostischen Möglichkeiten in Verbindung mit traumatischen Störungen, im speziellen in der Integrativen Gestalttherapie, dargestellt. Schließlich findet man am Ende dieser literarischen Darstellungen eine Schlussdiskussion über die formulierten Fragestellungen.

The following thesis is a literature research, which shall give an overview of traumatic impacts, as well as the physical und psychical impacts. Further it shows the diversity of different diseases within their discriminative symptoms. Additionally it is essential to know that traumatic experiences can be accompanied by a lot of influencing factors, for example resilience, which play an important role in the (non)development of mental-health problems. Another part of this written assignment is the combination of attachment and trauma and the diverse types of psychic attachment. At the end you can find different diagnostic approaches, especially in the Integrative Gestalttherapie. And of course at last there will be a final discussion of the problems enunciated in advance.

Stichworte für die Bibliothek:

Resilienz, Traumata, Traumafolgestörungen, Traumatisierungen.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung

Danksagungen und Widmungen

Abstract

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
1 Was versteht man unter einem Trauma?	3
1.1 Skizze über den begrifflichen Inhalt von Traumatisierungen.....	3
1.2 Traumatischer Stress - Begleiterscheinung von Traumata	5
1.3 Arten und Ursachen von Traumatisierungen.....	7
1.4 Trauma-Verarbeitung und beeinflussende Faktoren	10
1.4.1 Resilienz (Widerstandskraft)	13
1.4.2 Bewältigungsmechanismen (Coping)	15
1.4.3 Protektive Faktoren - Risikofaktoren - Vulnerabilitäten	16
2 Auswirkungen von traumatischen Ereignissen.....	21
2.1 Begriffsklärungen – Gesundheit und Krankheit	21
2.2 Unser Körper: Austragungsort und Speicher von Gefühlen....	23
2.3 Leibbewusstsein und Leiborientierung.....	27
2.4 Trauma-Symptome.....	33
2.4.1 Verschiedene Phasen der Traumareaktion	34
2.4.2 Physische und psychische Trauma-Symptome	37
2.5 Psychosoziale Auswirkungen von Traumatisierungen	40
2.6 Psychosomatische Zusammenhänge	40
2.7 Neurobiologische Zusammenhänge.....	42
3 Bindung und frühe Traumatisierungen	46
3.1 Bindungstheorie nach John Bowlby	46
3.1.1 Bindungstheorie und Selbstregulation	46
3.1.2 Bindungsstile und innere Arbeitsmodelle	47
3.1.3 Bindung, Verlust, Trennung	49
3.1.4 Bindung und Exploration	51

3.2	Bindungsstörungen und (frühe) Traumatisierungen	52
3.2.1	Bindungsstörungen	52
3.2.2	Traumatisierungen in der (frühen) Kindheit)	56
3.3	Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung	59
4	Traumafolgestörungen	60
4.1	Akute Belastungsreaktion – akute Belastungsstörung	60
4.2	Posttraumatische Belastungsstörung	63
4.3	Komplexes psychotraumatisches Belastungssyndrom	68
4.4	Weitere Traumafolgestörungen	73
5	Verschiedene diagnostische Manuale	76
5.1	Diagnostik nach OPD	76
5.2	Diagnostik in der Integrativen Gestalttherapie	80
5.2.1	Die dialogisch-prozessuale Diagnostik in der IGT	81
5.2.2	Phänomenologie und Hermeneutik	83
5.2.3	Entstehungsmodell struktureller Störungen	85
5.2.4	Traumatisierungen und das Kontaktzyklus-Modell	86
5.3	Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen	91
	Zusammenfassung	94
	Resümee und Ausblick	100
	Literaturverzeichnis	104
	Tabellenverzeichnis	115
	Abbildungsverzeichnis	116

Einleitung

Meine Motivation diese Arbeit dem Thema Traumatisierungen zu widmen, war vor allem die Auseinandersetzung mit eigenen traumatischen Themen im familiären Bereich. Gleichzeitig habe ich während meiner bisherigen beruflichen Laufbahn Phänomene bei KlientInnen in Verbindung mit traumatischen Erlebnissen wahrgenommen, die ich teilweise nicht einordnen konnte. Beispiele dieser Phänomene sind plötzlich auftretende Unruhe in scheinbar nichtigen Situationen, eine Reihe von komplexen psychischen und psychosomatischen Symptomen, impulsive und aggressive Gefühlsausbrüche, starke Ängste und Panikzustände usw. Die PatientInnen schienen oft abwesend und wie benebelt, sie konnten sich an Vieles nicht oder nur bruchstückhaft erinnern. Diese Phänomene weckten mein besonderes Interesse und ich wollte sie besser verstehen und einordnen können.

Bei der folgenden Auseinandersetzung handelt es sich um eine Übersichtsarbeit: Die Komplexität von traumatischen Erfahrungen, deren Ursachen und all jene Faktoren die eine Erkrankung begünstigen bzw. einer Erkrankung entgegenwirken sollen dargestellt werden. Die Arbeit beschäftigt sich weiter mit den Auswirkungen, den unterschiedlichen Symptomen und den „Traumafolgestörungen“. Der Bedeutung von Bindung im Hinblick auf die Verarbeitung von Traumatisierung wird ein eigenes Kapitel gewidmet. Den Abschluss bildet eine Darstellung der gängigen diagnostischen Möglichkeiten.

In dieser Arbeit wurde die wesentliche Grundlagenliteratur zum Thema recherchiert und aufbereitet. Im Besonderen wurde ein Augenmerk darauf gelegt, ob und welche Arbeiten aus der Integrativen Gestalttherapie sich mit dem Thema befassen. Die vorliegende Arbeit kann als Praxis-Handbuch zum Thema „Trauma“ dienen, welches für die Arbeit mit traumatisierten PatientInnen grundlegende Informationen umfasst.

Grundlegend für diese Arbeit sind folgende Fragestellungen:

- Welche Auswirkungen haben (frühe) Traumatisierungen, insbesondere aus dem Gesichtspunkt von Bindung betrachtet.

- Welche komplexen Faktoren und Vorgänge spielen bei der Entwicklung von Krankheitsbildern in Zusammenhang mit Traumatisierungen eine Rolle?
- Welche diagnostischen Möglichkeiten sind in Verbindung mit Traumatisierungen insbesondere in der Integrativen Gestalttherapie vorhanden?

1 Was versteht man unter einem Trauma?

In diesem Kapitel werden die Beschreibungen und Definitionen über Traumatisierungen verschiedener Autoren dargestellt. Allein schon die Vielfalt dieser sich teilweise ähnelnden, ergänzenden und auch unterschiedlichen Definitionen zeigt die Komplexität einer Traumatisierung, die so vielfältig und unterschiedlich in Erscheinung treten kann. Zusätzlich findet man als Leser/in in diesem Kapitel eine Auflistung der möglichen Ursachen und Einflussfaktoren von Traumatisierungen.

1.1 Skizze über den begrifflichen Inhalt von Traumatisierungen

Ich habe eine Überschrift gewählt, die ausdrücken soll, dass es in der Literatur viele unterschiedliche, sich teilweise ergänzende Umschreibungen und Definitionen zum Thema Traumatisierungen gibt. Im Folgenden werden einige dieser Beschreibungen über Traumata alphabetisch nach Autoren zusammengefasst dargestellt, um einen Überblick der Begrifflichkeit zu erhalten.

Willi Butollo (2002, 73) beschreibt traumatische Ereignisse als etwas Unkontrollierbares und Unbewältigbares, es folgen Erschütterung, Entsetzen, Angst und ein Gefühl der Hilflosigkeit. Bei Traumatisierungen kann man auch von einer Art psychischem Kannibalismus (vgl. Butollo 2002, 93) sprechen, bei dem sich der Aggressor im Wesen des Verfolgten festsetzt und sich in dessen Beziehungswirklichkeit drängt. Der Aggressor erobert psychisches Territorium und später sorgt die kognitive Präsenz des Täters im Opfer für weitere Quälereien und das Opfer läuft auch Gefahr zu dem zu werden, der es verletzt hat. **Gottfried Fischer** und **Norbert Gurrus** et al. (2008, 43) umschreiben Trauma als seelische Verletzung, welche die Widerstandskraft des Menschen überfordert und wodurch „Copingmechanismen“ gebrochen werden. **Fred Gallo** (2009, 25-26) berichtet, dass Menschen unterschiedlich auf ähnliche Ereignisse reagieren, nicht jeder erkrankt an einer Traumatisierung. Jedoch können diese Ereignisse die Fähigkeiten übersteigen mit Erinnerungen und Emotionen diesbezüglich fertig zu werden. Und Traumatisierungen können zu extremer Unsicher-

heit und Verstörung führen, das Weltbild wird dadurch oft in Frage gestellt und Hilflosigkeit geht damit einher. Das Trauma kann als ein Ereignis beschrieben werden, welches die Bewältigungskapazitäten eines Individuums in seinem spezifischen Organismus-Umwelt-Feld stark überfordert (vgl. Hoffmann-Widhalm 2004, 334). **Gerald Hüther** (2002, 420/84ff) spricht bei Traumatisierungen von einer unkontrollierbaren Belastung und einem Destabilisierungsprozess, welche ein lebensbedrohliches Ausmaß annehmen können. **Peter Levine** (1998, 15) fasst zusammen, dass der Geist durch traumatische Erlebnisse tief greifend verändert wird. Dissoziationen und Leugnen können hierbei wichtige Schutzmechanismen sein. Laut Levine reagiert auch der Körper stark auf traumatische Situationen. Der Körper wechselt in einen Zustand angstvoller Anspannung, erstarrt und kollabiert in hilflosem Schrecken. Wenn der Normalisierungsprozess des Körpers gestört wird, so werden die Auswirkungen des traumatischen Erlebens fixiert und dann entsteht bei der betreffenden Person ein Trauma. Traumata sind eine Tatsache des Lebens, sie sind nicht nur heilbar, sondern können auch transformierend wirken. (vgl. Levine 1998, 12).

Auch scheinbar geringe Ereignisse können für Kinder sehr schwer zu verarbeiten sein (vgl. Oaklander 2004, 308; vgl. Paul 2006, 96-97) wie z. B. der Umzug in eine andere Stadt. Weiters gehören auch Suizide im nahen Umfeld zu den Traumatisierungen (vgl. Paul 2006, 96-97). Von Traumatisierung Betroffene können noch Jahre danach Albträume und flash backs (überflutende Erinnerungen) über das Ereignis haben, dies gefolgt von tiefer Verzweiflung, Unruhe und Schlaflosigkeit und ohne Zuversicht oder Hoffnung auf eine lebenswerte Zukunft. Bei Kindern ist es wichtig, dass sie im Rahmen einer Traumatisierung eine schützende Umgebung, soziale Sicherheit und Geborgenheit um sich haben (vgl. Petzold, s. a., Internet). Bei einem Trauma (vgl. Petzold 2002, 348/12ff) handelt es sich um eine Wunde, eine Verletzung und um eine Gewaltwirkung in körperlicher oder psychischer Hinsicht und diese Einwirkungen haben Folgen. Sie hinterlassen Eindrücke im Leibgedächtnis, noch nach Jahrzehnten können bedrückende Erinnerungen auftauchen. Traumatische Erfahrungen überschreiten unsere Verarbeitungsfähigkeit bei Weitem (Reddemann 2008a, 12), es folgen Ohnmacht, Todesangst und Hilflosigkeit. Trotzdem haben

wir Menschen Strategien entwickelt, welche uns helfen damit fertig zu werden. Traumatische Erfahrungen sind meist sehr einschneidend und die Verarbeitung benötigt viel Zeit. **Annette Streeck-Fischer** (2006, 105) beschreibt ein Trauma als ein Erlebnis, welches überwältigende Angst auslöst. Traumatische Ereignisse werden nicht als Teil des Selbst erfahren und somit abgespalten. Es überwältigt die Person so sehr, dass sie nicht mehr fähig ist für ein minimales Gefühl an Sicherheit zu sorgen. Dies schildert auch Bessel van der Kolk (1995, 1ff). Er skizziert weiter, dass diese Vorgänge den Umgang eines Menschen mit Stress, seinen Gefühlen und seinem Selbstgefühl tief greifend beeinflussen können. Dies kann zu einer „Posttraumatischen Belastungsstörung“ führen. Es scheint als würde man in der Erinnerung an das Trauma stecken bleiben, Wut und Hilflosigkeit gehören hier zusätzlich zu den Erscheinungsformen. **Sylvester Walch** (2003, 69ff) geht davon aus, dass traumatische Erlebnisse Angst auslösen und dies wiederum führt zu leibseelischen Kontraktionen und wesentliche Gefühle wie Wut und Traurigkeit werden abgespalten.

1.2 Traumatischer Stress - Begleiterscheinung von Traumata

Babette Rothschild (2002, 23ff) schreibt, dass die extremste Form von Stress der traumatische Stress ist und dieser wird durch ein traumatisches Erlebnis verursacht. Man spricht von „posttraumatischem Stress“, wenn der Stress nach einem traumatischen Vorfall weiterhin bestehen bleibt. Man spricht erst dann von einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), wenn der posttraumatische Stress jene Symptome hervorruft die im DSM-IV beschrieben werden (siehe Kapitel 4: Traumafolgestörungen). Gallo (2009, 28ff) schreibt, dass traumatischer Stress, verursacht durch ein traumatisches Erlebnis zu einer Reihe verschiedener psychischer Probleme führen kann. Er nennt in diesem Zusammenhang die PTBS (= Posttraumatische Belastungsstörung) und die akute Belastungsstörung (ABS). Auf diese beiden Störungsbilder werde ich später noch genauer eingehen. Traumatischer Stress (vgl. Reddemann 2008a, 31) wird insbesondere durch frühe Beziehungstraumata, aber durchaus auch durch spätere Extrembelastungen ausgelöst. Diese Situationen hinterlassen Spuren im Gehirn

und somit verfügen diese Menschen über weniger Stresstoleranz. Speziell bei Menschen mit frühen Beziehungstraumata gibt es Defizite in der Steuerung ihrer Gefühle und Defizite in der Selbstberuhigung. Das Dissoziieren ist für diese Menschen oft die einzige Möglichkeit sich zu schützen.

„Chronischer traumatischer Stress beeinträchtigt das emotionale und soziale Funktionieren und kann zu gesundheitlichen Komplikationen wie chronischer Muskelverspannung und chronischen Schmerzen, Geschwüren und erhöhter Infektanfälligkeit führen.“ (Gallo 2009, 28).

Fischer und Peter Riedesser (2003, 46) hingegen halten die Verbindung der beiden Termini Stress und Traumata für problematisch, da der Stressbegriff dafür verwendet wurde in KZ-Gutachterverfahren ein Trauma auszuschließen. Die Gutachter, vor allem deutsche Psychiater (vgl. Hoffmann-Widhalm 2004, 331), meinten damals, dass der Aufenthalt in einem KZ zwar Stress bedeutet haben mag, dass aber weiter anhaltende Symptome auf konstitutionell biologische Faktoren zurück zu führen seien (vgl. Fischer, Riedesser 2003, 46). Es scheint als habe man damals den Begriff Stress verwendet, um die traumatischen Erfahrungen im KZ abschwächen zu wollen. Jedoch werden Übergänge zwischen Trauma und Stress bei den beiden Autoren nicht ausgeschlossen.

„Unter Stressreaktion verstehen wir demgegenüber die Antwort des Organismus auf eine kritische Belastungssituation und kritische Ereignisse, wobei es in der Regel nicht zu der für die Traumareaktion charakteristischen qualitativen Veränderung von psychischen und/oder organischen Systemen kommt.“ (Fischer, Riedesser 2003, 47)

Somit kann der traumatische Stress entweder als Vorstadium einer posttraumatischen Belastungsstörung oder als Teilsyndrom dessen gesehen werden. Erscheinungsformen in Zusammenhang mit traumatischem Stress sind u. a. gestörte Affektregulierung, selbstdestruktives und suizidales Verhalten, Schwierigkeiten im Bereich der Hingabefähigkeit, Störungen der Aufmerksamkeit und des

Bewusstseins, Persönlichkeitsveränderungen und Veränderung der Bedeutungssysteme (vgl. Reddemann 2008c, 34).

1.3 Arten und Ursachen von Traumatisierungen

Luise Reddemann (2008a, 13) beschreibt drei hauptsächliche Arten von Traumata:

1. **Man-made-Traumata:** diese werden durch Menschen verursacht. Der Missbrauch durch Vertrauenspersonen ist sehr oft am schwierigsten zu bewältigen.
2. **Apersonale Traumatisierungen** wie z. B: Naturkatastrophen und schwere Schicksalsschläge, u. a. Erkrankungen.
3. **Kollektive Traumatisierungen**, diese geschehen in einem größeren Kontext und widerfahren allen oder vielen Menschen, wie z. B. Kriege.

Traumatische Erfahrungen wie z. B. durch Kriege können über Generationen weitergegeben werden, hier spricht man von **transgenerational weitergegebenen bzw. sekundären Traumatisierungen**. (vgl. Drexler 2005, 1-5; vgl. Osten 2008, 9). Traumatisierte Eltern können wiederum ihre Kinder traumatisieren. Diese Übertragung vollzieht sich durch Introjektion des traumatisierten Elternteils. Es handelt sich hierbei um verinnerlichte Bilder des Kindes welche stark geprägt sind von den unverarbeiteten traumatischen Erfahrungen der Eltern. Fehlende Empathiefähigkeit, Vermeidungstaktiken und Übererregtheit der Eltern können bei Kindern und Jugendlichen enormen Stress auslösen. Wobei unter sekundärer Traumatisierung auch jene von HelferInnen verstanden werden kann.

Reddemann (2008b, 31ff), Peter Osten (2008, 9-10), Fischer und Gurriss et al. (2008, 633ff) unterscheiden, einander ergänzend auch zwischen:

- **Akuttraumata**
- und jenen die länger zurückliegen;

- einmaligen, singulären oder **Mono-Traumatisierungen** (impact-trauma), wenn diese bald behandelt werden, kann sich eine Besserung rasch einstellen;
- und jenen die sich über lange Zeit erstrecken, sog. serielle, kumulative oder **Poly-Traumatisierungen**. Es handelt sich hier um chronische ausgedehnte und wiederholte Situationen. Die Auswirkungen hiervon sind auch am schwerwiegendsten;
- absichtlichen und nichtabsichtlichen Traumatisierung.

Reddemann (2008b, 31ff) betont vor allem die Kindheitstraumata, auch **Deprivationstraumata** genannt (vgl. Osten 2008, 1-5). Hier handelt es sich meistens um Vernachlässigung und Verlassenheit, sexualisierte Gewalt, schwere Erkrankungen des Kindes und kranke, insbesondere seelisch kranke Eltern, sowie auch der Verlust der Eltern oder eines Elternteils.

Hilarion Petzold (1993, s. p., cit. Walch, s. a., Internet) schreibt weiter, dass bei einem Trauma etwas mit einem Menschen passiert, das ihn deformiert hat. Es handelt sich hierbei vor allem um körperliche Misshandlungen und seelische Grausamkeiten, die das Kind einmal oder über einen längeren Zeitraum erleiden musste, wie z. B. Züchtigungen, Missbrauch, Scheidung, Verlust, heftige Schmerzen, Kriege und Katastrophen. Dadurch entstehen Gefühle wie Schmerzen, Ängste, Ekel, Wut und Verwirrung, die in der Regel nicht zum Ausdruck kommen konnten.

Osten (2008, 8ff) gibt in seinem Artikel Modi von Traumatisierungen wieder. Neu hinzu kommt in dieser Einteilung das **viktimisierende Trauma**, wobei Menschen zu Opfern von sexueller oder anderer Gewalt, Folter, Entführung, Vertreibung, Erpressung und Unterdrückung werden und dies in lebensbedrohlichem Ausmaß. Diese Gruppe von Traumatisierungen führt am häufigsten zur Entwicklung einer PTBS.

Zur Konkretisierung folgt nun eine Auflistung von möglichen Traumata bzw. deren Ursachen von Levine (1998, 63) und Reddemann (2008a, 17):

-
- Fötaltrauma (Intrauterintrauma),
 - Geburtstrauma,
 - Verlust eines Elternteils oder eines nahe stehenden Familienmitglieds, Reddemann (ibid.) ergänzt hier vor allem den Verlust von Eltern im Kindesalter oder unerwarteter Verlust bzw. als Eltern der Verlust ihres Kindes,
 - Krankheiten, hohes Fieber, unabsichtliche Vergiftung,
 - Körperliche Verletzungen, einschließlich Stürzen und Unfällen,
 - Sexueller und emotionaler Missbrauch, körperliche Misshandlungen einschließlich schwerwiegender Verlassenheitserlebnisse und körperliche Züchtigungen,
 - Miterleben von Gewalttätigkeiten und Reddemann (ibid.) ergänzt auch hier als Zeuge sexualisierte Gewalt mitzuerleben,
 - Auch das Miterleben von anderen traumatischen Ereignissen als Zeuge, z. B. ein krebskrankes Kind haben,
 - Die Konfrontation mit Traumafolgen als Helfer/in wird auch als sekundäre Traumatisierung bezeichnet,
 - Naturkatastrophen wie Erdbeben, Feuer und Überschwemmungen,
 - Bestimmte medizinische Behandlungen und Untersuchungen,
 - Chirurgische Eingriffe, insbesondere Mandeloperationen und Äthernäthetik; Operationen an den Ohren,
 - Anästhesien,
 - Längere zwangsweise Ruhigstellung (Verformung und Schienung der Beine oder des Rumpfes bei kleinen Kindern aus verschiedenen Gründen),
 - Das Zusammenleben als Kind mit traumatisierten Eltern (Holocaustopfer, Kriegsopfer, Opfer sexueller Gewalt). Hier spricht man von sekundärer Traumatisierung oder auch von ‚Second-Generation-Phänomenen‘,
 - Weiters gehören Unfälle im Verkehr, am Arbeitsplatz oder an anderen Orten, auch zu diesen Erfahrungen,
 - Krieg, Folter und Vertreibung,
 - und auch die Vernachlässigung in der Kindheit (körperlich, psychisch und emotional).

Fischer und Gurriss et al. (2008, 631ff) betonen vor allem auch die Besonderheit der „sozialen Gewalterfahrungen“. Ochberg (1993, s. p., cit. Fischer, Gurriss et al. 2008, 633) spricht von einer „Victimisierungsstörung“. Die Folgen liegen hier vor allem im Bereich sozialer Beziehungserfahrungen wie Verlust an Selbstvertrauen, das Gefühl für andere jegliche Attraktivität verloren zu haben, Isolierung und Unfähigkeit zu vertrauen, unterdrückte oder übersteigerte Wutgefühle, Bagatellisierung eigener Verletzungen, Amnesie für die Gewalterfahrung, Neigung des Opfers zur Beschuldigung seiner selbst anstelle des Täters, Neigung, wieder Opfer zu werden, zur Revictimisierung, Übernahme der Weltsicht und Idealisierung des Täters.

Wie bereits weiter oben erwähnt, betonen Levine (1998, 63ff) und auch Reddemann (2008a, 16), dass nicht nur extreme Ereignisse zu Traumatisierungen zählen können, sondern auch scheinbar harmlose Erlebnisse, wie z. B.: medizinische Behandlungen, Krankenhausaufenthalt, Operationen, der Verlust eines geliebten Tieres bei Kindern, das Verlorengelassen von Kindern in Kaufhäusern, Umzug, das Gehänselt werden usw.

1.4 Trauma-Verarbeitung und beeinflussende Faktoren

In diesem Abschnitt werden Faktoren zusammengefasst, die einen Einfluss auf die Auswirkungen und auf die positive oder negative Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen darstellen.

Der Verlauf bis hin zu einer PTBS wird als sehr komplex angesehen. Dabei handelt es sich um einen Prozess bestehend aus vielen Einzelschritten und verschiedenen Gegebenheiten und Faktoren (vgl. Osten 2008, 1-8; vgl. McFarlane, Yehuda 2000, 142-143; vgl. Fischer, Riedesser 2003, 43ff). Auch der Bewusstseinszustand der Person während des traumatischen Erlebnisses hat einen grundlegenden Einfluss darauf, wie die Erinnerung an das Trauma im Gedächtnis abgespeichert und verarbeitet wird (vgl. McFarlane, Yehuda 2000, 142). Alexander McFarlane und Rachel Yehuda (2000, 142) sprechen

genauso wie Osten (2008, 2-3) von „ätiologischen“ Faktoren die bei dem Übergang von akutem Disstress bis hin zur psychiatrischen Erkrankung auf Grund eines Traumas eine Rolle spielen:

- biopsychosoziale Strukturen,
- erworbene und kognitive Verarbeitungs- und Kompensationsmechanismen,
- die Art, die Dauer, die Häufigkeit und Intensität des Traumas,
- sowie Alter,
- Entwicklungsstand,
- Geschlecht,
- kontextuelle Einschätzungen und Bewertungen (Kultur, Ethnie, Schicht, Geographie),
- dispositionelle und erworbene Ressourcen,
- Resilienzen bzw. Vulnerabilität,
- Prä- und Komorbidität (Störungen und Krankheiten),
- Copingstile, Handlungsoptionen und Sinnzuordnung.

Zur Veranschaulichung dient folgende Abbildung:

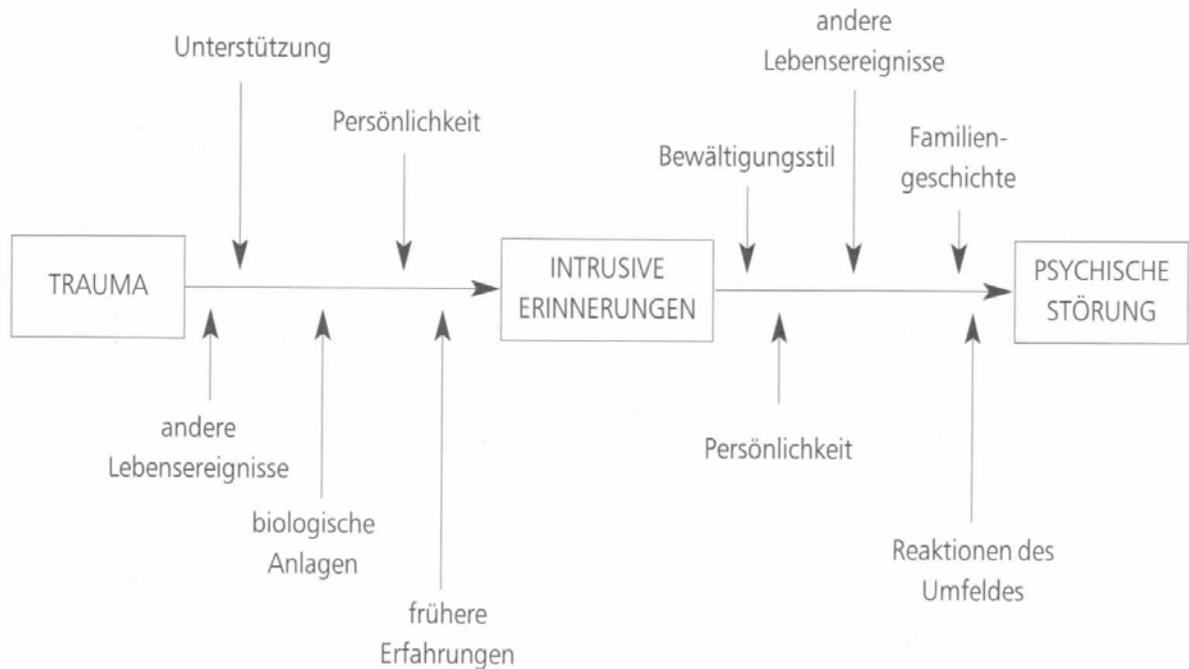


Abbildung 1: Ätiologische Faktoren, die den Übergang von akutem Disstress zur psychiatrischen Störung eines Traumas bestimmen. (McFarlane, Yehuda 2000, 142)

Ulrich Wolf (2001, 831) meint, dass das Risiko für das Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung höher ist bei sehr jungen und sehr alten Menschen, bei einer größeren Anzahl negativer Lebensereignisse, bei einer bereits familiären Belastung mit traumatischem Stress und bei einer ausgeprägten Überlebensschuld. Unter Letzteren versteht man Schuldgefühle, welche entstehen, wenn das Überleben auf Kosten anderer erlebt wurde. Bezüglich der Geschlechterunterschiede besteht auch ein gendertypisiertes Risiko (vgl. Reddemann 2008b, 31ff; vgl. Osten 2008, 1-5), Frauen sind mehr betroffen von sexuellen Übergriffen und körperlicher Gewalt. Laut Statistik sind mehr Frauen als Männer an einer PTBS erkrankt, dies könnte jedoch auch darauf zu schließen sein, dass sich Männer eher verschließen und somit nichts nach außen dringt. Männer zeigen sehr oft Kompensationsverhalten über riskantes Verhalten, z. B. Geschäfte, Sport, Autofahren, Alkohol und erhöhte Sexualität (vgl. Osten 2008, 1-5).

1.4.1 Resilienz (Widerstandskraft)

Die „Resilienzforschung“ (vgl. Masten 2001, 192) beschäftigt sich mit Risikofaktoren, die eine Gefährdung für die Entwicklung eines Menschen darstellen. Hierzu gehören laut Ann S. Masten (ibid.): niedrige soziale Schicht, Frühgeburt, schlechte Ausbildung der Mutter, ein geistig kranker Elternteil oder Obdachlosigkeit. Im zweiten Ansatz wird der Fokus auf ungünstige Lebensereignisse und Umstände gelegt, von denen generell angenommen wird, dass sie adaptives Funktionieren oder eine adaptive Entwicklung gewaltsam unterbrechen. Resilienzforschung beschäftigt sich weiters damit, wie Menschen trotz widriger Umstände gesund bleiben können (vgl. Reddemann 2008b, 47ff). Man kann davon ausgehen, dass Prädispositionen und verminderte Widerstandskraft bestimmender als andere Faktoren sein können, um eine gelungene Auflösung der Symptome einer akuten Belastungsreaktion zu verhindern, anstatt diese zu ermöglichen (vgl. McFarlane, Yehuda 2000, 160). Die Widerstandskraft erhält laut den Autoren in Zusammenhang mit langanhaltenden und wiederkehrenden Traumata eine neue Bedeutung, da diese Menschen ihre Angst und Erregung dauerhaft unterdrücken müssen. Weiters hängt die Widerstandskraft sowohl mit dem Verhalten als auch der mentalen Verfassung der betreffenden Person zum Zeitpunkt der Traumatisierung zusammen (ibid., 164).

Resiliente Kinder und Jugendliche zeichnen sich dadurch aus, dass sie Risiken und ungünstigen Lebensumständen trotzen und in ihrem Leben gut zurechtkommen (vgl. Masten 2001, 192ff). Masten schreibt weiter, dass Resilienz für folgende Umschreibung benutzt wird: man möchte damit auf die angenommene oder bewiesene Fähigkeit eines Individuums hinweisen, dass es ernsthaften Gefährdungen entweder widerstehen kann, sie meistern kann, oder sich davon wieder erholen kann. Es handelt sich bei resilienten Menschen (vgl. Reddemann 2008b, 52ff) oft um Menschen die den Wunsch nach Veränderung spüren. Reddemann (2008c, 52) schreibt, es braucht Mut, Entschlossenheit und Einsatz, wenn man ein belastetes Leben ändern möchte.

Kobasa (1979, s. p., cit. Filip, Aymanns 2008, 299) schreibt, dass die widerstandsfähige Persönlichkeit folgende Komponenten beinhaltet, diese sind auch

miteinander verknüpft:

- Engagement: das bedeutet der Glaube an die Wichtigkeit und den Wert der eigenen Person und dessen was man tut.
- Das Gefühl der Kontrolle: hierunter wird die Überzeugung verstanden, den Verlauf der Ereignisse durch eigenes Zutun beeinflussen zu können.
- Herausforderung: hiermit wird die Überzeugung verstanden, dass Veränderungen und weniger Stabilität das Leben allgemein kennzeichnen. Menschen mit einem hohen Gefühl für Herausforderung bewerten daher Veränderungen als weniger stressreich und sehen darin einen Ansporn für die persönliche Weiterentwicklung.

„Resilienzforschung untersucht, durch welche Merkmale sich Individuen mit extrem starker Risikobelastung und gleichzeitig hoch funktionsfähiger Adaptation auszeichnen.“ (Basic Behavioral Task Force 1996, cit. Noeker 2001, 237).

Bezogen auf Familien mit chronisch kranken Kindern bedeutet Resilienz, dass durch das Wirksamwerden familiärer Ressourcen auch extrem starke Krankheitsbelastungen gemeistert werden können, ohne dass sich dabei eine Dekompensation der Familie entwickelt bzw. es zu Verhaltensstörungen bei einzelnen Familienmitgliedern kommen muss (vgl. Noeker 2001, 236).

Cornelia Hagen und Gisela Röper (2007, s. p., cit. Leuzinger-Bohleber 2009, 22) berichten, dass es sich bei Resilienz nicht, wie früher oft angenommen, um eine angeborene Fähigkeit handelt, sondern man spricht hier von einer elastischen Widerstandsfähigkeit. Diese bildet sich im Laufe der Entwicklung eines Menschen und variiert je nach Lebensumständen, im Kontext akuter Stressbedingungen können sich wieder neue Vulnerabilitäten und Ressourcen herausbilden. Marianne Leuzinger-Bohleber (2009, 28ff) stellt kritisch dar, dass ein sicherer Bindungstyp ein wichtiges Merkmal für Resilienz darstellt, dass jedoch auch desorganisierte Bindungstypen resiliente Fähigkeiten entwickeln können. Die Erfahrung von mindestens einer guten Objektbeziehung innerhalb oder außerhalb der Familie ist unverzichtbar für die Entwicklung von resilientem Verhalten.

„...die Entdeckung und Entfaltung eigener Begabungen sowie eines Grundgefühls, auch affektiv belastende oder sogar traumatisierende Situationen sukzessiv kontrollieren und steuern zu können, sowie die Entwicklung selbstreflexiver, mentalisierender Fähigkeiten ist nur in Beziehung mit anderen Menschen gewährleistet.“ (Leuzinger-Bohleber 2009, 31)

1.4.2 Bewältigungsmechanismen (Coping)

Unter „Bewältigungsverhalten“ (vgl. Filipp, Aymanns 2008, 300ff) werden alle Versuche verstanden, die Menschen bei belastenden Lebensereignissen einsetzen, um mit internen oder externen Anforderungen zu Recht zu kommen. Das Bewältigungsverhalten bezieht sich auf eine spezifische stressreiche Situation, in der sich eine Person gerade befindet. Bewältigung sollte als übergeordneter Begriff verwendet werden, welcher alle Verhaltensweisen beinhaltet, die im Zusammenhang mit Verlust und Bedrohung bei einer Person auftreten können. Häufig haben Bewältigungsreaktionen eine positive Funktion, indem sie z. B. die Überbelastung der Person verhindern.

„Die Spezifität des Traumas und die Strategien, die zu seiner Bewältigung eingesetzt werden, können zwischen den verschiedenen Typen der traumatischen Ereignisse grundlegend variieren.“ (McFarlane, Yehuda 2000, 164).

Beim Begriff „Coping“ handelt es sich ganz konkret um hilfreiche und erfolgreiche Versuche, belastende Situationen zu verarbeiten. Es sind damit Verhaltensweisen gemeint, die eine protektive Funktion erfüllen (vgl. Pearlin, Schooler 1978, s. p., cit. Filipp, Aymanns 2008, 301). Somit unterscheiden die Autoren zwischen folgenden Bewältigungsstrategien:

1. Vermeidung von Situationen, die an das Trauma erinnern könnten.
2. Die Aufrechterhaltung von positiven Illusionen, hiermit wird versucht die Kontrolle über das eigene Leben wiederzuerhalten.
3. Es werden Vergleiche mit anderen Personen gemacht, denen es schlimmer ergangen ist.
4. Menschen setzen sich auch mit der „warum-ich-Frage“ auseinander und versuchen eine Antwort darauf zu erhalten. Spannend ist hier, dass bei

einer Untersuchung von Bulman und Wortman (1977, s. p., cit. Filipp, Aymanns 2008, 307), mit jungen querschnittgelähmten Männern, Folgendes herausgefunden wurde: Jene, die sich selbst verantwortlich für ihr Schicksal erlebten, hatten bessere Anpassungswerte als jene, die anderen dafür die Schuld gaben.

5. Die Suche nach Hilfe erwies sich als sehr effektiv, wichtig hierbei ist jedoch, dass die soziale Umgebung auch Unterstützung anbietet.
6. PatientInnen erlebten es auch als etwas Positives anderen zu helfen. McFarlane und Yehuda (2000, 162) ergänzen, dass die Fähigkeit angemessene Beziehungen und Unterstützung zu mobilisieren als ein wichtiger Schritt im Bewältigungsprozess gesehen wird. Lazarus und Volkman (1984, s. p., cit. Mc Farlane, Yehuda 2000, 165) gehen davon aus, dass die Bewältigung eines Traumas weitestgehend durch die persönliche Bedeutung, die die Betroffenen dem Trauma zuschreiben, bestimmt wird.

Meinolf Noeker (2001, 229) betont, dass die Eltern einen erheblichen Einfluss auf das Bewältigungsverhalten des Kindes in Zusammenhang mit seiner Krankheit (z. B. Diabetes, Epilepsie, Muskelerkrankungen oder chronische Stoffwechselerkrankungen) haben. Sie stehen einerseits Modell für die Einübung und Verstärkung des Gesundheits- und Bewältigungsverhaltens und stehen als verantwortungstragende Instanz für das Kind und als Vermittler zwischen ihrem Kind und anderen Instanzen, wie z. B. ÄrztInnen oder Krankenschwestern. Sie sind eine wichtige Quelle um dem Kind Unterstützung zu bieten, daher kann es sich schädlich auswirken, wenn das Kind in seinen krankheitsbezogenen Bedürfnissen vernachlässigt wird bzw. wenn es überbeschützt wird.

1.4.3 Protektive Faktoren - Risikofaktoren - Vulnerabilitäten

„Protektive Faktoren“ sind schützende Faktoren, die der Entwicklung einer Krankheit entgegenwirken. Bei „Risikofaktoren“ handelt es sich um Elemente, die die Entstehung einer Krankheit vor, während oder nach einer Traumatisierung begünstigen. Fischer und Riedesser (2003, 146) verstehen darunter belastende Lebensereignisse oder Lebensumstände, die einzeln oder in ihrem Zu-

sammenwirken eine psychische Störung oder Erkrankung begünstigen. Hierzu gehören nach Egle (1996, s. p., cit. nach Fischer, Riedesser 2003, 148) unter anderem niedriger sozioökonomischer Status in der Herkunftsfamilie und mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr.

McFarlane und Yehuda (2000, 161ff) schreiben, dass die Schwere der Belastung und das Ausmaß der erlittenen Verluste allein keine guten Prädiktoren sind, um Menschen mit erhöhtem Risiko zu erkennen. Bei der Modulation des akuten Erregungsniveaus spielen Vulnerabilitäten eine wesentliche Rolle, denn sie beeinflussen das Auftreten und Beibehalten der Übererregungsmuster. Es handelt sich hierbei um eine vorherige individuelle oder in der Familie aufgetretene Erkrankung, Neurotizismus als Persönlichkeitsmerkmal, eine Reihe von sozialen Mediatoren sowie andere belastende Lebensereignisse oder Traumata.

Eine traumatische Stressreaktion mit traumatisch dysreguliertem Affektzustand und emotionaler Überflutung tritt leichter auf bei Personen die durch traumatische Vorerfahrungen geschädigt sind, als bei jenen, die in ihrer Lebensgeschichte protektive Erfahrungen machen konnten. Günstige, unterstützende Sozialbeziehungen bei Kindern und Erwachsenen können trotz schwerer und schwerster, potenziell traumatischer Situationsfaktoren einer psychotraumatischen Belastungsstörung entgegenwirken.

Umgekehrt wiederum ist das Fehlen einer hinreichend guten Beziehungsperson ein zuverlässiges prognostisches Kriterium für relativ schwere Störungen und schwierige, oft weniger erfolgreiche Therapieverläufe. Auch angeborene Faktoren spielen eine Rolle. So finden kontaktfreudige Kinder mit einer angeborenen Disposition dahingehend leichter Ersatzpersonen, die sich um sie kümmern und ihnen eine positive Beziehungserfahrung ermöglichen (vgl. Fischer, Riedesser 2003, 146ff).

Petzold (s. a., Internet) berichtet dass Traumatisierungen nicht generell Erkrankungen hervorbringen müssen, in diesem Zusammenhang sind Schutzfaktoren

sehr wichtig. Ein gutes verständnisvolles Umfeld ist nicht unbedingt eine Voraussetzung mit Extremsituationen gut umgehen zu können. Kinder mit einer etwas rauerer Sozialisation sind oft in der Lage Copingstrategien und eine spezifische Belastbarkeit und Resilienz zu entwickeln, die sie in Krisensituationen widerstandsfähiger machen. Reddemann weist in diesem Zusammenhang auf den Begriff „traumatic growth“ hin. Dieser Begriff wurde geprägt von Calhoun und Tedeschi (2004, cit. Reddemann 2008c, 222). Hiermit soll ausgedrückt werden, dass es in den KlientInnen Wachstumsfaktoren geben kann, die zur Überwindung des Traumas beitragen können und womit Menschen am Ende etwas Positives für sich daraus ziehen können. Jedoch muss man bedenken, dass gleichzeitig Wachstumsfaktoren und auch die Symptome einer posttraumatischen Belastung vorhanden sein können.

Masten (2001, 212ff) gibt folgende protektive Faktoren an, die auf Grund der Resilienzforschung hervorgegangen sind:

- normale Eltern,
- Beziehungen zu anderen kompetenten und fürsorglichen Erwachsenen,
- gute intellektuelle Fähigkeiten,
- Selbstwirksamkeit,
- Attraktivität,
- Begabungen, die von der Gesellschaft und dem Selbst geschätzt werden,
- Überzeugung, dass das Leben einen Sinn hat,
- Glaube und religiöse Bindungen,
- Gute Schulbildung und Ressourcen auf kommunaler Ebene.

Fischer und Riedesser (2003, 146) treffen eine weitere Unterscheidung zwischen protektiven und „korrektiven“ Faktoren. Protektive Faktoren werden als mitgebrachte Schutzfaktoren betrachtet, wie z. B. eine dauerhafte gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson. Korrektive Faktoren werden als jene Faktoren betrachtet, die während der Traumaverarbeitung eine wesentliche Rolle spielen. Es ist wichtig anzumerken, dass sich Risiko- und protektive Faktoren nicht eindeutig trennen lassen, da z. B. eine Großmutter unterstützend

sein kann, dann gehört sie zu den protektiven Faktoren, sie kann sich aber auch missbräuchlich verhalten, dann gehört sie wiederum zu den Risikofaktoren.

Fischer und Gurriss et al. (2008, 635) befinden intensive soziale Kontakte von entscheidender Bedeutung und diese bilden ihrer Meinung nach den wirksamsten protektiven Faktor gegen die Entwicklung (post)-traumatischer Schädigungen. Leuzinger-Bohleber (2009, 27) betont, dass ein sicherer Bindungstyp als zentraler protektiver Faktor gesehen wird:

„Er erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind sich zu einem kreativen, kontaktfreudigen Kleinkind entwickelt, das weniger oft in aggressiv-destruktive Auseinandersetzungen verwickelt wird als ein unsicher gebundenes Kind.“
(Leuzinger-Bohleber 2009, 27).

Hingegen kann soziale Instabilität zu einer Vielfalt von körperlichen Symptomen führen. Denn Dietrich von Holst (2008, 65ff) hat bei Versuchen mit Säugetieren im Labor und in der Natur folgende Symptome feststellen können: Bluthochdruck, Arteriosklerose sowie Herz- und Nierenschäden. Bei traumatisierten Kindern konnte eine hohe Komorbidität von PTBS mit Konzentrationsstörungen und Hyperaktivität festgestellt werden (vgl. van der Kolk 2000, 175). Zur Veranschaulichung folgende Tabelle von Streeck-Fischer (2006, 3) über die Auswirkung von fehlender sozialer Unterstützung bei Traumatisierungen.

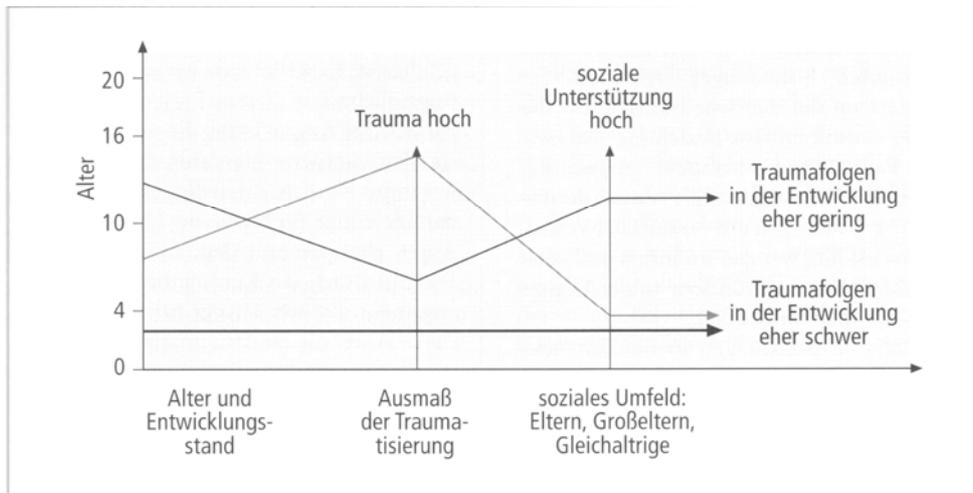


Abbildung 2:

Tendenzielle Folgen eines Traumas in Abhängigkeit von der sozialen Unterstützung, dem Alter und Entwicklungsstand. (Streeck-Fischer 2006, 3)

Zu obiger Abbildung schreibt Streeck-Fischer (ibid.), dass eine starke soziale Unterstützung bei bekannter (akuter) Traumatisierung die Folgen eher gering hält. Geringe soziale Unterstützung und scheinbar geringe Traumatisierung (z.B. Vernachlässigung) im frühen Alter führen eher zu schweren Folgen in der Entwicklung.

Somit wird deutlich, dass für das gute Gelingen der Bewältigung einer belastenden Situation eine Vielzahl von Faktoren wichtig ist. Jedoch ist klar erkennbar, dass sozial verlässliche Beziehungen mit einem sicheren Bindungsmuster eine zentrale Rolle in der Bewältigung von traumatischen Erlebnissen spielen.

2 Auswirkungen von traumatischen Ereignissen

Dieses Kapitel beschäftigt sich vor allem mit den Auswirkungen auf psychischer und physischer Ebene. Ein kleiner Teil davon beinhaltet auch neurophysiologische und psychosomatische Zusammenhänge. Einführend wird der ganzheitliche Gesundheitsbegriff und die organismische Selbstregulierung thematisiert, sowie der Bezug zu Schmerzen und dem Organismus-Umweltfeld.

2.1 Begriffsklärungen – Gesundheit und Krankheit

Ganzheitlicher Gesundheitsbegriff

Das Durchleben einer extremen Belastungssituation kann zur Beeinträchtigung unterschiedlicher Funktionsbereiche führen, auf somatischer, emotionaler, kognitiver, behavioraler und charakterologischer Ebene (vgl. van der Kolk 2000a, 170).

„In unserem Ansatz wird Gesundheit als ‚eine subjektiv erlebte und bewertete sowie auch äußerliche wahrnehmbare Qualität der Lebensprozesse des Menschen und seines Kontextes gesehen. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass der Mensch sich selbst ganzheitlich und differenziell in leiblich-konkreter Verbundenheit mit dem Lebenszusammenhang wahrzunehmen und entsprechend seiner Bewältigungspotentiale und Ressourcen so zu regulieren und zu erhalten vermag, dass er auf dieser Grundlage seine körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Potentiale in gemeinschaftlicher Kreativität konstruktiv entfalten und gestalten kann.“ (Petzold 1991b, 21)

Petzold meint mit dieser Definition, dass es sehr wichtig ist, die Krankheit nicht zu pathologisieren, sie gehört auch zum Leben und es muss auch nicht bedeuten, dass der/die Erkrankte allumfassend durchkränkt ist. Auch der „kranke“ Mensch kann in weiten Teilen seines Lebens gesund sein, meint Petzold (1991b, 19). Die „gesunden Experten“ könnten nach Petzold genauso kranke Anteile haben, genauso wie die „Erkrankten“ gesunde Anteile haben können. Diese Definition beinhaltet auch den Begriff der „gemeinschaftlichen Kreativität“.

Womit ausgedrückt werden soll, dass das Miteinander und die Beziehungen zueinander einen wichtigen Kernbereich der Gesundheit ausmachen. Denn wenn dieser Bereich ungesund und kränkend ist, dann werden auch wir krank. Somit gehören zu den ExpertInnen der Gesundheit, alle Menschen, die sich damit auseinandersetzen.

Schmerzdefinition

In der Arbeit mit traumatisierten PatientInnen sind die oft enormen Schmerzen auffallend, welche keine organische Ursache haben. Es handelt sich meist um Kopf- oder Rückenschmerzen, Verspannungen, Bauchschmerzen, Übelkeit, Magenkrämpfe und auch um Schmerzen die im Körper umherwandern und die Menschen bis zum Wahnsinn treiben. Schmerz wird beschrieben als *„...ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.“* (Internationale Vereinigung zum Studium des Schmerzes s. a., s. p., cit. Eggerichs 1991, 196). Es müssen somit bei Schmerzwahrnehmungen (vgl. Eggerichs 1991, 196ff) nicht tatsächliche oder nachweisliche körperliche Verletzungen vorhanden sein. In jedem Fall sind bei Schmerzen seelisch-geistige Prozesse immer mitbeteiligt. Jedes Schmerzerlebnis ist ein Resultat von komplexen Wechselwirkungen aus Sinneseindrücken, Erfahrungen, Gefühlen sowie (gelernten) Einstellungen und Erfahrungen des einzelnen Menschen. Und jedes Schmerzerlebnis ist subjektiv. Als Folge der Schmerzen können bei den PatientInnen Widerstände (vgl. Schneider 1981, 227ff) auftreten, welche als Schutzmaßnahme gegen Bedrohung von außen gesehen werden können. In der Integrativen Gestalttherapie können „Widerstände“ genutzt werden um an einer Lösung der Problematik zu arbeiten. Aus der phänomenologischen Sicht bedeutet Widerstand das Ausweichen vor dem Offensichtlichen. Vom psychodynamischen Gesichtspunkt aus gesehen, versteht man darunter eine Blockierung, die im Prozess hervortritt. Widerstand kann auch betrachtet werden als Schutzmaßnahme gegen den direkten Kontakt nach außen und nach innen, somit werden unerwünschte Erlebnisse teilweise oder ganz abgegrenzt, Widerstand kann somit auch als eine Art der Abgrenzung gesehen werden. Nach innen versuchen sich PatientInnen zu schützen gegen Unruhe, Erre-

gung, Angst und Schmerz, nach außen schirmen sie sich gegen zu große Nähe ab.

„Es liegt ein gesunder Aspekt im Widerstand, der bei genauem Hinsehen zu engster Berührung mit der individuellen Biographie führt.“ (Schneider 1981, 231).

Widerstand ist somit der Gegenpol zur Konfluenz, dem Verschmelzen des Organismus mit seiner Umwelt, des Sich-Eins-Fühlens mit der Umwelt. Widerstand kann auch als Abgrenzung des Menschen gegenüber seiner Umwelt gesehen werden (vgl. Wheeler 1993, 123ff, cit. Gremmler-Fuhr 2001, 368). Wilhelm Reich (1973, 56) schreibt über den Charakterpanzer, der als Schutzmechanismus gegen äußere Reize dient und durch jahrelange schädigende Erfahrungen entstanden ist. In der Bildung dieses Panzers wird Angst gebunden und es entsteht eine flache Atmung und dies wieder wirkt sich schädlich auf den eigenen Körper aus. Eine Therapie kann somit von den PatientInnen als Gefahr gesehen werden, denn die Therapie könnte das neurotische Gleichgewicht ins Wanken bringen.

2.2 Unser Körper: Austragungsort und Speicher von Gefühlen

Leib, Organismus und die Beziehung zur Umwelt

In der Integrativen Gestalttherapie betrachten wir den „Leib“ als Teil des menschlichen Organismus in Beziehung zu seiner Umwelt. Der Leib ist in seiner Einzigartigkeit Ausdruck der ganzen Person (vgl. Höhmann-Kost 1991, 11). Soziale, kulturelle, sinnliche, psychische und physische Faktoren interagieren miteinander. Es findet eine Wechselbeziehung zwischen Organismus und Umwelt an der Kontaktgrenze statt. Jede Kontaktaufnahme stellt eine beiderseitige Berührung dar. Das Selbst ist nun gleichzeitig diese Kontaktgrenze und auch ein System in Bewegung (vgl. Bauer, 2006, Internet). Menschen versuchen sich abzugrenzen von ihrer Umwelt bzw. Beziehungen aufzubauen, der Organismus versucht das Ich vom Nicht-Ich bzw. vom Wir zu unterscheiden (vgl. Gremmler-

Fuhr 2001, 355-357). Es entstehen somit Wechselbeziehungen und Abhängigkeiten, z. B. das Baby das auf die Versorgung, Liebe und Fürsorge seiner Eltern angewiesen ist. Die Grundannahme der Feldtheorie ist, dass lebendige Phänomene in Wechselbeziehung zu anderen Phänomenen stehen und diese Wechselbeziehungen gilt es zu verstehen. Es handelt sich um miteinander und gegeneinander wirkende Kräfte (vgl. Portele 2001, 268). Bei den subjektiven Anteilen der Feldtheorie handelt es sich um das subjektive Erleben des Eingebundenseins in größere Zusammenhänge. Der Organismus ist als Teil eines ganzheitlichen Feldes zu verstehen und Umwelt bedeutet für den einzelnen Organismus das Wirkungsgefüge um ihn herum. Nun gibt es in dieser komplexen Wechselwirkung auch noch die Aktivität der Figur-Hintergrund-Bildung welche wir als Organismus wahrnehmen können. Um nur ein paar Beispiele zu nennen: es kann sich eine klare Figur vor einem blassen Hintergrund herausheben oder sie bleibt diffus und verschwommen, z. B. klar würde bedeuten: ich habe den ganzen Tag im Sitzen gearbeitet und verspüre nun einen Bewegungsdrang und möchte laufen gehen. Zusammenfassend entstehen also Figur-Hintergrund-Gefüge im Organismus-Umweltfeld, mit Organismus kann auch eine Gruppe gemeint sein, nicht nur eine einzelne Person. Im Rahmen dieser Wechselbeziehung und Wechselwirkungen finden Kontaktprozesse statt. Der Kontakt mit mir und meinen Bedürfnissen, der Kontakt mit anderen Menschen, mit meiner mich umgebenden Umwelt usw. (vgl. Gremmler-Fuhr 2001, 352-366). Der Kontaktzyklus beschreibt das Entstehen eines Bedürfnisses bis hin zur Befriedigung.

Weiters spricht man in der Integrativen Gestalttherapie vom Selbst als vielfältigen und doch einheitlichen Erfahrungsprozess. Es handelt sich dabei um einen kreativen Prozess des Organismus, er bildet unter anderem die Stütze für das Ausbilden von Grenzen mit dem Umweltfeld und er ist wichtig bei Entscheidungen und Handlungsabsichten (ibid, 389). Hier wurden nur grob einige wichtige Prozesse im Austausch mit uns selbst und unserer Umwelt angeschnitten, um aufzuzeigen wie komplex die Abläufe unserer Wahrnehmung sind. Diese Abläufe erscheinen mir bereits für einen gesunden Menschen verwirrend und bei weitem nicht immer klar und durchlässig. Und wie verwirrend mögen diese Zu-

sammenhänge nun sein, wenn eine traumatische Erfahrung einen Menschen ganzheitlich erfasst und ihn somit in seiner Leiborientierung, in seinem Kontaktverhalten, in seiner persönlichen Wahrnehmung seines Organismus und in seiner Beziehung zur Umwelt prägen und erschüttern?

Traumatisierungen müssen auf Grund der obigen Darstellung in Zusammenhang mit den Wechselbeziehungen des Organismus-Umweltfeldes gesehen werden. Z. B. kann eine Beziehung zwischen Mutter und Kleinkind traumatisch werden, wenn das Baby emotional und/oder physisch vernachlässigt wird. Die Wechselbeziehungen erhalten dann eine neue und schädliche Dynamik. Weiters kann das Kontaktverhalten und die Wahrnehmung von traumatisierten PatientInnen stark beeinträchtigt werden. Es können sich unterschiedliche Kontaktstörungen herausbilden, wie z. B. Hemmungen. Figur-Hintergrundbildungen müssen bei Traumatisierungen bezüglich Intrusionen beleuchtet werden. Es soll auch hinterfragt werden, was auf Grund von Intrusionen nicht zur Figur werden kann.

Organismische Selbstregulierung

In der Integrativen Gestalttherapie wird der Mensch als unteilbare Ganzheit verstanden (vgl. Bitzer-Gavornik 2004, 218). Goldstein (vgl. Gurwitsch 1971, 62) wies darauf hin, dass man Einzelsymptome nur dann versteht, wenn man sie im Zusammenhang mit dem ganzen übrigen Verhalten der/des Patientin/en betrachtet. Gehirn, Körper und Verstand sind untrennbar miteinander verbunden. Veränderungen bei einem von diesen dreien wirken sich unmittelbar auf die anderen beiden aus. Emotionen und Perzeptionen (Gesamtheit der Vorgänge des Wahrnehmens und Empfindens) haben psychologische Funktionen und sie sind auch Bestandteile der neuronalen und physiologischen Regulation (vgl. van der Kolk 2000b, 196ff). Psychische Störungen beeinträchtigen den Menschen in seiner Ganzheit:

„Psychische Störungen beeinträchtigen den ganzen Menschen und vermindern, durch ein globales Unwohlsein, mangelndes Gefühl von Geborgenheit, Unsicherheit im Kontakt zu anderen Menschen, eingeschränkte Beziehungsfähig-

keit, schwaches Selbstbewusstsein, Entscheidungsunfähigkeit, körperliche Erkrankungen, Störungen im Arbeitsleben, plötzlich auftretende Angstzustände, entscheidend die Lebensqualität. Ursachen für das ‚Leiden am Leben‘ sehen Psychotherapeuten vor allem in einer breiten Palette von schädigenden Beziehungserfahrungen.“ (Walch, s. a., Internet, 3)

Im Hinblick auf Traumatisierungen und im Sinne der Integrativen Gestalttherapie spielt die Homöostase bzw. die organismische Selbstregulation eine wichtige Rolle in der Entwicklung von Krankheiten. Der homöostatische Prozess wird als Vorgang verstanden, bei dem der Organismus versucht sein Gleichgewicht wieder herzustellen und seine Bedürfnisse zu befriedigen. Wenn der Organismus zu lange in einem Zustand des Ungleichgewichts bleibt und seine Bedürfnisse nicht befriedigen kann, dann bilden sich Krankheiten (vgl. Perls 2007, 22ff). Dieses Konzept war ursprünglich an physiologischen Prozessen orientiert. Individuen streben jedoch nicht nur nach Gleichgewicht, sondern auch nach Ungleichgewicht, wenn sie zu lange im Gleichgewicht waren. Somit prägte Goodman den Begriff der schöpferischen Anpassung, um die organismische Selbstregulierung in ihrem engen Verständnis als rein nach Entspannung strebend, zu erweitern. Die Erweiterung beinhaltet nun ein dynamisches Gleichgewicht, welches um die Herstellung bestmöglicher Beziehungen zwischen den Bedürfnissen und den Interessen des Organismus bemüht ist. Und dieser Vorgang beinhaltet nicht mehr nur physiologische Prozesse und einzelne Kontaktepisoden, sondern umfasst die Ganzheit des Organismus in Beziehung zum Feld. Menschen müssen sich somit zwischen verschiedenen Figurbildungen und Handlungsmöglichkeiten entscheiden, Wahlmöglichkeiten erkennen und schaffen (vgl. Gremmler-Fuhr 2001, 376-377).

Durch Traumatisierungen kann eine (Petzold 1991a, 290ff) Fixierung stattfinden und dann lässt sich das Gleichgewicht ohne professionelle Hilfe nicht wieder von selbst herstellen. Sabine Zankl (2008, Internet) hat in den Ergebnissen ihrer Masterthese dargestellt, dass die organismische Selbstregulierung bei Trauma-PatientInnen nicht ganz übernommen werden kann, da die selbstregulierenden Anteile geschädigt sein können und somit z. B. Intrusionen wieder Schaden

anrichten können. Oftmals versuchen nun traumatisierte PatientInnen die Selbstregulation durch selbstzerstörerisches Verhalten wiederherzustellen, um wieder Kontrolle über ihre Affekte zu erhalten. Selbstverstümmelung, wie z. B. Schneiden wird von den PatientInnen als Erleichterung empfunden. Durch Substanzmissbrauch wie z. B. Alkohol wird versucht, die Symptome ein wenig zu dämpfen (vgl. van der Kolk 2000a, 178). Im Sinne der Integrativen Gestalttherapie kann man hier auch von Retrofektion sprechen, denn das Zurückhalten von Impulsen und Aktivitäten, die auf das Umweltfeld gerichtet sind, kann in Form von Aggression gegen sich selbst gerichtet werden und somit in Selbstquälerei oder Selbstschädigung übergehen (vgl. Gremmler-Fuhr 2001, 370-371). Walch (s. a., Internet) schreibt weiter, dass verdrängte psychische Energien mitunter sogar zu verdeckten selbstdestruktiven Handlungen führen können, wie zum Beispiel ein Unfall, der aus heiterem Himmel ins Leben hereinbricht.

2.3 Leibbewusstsein und Leiborientierung

Heute wird „Körper“ und „Leib“ im Deutschen synonym verwendet (vgl. Bitzer-Gavornik 2004, 218). Im Duden (Drowsdowski et al. 1996, 453) wird „Leib“ als Körper definiert und veraltet bedeutet „Leib“ auch Leben. Der Leib besteht gleichzeitig aus dem Bewussten und dem Unbewussten. Er gibt viele Wunder preis und gleichzeitig gibt es viele Quellen, in denen sich noch Unbewusstes findet und auch immer finden wird (vgl. Petzold 1991a, 287).

Maurice Merleau-Ponty (ORF-Sendung, 2008) prägte den Begriff des Leibes als ein „in der Welt sein“ des Leibes, wie das Herz im Organismus, als ein Mittel sich sinnhaft in der Welt zu orientieren und als ein Mittel das Leben in der Welt zu strukturieren und zu gestalten. Wenn man nun wie Merleau-Ponty den Leib als Mittel zur Orientierung in der Welt betrachtet, dann lassen sich Vermutungen anstellen, welche negativen Auswirkungen es haben mag, wenn das Leibbewusstsein durch Traumatisierung erschüttert wird. Fritz Perls schreibt über den Leib Folgendes:

„In einem integrativen Konzept vom Organismus als einer Ganzheit gilt der ‚Leib‘ als der sichtbare Aspekt der Persönlichkeit,...“ (Perls 1948, 30).

Rothschild (2002, 150ff) spricht von einem Körpergewahrsein, das in enger Verbindung zum Sinnesnervensystem steht. Das durch Exterozeptoren verursachte Körpergewahrsein basiert auf Reizen, die von außerhalb des Körpers stammen, es handelt sich z. B. um Berührungen und Gerüche. Das durch Interozeptoren verursachte Körpergewahrsein basiert auf Empfindungen, die innerhalb des Körpers auftreten, wie z. B. Bindegewebe und Muskeln. Das Körpergewahrsein ist keine Emotion wie die Angst. Emotionen lassen sich anhand von Kombinationen bestimmter Körperempfindungen identifizieren: Angst setzt sich zusammen aus flacher Atmung, erhöhter Herzfrequenz und kaltem Schweiß. Das Körpergewahrsein bei schwer traumatisierten Personen kann stark geschädigt sein, somit ist hier auch äußerste Vorsicht geboten. Im Kontext der Integrativen Gestalttherapie wird der Körper als Resonanzgefäß gesehen, welcher in den verschiedensten Situationen in Schwingung gerät (übernommen aus einer Einzelsupervision bei Dr. Elisabeth Wildberger, Juli 2010). Als Psychotherapeut/in (vgl. Weyde 1985, 431, 444) muss man sich der mitschwingenden Wirkung in der Wahrnehmung eines/r Patienten/in bzw. einer Therapiesituation bewusst sein. Ich hole weiter aus und meine hiermit auch die Wahrnehmung von atmosphärischen Elementen die schwer traumatisierte Menschen mitbringen und welche sich auch als Lähmung im Raum ausbreiten können.

Die Orientierung des Leibes kann im Hier und Jetzt beeinträchtigt sein, da sich alte Szenen in der Gegenwart immer wieder aufdrängen (vgl. Petzold 1991a, 290ff). Die Integrative Gestalttherapie spricht hier von unterbrochenen Handlungen, die sich als Intrusionen aufdrängen und im Sinne der Figur-Hintergrund-Bildung das Abschließen von unerledigten Situationen fordern (vgl. Hoffmann-Widhalm 2004, 333). Es entsteht eine unabgeschlossene Gestalt und der Organismus drängt auf die Fortsetzung des Kontaktzyklus (Zeigarnik Effekt) (vgl. Wolf 2001, 831). Der Leib ist ein Reservoir an Atmosphären, Bildern und Szenen, welche aus dem Hintergrund wirken (vgl. Petzold 1991a, 290).

Kontraktionen in den Leibarealen

Verständlicherweise wird Schmerzliches verdrängt (vgl. Petzold 1991a, 290). Wenn Schmerzensschreie unterdrückt werden, dann stirbt die Lebendigkeit und es entstehen Verfestigung, Panzerung und Starre, die Schreie brennen nach innen und haben eine toxische Wirkung, welche sich gegen den eigenen Leib richtet. Der Leib wird dadurch bis ins Gefüge seiner Zellen erschüttert und es können sich schwere psychische und körperliche Krankheiten entwickeln, da die unterdrückten Anteile destruktiv implodieren können (vgl. Petzold 1985, 555, 559). Wenn man auf Grund von Traumata gewisse Gefühle wie Schmerzen, Ängste, Ekel, Wut und Verwirrung nicht ausdrücken konnte, dann bilden sich seelische Ablagerungen in den Leibarchiven und auftauchende Emotionen werden abgespalten. Dies kann zu chronischen Kontraktionen, zu spannungsgeladenen Verengungen entsprechender Leibareale und zu seelischen Blockaden führen (vgl. Walch, s. a., Internet). Denn Angst führt wie weiter oben erwähnt zu flacher Atmung und das hat wiederum negative Auswirkungen auf den Körper. Unzureichende Atmung kommt laut Alexander Lowen (1993, 5) zustande durch chronische Muskelverspannungen, welche wiederum auf Grund emotionaler Konflikte, die bis in die Kindheit zurückreichen können, entstanden sind. Alle Umstände, die die Funktionen eines lebenswichtigen Organismus behindern, erzeugen Angst (vgl. Lowen 1993, 107). Man kann die beiden genannten Vorgänge von den Autoren als Kreislauf betrachten, Angst erzeugt flache Atmung und dies wirkt sich negativ auf die körperlichen Funktionen aus. Anders wiederum erzeugen schlecht funktionierende Körperabläufe (z. B. bei Asthma)

auch Angst und Angst führt wieder zu flacher Atmung... Claudia Pichl, Tanz- und Körperpsychotherapeutin nach Gabrielle Roth, spricht von körperlichen Blockaden, die sie in ihre therapeutische Arbeit miteinbezieht und welche bei Nichtbeachtung lebens einschränkend sind und Erkrankungen hervorrufen können (vgl. Neumayr 2004, 140).

„...*Gehaltenes, wo man sich nicht zu atmen getraut, wo man sich nicht das volle Potenzial leben getraut,...*“ (Neumayr 2004, 140).

Sie bezeichnet den Ausdruck von Gefühlen als Leben. „*Gefühle sind Leben.*“ (ibid., 141). Der Körper lebt durch seine Gefühle und somit fühlt man sich lebendig, Gefühls mangel oder Gefühls verwirrung bringen die Menschen in die Therapie (vgl. Lowen 1993, 56ff).

Auch Kränkungen können Spuren im Leib hinterlassen, wie z. B. ein diffuses und stumpfes Gefühl von Unwohlsein, Verkrampfungen und Spannungen, Spaltungen, Unbeweglichkeit, Haltungsanomalien, gefrorene Erregung, Erschlaffung, Hypertonie, Organstörungen usw. (vgl. Walch, s. a., Internet). Durch Kränkungen besonders gefährdet sind Menschen, die durch ihre berufliche Position oder durch Engagement in der Öffentlichkeit tätig sind und sich dort auch der Kritik aussetzen müssen. Oder Menschen welche durch zu negativ gestaltete Abhängigkeiten eine Missachtung ihrer Individualität erfahren bzw. sich manipuliert fühlen (vgl. Köster 1991, 40). Kränkungen können auch der Auslöser für viele psychosomatische Krankheiten sein (ibid., 88ff).

Abspaltung des ICH vom Körper, das Verleugnete Selbst

Das Selbst ist sehr vielschichtig, zugleich verwirklicht es sich in Kontaktprozessen immer wieder neu (relationales Selbst) und doch gibt es einen kontinuierlichen Anteil (personales Selbst) (vgl. Gremmler-Fuhr 2001, 384-390). Das transpersonale Selbst beinhaltet nun sowohl das relationale als auch das personale Selbst und wird als unser aller Seinsgrund verstanden. Das Selbst kann auch als verlässliches Selbstempfinden in der Tiefe unseres Seins verstanden werden. Das Selbst ist nach Fetscher (1985, s. p., cit. Walch 2002, 145) die

leib-seelisch-geistige Einheit der Person. Es handelt sich dabei um das, was den Menschen im Innersten zusammenhält. Mit Hilfe des Selbst nehmen wir uns selbst als eigenständige und einheitliche Person ganzheitlich wahr. Das Selbst reicht (ibid.; vgl. Dornes 1993, 89ff) nach Meinung der Säuglingsforscher bis in die Anfänge unserer leiblichen Existenz zurück und es differenziert sich über den Kontakt zur Umwelt immer mehr heraus. Eine grundlegende Beeinträchtigung des Selbst kann durch frühe Traumatisierungen oder durch aktuelle Belastungssituationen, die nicht mehr durch die gewohnten Bewältigungsstrategien verarbeitet werden können, entstehen. Weiters gibt es auch noch die Begriffe wahres und falsches Selbst (vgl. Winnicott s. a., s. p., cit. Walch 2002, 148), welche für die therapeutische Arbeit zwar sinnvoll sind, jedoch moralisch gesehen, missverstanden werden können. Das wahre Selbst bewirkt ein angenehmes und lebendiges Körpergefühl, man hat das Gefühl real zu sein und man hat Vertrauen. Das falsche Selbst ist jenes, das durch Gewalt und Verwahrlosung entstanden ist, es ist der Panzer des wahren Selbst, um es zu schützen. Das transpersonale Selbst wiederum beinhaltet eine spirituelle Dimension. Im Innersten unseres Kerns ist eine Öffnung durch die das transpersonale Selbst hindurchscheint. Nach C. G. Jung (1971, s. p., cit Walch 2002, 150) handelt es sich um den Funken des Kosmos.

„Der innere Weg zum transpersonalen Selbst öffnet eine Quelle der Heilung und Inspiration.“ (Walch 2002, 150)

Werden bestimmte Aspekte (vgl. Kepner 1988, 151ff) des Selbst von der Umwelt abgelehnt, dann werden diese Anteile (z. B. der Impuls der Neugier, das Bedürfnis nach Liebe, Verletzbarkeit, sexuelle Gefühle) entfremdet und verleugnet. Der Organismus wird in ein Ich gespalten das aus Denken und Verbalisieren besteht und in ein Es das aus Gefühlen und nonverbalen Äußerungen besteht. Die Emotionen werden verdrängt, jedoch wirken sie trotzdem weiter fort.

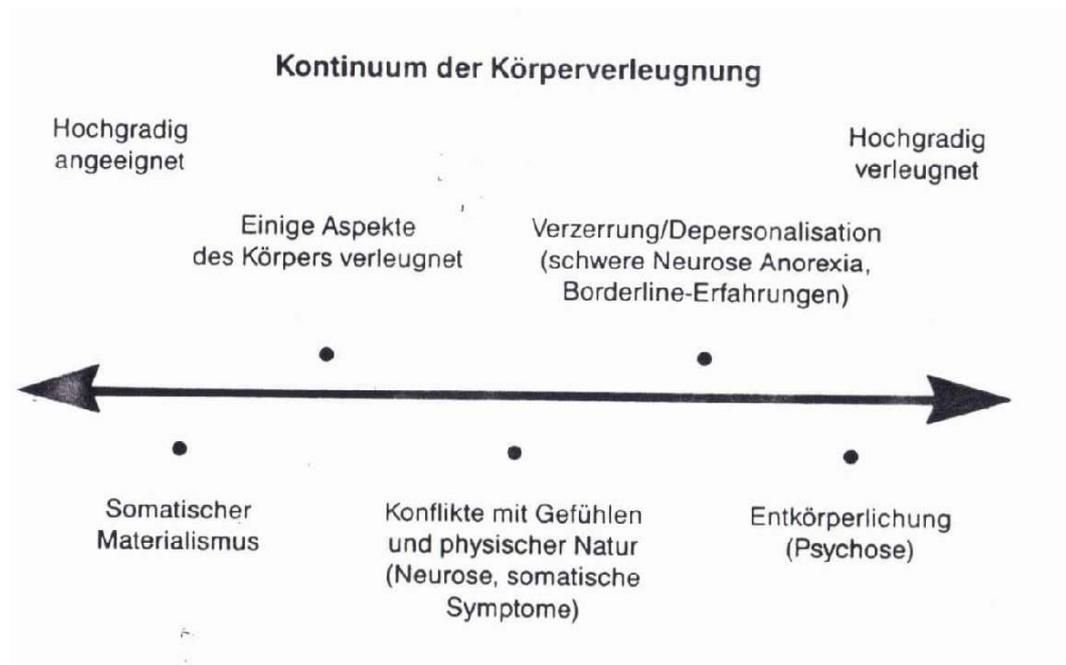


Abbildung 3: Kontinuum der Körperverleugnung (Kepner 1988, 51)

Die obige Abbildung stellt die Körperverleugnung grafisch dar. Diese grafische Darstellung reicht von einer leichten Distanzierung der eigenen Identität von spezifischen Körperempfindungen über eine allgemeinere und drastischere Abspaltung, gekennzeichnet durch Konflikte mit vielen körperlichen Gefühlen und Handlungen, bis hin zur Depersonalisierung und zu einem noch stärkeren Realitätsverlust und schließlich bis zur psychotischen Entkörperlichung (vgl. Kepner 1988, 51). Je mehr Kontaktfunktionen verleugnet wurden, desto begrenzter ist das Verhaltensspektrum, das zum Handeln in der Umwelt verfügbar ist. Abwehrmechanismen wie Verleugnung können überlebenswichtig sein und sollten gestützt und nicht in Frage gestellt werden (vgl. Fischer et al. 2008, 635). Im Folgenden werden die einzelnen Punkte der obigen Abbildung kurz erläutert:

- Psychose: eine fast vollständige Trennung vom körperlichen Empfinden, dieses existiert teilweise noch in der Fantasie.
- Depersonalisation: Die Wahrnehmung des Körpers ist verzerrt. Hierzu gehören unter anderem: Anorexia nervosa: schwere Verzerrung der Körperwahrnehmung oder Borderline Störungen, bei denen wichtige Brocken des Körper-Selbst der Bewusstheit verloren gegangen sind.

- Neurose: Der Neurotiker ist eher zum Kontakt mit dem Körper-Selbst fähig, aber erlebt starke Konflikte in Bezug auf bestimmte Gefühle und Handlungen. Es können Angst, Depressionen und somatische Reaktionen entstehen.
- Somatischer Materialismus: Personen die sich sehr stark auf ihre physische Realität konzentrieren, sodass sie andere Aspekte ausschließen wie z. B. ein kognitives, imaginatives oder spirituelles Selbst.

Traumatisierungen können nicht nur Selbstwert und Selbstkompetenz in negativer Weise beeinflussen (vgl. Butollo 2002, 98) sondern sie schwächen auch das konsistente Selbstempfinden (vgl. Hoffmann-Widhalm 2004, 334). Nicht nur Menschen mit geschwächten Bindungen, sondern jede/r der/die mit verletzenden, abwertenden oder verlustzeugenden Traumatisierungen einer gewissen Intensität konfrontiert ist, kann traumabedingte Selbststörungen entwickeln. Es folgt eine Selbstspaltung und somit der Verlust des dialogischen Selbst, welches für das Eintreten in Beziehungen zuständig ist. Somit werden bestimmte Wesensanteile in der Kommunikation mit bestimmten Personen ausgeblendet (vgl. Butollo 2002, 98).

2.4 Trauma-Symptome

Körperliche Auffälligkeiten

Laut einer Untersuchung von van der Kolk (1987, s. p., cit. Levine 1998, 54) konnte nachgewiesen werden, dass die meisten PatientInnen in einer großen psychiatrischen Institution unter Trauma-Symptomen litten. Laut Levine (1998, 29ff) entstehen Traumasymptome durch erstarrte Energie im Körper, die nach Abklingen der traumatischen Erlebnisse nicht aufgelöst worden sind.

Christian Albus und Ad. Appels et al. (2008, 869) weisen in Zusammenhang mit PTBS darauf hin, dass chronischer Stress Depressionen, Herzkrankheiten und chronische Müdigkeit verursachen kann. Dies hat wiederum negative Auswirkungen auf das Immunsystem (vgl. Rüegg 2007, 96) und es können sich

gleichzeitig Schmerzen im Bereich der Schultern, Arme, Oberbauch und unter Umständen auch in den Unterkiefern ausbreiten. Es entstehen Druck- und Schweregefühle und es treten Vernichtungsgefühle und Todesangst auf. Die typische Angina pectoris wird durch körperliche oder psychische Belastungen ausgelöst.

Wolfgang Wöller und Ursula Gast et al. (2004, 50) weisen bei Traumatisierungen auf die Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit hin. Traumaopfer weisen eine erhöhte Morbiditäts- und Mortalitätsrate auf, vor allem wenn es sich um die Symptomatik einer PTSD handelt (Wolff et al. 1994, s. p., Friedmann, Schnurr 1995, s. p., cit. Wöller, Gast et al. 2004, 50). Golding (1994, s. p., cit. Wöller, Gast et al. 2004, 50) fand heraus, dass Frauen mit einer Vorgeschichte sexueller Übergriffe mehr körperliche Symptome aufwiesen als andere Frauen ohne sexuelle Traumata.

Durch Untersuchungen von Bartrop (1977, s. p., cit. Schubert, Schüssler 2008, 148ff) und Schleifer (1983, s. p., cit. Schubert, Schüssler 2008, 148ff) konnte herausgefunden werden, dass bei verwitweten Personen, die ihren Partner durch Krebs verloren hatten, eine verringerte Vermehrungsfähigkeit der T-Lymphozyten sechs Wochen nach dem Verlust aufgetreten waren. Somit konnte ein negativer Einfluss auf das Immunsystem festgestellt werden. Der Verlust einer nahestehenden Person zählt auch zu den möglichen Arten von Traumatisierungen.

2.4.1 Verschiedene Phasen der Traumareaktion

Im Folgenden werden laut Levine (1998, 134ff) jene Symptome beschrieben, die zumeist früher als andere Symptome auftreten und somit den Kern der Traumareaktion bilden. Levine meint, jeder reagiert mindestens einmal im Leben so auf bestimmte Ereignisse, doch wenn diese vier Zustände über einen längeren Zeitraum auftreten, dann ist anzunehmen, dass ein unaufgelöster traumatischer Rest zurückgeblieben ist. Es handelt sich hierbei um:

- ungewöhnlich starke Erregungszustände
- Kontraktion

- Dissoziation (einschließlich Leugnen)
- Gefühl der Hilflosigkeit

Der Vorgang der Kontraktion wurde bereits weiter oben erklärt. Hilflosigkeit entsteht durch die Unmöglichkeit sich zu wehren oder zu schützen und die Verarbeitung des traumatischen Ereignisses wird dadurch eingeschränkt (vgl. Levine 1998, 144). Die starken Erregungszustände und Dissoziation werden wie folgt ausgeführt.

Ungewöhnlich starke Erregungszustände

Um sich gegen eine potentielle Bedrohung (vgl. Levine 1998, 135) zur Wehr setzen zu können, mobilisiert der Körper seine Energieressourcen. Menschen befürchten eine Wiederkehr des Traumas (vgl. van der Kolk, van der Hart et al. 2000, 243-244) und bleiben folglich in einem physiologischen Zustand chronischer Übererregung. Es folgen Intrusionen und diese verstärken die Erregtheit noch mehr. Hinzu kommt, dass PTBS-PatientInnen gegenüber Geräuschen empfindlicher sind. Fischer und Riedesser (2003, 47) fassen zusammen, dass extreme Erregungszustände des Zentralnervensystems, die in Abhängigkeit von extremen Stressoren auftreten zu körperlichen Störungen wie Koronarerkrankungen oder Magengeschwüren (Magengeschwür) führen können. Everly (1995, 44, cit. Fischer, Riedesser, 2003, 48) weist bei langanhaltenden Erregungszuständen auf Erregungskrankheiten hin, hier handelt es sich um: Bluthochdruck, Kammerflimmern im Zusammenhang mit psychischen Belastungen, kardiale nichtischämische Muskeldegeneration, koronare Herzerkrankungen, Migräne, Raynaudsche Krankheit, Spannungskopfschmerz, funktionelle Störungen des muskulären Apparates, Magengeschwüre und Colon irritabile (chronische nicht primär organische Durchfallerkrankung).

Dissoziation

In der Integrativen Gestalttherapie ist „Dissoziation“ jener Prozess durch den Erlebnisanteile wie Gedanken, Einstellungen, Empfindungen usw. ihre Relation zueinander und zur Persönlichkeit als Ganzes verlieren und sich abspalten. Diese Anteile werden dem Bewusstsein entzogen, sie bleiben aber weiterhin

aktiv. Es finden dadurch Unterbrechungen im Kontaktprozess statt, welche in der Folge für Entfremdung sorgen und es entstehen so genannte Löcher in der eigenen Persönlichkeit. Die Dissoziation, wenn sie chronisch wird, wird dann aktiv als Regulationsprozess im Körper aufrechterhalten. Sie kann graduell unterschiedlich in Erscheinung treten, z. B. schwere dissoziative Reaktion nach Traumatisierungen (vgl. Votsmeier 2001, 716-717). Menschen, die als Kinder wiederholt traumatische Erfahrungen gemacht haben, dissoziieren schnell und habituell, ohne sich dessen bewusst zu sein (vgl. Levine 1998, 139ff). Die Dissoziation zeigt sich sehr oft als würden die PatientInnen neben sich stehen und abwesend sein, nichts mehr fühlen, so als würden sie aus ihrer eigenen Gefühlswelt aussteigen, ihren Körper verlassen. Auch Schmerzen können dann nicht oder nur teilweise wahrgenommen werden. Eine leichte Form der Dissoziation kennen die meisten Menschen, sie passiert während dem Autofahren, als hätte man auf Autopilot geschaltet. Man kann sich nicht mehr ganz genau an den Weg erinnern, der zurückgelegt wurde.

Dissoziation bewirkt eine schützende Trennung von überwältigenden Affekten, sorgt jedoch auch für das subjektive Gefühl des Totseins und hat Isolation zur Folge (vgl. van der Kolk 2000a, 179). Nach van der Kolk und van der Hart et al. (2000, 244) ist Dissoziation eine Weise, Information zu organisieren. Dissoziative Prozesse spielen bei der Entwicklung traumabezogener psychologischer Prozesse eine wichtige Rolle. Sie tritt sowohl zur Zeit des traumatischen Ereignisses als auch als Langzeitfolge der Traumatisierung auf. Wie bereits weiter oben erwähnt findet eine Aufspaltung des Erlebens statt, die Elemente des Traumas werden nicht zu einem einheitlichen Ganzen oder in ein integriertes Selbst-Gefühl vereint. Traumatisierte Menschen können ihre dissoziierten Erinnerungen in einem meist unbewussten Ich-Zustand bewahren, als wäre dies Teil einer eigenen Persönlichkeit (vgl. Mc Dougall 1926, 543, cit. van der Kolk, van der Hart et al 2000, 255). Somit kann der/die dissoziative Patient/in in seinem normalen Zustand betonen, dass er nicht missbraucht wurde, jedoch kann das dissoziierte kognitive System die Überzeugung beinhalten, wie z. B. ich bin schwach, hilflos und unwürdig.

Van der Hart und Nijenhuis et al. (2008, 17) definieren den Begriff strukturelle Dissoziation und wollen somit zur Klärung des Begriffes Dissoziation beitragen. Man kann die Persönlichkeit als eine Struktur betrachten, die aus verschiedenen Subsystemen besteht, die normalerweise eine Einheit bilden. Die Spaltung der Persönlichkeit wird im Sinne von dissoziierten Persönlichkeitsanteilen verstanden. Die Dissoziation bildet nun eine/n anscheinend normale/n Persönlichkeit/santeil (ANP) und eine/n so genannte/n emotionale/n Persönlichkeit/santeil (EP). PatientInnen im Zustand der ANP sind von Handlungssystemen bestimmt, die der Bewältigung des Alltags dienen. PatientInnen im Zustand der EP sind auf Handlungssysteme fixiert, die während der Traumatisierung aktiviert waren. Je nach Schwere der Dissoziation bilden sich in den Subsystemen verschiedene ANPs bzw. EPs aus, welche zu unterschiedlichen Schwierigkeiten führen. Van der Hart und Nijenhuis (2008, 20ff) sprechen dabei von primärer, sekundärer und tertiärer Dissoziation.

2.4.2 Physische und psychische Trauma-Symptome

Weitere Symptome, laut Levine (1998, 148), die zur gleichen Zeit wie die oben beschriebenen Kernphasen oder etwas später auftreten, sind:

- Hypervigilanz (ständiges Auf-der-Hut-Sein)
- bedrückende Vorstellungen
- extreme Empfindlichkeit gegenüber Licht und Geräuschen
- Hyperaktivität
- übertriebene emotionale Reaktionen, z. B. Schreckreaktionen
- abrupte Stimmungsschwankungen wie Wut- und Schamreaktionen
- verringerte Stresstoleranz
- Schlafstörungen

Diese Listen sind nicht für diagnostische Zwecke gedacht, sondern sollen laut Levine dazu dienen, einen Überblick für die progressive Manifestation von Traumasymptomen zu erhalten. Die aufgelisteten Symptome werden wiederholt genannt, da es nicht ausschließlich sein muss, dass sie in den vorhergehenden

Phasen aufgetreten sind. In den nächsten Phasen der Krankheitsentwicklung können folgende Symptome (vgl. Levine 1998, 149) auftreten:

- Panikanfälle, Angstzustände und Phobien
- geistige Leere oder das Gefühl, losgelöst über den Dingen zu schweben
- übertrieben starke Schreckreaktionen
- extreme Sensibilität gegenüber Licht und Geräuschen
- Hyperaktivität
- übertrieben starke emotionale Reaktionen
- Alpträume und nächtliches Erschrecken
- Vermeiden bestimmter Umstände (Vermeidungsverhalten)
- Vorliebe für gefährliche Situationen
- häufiges Weinen
- abrupte Stimmungsumschwünge wie Wutreaktionen oder Schamgefühle
- übertrieben starke oder verringerte sexuelle Aktivität
- Amnesie und Vergesslichkeit
- Unfähigkeit zu lieben, andere Menschen zu umsorgen oder dauerhafte Beziehungen zu entwickeln
- Angst vor dem Tod, vor dem Verrücktwerden oder davor, nur kurz zu leben
- verringerte Stresstoleranz
- Schlafstörungen

Levine (1998, 150) schreibt, manche Symptome können in allen der aufgeführten Phasen vorkommen, da es kein Regemaß dafür gibt, wann welcher Organismus welche Symptome entwickelt. Der/die Leser/in soll einen Eindruck erhalten, welche möglichen Phasen in der Entwicklung der Symptome auftauchen können bzw. welche Symptome bei traumatisierten PatientInnen auftauchen können. Die genannten Symptome können durchaus auch bei anderen Erkrankungen auftauchen. Die folgende Auflistung beinhaltet Symptome welche erst nach längerer Zeit entstehen und denen meist einige der früher auftretenden Symptome vorausgegangen sind. Einige Symptome treten in allen drei Listen auf, es gibt keine feste Regel, wann ein Organismus ein bestimmtes Symptom unter bestimmten Umständen entwickelt:

-
- exzessive Scheu
 - mehr oder weniger starke Einschränkung der emotionalen Reaktionsfähigkeit
 - Unfähigkeit, Verpflichtungen einzugehen
 - chronische Müdigkeit oder allgemeine Mattigkeit
 - Störungen des Immunsystems und endokrine Störungen wie Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse
 - psychosomatische Krankheiten, insbesondere Kopfschmerzen, Hals- und Rückenprobleme, Asthma, Störungen des Verdauungssystems, Darmkrämpfe und starke prämenstruelle Störungen
 - Depressionen, Angst vor drohendem Unheil
 - Gefühle der Entfremdung und Isolation – des Todes bei lebendigem Leibe
 - verringertes Interesse am Leben
 - Angst vor dem Sterben, Verrücktwerden oder davor, nur kurz zu leben
 - häufiges Weinen
 - abrupte Stimmungsschwankungen
 - übertrieben starke oder verminderte sexuelle Aktivität
 - Amnesie oder Vergesslichkeit
 - Gefühle der Hilflosigkeit und dementsprechende Verhaltensweisen
 - Unfähigkeit, andere Menschen zu lieben, zu unterstützen oder dauerhafte Beziehungen einzugehen
 - Schlafstörungen
 - niedrigere Stresstoleranz und verringerte Fähigkeit, Pläne zu entwickeln

2.5 Psychosoziale Auswirkungen von Traumatisierungen

Van der Kolk (1995, Internet) weist im Speziellen auf psychosoziale Auswirkungen hin. Diese Menschen sind auf Grund ihrer Vorerfahrungen mehr auf der Hut und versuchen Situationen, die sie an das Trauma erinnern, zu vermeiden, somit nehmen sie weniger teil an sozialer Interaktion und ziehen sich häufiger zurück. Sie haben weniger bis meist keine Freude an der Erkundung ihrer Umwelt und es kann emotionale Taubheit auftreten, welche dazu führt, dass PatientInnen einfach nur so durch das Leben gehen und sie sehen keine Chance auf Heilung. Vor allem bei Jugendlichen kann diese Taubheit zu riskanten Verhaltensweisen führen, um sich zumindest noch ein wenig spüren zu können. Es fällt ihnen schwer, körperliche Empfindungen in Sprache zu übersetzen bzw. sich mitzuteilen und dies hat wieder verheerende Auswirkungen in der zwischenmenschlichen Kommunikation und es treten Kontaktstörungen (vgl. Hoffmann-Widhalm 2004, 334) auf. Damit einher können Empathieverlust und Narzissmus gehen, was bedeutet, dass diese Menschen starke Defizite in der Selbstfürsorge oder auch Beziehungsfähigkeit aufweisen.

2.6 Psychosomatische Zusammenhänge

Katharina Drexler (2004, 1) schreibt in ihrem Artikel, dass bei der Abklärung psychosomatisch Erkrankter auch immer die Beachtung von Life Events und möglichen Traumata sehr wichtig ist. In DSM-IV-Feldversuchen für PTBS sowie in einer Studie an PatientInnen mit dissoziativen Störungen konnte festgestellt werden, dass bei Abwesenheit von schweren Traumatisierungen in der Vorgeschichte Somatisierung nur selten auftrat. (vgl. van der Kolk et al. 1993, s. p.; Saxe et al. 1994, s. p., cit. van der Kolk 2000a, 182). Harber und Pennebaker (1992, s. p., cit. van der Kolk 2000a, 181) haben herausgefunden, dass die Verbalisierung traumatischer Erfahrungen psychosomatische Symptome verringert.

Bei psychosomatischen Krankheitsbildern im engeren Sinne handelt es sich um jene, bei denen fassbare organische oder zumindest funktionelle Veränderungen in ihrer Entstehung und ihrer Behandlung entscheidend durch die Psyche des Kranken mitbestimmt sind. Dies können z. B. Magengeschwüre, Ekzeme usw. sein. Im weiteren Sinne handelt es sich um körperliche Beschwerdebilder ohne organisches Substrat. Es handelt sich dabei häufig um intensive Gefühlszustände, wie z. B. Begleiterscheinungen von Ängsten wie Herzrasen und Atemenge (vgl. Bräutigam, Christian 1986, 3).

In der Integrativen Gestalttherapie wird die Haltung vertreten, dass wir ein Körper sind und nicht einen Körper haben, dies sorgt für die Gewissheit, dass psychische Irritationen auch immer somatische Symptome zeigen können. Das Organismuskonzept der Gestalttherapie beinhaltet die psychophysische Einheit in Bezogenheit auf die Umweltdimension. Eine ganzheitliche Betrachtungsweise ist somit die Grundlage der Psychosomatik. Die Betonung liegt hier auf den Gefühlen, denn das Fühlen bildet eine der wichtigsten Brücken zwischen seelischem und körperlichem Verstehen. Das Zusammenspiel von körperlichen Wahrnehmungen, Gefühlen und Gedanken, zusammen mit der Wahrnehmung unserer Außenwelt sichert uns ein integriertes Gesundheitsgefühl.

Psychosomatischen PatientInnen fehlt in unterschiedlichem Ausmaß die Wahrnehmung dieses Zusammenhangs, sie spüren zwar den Schmerz, aber können keinen Zusammenhang zu einer vorhergehenden Situation herstellen. Es fällt den PatientInnen schwer leibliche Wahrnehmungen und Beschwerden in symbolische oder verbale Ausdrucksformen umzuwandeln (vgl. Wolf 2001, 790-794). Tatsache ist, dass die emotional-soziale Abhängigkeit (vgl. Hochgerner, Schwarzmann 2004, 308-310) von Menschen in den ersten Lebensjahren besonders groß ist. In den ersten Lebensjahren findet die Kommunikation hauptsächlich über das Körpererleben und den Körperausdruck statt, wie z. B. übers Stillen, Tragen, Füttern, Wickeln, Gehen, Laufen usw. In den Lebensbiografien von PatientInnen zeigen sich sehr häufig inadäquate Stimulierung, ein durch Kälte und Lieblosigkeit dominiertes Familienklima und die Leistung steht im Vordergrund. Das Verhalten der Eltern in dieser Phase ist oft überwältigend,

eindringend oder verächtlich und ignorant, also traumatisierend. (vgl. Hochgerner 2005, 4). Der natürliche Expansionsdrang des Kindes wird gehindert, denn kindliche Wünsche und Forderungen werden von wichtigen Bezugspersonen als Kränkung oder Provokation bewertet. Somit entwickeln sich bereits sehr früh im Lebenslauf bestimmte Symptome, die sich später wieder zeigen bzw. sich manifestieren (vgl. Hochgerner, Schwarzmann 2004, 308-310). Speziell psychosomatische Störungen finden oftmals ihren Auslöser in nicht geglückten Entwicklungsschritten vor dem Hintergrund einer mangelhaften Ich-strukturellen Entwicklung mit frühen Störungsanteilen. Psychosomatik-PatientInnen leiden auch sehr oft an mangelnder Daseinsgewissheit und mangelnder Selbstgewissheit. Ein Mangel an Daseinsgewissheit (Störung auf Borderline Niveau) bedeutet die existentielle Verneinung seiner Selbst, das subjektive Erleben ist abgespalten als hätten die PatientInnen keinen Platz in der Welt. Es sind Defizite in der frühen Phase des Gehaltenwerdens vorhanden (vgl. Kegan 1994, s. p., Petzold 1993, s. p., cit. Hochgerner, Schwarzmann 2004, 316). PatientInnen mit mangelnder Selbstgewissheit (Störung auf narzisstischem Niveau) haben bereits einen Platz in der Welt, es fehlt ihnen jedoch an innerer Erlaubnis selbst zu sein. Die Enge der Familie gab Schutz, ließ jedoch die Selbstentwicklung nur kaum zu (vgl. Schwarzmann 1998, s. p., cit. Hochgerner, Schwarzmann 2004, 317). Zusätzlich weist Markus Hochgerner (2005, 3) darauf hin, dass Trauer, besonders in Lebenssituationen die mit Abschied und Trennung verbunden sind, bei psychosomatisch Erkrankten eine wichtige Rolle spielen. Diese Gefühle sind oft nicht thematisierbar bzw. werden vermieden.

2.7 Neurobiologische Zusammenhänge

Auch dieses Kapitel würde dazu verleiten eine ganze Masterthese darüber zu verfassen, ich verweise hier auf Zankl (2008). Doch möchte ich versuchen in Kürze eine der wichtigsten neurophysiologische Auffälligkeiten zusammen zu fassen. Einleitend ist mir wichtig anzuführen, dass Hüther (2007, 7ff, 24ff) davon ausgeht, dass Verschaltungen im Gehirn remodellierbar sind. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für die psychotherapeutische Arbeit, da somit Verände-

rung und Entwicklung möglich werden.

Neuronale Korrelate der Posttraumatischen Belastungsstörung

Forscher haben herausgefunden, dass eine schwere PTSD höchstwahrscheinlich mit einer Schädigung des Hippocampus einhergeht (vgl. Grawe 2004, 159). Hippocampale Dysfunktionen beeinträchtigen die Gedächtnisleistung (van der Kolk 1996b, s. p., Armony, LeDoux 1997, s. p., cit. Fischer, Hinckeldey 2002, 89). Der Hippocampus zeichnet die räumlichen und zeitlichen Dimensionen eines Erlebnisses im Gedächtnis auf (vgl. van der Kolk 2000b, 213). Bei extremer emotionaler Erregung wird die Verbindung zum Hippocampus unterbrochen und dies führt dazu, dass Informationen ohne zeitlichen und räumlichen Kontext gespeichert werden (vgl. Fischer, Hinckeldey 2002, 88). Es muss jedoch auch davon ausgegangen werden, dass bei manchen PatientInnen bereits vor der Erkrankung ein vermindertes Hippocampusvolumen vorhanden war und diese Menschen weisen daher eine höhere Vulnerabilität gegenüber traumatischen Erfahrungen auf. Dies könnte auf konstitutionelle bzw. genetische Begebenheiten (vgl. Grawe 2004, 160) und auf traumatische Vorerfahrungen zurückgeführt werden (vgl. Fischer, Hinckeldey 2002, 91-92). Denn frühe Deprivationserfahrungen beeinträchtigen das autobiographische Gedächtnis und sie können zu neurologischen Störungen führen, wie z. B. die Veränderung von funktionalen Mustern von Neurotransmittern (vgl. Fischer, Riedesser 2003, 149). Bei Kindern und Jugendlichen könnte die Unterdrückung frontaler Hirnareale sowie die Unterdrückung des orbito-frontalen Kortex längerfristig gesehen problematische Auswirkungen auf die emotionale und soziale Entwicklung mit sich bringen. Zu den Fakten zählt auch, dass sich unkontrollierbarer Stress ungünstig auf das Gehirn auswirkt (vgl. Grawe 2004, 161), wie z. B. auf das Generieren von Wörtern (vgl. van der Kolk 2000a, 181). Stress bewirkt die Ausschüttung von Kortisol und dieses Stresshormon wiederum hemmt die Arbeit des Immunsystems (vgl. Rüegg 2007, 103). Bestimmte Neurohormone, wie z. B. Endorphine und Oxytocin hemmen unter bestimmten Stresssituationen die Konsolidierung des Gedächtnisses (vgl. van der Kolk 2000b, 211). Die Gedächtniskonsolidierung ist jener Prozess, bei dem das Gehirn schrittweise die optimale Einspeicherung des Erlebten mit bereits vorhandenen Gedächtnisin-

halten organisiert und kombiniert (vgl. Menzel, 2007, Internet). Erinnerungen können nicht in einen Gesamtzusammenhang gebracht werden und werden nur in diffuser Art und Weise und als Gefühlszustände gespeichert. Stark mit der Angst verbundene Erlebnisse können nicht vergessen werden, aber auch nicht in einen Gesamtzusammenhang gebracht werden (vgl. Hüther 2007, 41). Sie aktivieren die Amygdala und sind dort nur wieder schwer zu löschen und diese Erinnerungen können bereits durch kleine Reize wieder ausgelöst werden (vgl. Grawe 2004, 161).

Die Schwierigkeit der Verarbeitung von leidvollen traumatischen Erfahrungen, insbesondere bei einer posttraumatischen Belastungsstörung, liegt auch darin, dass diese im impliziten, also dem Bewusstsein nicht zugänglichen emotionalen Gedächtnis, gespeichert werden. Manche Teile dieser Erfahrungen werden auch im expliziten Gedächtnis, als dem Bewusstsein zugänglich, gespeichert. Hier werden sie jedoch meist nur unzusammenhängend und bruchstückhaft abgespeichert. Diese Schreckensbilder tauchen dann als Erinnerungsfetzen immer wieder ungewollt und aus der Tiefe auf, verbunden mit starken Emotionen (vgl. Rüegg 2007, 141).

Traumatisierte PatientInnen können zu mehr Aggressionen und Impulsivität (vgl. van der Kolk 2000b, 208) neigen. Im Gegensatz zu Aggressionen können wiederum Stimmungen extremer Zärtlichkeit auftauchen (vgl. Kardiner 1941, 97, cit. van der Kolk 2000b, 198). Denn diese Menschen neigen zu Fehlinterpretationen des sensorischen Inputs, welche sie wiederum mit der traumatischen Erfahrung verknüpfen, somit kann es zu Gefühlsausbrüchen kommen (vgl. van der Kolk 2000b, 212, 198). Der Verlauf und Aufbau der Hirnentwicklung lässt sich nach Hüther und Korittko et al. (2010, 20) mit dem Aufbau einer Zwiebel vergleichen. Wenn es auf Grund einer starken psychischen Überbelastung zu einer Übererregung in den komplexen Schichten des Gehirns kommt, dann kommt es zu einem Rückfall in alte, während der Kindheit und Jugend herausgeformte Verhaltens-, Denk- und Gefühlsmuster und damit einhergehende Körperreaktionen. Bei noch stärkerer Erregung mit Todesangst und Ausweglosigkeit werden archaische, im Hirnstamm angelegte Notfallprogramme wie

Angriff und Flucht eingeleitet. Wenn sich Menschen bedroht fühlen und sich diese Situation nicht verarbeiten oder ordnen lässt, dann können im Gehirn Notfallprogramme wie Flucht oder Angriff starten. Wenn dies dann auch nicht mehr möglich ist, dann setzt Erstarrung ein und dies wiederum führt zur Dissoziation. (ibid.; vgl. Hüther 2009, 118).

Van der Kolk (1978a, 72, cit. Fischer, Riedesser 2003, 150) geht von einer „Traumasucht“ aus. Er nimmt spekulativ an, dass später bei einer Wiederholung von traumatischen Situationen bei Trauma-Opfern eine Endorphin-Reaktion freigesetzt wird, die mit einer rauschhaft erhöhten Stimmungslage einhergeht. Z. B.: sexuell missbrauchte Kinder arbeiten später als Prostituierte. Hier müssten jedoch auch noch die verschiedenen psychischen Aspekte des Wiederholungszwangs berücksichtigt werden. Das Trauma wird als unterbrochene Handlung in einer vital bedeutsamen Problemsituation gesehen, welche einen Abschluss benötigt (vgl. Hoffman-Widhalm 2004, 333).

3 Bindung und frühe Traumatisierungen

In diesem Kapitel wird die Bindungstheorie mit ihren unterschiedlichen Bindungsstilen in Verbindung mit Traumatisierungen thematisiert. Weiters wird die Abspeicherung dieser Erfahrungen in Form von so genannten Arbeitsmodellen oder Ereignisschemata dargestellt.

3.1 Bindungstheorie nach John Bowlby

3.1.1 Bindungstheorie und Selbstregulation

John Bowlby (2008, 21) versteht unter Bindungsverhalten jegliches Verhalten, das darauf ausgerichtet ist, die Nähe eines vermeintlich kompetenteren Menschen zu suchen oder zu bewahren. Dieses Verhalten wird bei Angst, Müdigkeit, Erkrankung und entsprechendem Zuwendungs- oder Versorgungsbedürfnis am deutlichsten. Somit gibt es unterschiedliche Bindungsstile, diese werden wie folgt beschrieben. Wenn das Kind sich auf die sensible Bindungsfigur verlassen kann, dann fühlt es sich geborgen. Sichere Bindung wird bei Kindern und Erwachsenen als ein grundlegender Schutz vor traumainduzierter Pathologie gesehen (vgl. Finkelhor, Browne 1984, s. p., cit. van der Kolk 2000a, 172). Donald W. Winnicott (1990, 18ff) benützt die Begriffszusammenstellung der hinreichend fürsorglichen Mutter, diese weiß was zu tun ist, außer sie erkrankt psychisch, ist mit der Situation überfordert oder sie stirbt frühzeitig. Die Stütze durch das mütterliche Ich fördert die Ich-Organisation des Babys und es ist wichtig, dass das Kind in seinen grundlegendsten Bedürfnissen versorgt wird. Gleichzeitig ist es für Kinder aber auch wichtig mit Frustration umgehen zu lernen, eine Überfürsorglichkeit wäre daher auch nicht angebracht. Außerdem ist es wichtig, dass Eltern ihren Kindern Fertigkeiten beibringen, um ihr Erregungsniveau selbst modulieren zu können (vgl. van der Kolk 2000a, 172). Die Mutter reguliert als externer Organisator durch ihre Reaktion auf das kindliche Ausdrucksverhalten die Befindlichkeit des Kindes. Das Kleinkind lernt somit bereits sehr früh ob seine Signale gesehen werden und ob seine Bedürfnisse beantwortet werden (vgl. Grossmann, Grossmann 2001, 146). Selbstregulation umschreibt die Fähigkeiten des Organismus im Kontext der Anpassung und

Auseinandersetzung mit der Umwelt zu regulieren und dabei das eigene psychophysische Gleichgewicht aufrechtzuerhalten (vgl. Papusěk, Papousěk 1979, s. p., cit. Papusěk, Wollwerth de Chuquisengo 2009, 145). Ursachen für eine schlecht funktionierende Selbstregulation bei Babys können sein: konstitutionelle Voraussetzungen beim Baby, wie z. B. organische Ursachen, eine Beeinträchtigung der intuitiven Kompetenzen bei Eltern, pränatale Belastungsfaktoren, wie z. B. Überforderung, Ängste und Stress bei der Mutter. Für spätere elterliche Kompetenzen ist die Ablöse von den Eltern und die Verarbeitung von traumatischen Beziehungserfahrungen sehr wichtig (vgl. Fonagy 2000, s. p., cit. Papousěk 2009, 147). Durch die Entwicklung des Kleinkindes hindurch ergeben sich neue Möglichkeiten und Aufgaben im Sinne der Selbstregulation, z. B. die selbständige Fortbewegung in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres und die Balance von Verbundenheit und Autonomie, in der Hälfte des zweiten Lebensjahres durch das Nein-Sagen des Kindes.

Bindung entsteht nicht nur durch die Befriedigung von körperlichen Bedürfnissen und es handelt sich nicht nur um die Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit, sondern Bindung beinhaltet die Integration von Erfahrungen mit sich selbst, dem Gegenüber und der Umwelt, die Entwicklung von Kommunikation und Sprache, von sozialer Kognition und Symbolisationsfähigkeiten sowie die Bedürfnisse nach Exploration und selbstinitiiertem Lernen im Spiel, nach Selbstwirksamkeit und Autonomie und nach Intersubjektivität im Zwiegespräch mit einem vertrauten menschlichen Gegenüber (vgl. Papousěk 2006, 63).

3.1.2 Bindungsstile und innere Arbeitsmodelle

Reagieren die Mutter oder andere wichtige Bezugspersonen feinfühlig, schnell und angemessen auf ihren Säugling, dann wird das Kind in einem Jahr sicher gebunden sein. Wenn die Mutter zurückweisend reagiert, dann entsteht ein unsicher vermeidender Bindungsstil beim Kind. Sind die mütterlichen Antworten auf die kindlichen Signale eher inkonsistent und nur wenig vorhersagbar, dann entwickelt das Kind eine so genannte unsicher-ambivalente Bindung (vgl. Dornes 2007, 44-45). Die Feinfühligkeit der Reaktion der Mutter beinhaltet vier Merkmale: Die Wahrnehmung der Verhaltensweise des Säuglings, die zutref-

fende Interpretation seiner Äußerungen, die prompte Reaktion darauf und die Angemessenheit der Reaktion (vgl. Grossmann 1989, 40, cit. Dornes 2007, 53). Mit unsicher-vermeidend oder unsicher-ambivalent möchte man nicht ausdrücken, dass diese Kinder traumatisiert worden sind, sondern dass sie ein erhöhtes Risiko aufweisen psychopathologische Probleme zu entwickeln, wenn weitere Belastungen hinzukommen (vgl. Dornes 2007, 85). Sicher gebundene Kinder sind in der Lage bereits im Kindergarten Konflikte selbstständig zu lösen, vermeidende Kinder reagieren eher ängstlich und aggressiv, gehen Konflikten aus dem Weg oder sie versuchen die Kindergärtnerin einzuspannen. Während des zweiten und dritten Lebensjahres zeigen sicher gebundene Kinder in Spielsituationen mehr Ausdauer, während unsichere Kinder häufiger verärgert oder resigniert reagieren (ibid., 59). Zusätzlich zu sicher, unsicher vermeidend und unsicher gebunden, wird auch noch von einem desorganisiertem Bindungsstil gesprochen (vgl. Brisch 2009a, 107-108). Dieser Bindungsstil kann dadurch zu Stande kommen, wenn Eltern selbst unter unverarbeiteten traumatischen Erfahrungen leiden und sich somit dem Kind gegenüber aggressiv-feindlich verhalten, sie dem Kind Angst machen oder sie werden durch das Kind geängstigt. Somit entsteht ein inneres irritiertes und desorganisiertes Bindungsarbeitsmodell, welches nicht integriert und nicht kohärent ist, weil es aus widersprüchlichen Anteilen besteht. Ob ein Ereignis jedoch für ein Kind traumatisierend ist, hängt von der kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung des Kindes ab (vgl. Riedesser 2009, 164).

„Innere Arbeitsmodelle“ entstehen je nach Bindungsstil. Wiederholte, ähnliche Ereignisse (Schank, Abelson 1977, s. p., cit. Bretherton 2001, 173) werden im Gedächtnis als Scripts bzw. Ereignisschemata gespeichert. Vergleiche dazu Hüther (2007, 15ff) mit seinen Auslegungen über Gehirnbahnen, welche zu komplexen Verschaltungen und inneren Programmen werden. Es gibt unterschiedliche Scripts, allgemeinere und welche, die durch die Entwicklung hindurch zu sehr komplexen Arbeitsmodellen werden. Beispiel für ein Allgemeines: Wenn ich mich traurig fühle, kommt Papa und beruhigt mich. Bei einem sicher gebundenen Individuum (Bretherton 2001, 172ff) kann sich ein Arbeitsmodell von einem wertvollen und kompetenten Selbst entwickeln. Wenn kindliches

Verhalten hingegen wie bei unsicheren Bindungen durch die Eltern oft abgewiesen, lächerlich gemacht oder nicht beachtet wird, dann entwickelt sich umgekehrt ein Arbeitsmodell eines inkompetenten Selbst. Diese Schemata werden mit der Zeit immer komplexer, somit kann sich ein Kind z. B. im Vorschulalter sicher fühlen, ohne dass die verlässliche Bindungsperson in der Nähe ist. Das Grundmuster dieser Arbeitsmodelle kann relativ stabil bleiben, es können jedoch auch Veränderungen entstehen, wenn eine unterstützende Bindungsperson plötzlich schwer erkrankt und nicht mehr responsiv reagiert. Säuglinge und Kleinkinder sind besonders bei Depressionen, Schizophrenien, Suchterkrankungen und Borderline-Störungen der Mütter gefährdet, weil diese das Kind emotional und physisch oft nicht mehr ausreichend versorgen können und dadurch bizarre Beziehungsangebote liefern (vgl. Riedesser 2009, 165-166). Die Arbeitsmodelle von sicher und unsicher gebundenen Kindern unterscheiden sich durch Inhalt, durch die innere Organisation und durch ihre relative Konsistenz innerhalb und über hierarchische Ebenen hinweg.

3.1.3 Bindung, Verlust, Trennung

Nach Mary D. Salter Ainsworth (1978, s. p., cit. Dornes 2007, 45) kann man die Qualität der Bindung bei ein- und eineinhalbjährigen Kindern an ihrer Reaktion auf kurze Trennungen von der Mutter und vor allem an der Art und Weise, wie sie auf die Mutter nach ihrer Rückkehr reagieren, ablesen. Dies wird wissenschaftstheoretisch die „Fremde Situation“ genannt. Sicher gebundene Kinder zeigen nach einer Trennung deutlich ihren Kummer, lassen sich aber schnell beruhigen und nehmen dann wieder das Spielen auf. Unsicher vermeidend gebundene Kinder lassen nach einer Trennung kein Leid erkennen und verhalten sich gegenüber der Bezugsperson vermeidend und wenden sich dem Spielzeug zu. Bei Messungen konnte festgestellt werden, dass dabei die Herzfrequenz und der Kortisolspiegel ansteigen. Unsicher ambivalent gebundene Kinder suchen die Nähe der Bezugsperson, weisen sie aber gleichzeitig zurück und sie finden kaum Beruhigung durch den Kontakt mit der Bindungsperson (vgl. Grossmann, Grossmann 2001, 146-147). Auch bei Sechsjährigen gibt es Untersuchungen bezüglich ihres Bindungsverhaltens und auch dort wurde festgestellt, dass sicher gebundene Kinder weniger gestresst sind, sie kommunizieren

offener und es stehen ihnen mehr Problemlösefähigkeiten zur Verfügung als unsicher gebundenen Kindern (vgl. Dornes 2007, 63). Auch Eltern wurden bezüglich ihrer Bindungsrepräsentanzen untersucht und welchen Einfluss dies auf ihre Kinder hat. Bei der Untersuchung ging es nicht darum, welche Erfahrungen z. B. die Mütter in ihrer Kindheit hatten, sondern wie sie darüber erzählt haben. Mütter mit schlechten Erfahrungen können genauso sicher gebundene Kinder haben, wenn die Erfahrungen gut durchgearbeitet wurden. Es konnte festgestellt werden, dass jene Mütter die als autonom (Erzählungen in der Ich-Form, flüssig und kohärent, Relativität des eigenen Standpunktes usw.) eingestuft wurden, mit einem Jahr häufiger sicher gebundene Kinder hatten. Jene Mütter, die als verstrickt (kämpfen mit der Vergangenheit, Äußerungen des Ärgers und Groll usw.) eingeschätzt worden waren, hatten nach einem Jahr eher unsicher-ambivalent gebundene Kinder. Mütter welche als distanziert (viel Verdrängung, keine oder wenig konkrete Erinnerungen an die Vergangenheit, finden ihre eigenen Eltern großartig, jedoch bei Nachfragen taucht Betrüblichkeit auf) klassifiziert wurden, hatten nach einem Jahr eher unsicher-vermeidend gebundene Kinder. Mütter die unter einem unbewältigten Trauma leiden, hatten in der Untersuchung vermehrt desorganisiert gebundene Kinder. Hier gibt es jedoch prozentuelle Unterschiede in den einzelnen Klassifikationen. Es gibt immer noch Lücken in der Forschung, denn die Kriterien der Feinfühligkeit und die Arten der Bindungsrepräsentanzen erklären noch immer nicht vollständig das Zustandekommen des jeweiligen Bindungstyps. (vgl. Dornes 2007, 61-74).

Bowlby (s. a., s. p., cit. Grossmann 2000, 63ff) sieht den Verlust der Bindungsperson oder die Zurückweisung durch die Bindungsperson als Risiko für die Entwicklung seelischer Gesundheit oder psychischer Sicherheit an. Auch Trennungsandrohungen, wie z. B. „mit einem schlechten Zeugnis brauchst du erst recht nicht heim kommen“, können in den Kindern große Verlustängste auslösen. Auch Selbstmordandrohungen können Kinder ein ganzes Leben lang belasten. Erwachsene plagen sich später dann sehr oft mit enormen Schuldgefühlen.

Der Verlust einer Bindungsperson und die dadurch entstehende Trauer sind für Kinder schwierig zu verarbeiten. Bowlby (1982, s. p., cit. Götter 2000, 124) teilt die Phasen des Trauerprozesses bei etwas älteren Kleinkindern wie folgt ein: Auflehnung, Verzweiflung und Loslösung. Kinder können bei dem Verlust einer Bezugsperson starke Abwehr entwickeln, um überhaupt überleben zu können. Sie können diese Gefühle auch später oft nicht verbalisieren und müssen sich in Szene setzen. Ursula Götter (2000, 111ff) beschreibt in ihrer Falldarstellung ein Mädchen mit 9 Jahren, bei welchem sich durch die Therapie eine sichere Bindung entwickeln konnte, wobei vorher eine unsicher ambivalente Bindung vorhanden war. Dort wird anschaulich beschrieben wie das Mädchen langsam lernt Gefühle zu äußern bzw. sie darzustellen, aber auch wie schwierig sich die einzelnen Abschiedsphasen vor dem Urlaub und vor den Ferien des Mädchens gestalteten.

3.1.4 Bindung und Exploration

Eine sichere Bindung ermöglicht eine auf Vertrauen basierte Exploration und spielerisches Erkunden der Umwelt. Eine sichere Bindung ist auch dazu geeignet, das Kind an den verschiedenen Aktivitäten der Mutter teilhaben zu lassen und diese zu lernen. Bei der Exploration der Umwelt können beim Kind auch negative Gefühle wie z. B. Angst auftauchen, wobei wiederum die Bindung eine wichtige Rolle spielt, um mit diesen Gefühlen umgehen zu lernen. Mit ca. 3 Jahren entwickelt das Kind eine zielkorrigierende Partnerschaft, welche bis ins späte Jugendalter andauert. Das Kind lernt im Sinne des Bindungs- und Explorationsystems, dass man mit Hilfe von Argumenten die Ziele anderer umstimmen kann. Es hat nun auch Worte und nicht nur Gestik und Mimik zur Verfügung, um sich auszudrücken (vgl. Grossmann, Grossmann 2001, 148-150).

3.2 Bindungsstörungen und (frühe) Traumatisierungen

3.2.1 Bindungsstörungen

Wenn Kinder in den ersten Lebensjahren über einen längeren Zeitraum, vor allem durch die Bindungsperson traumatisiert werden, entwickeln sie nach Karl-Heinz Brisch (2009a, 108) nicht nur eine desorganisierte Bindung, sondern auch eine „Bindungsstörung“. Es wird somit das Arbeitsmodell von Bindung zerstört, es gibt verschiedene Ursachen und es entstehen unterschiedliche Symptomatiken. Einige Beispiele von Ursachen der Bindungsstörung sind: schwere körperliche und emotionale Vernachlässigung, der Verlust der Bindungsperson in den ersten Lebensjahren, Naturkatastrophen und Kriege, da die Kinder oft ihre Bindungspersonen verlieren. Sexuelle Gewalt durch eine nahe stehende Person verursacht schwerwiegendste Traumatisierungen, da die Person die Halt und Schutz geben soll, gleichzeitig auch jene Person ist, die gewalttätig und bedrohlich handelt. Oft versuchen die Kinder dann fürsorglich für die Eltern zu sein, um mögliche Gewaltausbrüche verhindern zu können. (vgl. Brisch 2009a, 108-114). Das Störungsbild von Kindern mit Bindungsstörungen kann unterschiedliche Ausprägungen annehmen (idem 2009b, 102ff), welche weiter unten aufgelistet werden. Zu berücksichtigen ist die Entwicklung der Fremdenangst (Fremdeln) um den achten bzw. neunten Monat. Während dieser Phase reagiert das Kind auf Fremde anders als auf vertraute Personen (vgl. Stern 1994, 117; vgl. Brisch 2009b, 102ff). Kinder mit einem unsicheren Bindungsmuster fallen nicht in die Kategorie von Bindungsstörungen, sie werden als ein im Rahmen der Norm liegendes Adaptionismuster angesehen.

Kein Bindungsverhalten

Das Kind zeigt überhaupt kein Bindungsverhalten gegenüber einer Bezugsperson, auch nicht in offensichtlichen Bedrohungssituationen. In Trennungssituationen reagieren diese Kinder nicht mit Protest oder sie protestieren bei Trennungen von jeder beliebigen Beziehungsperson ganz undifferenziert.

Undifferenziertes Bindungsverhalten

Diese Kinder verhalten sich freundlich gegenüber allen Personen und machen

keinen Unterschied ob sie diese schon länger kennen oder ob sie ihnen noch ganz fremd sind. Es fehlt hier eine vorsichtige zurückhaltende Reserviertheit gegenüber fremden Personen. Diese Störung kann mit F 94.2 Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung verglichen werden. Eine weitere Variante dieser Bindungsstörung kann als Unfall-Risiko-Typ bezeichnet werden. Hierbei handelt es sich um Kinder, welche häufig in Unfälle mit Selbstgefährdung und Selbstverletzung verwickelt sind.

Übersteigertes Bindungsverhalten

Diese Kinder fallen durch exzessives Klammern auf. Sie sind nur in absoluter Nähe zu ihrer Bezugsperson emotional beruhigt und sicher. In fremden Situationen reagieren sie ausgesprochen überängstlich und suchen die körperliche Nähe zu ihrer Bezugsperson. Bei einer Trennung von ihrer Bezugsperson wirken sie extrem gestresst, sie toben, weinen und protestieren lautstark. Sie kann nicht mit einer unsicher-ambivalenten Bindung gleichgesetzt werden, denn dort ist diese Symptomatik bei weitem nicht so stark ausgeprägt. Die Angst ist somit wesentlich umfassender und die Suche nach Nähe ausgeprägter als bei Kindern mit der Diagnose Trennungsangst (ICD 10: F. 93.0).

Gehemmtes Bindungsverhalten

Diese Kinder wirken im Ausdruck ihres Bindungsverhaltens gegenüber ihren Bezugspersonen gehemmt, sie fallen durch übermäßige Anpassung auf. Vergleichbar mit der Diagnose F94.1 reaktive Bindungsstörung des Kindesalters. Meist haben diese Kinder auf Grund massiver körperlicher Misshandlung gelernt ihre Bindungswünsche gegenüber ihren Bindungspersonen vorsichtig zu äußern.

Aggressives Bindungsverhalten

Kinder mit dieser Bindungsstörung gestalten ihre Bindungsbeziehungen öfter durch körperliche und/oder verbale Aggressionen, hierdurch möchten sie ihren Wunsch nach Nähe gegenüber ihrer Bindungsperson zum Ausdruck bringen. Diese Kinder fallen z. B. als Störenfriede in Schulklassen und Kindergarten- gruppen auf. Die Angst, dass keine Bindung zustande kommt führt zu Frustrati-

on bis hin zum Kampf um die Bindung.

Bindungsverhalten mit Rollenumkehrung

Hier findet eine Umkehr der Eltern-Kind-Beziehung statt. Diese Kinder haben Angst um den realen Verlust der Bindungsperson, wie etwa bei drohender Scheidung, bei Suiziddrohungen oder nach einem Suizidversuch eines Elternteils. Oberflächlich gesehen, kann dies einer sicheren Bindung ähneln, jedoch ist bei einer sicheren Bindung die Kommunikation wechselseitiger und somit wird das Explorationsverhalten des Kindes möglich.

Bindungsstörungen und Suchtverhalten

Wenn frühe Erfahrungen der Deprivation oder unfeinfühliges Verhalten für den Säugling einen großen Stress darstellen, können sich suchtartige Verhaltensweisen bis Störungen entwickeln. Der Wunsch nach Bindung wird hier durch die Erwachsenen meist nur undifferenziert, z. B. durch Essen beantwortet. Das Suchtverhalten kann sich mit den Jahren auch auf andere Objekte richten, wie z. B. süchtiges Spielen, zwanghaft-süchtiges Lernen und Arbeiten, Beziehungssucht oder auch die Abhängigkeit von Alkohol und Drogen. Der Bindungssuchende hat somit eine pathologische Bindung an seinen Suchtstoff als Ersatz für eine echte Bindungsperson entwickelt.

Psychosomatische Symptomatik

Störungen in der Bindung können sich auch in der Entwicklung von psychosomatischen Symptomen äußern. Es kann zu einer so genannten Wachstumsretardierung kommen und es können sich psychosomatische Störungen entwickeln, wie z.B. Essstörung, Einnässen und Schlafstörungen.

Weiters findet man bei Brisch (2009b) Ausführungen über Bindungsstörungen im Kleinkindalter (ibid., 178ff), im Schulalter (ibid., 213ff), in der Adoleszenz (ibid., 227ff) und bei Erwachsenen (ibid. 248ff). Im Schulalter können Bindungsstörungen zu Schulangst, Leistungsverweigerung und Aggressivität führen. Bezüglich der adoleszenten Phase zeigt der Autor Zusammenhänge zwischen Bindungsstörungen und Dissozialität (Lügen, Stehlen, Weglaufen, usw.) und

Delinquenz (kleinere Diebstähle oder sogar Raubüberfälle), sowie Neurodermitis. In einer Untersuchung konnten auch direkte Zusammenhänge zwischen einer desorganisierten Bindung und einer Aufmerksamkeits- bzw. Hyperaktivitätsstörung festgestellt werden (vgl. Brisch 2009b, 41ff). Bei Erwachsenen spricht der Autor von Zusammenhängen zwischen Bindungsstörungen und der Angst-, Panik- und Agoraphobie-Symptomatik, sowie der depressiven Symptomatik, der narzisstischen Symptomatik, der Borderlinesymptomatik und der psychotischen Symptomatik.

Die Reaktion auf die traumatische Erfahrung löst einerseits das angeborene Bedürfnis nach Bindung aus und andererseits auch das erworbene Arbeitsmodell welches dieses reguliert. Die positiven Erwartungen der Reaktionen von anderen Menschen und die positive Bewertung der eigenen Gefühle wirken sich auch positiv auf die Verarbeitung traumatischer Erfahrungen aus. Somit bildet das innere Arbeitsmodell einer sicheren Bindung einen Schutzfaktor hinsichtlich der Entwicklung einer PTSD. Die inneren Arbeitsmodelle eines unsicheren und noch mehr jene eines desorganisierten Bindungsstils verstärken die Auswirkungen von traumatischen Erfahrungen, da sie negative Erwartungen und Erfahrungen als Antwort auf die eigenen Bindungsbedürfnisse beinhalten. Der desorganisierte Bindungsstil ist somit ein Risikofaktor für die Entwicklung einer PTSD. Denn durch diesen Bindungsstil ist gleichzeitig eine dissoziative Repräsentation von sich in Beziehung zu Anderen entstanden. Ein desorganisierter Bindungsstil ist gleichzeitig auch ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Borderline Persönlichkeitsstörung. Bei dem Modell der Borderline Pathologie, welches einem desorganisierten Bindungsstil zu Grund liegt, wird davon ausgegangen, dass hier eine dissoziierte und dramatische Vielfältigkeit der Repräsentationen vom Selbst in Beziehung zum Anderen vorliegt. Weiters geht man von einer sehr mangelhaften Regulierung von emotionellen Erfahrungen und von einem Defizit der metakognitiven Fähigkeiten aus. Somit trifft man folgende Symptomatik: Impulsivität, Wechsel zwischen Idealisierung und Abwertung von sich selbst und anderen, Gefühl der Leere, unmotiviert und starke Zornausbrüche, selbstverletzendes Verhalten, instabile und stark affektive Beziehungen. Ein Kind mit einem desorganisierten Bindungsstil tendiert jedes Mal dazu,

wenn in ihm das Bindungssystem aktiviert wird, dramatische, dissoziierte und unvollständige Repräsentationen von sich selbst und von anderen zu aktivieren. Eine solche Aktivierung findet immer dann statt, wenn Unbehagen und persönliche Verletzbarkeit empfunden werden. Sie bringt eine gefühlsmäßig heftige und schmerzliche Interaktion mit anderen mit sich, von denen normalerweise Fürsorge erwartet wird. Gleichzeitig impliziert sie das Risiko von erschreckenden dissoziativen Erfahrungen und unvereinbaren Repräsentationen von sich in Beziehung zum Anderen. Es finden daher wiederholt traumatische Erfahrungen statt, welche das Bindungssystem aktivieren und gleichzeitig auch die damit gemachten negativen Erfahrungen. Um diesen Aktivierungen ausweichen zu können, wird von den PatientInnen versucht emotionale Distanz vor allem durch Alkohol, Essen und Drogen zu erlangen.

3.2.2 Traumatisierungen in der (frühen) Kindheit

Kinder sind sensibler und reagieren auf traumatisierende Ereignisse häufiger mit der Ausbildung einer PTBS als Erwachsene (vgl. Hofmann, Besser 2009, 173). Traumatische Ereignisse in der Kindheit können verheerende Auswirkungen haben. Sie beeinträchtigen das Selbst grundlegend (vgl. Walch 2003, 146). Kindheitstraumata bereiten den Weg für eine Vielfalt psychiatrischer Störungen, wie z. B. die Borderline-Störung, Somatisierungsstörungen, dissoziative Störungen, Selbstverstümmelung, Essstörungen und Substanzenabusus (vgl. van der Kolk 2000a, 170). Frühe Traumatisierungen erhöhen das Risiko von Alkoholsucht. (vgl. Presstext, 2004, Internet).

Jaroslav Šturma (2009, 206-207) hat Kinder mit minimaler zerebraler Dysfunktion untersucht und festgestellt, dass jene Kinder mit Deprivationserfahrungen deutlich mehrere Verhaltensstörungen entwickelten, wie z. B. Affektausbrüche, Aggressivität, Negativismus, Lügen, Destruktivität und Diebstähle. Die Hyperaktivität dieser Kinder kommt zustande durch Defizite in der zerebralen Regulation und durch die Unruhe und Spannung, die sich im Inneren des Kindes aufgrund von unbefriedigten Bedürfnissen aufgestaut hatte, womit die Suche nach Schutz, Sicherheit, Versorgung und adäquater Stimulation gemeint ist. Diese Kinder weisen häufig auch eine erhebliche Störung in ihrer Selbstwertentwick-

lung auf. Deprivation ist die Bezeichnung für unzureichende oder fehlende körperliche bzw. affektive Zuwendung (vgl. Psychrembel 2002, 350) und wurde von Spitz (1946, s. p., cit. Hellbrügge 2009, 39) als unzureichende mütterliche Stimulierung definiert. Ainsworth (1985, 173ff) meint, dass der Begriff Deprivation unterschiedlich verwendet wird und verschiedene Ausprägungen hat. Im Allgemeinen wird der Begriff Deprivation verwendet, um jede mögliche Beziehung der Mutter zu ihrem Kind zu kennzeichnen, die man für schädlich hält, wie z. B. Ablehnung, Feindseligkeit, Grausamkeit, übertriebene Nachsichtigkeit, Herrschsucht oder ein Mangel an Gefühl. Unter diese Begrifflichkeit fallen auch Kinder, die in Heimen aufwachsen und/oder keine Ersatzperson zur Verfügung haben, mit welcher sie eine Bindung aufbauen können. Hiermit ist auch die Mutter-Kind-Trennung gemeint, wenn das Kind in eine Umgebung gebracht wird, ohne ausreichenden Ersatz für die Mutter zu erhalten.

Ainsworth (1985, 193) berichtet, dass es sich bei den damaligen Untersuchungen hauptsächlich um Kinder in Krankenhäusern und Heimen handelte. Es konnte damals bereits festgestellt werden, dass Deprivation die geistige Entwicklung hemmt und die Sprachentwicklung sowie das soziale Verhalten geschädigt werden können. Bowlby (s. a., s. p., cit. Ainsworth 1985, 196) berichtet auch davon, dass diese Kinder einen so genannten gefühlsarmen Charakter herausbilden. Dies bedeutet eine Beeinträchtigung der Fähigkeit, tiefe und dauerhafte Gefühlsbindungen einzugehen und aufrechtzuerhalten. Bei einer Untersuchung von psychiatrischen PatientInnen konnte die oben genannte Störung bei jenen Personen festgestellt werden, welche in den ersten sechs Jahren ein halbes Jahr von ihrer Mutter getrennt gewesen waren. Goldfarb (s. a., s. p., cit. Ainsworth 1985, 196) konnte entgegen Bowlby und Bender (s. a., s. p., cit. Ainsworth 1985, 196) bei Kindern mit Deprivation auch eine Minderung der Intelligenz feststellen. Auch depressive Störungen können als Folge einer frühen Trennung auftreten. Oftmals bleiben die Folgen einer frühen Trennung verborgen und bei erneuten Verlusterfahrungen werden die damit zusammenhängenden seelischen Vorgänge reaktiviert (vgl. Ainsworth 1985, 198). Kinder reagieren auf die Trennung von der Mutter meist zuerst mit Protest, dann mit Verzweiflung und schließlich mit Gleichgültigkeit (vgl. Ainsworth 1985, 194). Bowlby

(1985, 23) befindet diesen Zustand des Kindes als Depression, denn die Stimmung ist traurig und ängstlich, das Kind zieht sich zurück, der Schlaf ist meist gestört, oft tritt Gewichtsverlust auf und die Neigung zu Infektionen nimmt zu. Laut Bowlby (1985, 16) sollte eine Trennung von Mutter und Kind unter drei Jahren nicht stattfinden, wenn dann nur, wenn es nicht anders möglich ist und es sollte eine gute Ersatzperson vorhanden sein. Weiters sollte das Kind auf die Trennung vorbereitet werden

Bei Kindern von depressiven Müttern konnte ein verminderter IQ im Vergleich zu anderen Kindern festgestellt werden und auch eine Beeinträchtigung der sozial-emotionalen Entwicklung, die sich vor allem durch hyperaktive und aggressive Auffälligkeiten zeigte (vgl. Hellbrügge 2006, 18).

Im Zusammenhang mit der Bindungstheorie und Kommunikation finde ich es in der psychotherapeutischen Arbeit wichtig zu wissen, dass durch die aktuelle Kommunikation mit dem Baby, im impliziten Gedächtnis gespeicherte frühe Beziehungserfahrungen der Eltern unbewusst evoziert werden und wiederbelebt werden. Die Autoren zitieren mehrere Quellen (vgl. Papoušek, Wollwerth de Chuquisengo 2009, 154). Es gibt somit einen Zusammenhang zwischen desorganisierten Bindungsmustern bei Kindern und ungelösten Traumata bei ihren Eltern (vgl. Lyons-Ruht, Jacobvitz 1999, s. p., cit. Brisch 2009b, 95). Das Verhalten des eigenen Kindes, wie z. B. das Schreien, triggert bei den Eltern das einst erlebte Trauma und somit werden die Eltern an das eigene Weinen und den eigenen Schmerz erinnert (vgl. Brisch 2009b, 95). Dies lässt vermuten wie schwierig es sein muss, wenn sie sich gerade mit ihrem Kind beschäftigen und plötzlich tauchen alte und schwierige, traumatische Erfahrungen auf, welche noch nicht verarbeitet werden konnten.

Teilnahmslose und missbrauchende Eltern können Übererregung fördern. 80 % der missbrauchten Kleinkinder und Kinder weisen Bindungsmuster auf, die von Desorganisation und Desorientiertheit gekennzeichnet sind (vgl. van der Kolk 2000a, 172-173). Psychische Traumatisierungen können wesentlich zu Kriminalität, Militarismus, Terrorismus und barbarischen Erziehungsideologien beitra-

gen, was wiederum dazu führt, dass Traumatisierung von Generation zu Generation weitergegeben wird (vgl. Egle 1997, s. p., cit. Riedesser 2009, 170).

3.3 Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung

Unter dem Punkt Resilienz wurden bereits unterschiedliche Schutzfaktoren besprochen, in diesem Absatz werden speziell jene für die kindliche Entwicklung besprochen. Eine sichere und gelungene Bindung trägt wesentlich dazu, dass sich die kindliche Fähigkeit zur Bewältigung von Belastungen entwickelt. Schutzfaktoren sind jene Faktoren, die dazu beitragen Entwicklungsrisiken abzupuffern. Die frühe Mutter-Kinder-Interaktion wird als wichtiger Schutzfaktor gesehen. So konnte in einer Studie mit depressiven Müttern festgestellt werden, dass Kinder weniger Verhaltensauffälligkeiten bilden, wenn die Mütter responsiver sind und Babysprache verwenden (vgl. Laucht 2000, 67-68). Bei Kindern mit Hörproblemen, welche bereits bei der Geburt festgestellt wurden, konnte gezeigt werden, dass Kinder eine normale Sprache entwickeln konnten, wenn die Mütter bereits während den ersten Lebenswochen über sämtliche Sinnesorgane versuchten, mit dem Kind in Kontakt zu treten (vgl. Hellbrügge 2009, 43). In neurophysiologischen Untersuchungen konnte festgestellt werden, dass die für die Sprachentwicklung notwendigen neurologischen Zellen absterben, wenn sie nicht in der frühen Säuglingszeit aktiviert werden (vgl. Hellbrügge 2006, 19). Somit ist die frühe Mutter-Kind-Interaktion eine sehr wichtige, unentbehrliche Form der Kommunikation (vgl. Hellbrügge 2009, 43).

4 Traumafolgestörungen

4.1 Akute Belastungsreaktion – akute Belastungsstörung

Akute Belastungsreaktion (ICD 10)

Im ICD-10 (Paulitsch 2004, 146ff) findet man die akute Belastungsreaktion unter F43.0. Der/die Betroffene ist einer außergewöhnlichen psychischen oder physischen Belastung wie einem traumatischen Ereignis (Naturkatastrophe, Unfall, Krieg, Verbrechen, Vergewaltigung etc.) oder einer ungewöhnlichen bedrohlichen Veränderung, z. B. Scheidung, Verlust, Todesfall etc. ausgesetzt. Die Symptome treten unmittelbar nach dem Ereignis auf und klingen meistens innerhalb von zwei bis drei Tagen wieder ab. Wenn die Symptome andauern, sollte eine Änderung der Diagnose in Erwägung gezogen werden. Es handelt sich um folgende Symptomatik:

- Angstsymptome (bei leichten Formen),
- Sozialer Rückzug, Einengung der Aufmerksamkeit, Desorientierung, Ärger oder verbale Aggression, Verzweiflung oder Hoffnungslosigkeit, unangemessene oder sinnlose Überaktivität, außergewöhnliche Trauer (bei mittelgradigen und schweren Formen gemeinsam mit Angstsymptomen).

Die Betroffenen reagieren auch mit einem Gefühl der Betäubung, Bewusstseinseinengung und der Unfähigkeit Reize zu verarbeiten. Hier ist nicht so sehr die Symptomatik im Vordergrund sondern der auslösende Faktor, wie auch bei der Anpassungsstörung und der posttraumatischen Belastungsstörung. Die akute Belastungsreaktion wie auch die beiden vorher genannten Störungen werden im ICD-10 unter Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen eingeteilt und man findet sie unter der Einteilung der Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. Im DSM-IV (Saß, Wittchen et al. 1998, 493) wird sie als akute Belastungsstörung definiert und dort wird sie den Angststörungen zugeteilt.

Eine äußere Belastung (Paulitsch 2004, 148) kann auch eine akute psychotische Störung (F23) auslösen. Hier ist die Symptomatik jedoch schwer und es

zeigen sich Halluzinationen, Wahnsymptome und emotionale Aufgewühltheit. Somit dienen diese Symptome als Abgrenzung zur akuten Belastungsreaktion. Unterschieden werden sollte die Diagnose auch von einer Panikstörung und einer Anpassungsstörung. Wichtig ist jedoch auch zu unterscheiden, wenn Menschen eine akute Belastung angeben, als so genannte life events, die sie als Auslöser für ihr Befinden angeben. Es ist somit zu prüfen, ob die Merkmale einer anderen psychischen Störung vorhanden sind, unabhängig davon ob ein belastender Auslöser vorliegt oder nicht. Und wenn ja, dann ist es wichtig diese Diagnose auch zu stellen.

Akute Belastungsstörung (DSM-IV)

Nach DSM-IV (vgl. Saß, Wittchen et al. 1998, 493ff) ist das Hauptmerkmal der akuten Belastungsstörung das Auftreten von charakteristischen Angstsymptomen, dissoziativen und anderen Symptomen (siehe weiter unten), innerhalb von einem Monat. Nach einem Monat sollten die Symptome dann auch wieder abklingen, jedoch ist zu prüfen ob weitere Merkmale vorliegen und ob eine weitere Diagnose zu stellen ist. Es gibt laut DSM-IV (ibid.) auch Hinweise dafür, dass soziale Unterstützung, Familienanamnese, Kindheitserfahrungen, Persönlichkeitsvariablen und schon vorher bestehende psychische Störungen die Ausbildung einer akuten Belastungsstörung beeinflussen.

Im DSM-IV (ibid, 495) werden folgende diagnostische Kriterien für die akute Belastungsstörung (308.3) angegeben:

Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien erfüllt waren:

(1) die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die den tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.

(2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

Es zeigen sich folgende dissoziative Symptome, vor während oder nach dem Auftreten des Ereignisses:

- (1) subjektives Gefühl von emotionaler Taubheit, von Losgelöstsein oder Fehlen emotionaler Reaktionsfähigkeit,
- (2) Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung der Umwelt (z. B. ‚wie betäubt sein‘),
- (3) Derealisationserleben,
- (4) Depersonalisationserleben,
- (5) dissoziative Amnesie (z. B. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern).

Das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses, in Form von: wiederkehrenden Bildern, Gedanken, Träumen, Illusionen, Flashback-Episoden, oder das Gefühl, das Trauma wiederzuerleben oder starkes Leiden bei Reizen, die an das Trauma erinnern.

Deutliche Vermeidung von Reizen, die an das Trauma erinnern (z. B. Gedanken, Gefühle, Gespräche, Aktivitäten, Orte oder Personen).

Deutliche Symptome von Angst oder erhöhtem Arousal (z. B. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, übertriebene Schreckreaktion, motorische Unruhe).

Die Störung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen oder beeinträchtigt die Fähigkeit der Person, notwendige Aufgaben zu bewältigen, z. B. notwendige Unterstützung zu erhalten oder zwischenmenschliche Ressourcen zu erschließen, indem Familienmitgliedern über das Trauma berichtet wird.

Die Störung dauert mindestens zwei Tage und höchstens vier Wochen und tritt innerhalb von vier Wochen nach dem traumatischen Ereignis auf.

Das Störungsbild geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück, wird nicht besser durch eine kurze Psychotische Störung erklärt und beschränkt sich nicht auf die Verschlechterung einer bereits vorher bestehenden Störung.

Laut DSM-IV (vgl. Saß, Wittchen 1998, 495) ist es wichtig die Diagnose zu unterscheiden von einer psychischen Störung aufgrund eines medizinischen

Krankheitsfaktors, von einer substanzinduzierten Störung (z. B. in Zusammenhang mit Alkoholintoxikation) und von einer kurzen psychotischen Störung. Es ist auch darauf zu achten, ob sich eine Episode einer Major Depression nach dem Trauma ausbildet, denn dann sollte auch die Diagnose einer Depressiven Störung angedacht werden.

Wöller (2004, 31) schreibt, dass der Unterschied zwischen der Definition aus dem DSM-IV und dem ICD 10 darin liegt, dass in der DSM-IV Definition der Akzent auf der dissoziativen Reaktion in Verbindung mit vorübergehenden PTSD-Phänomenen liegt. In der ICD-10-Definition werden die polymorphe Art der Symptome, der schnelle Symptomwechsel und die Bedeutung der Angst und Depression hervorgehoben. Im DSM-IV wird gefordert, dass die Symptome mindestens nach zwei Tagen, längstens jedoch nach vier Wochen abklingen. Im ICD 10 jedoch muss die Symptomatik nach fortbestehender Belastung nach wenigen Tagen abgeklungen sein. Es ist somit über den ICD 10 nicht klar, welche Diagnose danach zu stellen ist.

4.2 Posttraumatische Belastungsstörung

Es bestehen hier zwei Synonyme: PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) = PTSD (Post Traumatic Stress Disorder). Der langfristige Verlauf einer PTBS muss als Prozess angesehen werden, welcher sich aus einer Reihe von Einzelschritten zusammensetzt. Es kann sein, dass Menschen auf Grund eines Traumas keine akute Belastungsstörung entwickeln, jedoch dass sie später die Symptome einer PBTS entwickeln. Daher ist der Übergang zwischen Gesundheit und Erkrankung als sehr komplex anzusehen. Grundsätzlich kann der Erkrankungsprozess jedoch in folgende Schritte aufgeteilt werden:

- 1) die akute Belastungsreaktion, dann folgt
- 2) die chronische Reaktion auf das traumatische Ereignis und schließlich
- 3) folgt die individuelle Anpassung an den chronischen symptomatischen Zustand einer PTBS (vgl. McFarlane, Yehuda 2000, 142-161).

In vielen Fällen kommt es zum Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses. (Wöller et al. 2004, 3-4)

Diagnostik nach ICD-10

Laut ICD-10 (vgl. Paulitsch 2004, 153) umfasst die Posttraumatische Belastungsstörung folgende Diagnosekriterien:

- Der/die Betroffene war einem Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, was bei nahezu jedem Menschen eine tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde. Dazu gehören Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophen sowie Kampfhandlungen und schwere Unfälle, aber auch Zeuge eines Mordes oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderer Verbrechen zu sein.
- Es entsteht eine verzögerte (protrahierte) Reaktion innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode.
- Es treten folgende Symptome auf:
 - Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch Flash-backs (Nachhallerinnerungen) oder in Träumen.
 - Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen, werden gemieden.
 - Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, sich an einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.
 - Das Gefühl betäubt zu sein, emotionale Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen.
 - Ein- und Durchschlafstörungen.
 - Reizbarkeit, Hypervigilanz, Schreckhaftigkeit und Wutausbrüche.
 - Konzentrationsschwierigkeiten.

Charakteristisch bei der posttraumatischen Belastungsstörung ist das Vorhandensein eines schweren traumatischen Ereignisses, welches den Menschen in

seiner Verarbeitungskapazität überfordert und wofür er keine Erfahrungswerte besitzt.

Auch in der Integrativen Gestalttherapie findet der ICD-10 Verwendung (vgl. Wolf 2001, 828). Wolf betont besonders die Vermeidung der PatientInnen von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen können. Auch nach einer längeren symptomfreien Zeit kann noch eine PTBS auftreten. Wolf (ibid., 829) betont, dass sich bei einigen wenigen Betroffenen eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung entwickeln kann, bis hin zur Persönlichkeitszerstörung, wie dies in der posttraumatischen Persönlichkeitsstörung auf Borderline-Niveau der Fall ist. Im Zusammenhang mit dieser Störung werden die besonders starken Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter betont. Bei den meisten betroffenen Personen mit einer PTBS tritt sehr häufig das Gefühl einer überschatteten Zukunft auf. Diese Menschen erwarten nicht Karriere zu machen, zu heiraten, Kinder zu haben oder lange zu leben. Nach Jaspers (s. a., s. p., cit. Wolf 2001, 829) muss die Reaktion eines gesunden Organismus auf eine außerordentliche Belastung nach einem halben Jahr abgeklungen sein, ansonsten geht der Autor davon aus, dass bereits zuvor Erkrankungen bzw. Anfälligkeiten vorhanden waren.

Diagnostik nach DSM-IV

Nach DSM-IV (Saß, Wittchen et al. 1998, 491) beinhaltet die Posttraumatische Belastungsstörung 309.81 folgende diagnostische Kriterien:

- A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:
 - (1) die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignisse konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.
 - (2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Beachte: Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern.

- B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:
- (1) wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können. Beachte: Bei kleinen Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.
 - (2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis. Beachte: Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten.
 - (3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten). Beachte: Bei kleinen Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten.
 - (4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
 - (5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
- C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:
- (1) Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen.
 - (2) Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen.
 - (3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern.
 - (4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten.
 - (5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen.
 - (6) Eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z. B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden).

- (7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z. B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).
- D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousals (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:
- (1) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen,
 - (2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
 - (3) Konzentrationsschwierigkeiten,
 - (4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
 - (5) übertriebene Schreckreaktion.
- E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat an.
- F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Weiters ist es wichtig die Zusatzcodierungen zu bestimmen: akut bedeutet, dass die Symptome weniger als drei Monate andauern, chronisch bedeutet, dass die Symptome mehr als drei Monate andauern und mit verzögertem Beginn möchte man ausdrücken, dass der Beginn der Symptome mindestens sechs Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.

Laut DSM-IV (Saß, Wittchen et al. 1998, 487) gehören folgende Erlebnisse zu traumatischen Erfahrungen, sie sind jedoch nicht auf diese begrenzt: kriegerische Auseinandersetzungen, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person (Vergewaltigung, körperlicher Angriff, Raubüberfall, Straßenüberfall), Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Folterung, Kriegsgefangenschaft, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, schwere Autounfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit. Bei Kindern gehören auch sexuelle Erfahrungen, die nicht ihrem Entwicklungsstand angemessen sind, oder angedrohte oder tatsächliche Gewalt oder Verletzung dazu. Aber auch Ereignisse die man beobachtet hat, hier einige Beispiele: die Beobachtung einer schweren Verletzung oder eines unnatürlichen Todes bei einer anderen Person durch gewalttätigen Angriff, Unfall,

Krieg oder Katastrophen oder der unerwartete Anblick eines toten Körpers oder toten Körperteils. Als weitere Ursachen gelten Ereignisse, die bei anderen Menschen auftraten und von denen man erfahren hat, hier wieder Beispiele: gewalttätige persönliche Angriffe, schwere Unfälle oder schwere Verletzungen, die einem Familienmitglied oder einer nahestehenden Person zugestoßen sind, vom plötzlichen, unerwarteten Tod eines Familienmitglieds oder einer nahestehenden Person zu hören oder zu erfahren, dass das eigene Kind an einer lebensbedrohenden Krankheit leidet. Die Störung kann besonders schwer sein, wenn die Belastung durch Menschen verursacht wurde. Je intensiver und direkter die Belastung erlebt wurde, desto wahrscheinlicher scheint die Ausbildung der Störung zu sein.

Personen, die erst kürzlich aus Gebieten mit bedeutenden sozialen Unruhen und Konflikten emigriert sind, zeigen höhere Raten von PTBS. Gerade hier kann es dazu kommen, dass diese sich auf Grund ihres Immigrationshintergrundes sehr zurückhalten und somit alleine mit ihren Erfahrungen bleiben. Eine PTBS kann in jedem Alter, auch in der Kindheit auftreten. Die Schwere, Dauer und Nähe der Person bei Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis sind die wichtigsten Faktoren, die eine mögliche Störungsentwicklung begünstigen.

4.3 Komplexes psychotraumatisches Belastungssyndrom

Herman (1992, cit. Wöller et al. 2004, 34) hat den Begriff der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (complex PTSD) vorgeschlagen. Dies um die für personale Traumatisierungen typischen Störungen der Affektregulation, die Bewusstseinsstörungen in Form von Dissoziation und Amnesie, die Somatisierungsstörungen, die gestörte Wahrnehmung der eigenen Person und des Täters, die für Traumaopfer charakteristischen Beziehungsstörungen sowie die Störungen des persönlichen Wertesystems zusammenfassend zu beschreiben. Die folgende Abbildung soll dies verdeutlichen.

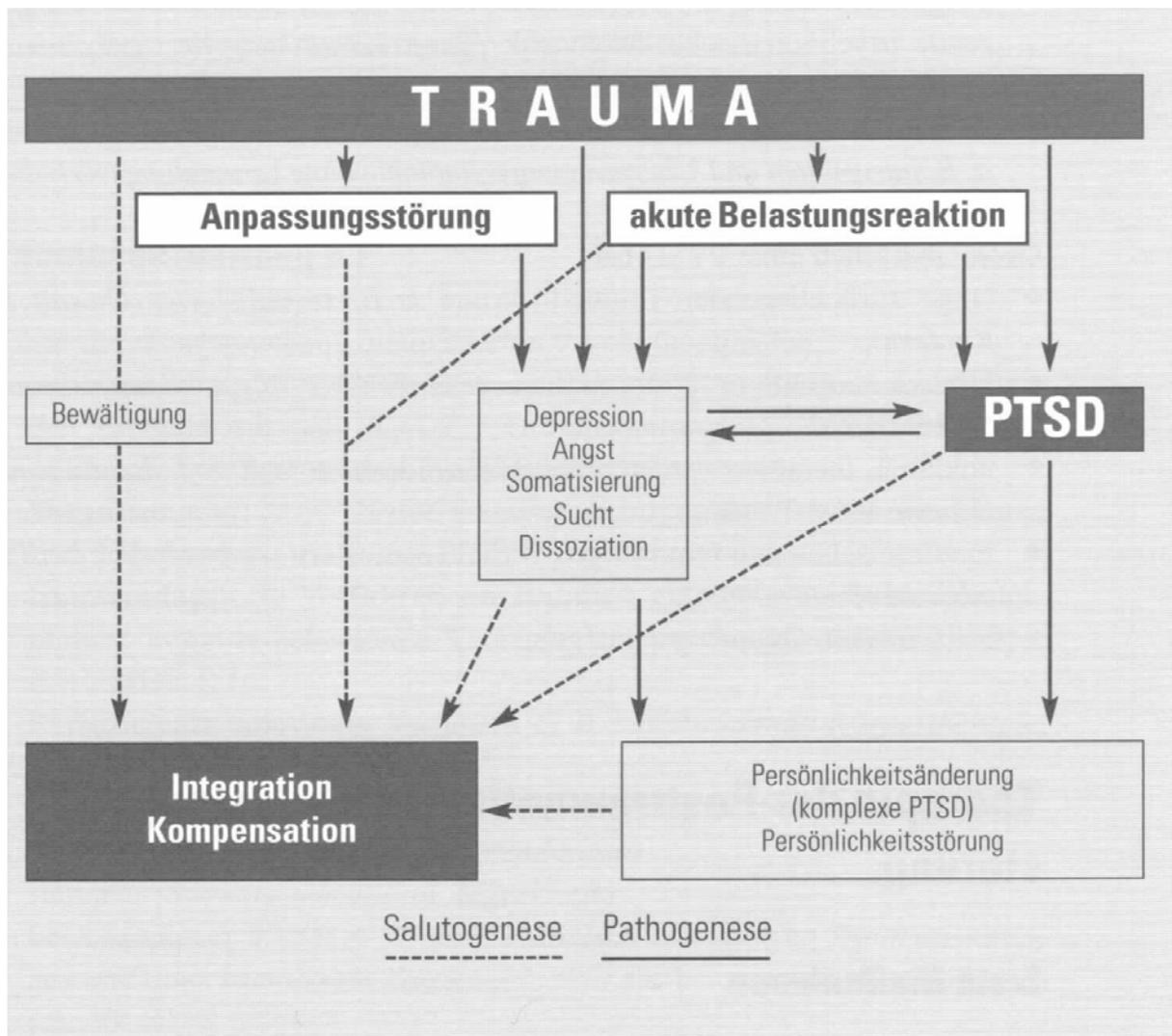


Abbildung 4: Übersicht über traumareaktive Entwicklungen (Rudolf, Eich 2004, 5)

Aus dem DSM-IV wurde von Wöller et al. (2004, 35) folgende Abbildung zur Verdeutlichung der Auswirkungen auf Störungen auf Grund von extremen Stress übernommen.

A. Störungen der Regulierung des affektiven Erregungsniveaus <ul style="list-style-type: none">(1) chronische Affektdysregulation(2) Schwierigkeit, Ärger zu modulieren(3) selbstdestruktives und suizidales Verhalten(4) Schwierigkeit, sexuelles Kontaktverhalten zu modulieren(5) impulsive und risikoreiche Verhaltensweisen
B. Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins <ul style="list-style-type: none">(1) Amnesie(2) Dissoziation
C. Somatisierung
D. Chronische Persönlichkeitsveränderungen <ul style="list-style-type: none">(1) Änderung in der Selbstwahrnehmung: chronische Schuldgefühle; Selbstvorwürfe; Gefühle, nichts bewirken zu können; Gefühle, fortgesetzt geschädigt zu werden(2) Änderungen in der Wahrnehmung des Schädigers: verzerrte Einstellungen und Idealisierungen des Schädigers(3) Veränderung der Beziehung zu anderen Menschen:<ul style="list-style-type: none">(a) Unfähigkeit zu vertrauen und Beziehungen mit anderen aufrechtzuerhalten(b) die Tendenz, erneut Opfer zu werden(c) die Tendenz, andere zum Opfer zu machen
E. Veränderungen in Bedeutungssystemen <ul style="list-style-type: none">(1) Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit(2) Verlust der bisherigen Lebensüberzeugungen

Abbildung 5: Störungen durch extremen Stress, die nicht anderweitig spezifiziert sind. DESNOS: Disorders of extreme stress not otherwise specified. (American Psychiatric Association 1996, s. p., cit. Wöller, Gast et al. 2004, 35)

Fischer und Gurriss et al. (2008, 632) sprechen von einem posttraumatischen Stresssyndrom anstatt von der Posttraumatischen Belastungsstörung und bevorzugen dieses so zu bezeichnen: PTS(D). Da sie damit ausdrücken möchten, dass es sich um ein komplexes Syndrom handelt und mit dem Begriff der Störung (Disorder) eine psychiatrische Etikettierung in Richtung Anpassungsstörung auf eine extreme Belastung erfolgen würde. Denn es entsteht die Frage ob man ganz unterschiedliche traumatische Situationen und Erlebnisse mit EINEM diagnostischen Konzept erfassen kann oder ob das Zusammenfassen von unterschiedlichen Syndromen geeigneter wäre. Denn die PTSD erfasst laut den Autoren nur Anfangs- und Endpunkt eines komplexen situativen Geschehens

(traumatisches Ereignis und Symptome). Die Traumatologie versucht nun das komplexe Zusammenspiel der subjektiven und objektiven Situationsanteile in ihren wechselseitigen Beziehungen zueinander zu erfassen. Die Autoren weisen auch auf biografische Polytraumatisierungen hin, als einer der Präfaktoren welcher die Entwicklung von Störungen begünstigt.

Fischer und Riedesser (2003, 43ff) sprechen von Syndromen der allgemeinen und speziellen Psychotraumatologie. Es handelt sich hierbei um die Betrachtungsweise psychotraumatischer Phänomene und um den Verlaufsprozess psychischer Traumatisierungen. Die allgemeinen Syndrome der Psychotraumatologie umfassen die allgemeinen Gesetzmäßigkeiten traumatischer Erfahrungsprozesse und die speziellen Syndrome umfassen eine Auswahl spezieller traumatischer Situationen und Situationskonstellationen, z. B. Vergewaltigung, Deprivation, Folter, sexueller Missbrauch in Kindheit oder in Psychotherapie und Psychiatrie. Die Bandbreite dieser traumatischen Situationserfahrungen ist so groß, dass man bei den Folgeerscheinungen nicht mit einem einheitlichem Traumasyndrom rechnen kann. Hier entsteht der Begriff sPTBS, welcher spezielle psychotraumatische Belastungssyndrome umschreibt. In Ergänzung dazu gibt es in der Psychotraumatologie nach Fischer und Riederesser (2003, 46) auch den Begriff bPTBS welcher als Bezeichnung für basales psychotraumatisches Belastungssyndrom dient. Der Terminus bPTBS ist nicht als Katalog aller psychotraumatischen Symptome zu verstehen, sondern im Sinne einer Grunddimension traumatischer Reaktionen, die auch dann wirksam sind, wenn zusätzlich noch andere Merkmale auftauchen. Zu den hauptsächlichen Symptomen der bPTBS gehören nun vor allem die Erinnerung, Verleugnung und Erregung.

Die beiden Autoren halten den Begriff posttraumatisch für fragwürdig, da sie von einem prozesshaften Geschehen ausgehen, denn das Trauma ist nicht vorbei, wenn die traumatische Situation oder das traumatische Ereignis vorüber ist. Der Terminus „Komplexes psychotraumatisches Belastungssyndrom“ (vgl. Herman, van der Kolk s. a., s. p., cit. Fischer, Riedesser 2003, 49) möchte vor allem die Folgen von schwersten, langanhaltenden und wiederholten

Traumatisierungen wie etwa nach Folter, Lagerhaft und fortgesetzter Misshandlung beschreiben. Es besteht hier die Verbindung zwischen „Victimisierungsstörung“ nach Oberberg (1993, cit. Fischer, Riedesser 2003, 49) und bPTBS.

Die Victimisierungsstörung wird wie folgt definiert:

- A. Die Erfahrung einer oder mehrerer Episoden von physischer Gewalt oder psychischem Missbrauch oder Nötigung zu sexueller Aktivität, dies entweder als Opfer oder als Zeuge.
- B. Die Entwicklung von mindestens x (Anzahl noch nicht festgelegt) der folgenden Symptome (nicht vorhanden vor der Victimisierungserfahrung):
 - (1) Ein Gefühl, den täglichen Aufgaben und Verpflichtungen nicht mehr gewachsen zu sein, welches über das Erlebnis von Ohnmacht in der speziellen traumatischen Situation hinausgeht (z. B. allgemeine Passivität, mangelnde Selbstbehauptung, oder fehlendes Vertrauen in die eigene Urteilsfähigkeit).
 - (2) Die Überzeugung, dass man durch die Victimisierungserfahrung dauerhaft beschädigt ist (z. B. wenn ein missbrauchtes Kind oder ein Opfer von Vergewaltigung der Überzeugung ist, dass es für andere nie mehr attraktiv sein kann).
 - (3) Gefühle von Isolation, Unfähigkeit, anderen zu vertrauen oder mit ihnen Intimität herzustellen.
 - (4) Übermäßige Unterdrückung oder exzessiver Ausdruck von Ärger.
 - (5) Angemessene Bagatellisierung von zugefügten (psychischen oder physischen Verletzungen).
 - (6) Amnesie des traumatischen Erlebnisses.
 - (7) Die Überzeugung des Opfers, an dem Vorfall eher die Schuld zu tragen als der Täter.
 - (8) Eine Neigung, sich der traumatischen Erfahrung erneut auszusetzen.
 - (9) Übernahme des verzerrten Weltbildes des Täters in der Einschätzung von sozial angemessenem Verhalten (z. B. die Annahme, dass es in Ordnung ist, wenn Eltern sexuelle Beziehungen zu ihren Kindern unterhalten oder dass es in Ordnung ist, wenn ein Ehemann seine Frau

schlägt, damit sie gehorcht).

(10) Idealisierung des Täters.

C. Dauer des Syndroms von mindestens einem Monat.

4.4 Weitere Traumafolgestörungen

Nicht alle Traumatisierungen führen zu einer psychischen Störung und wenn doch, dann muss es sich nicht um eine PTBS handeln (vgl. Mc Quaid 2001, Stieglitz, Volz 2007, 127). Komorbidität von PTBS mit anderen psychischen Störungen ist die Norm und nicht die Ausnahme (vgl. Stieglitz, Volz 2007, 129ff). Am häufigsten treten auf Major Depression, Substanzmissbrauch und andere Angststörungen, somatoforme und dissoziative Störungen, bipolare affektive Störungen und auch schizophrene Störungen treten in Verbindung mit Traumatisierungen und PTBS auf. Wöller et al. (2004, 30) führen zusätzlich zu den oben genannten Störungsbildern noch folgende auf: akute posttraumatische Belastungsreaktion, depressive Störungen im Allgemeinen, somatoforme Schmerzstörungen, Persönlichkeitsstörungen, insbesondere die Borderline-Persönlichkeitsstörung, Ess-Störungen und körperliche Erkrankungen. Ehlers (1999, s. p., cit. Stieglitz, Volz 2007, 128) findet es wichtig bei der Differentialdiagnose folgende Aspekte zu beachten: Die Art und Dauer des Stressors, das Symptommuster sowie frühere Symptome. Eine Abgrenzung zu folgenden Störungen ist somit wichtig: Anpassungsstörung, Trauerreaktion, andere Angststörungen und depressive Störungen und andere intrusive Kognitionen und Wahrnehmungsstörungen.

Die unmittelbare Reaktion auf das traumatische Ereignis ist meist eine akute Belastungsreaktion, diese kann spontan abklingen oder in die Symptomatik der PTBS übergehen. Es können sich jedoch auch dissoziative oder depressive Symptome ausbilden. In beiden Fällen kann es zur Bewältigung des traumatischen Erlebens kommen oder es kann aber auch zu einer Chronifizierung führen. Es besteht insbesondere bei chronischen Traumatisierungen im frühen Lebensalter die Möglichkeit der Ausbildung einer bleibenden Persönlichkeitsstö-

rung, z. B. einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder einer dissoziativen Identitätsstörung. Personen die einer frühkindlichen traumatischen Erfahrung ausgesetzt waren, entwickeln oft mehrere psychische Störungen, die Symptome dieser Störungen können dann oft mehr im Vordergrund sein als die Kriterien einer PTSD, obwohl diese ebenfalls erfüllt sind. Wenn traumatische Erfahrungen jedoch erst später auftreten, dann ist meist die Diagnose PTSD im Vordergrund, während gleichzeitig auch die Kriterien für andere Störungen erfüllt sind. (vgl. Wöller 2004, 159)

Wichtig scheint mir in diesem Zusammenhang die Anpassungsstörung (F43.2) (vgl. Paulitsch 2004, 149 und vgl. DSM-IV, Saß 1998, 50) näher zu erläutern, da sie in direktem Zusammenhang mit einer psychosozialen Belastung (schwere körperliche Krankheit, Trauerfall, Trennung etc. ...) steht, jedoch ist die Belastung nicht von katastrophalem Ausmaß wie bei der posttraumatischen Belastungsstörung. Die Symptomatik steht in zeitlichem Zusammenhang mit dem Ereignis und dauert meist nicht länger als sechs Monate, im Einzelfall bis zu zwei Jahre. Miteinhergehen können depressive Zustände und Angstreaktionen, z. B. F43.22 Angst und depressive Reaktion gemischt.

Als nächstes ist es mir auch wichtig die Dissoziative Störung (F44) zu erwähnen, da sie im ICD-10 gleich nach der PTBS angeführt wird. Hier hat der/die Betroffene einen teilweisen oder völligen Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen und der Kontrolle von Körperbewegungen. Die dissoziativen Symptome stehen in zeitlichem Zusammenhang mit den belastenden Ereignissen und Problemen. Es liegt kein nachgewiesenes Ergebnis einer körperlichen Krankheit vor, welche mit den Symptomen in Zusammenhang stehen könnte. Im ICD-10 werden folgende Beispiele angeführt:

- Dissoziative Amnesie F44.0
- Dissoziative Fugue (F44.1)
- Dissoziativer Stupor (F.44.2)
- Trance- und Besessenheitszustände (F44.3)
- Dissoziative Bewegungsstörung (F44.4)
- Dissoziative Krampfanfälle (F44.5)
- Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (F44.6)

- Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt (F44.7)
- Multiple Persönlichkeitsstörung oder Dissoziative Identitätsstörung (F44.81)

5 Verschiedene diagnostische Manuale

5.1 Diagnostik nach OPD

Um zusätzliche Informationen für die Diagnostik von PatientInnen zu gewinnen, bietet die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) viele Möglichkeiten. Nach ICD-10 ist es möglich, psychische Störungen auf Grund einfach definierter psychopathologischer Zeit- und Verlaufskriterien zu beobachten und zu umschreiben. Komplexere psychopathologische Phänomene oder Aspekte des Erlebens werden dort weitgehend vernachlässigt (vgl. Arbeitskreis OPD 2006, 123).

Im OPD-2 findet man fünf Achsen welche sich mit wiederum mehreren Kriterien beschäftigen. Achse I berücksichtigt unter anderem das Krankheitserleben, Veränderungskonzept, sowie die gewünschte Behandlungsform und die persönlichen Ressourcen sowie den sekundären Krankheitsgewinn (ibid., 61ff). Dies kann insbesondere für Menschen mit traumatischen Erfahrungen eine wichtige Rolle spielen, um z. B. die Einwilligung zu Therapie zu überprüfen bzw. um jene persönlichen Ressourcen zu erarbeiten, welche bei der Gesundung eine tragende Funktion erfüllen und welche auch einer weiteren Krankheitsentwicklung entgegen gewirkt haben.

Achse II (ibid. 82ff) beinhaltet die Beschreibung von dysfunktionalen Beziehungsmustern. Hier kann das Beziehungsverhalten von PatientInnen aus den Erzählungen von Beziehungsepisoden erfragt werden und es können besonders fest gefahrene Verhaltensweisen erkannt werden. PatientInnen beschäftigen sich während des Therapieverlaufs häufig mit Problematiken, die in der Beziehungsgestaltung auftauchen können. Sylvester Walch hält die Beziehungsarbeit in der therapeutischen Auseinandersetzung für sehr wichtig: *„Beziehung ist das was krank macht und Beziehung ist das was heilt.“* (Ausbildungsgruppe 2006-2008, Holzöster). Traumatisierte Personen neigen zu Impulsausbrüchen, sozialem Rückzug oder verzerrter Wahrnehmung im zwischenmenschlichen Bereich. Dies wiederum wirkt sich oft sehr negativ auf die

interpersonelle Interaktion aus, somit kann dies ein weiterer Indikator für die erfolgte Erkrankung bzw. Störung im Bereich der Traumatisierung sein. Weiters möchte ich erwähnen, dass sich auf Grund negativ gespeicherter Introjekte Interessenkonflikte zwischen den eigenen Bedürfnissen und jenen der verinnerlichten Personen ergeben können.

Achse III (vgl. Arbeitskreis OPD 2006, 95ff) beschäftigt sich vor allem mit unterschiedlichen Konflikten, entweder innerhalb einer Person als innerer Widerstreit von Motiven, Wünschen, Werten und Vorstellungen oder zwischen mehreren Personen. Psychodynamische Konflikte sind innere, unbewusste Konflikte und diese müssen abgegrenzt werden von äußeren oder inneren konflikthaften Belastungen. Diese unbewussten, innerseelischen Konflikte spielen bei der Entwicklung psychischer und psychosomatischer Störungen eine wesentliche Rolle. Unter unbewussten intrapsychischen Konflikten werden unbewusste innerseelische Zusammenstöße entgegengerichteter Bedürfnisse verstanden, z. B. der Wunsch versorgt zu werden und der Wunsch autonom zu sein. Konflikthafte Belastungen hingegen sind bewusst und somit einer Verarbeitung zugänglich. Hiermit sind normale bzw. antinomische Konflikte gemeint, wie z. B. der Wunsch gut zu essen und gleichzeitig schlank bleiben zu wollen. Das Verhältnis von Konflikt und Struktur spielt eine wesentliche Rolle, denn bei Ichstrukturellen Störungen reichen bereits geringgradige konflikthafte Belastungen aus, um zu Störungsbildern zu führen. Die Auswirkungen von traumatischen Erfahrungen in der kindlichen Entwicklung zeigen sich vor allem als strukturelle Defizite, womit Entwicklungsbehinderungen und -verzögerungen gemeint sind. Konflikt und Struktur verhalten sich wie Figur und Hintergrund. Es findet eine Wechselwirkung von strukturellen und konflikthaften Bedingungen statt. Eine Vernachlässigung in der Kindheit kann gegebenenfalls nachhaltig negativ wirken, sodass weitere Entwicklungsaufgaben beeinträchtigt werden. Traumatische Trennungen können die Bewältigung des Themas Individuation und Abhängigkeit negativ beeinträchtigen. Wenn auf Grund von traumatischen Erfahrungen strukturelle Defizite entstehen, ist es wichtig zu wissen, dass diese Menschen womöglich nicht ausreichend Fähigkeiten entwickeln konnten, um innere, äußere und unbewusste Konflikte verarbeiten zu können.

Unter Achse IV (ibid., 113ff, 255ff) des OPD sind vor allem der Strukturbegriff und die damit verbundenen strukturellen Störungen und unterschiedlichen Integrationsniveaus zu finden. Struktur bedeutet deskriptiv gesehen die geordnete Zusammenfügung von Teilen in einem Ganzen und im psychologischen Sinne versteht man darunter das ganzheitliche Gefüge von psychischen Dispositionen. Hierunter fallen das Erleben und Verhalten jedes Einzelnen und die unbeeinträchtigte Struktur macht es möglich intrapsychisch und interpersonell regulierend bzw. adaptiv zu wirken. Die psychische Struktur eines Menschen ist zwar genetisch bedingt ein wenig vorgebildet, sie wird jedoch während der Kindheit geformt und es finden im Laufe der Lebensentwicklung große Veränderungen statt. Es kann nun hilfreich sein bei traumatisierten PatientInnen nach den Kriterien zur Einschätzung des Strukturniveaus vorzugehen und dadurch herauszufinden, welche intrapsychischen Konflikte vorhanden sind und welche Konfliktlösungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Weiters kann abgeklärt werden inwieweit eine Selbst- und Objektwahrnehmung möglich ist und noch selbstregulatorische Funktionen vorhanden sind. Wie bereits weiter oben zusammengefasst wurde, können das Selbstempfinden und die Selbstwahrnehmung, sowie auch die Selbstregulation durch Traumatisierungen stark erschüttert werden und somit eignet sich dieses Vorgehen um ein differenziertes Bild über den psychischen Zustand des/der Patienten/In zu erlangen. Weiters gibt es hier auch die Möglichkeit abzuklären inwieweit positive Selbstrepräsentanzen und Objektrepräsentanzen vorhanden sind bzw. können die Bindungsfähigkeit und die dazugehörenden Gefühle wie Dankbarkeit, Fürsorge, Schuld Trauer erfragt werden. Weiter unten sind die Kriterien zur Einschätzung des Strukturniveaus aufgelistet.

①	gut integriert	Relativ autonomes Selbst; strukturierter psychischer Binnenraum, in dem sich intrapsychische Konflikte abspielen können; Fähigkeit zur Selbstreflexion und realitätsgerechten Wahrnehmung des anderen; Fähigkeit zur Selbststeuerung; Empathiefähigkeit; ausreichend gute innere Objekte; zentrale Angst: die Zuneigung des Objekts zu verlieren.
	1,5	gut bis mäßig.
②	mäßig int.	Die intrapsychischen Konflikte sind destruktiver; selbstentwertende und autodestruktive Tendenzen; Schwierigkeit, Selbstbild und Identität zu gewinnen; Übersteuerung und eingeschränkte Selbstwertregulierung; Objektbilder sind auf wenige Muster eingeeengt; wenig empathiefähig; dyadische Beziehungen sind vorherrschend; zentrale Angst: das wichtige Objekt zu verlieren.
	2,5	mäßig bis gering
③	gering integriert	Wenig entwickelter psychischer Binnenraum und geringe Differenzierung psychischer Substrukturen; Konflikte sind interpersonell statt intrapsychisch; Selbstreflexion fehlt; Identitätsdiffusion; Intoleranz für negative Affekte; Impulsdurchbrüche und große Kränkbarkeit; Abwehr: Spaltung, Idealisierung, Entwertung; fehlende Empathie und eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit; innere Objekte sind vorwiegend verfolgend und strafend; zentrale Angst: Zerstörung des Selbst durch den Verlust des guten Objekts oder durch das böse Objekt
	3,5	gering bis desintegriert
④	desintegriert	Die fehlende Kohärenz des Selbst und die überflutende Emotionalität werden durch Abwehrmuster im Sinne postpsychotischer, posttraumatischer, perverser Organisationsformen überdeckt. Selbst- und Objektbilder erscheinen konfundiert. Empathisches Objektwahrnehmen so gut wie unmöglich. Verantwortung für eigenes impulsives Handeln wird nicht erlebt (die Dinge geschehen einfach). Zentrale Angst: symbiotische Verschmelzung von Selbst und Objektrepräsentanzen mit der Folge des Selbstverlustes.

Abbildung 6: Kriterien für die Einschätzung des Strukturniveaus (Arbeitskreis OPD 2006, 258).

5.2 Diagnostik in der Integrativen Gestalttherapie

In den humanistischen Therapien hat es lange Zeit keine explizite Diagnostik gegeben, da man nicht in die Art des Schubladendenkens abgleiten wollte und dabei Gefahr lief, die individuellen Ressourcen nicht genügend zu würdigen. Butollo (2002, 208ff) hält nun standardisierte Verfahren, um professionell arbeiten zu können, für sehr wichtig. Solche Verfahren gehören jedoch nie an den Beginn einer Behandlung, sondern sollten nach den ersten Gesprächen stattfinden. Mit standardisierten Verfahren vermeidet man blinde Flecken, damit sind z. B. Symptome oder Fragen gemeint, die man möglicherweise vergessen könnte oder die man aus der eigenen Erfahrung noch nicht kennt. In Butollos (ibid., 210ff) Darstellung findet man Empfehlungen wie z. B. BDI: Beck Depressions Inventar, um den Schweregrad einer begleitenden depressiven Symptomatik festzustellen, PSS_SR: PTSD: Symptom Scale – Seif Report, um das am stärksten und belastendste Ereignis und Symptome zu erfragen und IES: Impact of Event Scale, um die Verlaufsdagnostik zu dokumentieren. Reddemann (2008a, 32) bemängelt den Fokus auf Problematisches in der Lebensgeschichte von den meisten tiefenpsychologischen und psychiatrischen Interviews. Die Autorin findet es genauso wichtig nach Momenten der Inspiration, der Freude, des Glücks und der Sinnhaftigkeit zu forschen, wie jene Momente des Leidens und der Sinnlosigkeit zu würdigen.

In der Integrativen Gestalttherapie werden neben der dialogisch-prozessualen Diagnostik vor allem ICD-10, DSM-IV und OPD in der Diagnostik herangezogen. Die ersten beiden dienen vor allem als (internationales) Kommunikationsmittel, insbesondere mit den Krankenkassen. Kritisiert wird hier jedoch, die Einengung der Vielfalt menschlicher Erlebens- und Verhaltensweisen auf wenige Kategorien (vgl. Müller 2001, 648). Die Strukturachsen der OPD sind auf Grund der phänomenologischen-interpersonellen Methode ein hilfreiches Diagnoseinstrument für die Integrative Gestalttherapie (vgl. Votsmeier 2001, 726).

Ein neues Instrument in der Integrativen Gestalttherapie ist die gestalttherapeutische Diagnose nach GTI, dem Gestalttypen-Indikator, welcher unter anderem

von Stefan Blankertz entworfen wurde. Es handelt sich hierbei um ein Instrument, welches aus einem Fragebogen besteht und mittels Computer ausgewertet wird. Dies ist eher ungewöhnlich für die Gestalttherapie (vgl. Blankertz, 2004, Internet). GTI ist am Kontaktzyklus und an der Zuordnung von Kontaktunterbrechungen, Kontaktstörung oder Kontakthemmungen orientiert. Der GTI soll helfen den Therapieprozess nachzuverfolgen und Zuschreibungen zu verhindern.

5.2.1 Die dialogisch-prozessuale Diagnostik in der IGT

In der dialogisch-prozessualen Diagnostik (vgl. Staemmler 2001, 678ff) wird versucht der Individualität des Menschen gerecht zu werden. Die Diagnose ist hier das Produkt eines kommunikativen Vorgangs zwischen zwei Menschen. In dieser Art der Diagnostik wird auf Kategorien verzichtet und die Diagnose kann sich während des Prozessverlaufs verändern. Es bildet sich ein Thema heraus, welches für einen gewissen Zeitabschnitt einen bestimmten Fokus bietet. Dieses Thema entsteht im therapeutischen Dialog zwischen Klient/in und Therapeut/in, es beinhaltet ein unbefriedigtes Bedürfnis des/der Klienten/in und die subjektiven Hindernisse welche dem Erreichen eines Ziels entgegenstehen.

Zur dialogisch-prozessualen Diagnostik hat Frank-M. Staemmler (2001, 675ff) sieben Thesen formuliert:

- **These 1:** Man kann nicht nicht diagnostizieren.
- **These 2:** Die Diagnose bezieht sich auf den Teil des Lebensraums, der der persönlichen Verantwortung und subjektiven Einflussmöglichkeit der KlientInnen unterliegt.
- **These 3:** Die Erarbeitung der Diagnose ist eine gemeinsame Handlung von Therapeut/in und Klient/in.
- **These 4:** Diagnose und Therapie sind ein und derselbe Prozess.
- **These 5:** Diagnosen verändern sich kontinuierlich im Laufe der Therapie.
- **These 6:** Die Diagnose ist jeweils einmalig und kann daher nur phänomenologisch-deskriptiv sein.
- **These 7:** Die Diagnose ist feldabhängig.

Diese Thesen werden in den folgenden Absätzen weiter ausgeführt. Eine wichtige Grundlage der Integrativen Gestalttherapie ist es Wahrnehmungen, Eindrücke und Informationen zu sammeln, zu ordnen und aufeinander zu beziehen, um dann dieses Bündel zu einer mehr oder weniger vollständigen und sinnvollen Gestalt formen zu können. Durch dieses Vorgehen kann die Gestalttherapie als spezielle hermeneutische Situation gesehen werden. Die Therapie knüpft am Leiden der betroffenen Menschen an und hat als Ziel die Veränderung von Verhaltens- und Erlebensweisen.

Innerhalb dieser partnerschaftlichen, dialogischen Beziehung zwischen Therapeut/in und Klient/in geht man von einer möglichst gleichmäßigen Beteiligung aus. Es bringen beide, Therapeut/in und Klient/in, ihre Deutungen ein und die Erarbeitung der Diagnose findet somit im Rahmen der therapeutischen Beziehung statt. In diesem therapeutischen Prozess versucht man den/die Klienten/in in seiner/ihrer Ganzheit zu erfassen. Dieses Verstandenwerden durch sich selbst als Klient/in und durch den/die Therapeut/in kann bereits Veränderung möglich machen und somit ist die Erarbeitung einer Diagnose in dieser Form ein therapeutischer Vorgang. Die Veränderlichkeit der Diagnose lässt sich in eine kurzfristige und eine längerfristige Dimension unterscheiden. Die längerfristige Dimension betrifft die Frage was als Gegenstand der Veränderung betrachtet wird. Die kurzfristige Dimension befasst sich damit in welchem Stadium der Veränderung sich zu einem bestimmten Zeitpunkt der jeweils gewählte Gegenstand der Veränderung befindet. Dies wird auch die Prozessdiagnose genannt (vgl. Bock 1997, s. p.; Staemmler 1997, s. p., cit. Staemmler 2001, 677). Es wird versucht die Problematik des/der Klienten/In in erfahrungsnahe und persönliche Sprache zu formulieren. Gleichzeitig fließt die subjektive Sicht des/der Therapeuten/in von ihren KlientInnen in den Inhalt der Diagnose mit ein. Die Diagnose ist immer abhängig von den jeweiligen Lebensumständen des Menschen, somit ist aus der Sicht der dialogischen-prozessualen Haltung die subjektive Betrachtung vorrangig. Wobei die Objektivität nicht außer Acht gelassen werden sollte.

5.2.2 Phänomenologie und Hermeneutik

Phänomenologie und Hermeneutik werden als eine wichtige, aber nicht ausschließliche Grundlage für die Gestalttherapie gesehen (vgl. Nausner 2001, 463; vgl. Fuhr 2001, 425). Beide Herangehensweisen ergänzen sich und ermöglichen ein vertieftes Sinnverstehen warum ein Mensch durch seine Lebensgeschichte so geworden ist wie er ist. Durch die dialogische Haltung und die Beachtung von Phänomenen, welche auf den ersten Blick nicht ersichtlich sind, ermöglicht dies eine Fülle an zusätzlichen Informationen. Dies wäre durch das alleinige Heranziehen von ICD-10 und DSM-IV nicht möglich.

„Die Welt ist da, auch wenn ich daran zweifle, dass ich die Welt so wahrnehme wie sie ist, ist sie da.“ (Nausner 2001, 471)

Die Welt hat ihre Wirkung auf uns, egal mit welcher Wahrheit wir es gerade zu tun haben. Ein wichtiger Aspekt in der phänomenologischen Wahrnehmung ist das Organismus-Umweltfeld. Wir befinden uns in einem sehr komplexen Wirkungsgefüge, welches wir subjektiv erleben können und objektiv untersuchen können (vgl. Gremmler-Fuhr 2001, 355ff). Die Feldtheorie beinhaltet, dass lebendige Phänomene in Wechselbeziehungen zu anderen Phänomenen stehen und diese können nur daraus verstanden werden. Nur einige dieser Wechselbeziehungen und Kräfte sind unserem Bewusstsein zugänglich, andere können erahnt werden oder sich ganz unserem Wissen entziehen. Hiermit ist auch die Wirkung von Organismus und Umwelt gemeint, welche gegenseitig wieder aufeinander wirken. Der Organismus ist Teil eines ganzheitlichen Feldes (vgl. Gremmler-Fuhr 2001, 355ff). Wenn ich dies auf Traumatisierungen umlege, dann ergibt sich ein sehr komplexes Feld das auf den Organismus einwirkt und das Verhalten des Organismus, des Menschen wirkt wiederum auf die Umwelt ein.

Wahrnehmen was ist und das Vorgefundene hinnehmen, wie es ist, und ihm Wert beimessen, auch wenn es zunächst unerwartet, unlogisch oder widersinnig erscheint (vgl. Fuhr 2001, 422).

„Es geht um das Vordringen vom Alltagsbewusstsein zum Tiefenbewusstsein, in dem jede Spaltung aufhört. Die empirisch wahrnehmbare Welt hört dabei natürlich nicht auf zu existieren: Sie ist einerseits abgegrenzt von und andererseits verbunden mit dem reinen Bewusstsein.“ (Walch 1990, s. p., cit. Fuhr 2001, 422).

Phänomenologisch orientierte Diagnostik beschäftigt sich mit (un)sichtbaren Gegebenheiten und verzichtet auf objektive Wahrheit oder objektives Interesse, sie achtet darauf, was Gegenstände oder Phänomene in der Welt für mich bedeuten (vgl. Butollo 2002, 68ff). Auf eine klinische und konzeptuelle Erfassung der Phänomene bzw. auf die Berücksichtigung interdisziplinärer Betrachtungen und Studien sollte jedoch nicht verzichtet werden (vgl. Leuzinger-Bohleber, Canestri et al. 2009, 13).

Die hermeneutische Herangehensweise ergänzt die phänomenologische um die dialogische Dimension, was bedeutet, dass sich beide Gesprächspartner über den jeweiligen Sinn von Mitteilungen austauschen müssen. Hierzu gehören Fragen wie: „Welche Gefühle löst das bei dir aus?“ oder „Wie fühlt sich das für dich an?“ oder im Sinne einer Rückversicherung: „Ich habe dich so verstanden, dass...“ (vgl. Fuhr 2001, 425) Hier werden die Phänomene nicht nur wahrgenommen und beschrieben, sondern es wird nach einem Sinnzusammenhang, nach Ursachen und nach Erklärungen geforscht, Details werden kettenförmig aneinandergereiht.

In dieser ganzheitlichen Betrachtung spielt der hermeneutische Zirkel bzw. die Spirale als Symbol des Heraklitischen Weges und des Heraklitischen Denkens eine wichtige Rolle:

„Das EINE zu denken wird erst möglich, weil das Viele wahrgenommen und erkannt werden kann. Und umgekehrt: das Viele wird uns zugänglich auf dem Boden des EINEN.“ (Petzold 1991a, 422).

Somit können wir das Ganze erst mehr und mehr verstehen in einem Prozess der stattfindet, durch welchen wir Verbindungen erkennen, aber auch Differenzen wahrnehmen und die unterschiedlichen Beziehungen zu den einzelnen Phänomenen versuchen zu ergründen (vgl. Petzold 1991a, 430). Die hermeneutische Spirale besteht aus den Teilen: Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen und Erklären. Wahrnehmen bedeutet in diesem Zusammenhang, den anderen so versuchen wahrzunehmen wie er ist, damit dieser die ihm angemessene Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung entwickeln kann. Jemanden versuchen in seinem Wesen zu erfassen, ihn empathisch zu erkennen, damit Personalität, (Selbst)-Empathie und Selbsterkenntnis wachsen kann. Den anderen zu verstehen, nicht nur kognitiv, sondern mit ihm sein Schicksal zu teilen, sodass es ihm möglich wird sich selbst besser zu verstehen. Das Verstehen als Vorgang der Differenzierung und des Ordnen. Wenn PatientInnen wertschätzend Zusammenhänge über die eigenen Lebenskonstellationen erklärt bekommen, dann ermöglicht ihnen dies Verständnis für sich selbst. Gleichzeitig werden neue Bewusstseinsprozesse und selbstbestimmtes Handeln möglich. (vgl. Petzold 1991a, 132ff).

5.2.3 Entstehungsmodell struktureller Störungen

Menschen verfügen über eine innerpsychische Struktur, welche im Laufe des Lebens durch komplexe Prozesse aufgebaut wird. Traumatisierungen können dieses hochkomplexe innere Gebilde schwächen und die Ich-Grenze völlig aus dem Lot bringen (vgl. Votsmeier 2001, 723ff). Besonders Kinder haben nicht genügend Stützfunktionen um eine Misshandlung verarbeiten zu können. Es entsteht Angst und die Innen- und Außenwelt wird nur diffus wahrgenommen. Um die Ich-Grenze regulieren zu können, wird der Kontakt abgebrochen und dies geschieht durch Introjektion und Dissoziation. Das Kind reagiert somit durch Abspaltung des Körperempfindens, worauf Depersonalisation und Derealisation folgen können. Gleichzeitig wird auch versucht durch destruktives Verhalten und Vermeidungsverhalten das verlorene Gleichgewicht wieder herzustellen. Dies kann von Impulsausbrüchen bis hin zu sexuell-perversen Handlungen führen. Diese dysfunktionelle Anpassung geschieht um weitere Traumatisierungen verhindern zu können. Das Vermeidungsverhalten wird zu einer fi-

xierten Gestalt. Ich würde hinzufügen, dass es sich hier um einen Teufelskreis handelt. PatientInnen versuchen zwar eine Retraumatisierung zu verhindern, jedoch wird durch destruktives Verhalten eine weitere Traumatisierung gefördert. Votsmeier (2001, 725) beschreibt, dass die PatientInnen versuchen die Kontrolle zu behalten und dies kostet viel Energie, die in anderen Bereichen fehlt. Sie versuchen die Umwelt durch Kontrolle und Manipulation in Schach zu halten, damit sie berechenbar bleibt. Zur Regulierung der Ich-Grenze und als Mittel zur Kontaktunterbrechung werden weiters auch Projektion, Introjektion, Retrofektion, Deflektion oder Konfluenz eingesetzt. Die Kontaktunterbrechung bezeichnet jenen Vorgang den der/die Gestalttherapeut/In gerade fokussiert, der/die kontaktunterbrechende Klient/In jedoch ist immer noch im Kontakt mit etwas Anderem, wie z. B. mit der Angst oder verwirrenden Gedanken (vgl. Gremmler-Fuhr 2001, 366).

In weiterer Folge können Traumatisierungen zu strukturellen Entwicklungsdefiziten oder Vulnerabilitäten führen (vgl. Votsmeier 2001, 724). Hieraus ergeben sich defizitär bedingte Störungen wie: Borderline-Persönlichkeitsstörung, Angstzustände in Form von Vernichtungsangst, Trennungsangst und Verlassenheitsangst, innere Leere, Depersonalisation, Derealisation, Identitätsdiffusion, Realitätsverlust. Und es entstehen Störungen der kognitiv-integrativen Verarbeitungsprozesse, wie: keine sinnvolle interne Organisation von Erfahrungen, Schwarz-Weiß-Denken, Desorientiertheit, impulsive Reaktionsweisen.

Wolf (ibid., 836) betont, dass man stärker als bisher auf traumatische Anteile achten sollte. Bei PatientInnen mit Schlafstörungen, mit schweren Persönlichkeitsstörungen bis zum Borderline-Syndrom, bei dissoziativen Störungen bis hin zur multiplen Persönlichkeit und auch bei psychosomatischen Erkrankungen findet man einen hohen Anteil an traumatisch geschädigten PatientInnen.

5.2.4 Traumatisierungen und das Kontaktzyklus-Modell

Ein gestalttherapeutisches Modell (vgl. Wolf 2001, 831ff) der posttraumatischen Belastungsstörung befasst sich mit den Veränderungen und Blockierungen im

Kontaktzyklus und in der Gestaltbildung. Während des Traumas findet eine Unterbrechung des Kontaktzyklus statt, es entsteht eine unabgeschlossene Gestalt und im Sinne des Zeigarnik-Effektes drängt der Organismus auf die Fortsetzung des Kontaktzyklusses. Hinweise für Traumatisierungen im Kontaktgeschehen können sein, dass Patientinnen regelmäßig bei den bedrohlichen Erinnerungsbildern hängen bleiben und der Erinnerungsfluss ist unterbrochen. Gleichzeitig sind enorme Angst und extremes Schmerzempfinden mit diesen Bildern verbunden. Daher ist vorerst ein ressourcenorientiertes Vorgehen sehr wichtig, erst danach können die erschreckenden Bilder des Traumas betrachtet werden. Wichtig ist das Erarbeiten innerer Phantasiebilder von Entspannung, Ruhe und Zufriedenheit, wie der sichere Ort.

Der Kontaktprozess des Kontaktzyklus-Modells in der Gestalttherapie (vgl. Gremmler-Fuhr 2001, 361ff) beschreibt wie im Vorkontakt Gedanken, Bedürfnisse und Schmerzen zur Figur werden. In der Phase „Kontaktnehmen“ entstehen eine Reihe von Möglichkeiten welche das Bedürfnis befriedigen bzw. mildern können. Es werden Hindernisse aus dem Weg geräumt und die gewählte Möglichkeit wird zur Figur vor einem Hintergrund. Es folgt eine Abgrenzung und Differenzierung zur Umwelt. Im Kontaktvollzug treten Organismus und Umwelt in vollen Kontakt und die Figur füllt die gesamte Bewusstheit des Organismus aus, der Hintergrund verblasst. Im Nachkontakt kehrt Befriedigung ein und der Organismus besinnt sich wieder auf sich selbst.

Im Folgenden eine kurze Fallvignette aus meiner eigenen Praxis, um eine erfolgte Traumatisierung aus dem Blickwinkel des Kontaktzyklus-Modells veranschaulichen zu können. Eine Frau wurde in ihrer Jugendzeit sexuell missbraucht. Später heiratete sie und bekam Kinder und sie versucht die traumatischen Ereignisse so gut es geht zu verdrängen und vermeidet alle möglichen Situationen, die sie an das Trauma erinnern. Im Laufe der Zeit kommen weitere Ereignisse hinzu und diese Frau kann plötzlich nicht mehr mit ihrem Mann schlafen. Sie empfindet zwar ein sexuelles Bedürfnis (Vorkontakt), jedoch fühlt sie sich innerlich blockiert, sie kann ihr inneres Gefühlschaos nicht genau beschreiben. Somit wird das sexuelle Bedürfnis zur Figur, jedoch wird dieser Vor-

gang durch intrusive Erinnerungen an die Erlebnisse von damals unterbrochen und es stellt sich keine Befriedigung ein. Ganz im Gegenteil es bleibt Wut zurück, denn sie versteht sich selbst nicht mehr, es bleibt Trauer zurück auf Grund des unbefriedigten Bedürfnisses. Es entsteht die Angst in ihr, sie könnte ihren Mann verlieren. Gleichzeitig entsteht auch Ekel, welcher mit der traumatischen Vorbelastung in Zusammenhang steht. Somit kann sich ein befriedigender Nachkontakt gar nicht einstellen und die Phase des Kontaktnehmens wird bereits als unangenehm empfunden. Diese Frau hat somit ständig das Gefühl sich schützen und extrem abgrenzen zu müssen, damit die traumatischen Erinnerungen an die sexuellen Übergriffe nicht wieder ausgelöst werden. Von den Kontaktfunktionen aus betrachtet wäre dies der Gegenpol zur Konfluenz.

Konfluenz, Introjektion, Projektion und Retroflexion werden als die klassischen Kontaktfunktionen der Gestalttherapie gesehen, einige weitere sind Egotismus, Deflektion und Reaktivität. Konfluenz (vgl. Gremmler-Fuhr 2001, 367ff) bedeutet das Verschmelzen mit dem Organismus-Umweltfeld. Der Gegenpol dazu ist die Differenzierung und die Abgrenzung, was auch als Widerstand gesehen werden kann. Bei jeder Kontaktfunktion sind also immer zwei Pole vorhanden. Kontakt bedeutet nun aus der Sicht der Konfluenz betrachtet, das Pendeln zwischen den Polen des Ineinanderfließens und der Abgrenzung. Dieses ständige Verschmolzensein mit der Umwelt, aber auch eine erstarrte und rigide Abgrenzung können als Kontaktlosigkeit bezeichnet werden. Ich möchte Beispiele nennen: Konfluenz kann bei psychischem Missbrauch entstehen, das Kind lernt nicht sich abzugrenzen, da es ständig auf die psychischen Bedürfnisse der Mutter achten musste, um zu überleben. Gleichzeitig kann sich auch eine starre Abgrenzung auf Grund dieser Traumatisierung ergeben, da man in der Beziehung zu anderen Menschen nicht wieder psychisch missbraucht werden möchte.

Introjektion bedeutet die Übernahme von Fremdem ohne Prüfung oder Verarbeitung durch den Organismus. Bei der Funktion der Konfluenz ist keine Kontaktgrenze im Sinne des Organismus-Umwelt-Feldes spürbar. Bei Introjektion jedoch wird die Grenze so weit in das Feld hinausgelagert, dass bestimmte As-

pekte dort als zugehörig gesehen werden. Der Gegenpol des Introjizierens ist das Ablehnen von allen fremden geistigen, emotionalen oder materiellen Angeboten. Ein Beispiel für Introjektion ist die Übernahme von Schuld in Verbindung mit sexuellem Missbrauch.

Bei der Projektion werden dem Organismus zugehörige Elemente, die im Verlauf des Kontaktprozesses entstehen, auf die Umwelt projiziert und dort für real gehalten. Das Projizieren ist wichtig, um Visionen und Pläne entwickeln zu können. Schwierigkeiten ergeben sich, wenn die Vorstellungen die wir uns über unsere Umwelt machen, nicht durch Erfahrungen überprüft werden. Der Gegenpol zum Phantasieren und Imaginieren ist ein übermäßiges Kontrollbedürfnis, es wird nur das für wahr gehalten, was exakt belegt werden kann. In Verbindung mit Traumatisierungen können Hass und Ekel gesehen werden, die durch den Missbrauch entstanden sind und auf Menschen im nahen Umfeld projiziert werden.

Retrofektion bedeutet die Zurückhaltung von Impulsen die auf das Umweltfeld gerichtet sind und stattdessen werden die Impulse gegen den Organismus selbst gerichtet. Hier wird deutlich, dass Kontakt auch mit Aggression einhergeht und dabei als das Zugehen auf die Welt verstanden wird. Retrofektion kann zu Grübeln, Denkhemmungen, Selbstquälerei, Selbstschädigung und (chronischen) Anspannungen und Verspannungen führen. Der Gegenpol wären Impulsausbrüche und diese können bei Menschen mit Traumatisierungen auftreten. Die Zurückhaltung von Impulsen kann sich bei Traumatisierungen durch die Erstarrung ausdrücken, man erstarrt innerlich, kann sich nicht zur Wehr setzen, die Impulse der Aggression werden unterdrückt und durch starkes Ritzen der Haut, vermindert sich der innere Druck, was wieder Selbstschädigung bedeutet.

Egotismus schützt den Organismus durch Selbstbeobachtung vor voreiligen Aktionen, jedoch kann dieser Vorgang auch dazu führen, dass man dauerhaft in Distanz und Isolation zur Umwelt lebt. Der Gegenpol dazu ist das Eingehen von Risiken. Bezüglich der Polarität von Verschmelzen und Abgrenzung, kann Ego-

tismus auch dem Pol der Abgrenzung und des Widerstands zugeordnet werden. Wie bereits erwähnt, können traumatische Ereignisse zu sozialer Isolation führen oder auch dazu, dass Risiken eingegangen werden, die selbstschädigend sind. Diese Kontaktfunktion kann durch die Pole Ablenkung und Konzentration beschrieben werden. Bei Traumatisierungen kann dies meiner Meinung nach entweder zur Verdrängung führen oder zur Fixierung auf die Negativität des überwältigenden Ereignisses.

Reaktivität beschreibt einen sehr ursprünglichen Kontaktmodus, der Organismus fühlt sich angegriffen, dies kann bis zum Überlebenskampf führen und somit sind die extremsten Reaktionen: Kämpfen, flüchten oder tot stellen. Wie ich bereits weiter oben erwähnt habe, sind das jene Prozesse, die man bei traumatischen Erlebnissen vorfindet. Der Gegenpol dazu wäre das Verhandeln und dableiben. Aber genau dieses Ausverhandeln und dableiben ist für Traumatisierte so schwierig, da sie sich auf Grund ihrer lebensbedrohlichen Erfahrungen schnell wieder angegriffen fühlen und somit versuchen sich zu schützen.

Das Kontaktzyklusmodell liefert auch in Verbindung mit Traumatisierungen wichtige Informationen. Da man z. B. eruieren kann ob sich Menschen auf Grund von Gewalterfahrungen zu wenig schützen oder auf extreme Abwehr gehen und somit können in der Therapie nach und nach Schritte erarbeitet werden wie eine Person sich gut schützen kann und gleichzeitig wieder mit anderen Menschen in Kontakt treten kann, ohne sich ständig isolieren zu müssen. Weitere Fragen können sein: Wo wird der Kontakt zu sich selbst, der Umwelt und speziell in der therapeutischen Beziehung unterbrochen? Wie kann ich als Therapeut/in im Kontakt Sicherheit geben? Welche Bedürfnisse können nicht befriedigt werden und gibt es vielleicht neue Wege und Möglichkeiten? Hierzu können Fragen aus dem OPD sehr hilfreich sein wie jene über die Emotionale Fähigkeit und Kommunikation nach innen oder jene Fragen über die Emotionale Fähigkeit und Kommunikation nach außen (vgl. Arbeitskreis OPD 2006, 462ff)

5.3 Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen

Riedesser (2009, 170) findet es wichtig sich bei der Diagnostik von Kindern und Jugendlichen in Bezug auf Traumatisierungen nach einem entwicklungspsychopathologischen Modell zu richten und Folgendes zu berücksichtigen:

- den Stand der biologischen, psychischen und sozialen Entwicklung des Kindes, das durch das Trauma getroffen wurde,
- ob es sich beim Trauma um ein einmaliges Ereignis oder eine lang andauernde Belastung handelte, wie z. B. Beziehungstrauma,
- was sind die bewussten und unbewussten Aspekte traumatischer Situationen,
- welche Entwicklungslinien sind dadurch beschädigt worden und
- welche protektiven Faktoren und Ressourcen sind im Kind selbst und in seiner Umgebung vorhanden und können genutzt werden, um eine Chronifizierung der Traumatisierung zu verhindern und einen Heilungsprozess in Gang zu setzen.

	Entwick- lungsaufgabe n	Entwicklungs- schwierigkeiten	Traumatische Situation	Bewälti- gungsver- suche	Symptoma- tik	Intervention	Prävention
Säugling							
Kleinkind							
Vorschulkind							
Schulkind							
Jugendlicher							
Junge/r Er- wachsene/r							

Tabelle 1: Entwicklungspsychopathologischer Referenzrahmen (Riedesser 2009, 163).

Bei Kindern und Jugendlichen ist es oft schwieriger die Symptomatik einer PTBS festzustellen als bei Erwachsenen, da diese unterschiedliche Ausprägungen aufweisen. Kinder und Jugendliche erfüllen nur selten alle Kriterien einer PTBS und der Wechsel von Symptomen ist deutlich schneller und stärker ausgeprägt, z. B. von Übererregung und Dissoziation. Die B-Symptomatik (intrusive Erinnerungen) ist bei Kindern deutlich versteckter anzutreffen. Kinder und Jugendliche zeigen häufig andere Symptomausprägungen, welche sich je nach Altersgruppe und Entwicklungsstufe unterscheiden, z. B.: Übererregungs- und Schreisymptomatik bei Kindern oder aggressives Externalisieren bei älteren Kindern. Bei chronisch traumatisierten Kindern tritt mit zunehmenden Jahren auch wie bei Erwachsenen Komorbidität auf, wie z. B. aggressive Stör-

gen, Angststörungen, somatoforme und komplexe dissoziative Störungen. (vgl. Hofmann, Besser 2009, 174-175). Zusätzlich schreiben die Autoren dass Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland vermutlich unterdiagnostiziert sind, ich vermute auch in Österreich. Häufig wird bei aggressivem Verhalten und Konzentrationsstörungen das hyperkinetische Syndrom bzw. Aufmerksamkeitsstörung diagnostiziert und oftmals werden diese Kinder dann nur medikamentös behandelt. Diese Störungen könnten jedoch einen traumatischen Hintergrund als Ursache haben. (vgl. Hofmann, Besser 2009, 199)

Zusammenfassung

In der Literatur der Integrativen Gestalttherapie waren nicht ausreichend Beispiele zum Thema Trauma vorhanden. Somit wurde Literatur aus unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen und Forschungsbereichen verwendet, wie z. B. aus der Psychoanalyse, der Integrativen Therapie, der Psychotraumatologie und der Traumatherapie.

Wichtig ist die Erkenntnis, dass Traumatisierungen weiter verbreitet sind als angenommen wird. Wir haben zwar grundsätzlich die Möglichkeiten traumatische Erfahrungen zu verarbeiten, aber es gibt genetische Bedingungen und Umweltbedingungen, welche uns die Verarbeitung erleichtern bzw. erschweren können. Die Entwicklungen nach einer Traumatisierung bis hin zur Erkrankung sind sehr komplex.

Beantwortung der Fragestellungen

- 1) Welche Auswirkungen haben (frühe) Traumatisierungen, insbesondere aus dem Gesichtspunkt von Bindung betrachtet?
- 2) Welche komplexen Faktoren und Vorgänge spielen bei der Entwicklung von Krankheitsbildern in Zusammenhang mit Traumatisierungen eine Rolle?
- 3) Welche diagnostischen Möglichkeiten sind in Verbindung mit Traumatisierungen insbesondere in der Integrativen Gestalttherapie vorhanden?

ad 1) Die Auswirkungen von Traumatisierungen können sich auf somatischer, emotionaler, kognitiver, behavioraler und charakterologischer Ebene zeigen. Unterdrückte Gefühle und Schmerzensschreie führen zu Kontraktionen in den Leibarealen und es können sich schwere psychische Krankheiten entwickeln. Eine weitere Auswirkung durch Traumatisierungen ist eine grundlegende Beeinträchtigung des Selbst. Dies kann dazu führen, dass unter anderem Impulse der Neugier, sexuelle Gefühle und das Bedürfnis nach Liebe abgespalten werden. Somit kann eine fast vollständige Abspaltung des körperlichen Empfindens, wie bei einer Psychose stattfinden. Weiters leben traumatisierte PatientInnen auf Grund (früherer) Erschütterungen und Enttäuschungen in ihren sozialen Bezie-

hungen sehr isoliert und zurückgezogen.

Traumatisierungen können eine Reihe von körperlichen Auffälligkeiten und psychosomatischen Beschwerden verursachen und Traumaopfer weisen eine erhöhte Morbiditäts- und Mortalitätsrate auf. Weiters haben traumatische Verläufe auch neurobiologische Auswirkungen, wie z. B. Schädigung der Gedächtnisleistung und negative Beeinflussung des Immunsystems. Es wird auch von einer Traumasucht ausgegangen, welche zur Wiederholung des Traumas führt.

Traumatische Erfahrungen können bei Kindern und Erwachsenen zu einer Vielfalt von psychiatrischen Störungen und Erkrankungen führen. Deprivationserfahrungen führen bei Kindern zu Verhaltensstörungen, zur Beeinträchtigung der geistigen, sozialen, emotionalen Entwicklung sowie der Sprachentwicklung und zur Störung des Sozialverhaltens. Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen können nicht in Kindheit und Erwachsenenalter geteilt werden, da sich frühe traumatische Erfahrungen auf das gesamte spätere Leben auswirken können. Somit können Depressionen auf Grund von frühen Trennungen entstehen. Oftmals bleiben die Folgen einer frühen Trennung verborgen und diese werden erst bei späteren Verlusterfahrungen erneut reaktiviert. Das Schreien von Kindern kann bei ihren Eltern eigene unbewältigte traumatische Erfahrungen triggern.

Bei Kindern, deren Eltern unter einem unbewältigten Trauma leiden, kann sich ein desorganisierter Bindungsstil herausbilden. Die Bindung von Kindern und ihren traumatisierten Eltern beinhaltet ein irritiertes und desorganisiertes Bindungsarbeitsmodell, welches aus widersprüchlichen Anteilen besteht. Diese Eltern legen unbewusste Verhaltensweisen, wie z. B. Wutausbrüche oder emotionale Vernachlässigung, an den Tag, die für das Kind wiederum traumatisierend sein können.

Der Verlust einer Bindungsperson bzw. die Zurückweisung durch die Bindungsperson wird als Risiko für die Entwicklung seelischer Gesundheit und psychischer Sicherheit gesehen. Durch eine Traumatisierung in den ersten Lebens-

jahren, die über einen längeren Zeitraum verläuft, kann sich nicht nur ein desorganisierter Bindungsstil, sondern auch eine Bindungsstörung entwickeln. Hier wird das Arbeitsmodell von Bindung zerstört und dies kann unterschiedliche Auswirkungen, z. B. kein Bindungsverhalten, haben. Es handelt sich hierbei um massive Traumatisierungen, wobei die Person die Halt und Schutz geben sollte, sich als massiv bedrohlich und missbräuchlich erweist.

Ein desorganisierter Bindungsstil wird als Risikofaktor für die Entwicklung einer PTSD und einer Borderline Persönlichkeitsstörung gesehen. Auf Grund des verinnerlichten Bindungsmodells, welches aus missbräuchlichen, ambivalenten und inkohärenten Strukturen besteht, entstehen im späteren Leben schwierige Beziehungskonstellationen.

ad 2) Das traumatische Ereignis selbst ist ein wesentlicher Faktor in der Entwicklung von Störungen. Eine durch Menschen verursachte Traumatisierung, besonders durch Bindungs- und Vertrauenspersonen, wie z. B. psychischer, sexueller und Gewaltmissbrauch, Victimisierungs- und Deprivationstraumata und Verlust Erfahrungen eines nahen Angehörigen gehören zu den am meist belastendsten Ereignissen, die in der Folge zu Störungen und Erkrankungen führen können.

Bei der Entwicklung einer psychischen Erkrankung während und nach einer Traumatisierung spielen folgende ätiologische Faktoren eine Rolle, wie biopsychosoziale Strukturen, sowie erworbene Verarbeitungs- und Kompensationsmechanismen, das Geschlecht, die Art, die Dauer, die Häufigkeit und die Intensität Traumatisierung, das Alter, der jeweilige Entwicklungsstand, vorhandene bzw. fehlende Möglichkeiten der emotionalen Einschätzung, die kognitiven Verarbeitungsmöglichkeiten und die kontextuelle Einschätzung und Bewertung der traumatischen Erfahrung. Weiters spielen dispositionelle und erworbene Ressourcen und Resilienzen, sowie Vulnerabilität, Prä- und Komorbiditäten, sowie Coping- und Creatingstile, Handlungsoptionen und Sinnzuordnung eine Rolle. Protektive Faktoren können der Entwicklung einer psychischen Erkrankung entgegenwirken. Wenn jemand eine traumatische Erfahrung „verstehen“ und in

einen sinnvollen Zusammenhang einordnen kann, ist die Chance einer positiven Verarbeitung größer.

ad 3) Die gängige Diagnostik unter anderem für Störungen in Verbindung mit Traumata bieten ICD-10 und DSM-IV. Jedoch wird hier die individuelle Lebensgeschichte außer Acht gelassen. Die akute Belastungsreaktion (F43.0) im ICD-10 bzw. akute Belastungsstörung (308.3) im DSM-IV beschreiben eine akute Reaktion auf eine außergewöhnliche Belastung. Den chronischen Verlauf einer Erkrankung auf Grund eines traumatischen Ereignisses kennzeichnet man mit der PTBS, der Posttraumatischen Belastungsstörung. Die innerpsychische Struktur kann im Laufe der Lebensgeschichte durch traumatische Erfahrungen beeinträchtigt werden. Durch die OPD kann in diesem Zusammenhang das Strukturniveau eingeschätzt werden.

Für die Diagnostik von Kindern und Jugendlichen hat Riedesser einen entwicklungspsychopathologischen Referenzrahmen entwickelt, welcher unter anderem eine Verbindung zwischen der traumatischen Situation und dem jeweiligen Entwicklungszustand des Kindes herstellt.

In der Literatur werden einige Störungen in Zusammenhang mit Traumatisierungen angeführt, welche in den gängigen diagnostischen Manualen nicht zu finden sind. Z. B. die komplexe posttraumatische Belastungsstörung, welche die für Traumaopfer charakteristischen Beziehungsstörungen beschreibt. Das posttraumatische Stresssyndrom PTS (D) soll ausdrücken, dass es sich um ein komplexes Syndrom handelt. Die Bezeichnung komplexes psychotraumatisches Belastungssyndrom soll die Folgen von schwersten, langanhaltenden und wiederholten Traumatisierungen ausdrücken. Die Victimisierungsstörung drückt aus, dass Menschen Opfer oder Zeuge von physischer Gewalt, psychischem Missbrauch gewesen sind oder zu sexueller Aktivität genötigt wurden.

Im Zusammenhang mit Traumatisierungen und einer PTBS können eine Reihe von Komorbiditäten auftreten, wie z. B. Major Depression, Substanzmissbrauch, Angststörungen, somatoforme und dissoziative Störungen, bipolare affektive

Störungen und auch schizophrene Störungen, Persönlichkeitsstörungen, insbesondere die Borderline-Symptomatik, Ess-Störungen und körperliche Erkrankungen. Besonders, aber nicht nur, frühe Traumatisierungen können zur Ausbildung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer dissoziativen Identitätsstörung führen.

In der Integrativen Gestalttherapie werden ICD-10, DSM-IV und OPD herangezogen. Letztere kommt auf Grund des phänomenologisch-interpersonellen Zugangs der Integrativen Gestalttherapie sehr nahe. Die dialogisch-prozessuale Diagnostik ist in der Integrativen Gestalttherapie die Grundlage jedes therapeutischen Prozesses. Diese Haltung verzichtet auf Kategorien und die Diagnose kann sich während des Prozessverlaufes verändern. Im therapeutischen Dialog zwischen Therapeut/in und Klient/in bildet sich ein gewisses Thema heraus, welches für eine Zeit lang einen bestimmten Fokus bildet.

Das gestalttherapeutische Modell einer posttraumatischen Belastungsstörung ist an den Veränderungen und Blockierungen im Kontaktzyklus orientiert. Während einer Traumatisierung geschieht eine Unterbrechung im Kontaktzyklus und der Organismus drängt auf die Fortführung dieses Prozesses. Es tauchen immer wieder belastende Erinnerungen auf und der Erinnerungs- und Kontaktfluss sind unterbrochen. In diesem Zusammenhang kann der Gestalttypen-Indikator, ein neues gestalttherapeutisches Modell, eine wichtige Hilfestellung leisten. Da er sich mit den Zuordnungen von Kontaktunterbrechungen, Kontaktstörung oder Kontakthemmungen beschäftigt.

Denn dieser tangiert am Kontaktzyklus und an den Zuordnungen von Kontaktstörungen. Wesentlich ist, dass während des Traumas eine Unterbrechung des Kontaktzyklusses stattfindet und somit entsteht eine unabgeschlossene Gestalt und im Sinne des Zeigarnik-Effektes drängt der Organismus auf die Fortsetzung des Kontaktvorgangs.

Traumatische Erfahrungen beeinflussen den Organismus in seiner Ganzheitlichkeit. Somit versucht die Integrative Gestalttherapie im Rahmen der thera-

peutischen Beziehung durch die Phänomenologie, die (nicht) wahrnehmbaren Aspekte und deren wechselseitigen Verbindungen im Organismus-Umweltfeld zu erfassen. Phänomenologisch orientierte Diagnostik verzichtet auf objektives Interesse und achtet auf die subjektive Bedeutung von Phänomenen. Die Hermeneutik ergänzt die Phänomenologie durch das Forschen nach Ursachen, Erklärungen und Sinnzusammenhängen. Das Eine kann erst verstanden werden, wenn das Viele und somit auch die dazugehörigen Gefühle und Gedanken wahrgenommen werden.

Resümee und Ausblick

Die gesammelten Theorien dienen vor allem dazu um das therapeutische Herangehen zu sensibilisieren und den Blick zu schärfen. Denn Traumatisierungen sind weiter verbreitet als bisher angenommen wurde, und somit ist es wichtig diese Thematik und deren Auswirkungen in den Therapieprozess miteinzubeziehen. In der Anamnese können Traumatisierungen sicher nicht immer erfragt werden, da diese abgespalten sein können. Das genaue Nachfragen über traumatische Erfahrungen, wenn es zu früh im Therapieprozess stattfindet und noch keine ausreichend tragfähige Beziehung entstanden ist, könnte eine Überflutung durch die unbearbeiteten Themen und eine Retraumatisierung zur Folge haben.

Eine besondere Betrachtung benötigen vor allem psychische und emotionale Vernachlässigungen, wenn sie sehr früh passiert sind, denn dann können sie nicht erfragt werden. Wenn die Traumatisierungen in einer Zeit der Entwicklungsphase passiert sind, in denen die Sprache noch gefehlt hat, dann können diese Erfahrungen nur schwierig versprachlicht werden. Hierfür bedarf es anderer Methoden. Die Auseinandersetzung und Forschung in der Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen im nichtsprachlichen Bereich stellt daher eine große Herausforderung und einen interessanten Bereich dar. Interessant wäre hier für mich persönlich die Verbindung von Integrativer Gestalttherapie und Integrativer Sandspieltherapie. Die Integrative Gestalttherapie bietet viele Möglichkeiten zur Traumaverarbeitung unter anderem im Bereich der kreativen Medien. Das Integrative Sandspiel kann eine brauchbare und passende Ergänzung dazu sein. Der Vorteil des integrativen Sandspiels ist der einfache Zugang. PatientInnen können spielerisch Sandfiguren auswählen und sind somit sehr rasch auf der Symbolebene angelangt. Es lassen sich Stimmungen, Träume, Szenen und vor allem unbewusste Inhalte darstellen und durch das Verändern der Figuren-Settings lassen sich bedrohliche Inhalte auflösen.

In meiner Arbeit wurden pränatale traumatische Erfahrungen nicht bearbeitet, deren Auswirkungen sollten jedoch nicht außer Acht gelassen werden. Denn bereits im Mutterleib nimmt der Fötus Stimmungen und Atmosphären wahr,

welche einen Einfluss auf die psychische und physische Gesundheit haben können.

Ausblick auf weitere Forschungsfragen

Interessant wären zudem weitere Forschungen zum Thema „Welchen Beitrag kann die Integrative Gestalttherapie in der Behandlung von traumatisierten PatientInnen leisten?“ In diesem Zusammenhang könnte die Analyse von Fallvignetten von Trauma-PatientInnen in Verbindungen mit kreativen Medien wie Ton, Malen, symbolische Arbeit mit Gegenständen, sowie das Integrative Sandspiel einen interessanten Bereich darstellen. Das Sandspiel ist ursprünglich eine Entwicklung von Dora M. Kalff und beinhaltet Methoden aus der Jungschen Analyse. Das Integrative Sandspiel ist eine Weiterentwicklung von Dr. Walter Lindner und wurde angereichert mit Elementen aus der Katathym Imaginativen Psychotherapie und stellt ein sehr wirksames Instrument dar. Es ermöglicht die Darstellung von bewussten und unbewussten Inhalten und dadurch werden psychische Prozesse in Gang gesetzt und die Verarbeitung von nicht bewältigten psychischen Inhalten wird angeregt. Weiters und hier wird es sehr interessant für die Trauma-Therapie, ermöglicht das Integrative Sandspiel das Erarbeiten von Lösungen in festgefahrenen traumatischen Situationen auf der Symbolebene. Am Ende jeder Darstellung wird ein Foto gemacht, welches auch den KlientInnen zur Verfügung gestellt wird. Die Darstellung von diesen Therapieverläufen an Hand von Fotos ist sicher eine Bereicherung für die Trauma-Therapie und die Integrative Gestalttherapie.

Eine weitere Forschungsfrage könnte sich mit verchronifizierten Krankheiten auf Grund von Traumatisierungen beschäftigen: Wie kann man als Therapeut/in diese PatientInnen motivieren sich immer wieder auf den therapeutischen Prozess einzulassen, wenn anfangs noch wenig bis keine Erfolge ersichtlich sind?

In der therapeutischen Herangehensweise sollten mögliche Traumatisierungen immer mitberücksichtigt werden und es stellt sich die Frage ob nicht Traumatisierungen sehr oft die eigentliche Ursache für viele Krankheiten sind? Denn gerade bei Traumatisierungen im (frühen) Kindesalter können sich schwerwiegende Störungen entwickeln und gerade diese sind sehr oft nicht erinnerbar und daher nicht erfragbar. Zudem ist der Graubereich zwischen ab wann ist eine Situation traumatisch und ab wann kann sich eine Krankheit entwickeln

sehr breit. Denn wie bereits erwähnt, gibt es eine Vielzahl an Faktoren, die eine psychische Erkrankung begünstigen oder ihr entgegen wirken.

In Verbindung mit generativ weitergegebenen Traumatisierungen beschäftigt mich auch, wie Eltern in der Verarbeitung dieser Erfahrungen genügend unterstützt werden können, damit sie ihre Kinder nicht weiter traumatisieren?

Kritisch zu betrachten ist auch die Vielfalt von Komorbiditäten in Zusammenhang mit Traumatisierungen. Kritisch daher, da man Gefahr läuft, z. B. die Depression als vordergründig zu betrachten und die Auswirkungen möglicher traumatischer Situationen außer Acht zu lassen. Es benötigt sehr viel Taktgefühl, Empathie und eine differenzierte Betrachtung des Therapieverlaufes sowie eine achtsame Wahrnehmung und Beschreibung von Befindlichkeit und Stimmungen der PatientInnen. Wo gibt es Erinnerungslücken, wo sind Traumata vorhanden und wie sind diese verarbeitet worden? Behutsamkeit und Geduld stehen hier an erster Stelle und das Akzeptieren, dass PatientInnen selbst entscheiden, welche Erfahrungen und Gefühle sie zu einem gewissen Zeitpunkt in die Therapie bringen.

Gleichzeitig ist es aber auch wichtig auf positive Ereignisse im Leben zu achten, das Negative soll nicht noch mehr Gewicht bekommen, als es bereits hat. Ressourcen entdecken und ausgraben ist wichtig um einen positiven Therapiefortschritt zu ermöglichen.

Zudem ist die Verarbeitung von eigenen (verdeckten) traumatischen Erfahrungen von TherapeutInnen eine sehr wichtige Grundvoraussetzung um mit PatientInnen arbeiten zu können. Die ist essentiell um professionell und menschlich in Kontakt treten zu können und Übertragungs- und Gegenübertragungsprozess differenziert wahr zu nehmen. Wir sind dazu aufgefordert für unsere eigene Psychohygiene und Bedürftigkeit ausreichend Sorge zu tragen, damit wir in der therapeutischen Begegnung mit KlientInnen als empathischer Schwingungskörper zur Verfügung stehen können und gleichzeitig den therapeutischen Verlauf aus der Metaebene heraus betrachten können.

Literaturverzeichnis

- Adler Rolf H., Herrmann Jörg Michael, Köhle Karl, Langewitz Wolf, Schonecke Othmar W., Uexküll Thure von, Wesiack Wolfgang (2008, 6. Auflage) (Hg.): Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. München: Urban & Fischer.
- Ainsworth Mary D. Salter (1985): Weitere Untersuchungen über die schädlichen Folgen der Mutterentbehmung. In: Biermann Gerd (1985) (Hg.), 173-216.
- Albus Christian, Appels Ad.,¹ Adler Rolf H. (2008): Koronare Herzkrankheit: bio-psycho-soziale Aspekte zur Ätiologie und Pathogenese einer „Volkskrankheit“. In: Adler Rolf H., Herrmann Jörg Michael, Köhle Karl, Langewitz Wolf, Schonecke Othmar W., Uexküll Thure von, Wesiack Wolfgang, (2008, 6. Auflage) (Hg.), 861-878.
- Bauer Hannelore (2006): Wie die Seele im Körper wohnt. Körperprozesse in der gestalttherapeutischen Arbeit. Aus der Gestaltkritik 2/2006. Zeitschrift aus dem Gestalt-Institut Köln.
http://www.gestalt.de/bauer_gestalt-koerpertherapie.html (15.06.2010).
- Biermann Gerd (1985) (Hg.): John Bowlby. Mutterliebe und kindliche Entwicklung. München: Ernst Reinhart.
- Bitzer-Gavornik (2004): Körperorientierte Arbeit in der (Integrativen) Gestalttherapie. In: Hochgerner Markus, Hoffman-Widhalm Herta, Nausner Liselotte, Wildberger Elisabeth (2004) (Hg.), 218-231.
- Blankertz Stefan (2004): Gestalttherapeutische Diagnostik in Beratung, Therapie und Coaching mit dem neuen Gestalttypen-Indikator (GTI). Aus der Gestaltkritik 1/2004. Zeitschrift aus dem Gestalt-Institut Köln.
http://www.gestalt.de/blankertz_gestalttypen_indikator_gti.html (25.10.2010).
- Bowlby John (1985): Schädliche Folgen der Mutterentbehmung. In: Biermann Gerd (1985) (Hg.), 11-62.

¹ Die Vornamen der Autoren wurden im Originaltext bereits abgekürzt und sind somit nicht ersichtlich.

- Bowlby John (2008): Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. München: Ernst Reinhardt.
- Bräutigam Walter, Christian Paul (1986, 4. Auflage): Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Thieme.
- Bretherton Inge (2001): Innere Arbeitsmodelle von Bindungsbeziehungen als Vorläufer von Resilienz. In: Röper Gisela, von Hagen Cornelia, Noam Gil (2001) (Hg.), 169-191.
- Brisch Karl Heinz (2000): Von der Bindungstheorie zur Bindungstherapie. Die praktische Anwendung der Bindungstherapie in der Psychotherapie. In: Endres Manfred, Hauser Susanne (2000) (Hg.), 81-89.
- Brisch Karl Heinz, Hellbrügge Theodor (2006) (Hg.): Kinder ohne Bindung. Deprivation, Adoption und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch Karl Heinz (2009a): Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In: Brisch Karl Heinz, Hellbrügge Theodor (2009) (Hg.), 105-135.
- Brisch Karl Heinz (2009b, 9. Auflage): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch Karl Heinz, Hellbrügge Theodor (2003) (2009, 3. Auflage): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Butollo Willi, Krüsmann Marion, Hagl Maria² (2002): Leben nach dem Trauma. Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen. München: Pfeiffer.
- Eggerichs Silke (1991): Psychologische Schmerzbewältigung zwischen Selbsthilfe und Therapie. In: Petzold Hilarion, Schobert Ralf (1991c) (Hg.), 195-206.

² Es geht hier nicht hervor ob die AutorInnen auch den Herausgeber-Status haben.

- Deutsche Gesellschaft für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung (DGIK), (s. a.): Gezeichnet fürs Leben? Ein Interview mit Prof. Hilarion Petzold zum Thema „Traumatisierung“. Psychologie Heute. http://www.dgik-dgib.de/pdf/Interview_Petzold.pdf (28.10.2009).
- Dornes Martin (1993): Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt: Fischer.
- Dornes Martin (2000) (2007, 5. Auflage): Die emotionale Welt des Kindes. Main: Fischer.
- Drexler Katharina (2004). EMDR in der Therapie psychosomatisch Erkrankter. <http://www.traumatherapie.de/users/drexler/psychosomatik.html/print.html> (28.10.2009).
- Drexler Katharina (2005): Transgenerational weitergegebene Traumata und EMDR – eine Fallvignette. www.traumatherapie.de/users/drexler/hydratext.html (28.10.2009).
- Endres Manfred, Hauser Susanne (2000) (Hg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie. München: Ernst Reinhardt.
- Filipp Sigrun-Heide, Aymanns Peter (2008): Bewältigungsstrategien (Coping). In Adler Rolf H., Herrmann Jörg Michael, Köhle Karl, Langewitz Wolf, Schonecke Othmar W., Uexküll Thure von, Wesiack Wolfgang, (2008, 6. Auflage) (Hg.), 297-310.
- Fischer Gottfried, Gurriss Norbert, Pross Christian, Riedesser Peter (2008): Psychotraumatologie – Konzepte und spezielle Themenbereiche. In: Adler Rolf H., Herrmann Jörg Michael, Köhle Karl, Langewitz Wolf, Schonecke Othmar W., Uexküll Thure von, Wesiack Wolfgang (2008, 6. Auflage) (Hg.), 631-639.
- Fischer Gottfried, Hinckeldey Sabine (2002): Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen. München: Ernst Reinhardt.

- Fischer Gottfried, Riedesser Peter (2003, 3. Aufl.): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Reinhardt.
- Fuhr Reinhard (2001): Praxisprinzipien: Gestalttherapie als experiencieller, existentieller und experimenteller Ansatz. In: Fuhr Reinhard, Sreckovic Milan, Gremmler-Fuhr Martina (2001, 2. Auflage) (Hg.), 417-437.
- Fuhr Reinhard, Sreckovic Milan, Gremmler-Fuhr Martina (2001, 2. Auflage) (Hg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Gallo, Fred G. (2009): Energetische Selbstbehandlung. Durch Meridianklopfen traumatische Erfahrungen heilen. München: Kösel
- Götter Ursula (2000): Falldarstellung eines 9jährigen Mädchens mit gehäuften traumatischen Erfahrungen, Verlustängsten und Leistungsproblemen. In: Endres Manfred, Hauser Susanne (2000) (Hg.), 111-126.
- Grawe Klaus (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Gremmler-Fuhr Martina (2001): Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie. In: Fuhr Reinhard, Sreckovic Milan, Gremmler-Fuhr Martina (2001, 2. Auflage) (Hg.), 345-392.
- Grossmann Karin (2000): Praktische Anwendungen der Bindungstheorie. In: Endres Manfred, Hauser Susanne (2000) (Hg.), 54-78.
- Grossmann Klaus E., Grossmann Karin E. (2001): Bindungsqualität und Bindungspräsentation über den Lebenslauf. In: Röper Gisela, Hagen Cornelia von, Noam Gil (2001) (Hg.), 143-168.
- Gurwitsch Aron, Goldstein Haudek Else M., William E. Haudek (1971) (Hg.): Kurt Goldstein. Selected Papers/Ausgewählte Schriften. The Hague: Nijhoff.
- Hellbrügge Theodor (2006): Vom Deprivationssyndrom zur Entwicklungs-Rehabilitation. In: Brisch Karl Heinz, Hellbrügge Theodor (2006) (Hg.), 13-28.
- Hellbrügge Theodor (2009): Risiko- und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung. Mit einer Hommage an den Kinderforscher René Spitz. In: Brisch Karl Heinz, Hellbrügge Theodor (2009, 3. Auflage) (Hg.), 34-52.

- Hochgerner Markus, Hoffmann-Widhalm Herta, Nausner Liselotte, Wildberger Elisabeth (2004) (Hg.): Gestalttherapie. Wien: Facultas.
- Hochgerner Markus, Schwarzmann Melitta (2004): Psychosomatik in der Integrativen Gestalttherapie. In: Hochgerner Markus, Hoffmann-Widhalm Herta, Nausner Liselotte, Wildberger Elisabeth (2004) (Hg.), 307-330.
- Hoffmann-Widhalm Herta (2004): Traumatherapie. In: Hochgerner Markus, Hoffmann-Widhalm Herta, Nausner Liselotte, Wildberger Elisabeth (2004) (Hg.), 331-350.
- Hofmann Arne, Besser Lutz-Ulrich (2009): Psychotraumatologie bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlungsmethoden. In: Brisch Karl Hein, Hellbrügge Theodor (2009, 3. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta, 172-202.
- Höhmman-Kost Annette (1991): Bewegung ist Leben: Einführung in Theorie und Praxis der Integrativen Bewegungstherapie (IBT). Paderborn: Junfermann.
- Holst Dietrich von (2008): Soziale Umwelt und ihr Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden von Säugetieren. In Adler Rolf H., Herrmann Jörg Michael, Köhle Karl, Langewitz Wolf, Schonecke Othmar W., Uexküll Thure von, Wesiack Wolfgang (2008, 6. Auflage), 65–88.
- Hüther Gerald (2002): Gewalterfahrung und Verarbeitung traumatischer Erinnerungen aus neurobiologischer Sicht. In: Petzold Hilarion G., Wolf Hans-Ulrich, Landgrebe Birgit, Josić Zorica (2001) (Hg.), 413/77-424/88.
- Hüther Gerald (2007, 8. Auflage): Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther Gerald (2009): Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther Gerald, Korittko Alexander, Wolfrum Gerhad, Besser Lutz (2009): Neurobiologische Grundlagen der Herausbildung psychotraumabedingter Symptomatiken. Trauma & Gewalt 4/1 (2010), 18-31.

- Kepner James I. (1988): Körperprozesse. Ein gestalttherapeutischer Ansatz. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Köster Rudolf (1991): Was kränkt, macht krank. Seelische Verletzungen erkennen und vermeiden. Breisgau: Herder.
- Laucht Manfred (2000): Vulnerabilität und Resilienz in der Entwicklung von Kindern. Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie. In: Brisch Karl Heinz, Hellbrügge Theodor (2009, 3. Auflage), 53-71.
- Leuzinger-Bohleber Marianne (2009): Kontroversen zu unterschiedlichen Zugangsweisen zu frühen Entwicklungen und ihren Störungen. In: Leuzinger-Bohleber Marianne, Canestri Jorge, Target Mary (2009, 1. Auflage) (Hg.), 9-17.
- Leuzinger-Bohleber Marianne, Canestri Jorge, Target Mary (2009, 1. Auflage) (Hg.): Frühe Entwicklung und ihre Störungen. Klinische, konzeptuelle und empirische psychoanalytische Forschung. Kontroversen zu Frühprävention, Resilienz und ADHS. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Levine, Peter A. (1998): Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Essen: Synthesis.
- Lowen Alexander (1993): Bioenergetik. Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper. Reinbek: Rowohlt.
- Masten, Ann S. (2001): Resilienz in der Entwicklung: Wunder des Alltags. In: Röper Gisela, Hagen Cornelia von, Noam Gil (2001) (Hg.), 192-222.
- McFarlane Alexander, Yehuda Rachel (2000): Widerstandskraft, Vulnerabilität und der Verlauf posttraumatischer Reaktionen. In: Van der Kolk Bessel A., McFarlane Alexander, Weisaeth Lars (2000) (Hg.), 141-167.
- Menzel Randolph (2007): Wie Gehirne lernen, Vorlesungsmaterial Freie Universität Berlin. http://www.neurobiologie.fu-berlin.de/menu/lectures-courses/winter-0708/Lehrerfortbildung_26Okt07/WieGehirneLernen.PDF (14.07.2010).

- Müller Bertram (2001): Ein kategoriales Modell gestalttherapeutischer Diagnostik. In: Fuhr Reinhard, Sreckovic Milan, Gremmler-Fuhr Martina (2001, 2. Auflage) (Hg.), 647-671.
- Nausner Liselotte (2001): Phänomenologische und hermeneutische Grundlagen der Gestalttherapie. In: Fuhr Reinhard, Sreckovic Milan, Gremmler-Fuhr Martina (2001, 2. Auflage) (Hg.), 463-484.
- Neumayr Helene (2004, 4. Auflage): Zur Heilerin berufen. Heilkundige Frauen der Gegenwart. Berlin: Orlanda.
- Noeker Meinolf (2001): Risiko und Schutzfaktoren der familiären Adaptation an die chronische Erkrankung des Kindes: Ein klinischentwicklungspsychologisches Modell als Grundlage ressourcenorientierter Familienberatung. In: Röper Gisela, Hagen Cornelia von, Noam Gil (2001) (Hg.), 223-246.
- Oaklander Violet (2004, 13. Auflage): Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Osten Peter (2008): Integrative psychotherapeutische Diagnostik bei Traumatisierungen und PTBS. In: Fischer Gottfried, Schay Peter (2008, 1. Auflage) (Hg.), Psychodynamische Psycho- und Traumatherapie. Konzepte, Praxis, Perspektiven. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 39-76.
- Papoušek Mechthild (2006): Bindungssicherheit und Intersubjektivität. Gedanken zur Vielfalt vorsprachlicher Kommunikations- und Beziehungserfahrungen. In: Brisch Karl Heinz, Hellbrügge Theodor (2006) (Hg.), 61-90.
- Papoušek Mechthild, Wollwerth de Chuquisengo Ruth (2009): Auswirkungen mütterlicher Traumatisierungen auf Kommunikation und Beziehung in der frühen Kindheit. Werkstattbericht aus 10 Jahren Münchner Sprechstunde für Schreibabys. In: Brisch Karl Heinz, Hellbrügge Theodor (2009) (Hg.), 136-159.
- Paul Chris (2006, 5. Auflage). Warum hast du uns das angetan? Ein Begleitbuch für Trauernde, wenn sich jemand das Leben genommen hat. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

- Paulitsch Klaus (2004): Praxis der ICD-10-Diagnostik. Ein Leitfaden für PsychotherapeutInnen und PsychologInnen. Wien: Facultas.
- Perls Fritz S. (1948, 5. Auflage): Die Integration der Persönlichkeit. Theoretische Erwägungen und therapeutische Möglichkeiten. In: Petzold Hilarion (1992, 5. Auflage) (Hg.): Friedrich S. Perls. Gestalt. Wachstum – Integration. Aufsätze, Vorträge, Therapiesitzungen. Paderborn: Junfermann, 27-50.
- Perls Fritz (2007, 12. Auflage): Grundlagen der Gestalttherapie. Einführung und Sitzungsprotokolle. Bonn: Klett-Cotta.
- Petzold Hilarion (1985) (Hg.): Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. Paderborn: Junfermann.
- Petzold Hilarion (1991a): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. 1. Klinische Philosophie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold Hilarion (1991b): Selbsthilfe und Professionelle – Gesundheit und Krankheit, Überlegungen zu einem „erweiterten Gesundheitsbegriff“. In: Petzold Hilarion, Schobert Ralf (1991c) (Hg.) Paderborn: Junfermann, 17-28.
- Petzold Hilarion, Schobert Ralf (1991c) (Hg.): Selbsthilfe und Psychosomatik. Anleitungen zu wechselseitiger Hilfe. Paderborn: Junfermann.
- Petzold Hilarion G., Wolf Hans-Ulrich, Landgrebe Birgit, Josić Zorica (2001) (Hg.): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie.
- Reddemann Luise, Dehner-Rau Cornelia (2008a, 3. Auflage): Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Stuttgart: Trias.
- Reddemann Luise (2008b, 4. Auflage): Überlebenskunst. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann Luise (2008c, 5. Auflage): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reich Wilhelm (1973): Charakteranalyse. Frankfurt: Fischer.

- Riedesser Peter (2009): Entwicklungspsychopathologie von Kindern mit traumatischen Erfahrungen. In: Brisch Karl Heinz, Hellbrügge Theodor (2009, 3. Auflage) (Hg.), 160-171.
- Röper Gisela, Hagen Cornelia von, Noam Gil (2001) (Hg.): Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie Stuttgart: Kohlhammer.
- Rothschild, Babette (2002). Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung. Essen: Synthesis.
- Rüegg Johann Caspar (2001) (2007, 4. Auflage): Gehirn, Psyche und Körper. Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Saß Henning, Wittchen Hans-Ulrich, Zaudig Michael (1998, 2. Auflage): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Hogrefe: Göttingen.
- Schneider Kristine (1981): Widerstand in der Gestalttherapie. In: Petzold Hilari on (1981) (Hg.): Widerstand. Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie. Paderborn: Junfermann, 227-253.
- Schubert Christian, Schüssler Gerhard (2008): Psychoneuroimmunologie. I Empirische Befunde. In: Adler Rolf H., Herrmann Jörg Michael, Köhle Karl, Langewitz Wolf, Schonecke Othmar W., Uexküll Thure von, Wesiack Wolfgang (2008, 6. Auflage) (Hg.). München: Urban & Fischer, 145-173.
- Staemmler Frank-M, (2001): Verstehen und Verändern – Dialogisch-prozessuale Diagnostik. In: Fuhr Reinhard, Sreckovic Milan, Gremmler-Fuhr Martina (2001, 2. Auflage) (Hg.), 673-714.
- Stern Daniel (1979) (1994, 2. Auflage): Mutter und Kind. Die erste Beziehung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stieglitz Rolf-Dieter, Volz Hans-Peter (2007, 1. Auflage): Komorbidität bei psychischen Störungen. Bremen: Uni-Med.

- Šturma Jaroslav (2009): Psychische Deprivation als pathoplastischer und prognostischer Faktor bei Kindern mit minimaler zerebraler Dysfunktion. In: Brisch Karl-Heinz, Hellbrügge Theodor (2009, 3. Auflage), 203-208.
- Streeck-Fischer, Annette (2006): Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz. Stuttgart: Schattauer.
- Van der Hart Onno, Nijenhuis Ellert R. S., Steele Kathy (2008): Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung. Paderborn: Junfermann.
- Van der Kolk Bessel A. (1995): Psychische Folgen traumatischer Erlebnisse: Psychologische, biologische und soziale Aspekte von PTSD, Institut für Traumatherapie Oliver Schubbe.
<http://www.traumatherapie.de/users/vanderkolk/kolk1.html> (27.10.09)
- Van der Kolk Bessel A. (2000a): Die Vielschichtigkeit der Anpassungsprozesse nach erfolgter Traumatisierung: Selbstregulation, Reizdiskriminierung und Entwicklung der Persönlichkeit. In: van der Kolk Bessel A., McFarlane Alexander C., Weisaeth Lars (2000) (Hg.), 169-194.
- Van der Kolk Bessel A. (2000b): Der Körper vergisst nicht. Ansätze einer Psychophysiologie der posttraumatischen Belastungsstörung. In: van der Kolk Bessel A., McFarlane Alexander C., Weisaeth Lars (2000) (Hg.), 195-217.
- Van der Kolk Bessel A., McFarlane Alexander C., Weisaeth Lars (2000) (Hg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie. Paderborn: Junfermann.
- Van der Kolk Bessel A., Van der Hart Onno, Marmar Charles R. (2000): Dissoziation und Informationsverarbeitung beim posttraumatischen Belastungssyndrom. In: Van der Kolk Bessel A., Mc Farlane Alexander C., Weisaeth Lars (2000) (Hg.), 241-261.
- Votsmeier Achim (2001): Grundsätze der Gestalttherapie bei strukturellen Störungen. In: Fuhr Reinhard, Sreckovic Milan, Gremmler-Fuhr Martina (2001, 2. Auflage) (Hg.), 715-732

- Walch Sylvester (2003, 2. Auflage): Dimensionen der menschlichen Seele. Transpersonale Psychologie und holotropes Atmen. Düsseldorf und Zürich: Walter.
- Walch Sylvester (s. a.): Die heilende Kraft intensiver Leibprozesse. http://www.gestalttherapie.at/downloads/walch_leibprozesse.pdf (10.10.2009)
- Weyde Renate C. (1985): Leiberfahrung und Darstellung. In: Petzold Hilarion (1985) (Hg.), 431-451.
- Winnicott Donald W. (1990): Das Baby und seine Mutter. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wolf Ulrich (2001): Psychosomatik – die Leib-Seele-Einheit in der Gestalttherapie. In: Fuhr Reinhard, Sreckovic Milan, Gremmler-Fuhr Martina (2001, 2. Auflage) (Hg.), 789-810.
- Wöller Wolfgang, Gast Ursula, Reddemann Luise, Sion Torsten, Liebermann Peter (2001) (2004): Akute und komplexe Traumafolgestörungen. In: Rudolf Gerd, Eich Wolfgang (2004, 2. Auflage) (Hg.): Posttraumatische Belastungsstörung. Stuttgart: Schattauer, 25-50.
- Zankl Sabine (2008). Masterthese. Ausgewählte Erkenntnisse der Neurobiologie – bezüglich seelischer Widerstandskraft bei Menschen mit Traumafolgestörungen – Impulse für die Integrative Gestalttherapie. http://www.gestalttherapie.at/gestalttherapie_graduierung.html (03.11.2009)

Audio-Dateien:

Ö1-Sendung über Maurice Merleau-Ponty. Ein dritter Weg: Der Leib zwischen Körper und Geist. Donnerstag, 13.3.08, 19:05 von Lukas Wieselberg.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Entwicklungspsychopathologischer Referenzrahmen (Riedesser 2009, 163).....	92
---	----

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ätiologische Faktoren, die den Übergang von akutem Distress zur psychiatrischen Störung eines Traumas bestimmen. (McFarlane, Yehuda 2000, 142).....	12
Abbildung 2: Tendenzielle Folgen eines Traumas in Abhängigkeit von der sozialen Unterstützung, dem Alter und Entwicklungsstand. (Streeck-Fischer 2006, 3).....	20
Abbildung 3: Kontinuum der Körperverleugnung (Kepner 1988, 51).....	32
Abbildung 4: Übersicht über traumareaktive Entwicklungen (Rudolf, Eich 2004, 5)	69
Abbildung 5: Störungen durch extremen Stress, die nicht anderweitig spezifiziert sind. DESNOS: Disorders of extreme stress not otherwise specified. (American Psychiatric Association 1996, s. p., cit. Wöller, Gast et al. 2004, 35)	70
Abbildung 6: Kriterien für die Einschätzung des Strukturniveaus (Arbeitskreis OPD 2006, 258)..	79