

Buchartikel in: v. Spreti, Martius, Henningsen (Hrsg.): Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen, Elsevier, 2007

## **Folgen von Traumatisierungen in der Kindheit**

Martin Sack

Patientinnen und Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen berichten häufig über Erfahrungen von sexueller Gewalt, Vernachlässigung und Misshandlung in der Kindheit. Therapeuten aller Berufsgruppen werden daher zwangsläufig in ihrer Arbeit mit Berichten über kindliche Traumatisierungen konfrontiert und müssen sich persönlich - einschliesslich möglicher eigener traumatischer Erfahrungen - mit dieser Thematik auseinandersetzen und ein professionelles Verständnis für den Umgang mit Traumafolgestörungen entwickeln.

## **Symptomatik und Definition der Störungsbilder**

Die International Classification of Diseases (ICD) der Weltgesundheitsorganisation unterscheidet in ihrer aktuellen Version ICD-10 akute und chronische Folgen von psychischen Traumatisierungen. Durch akute außergewöhnliche Belastungen (Naturkatastrophe, Unfall, Gewalttat) ausgelöste psychische Reaktionen werden als **'Akute Belastungsreaktion'** (ICD-10 F43.0) klassifiziert. Kennzeichen der Akuten Belastungsreaktion sind Gefühle von Entfremdung und emotionaler Abstumpfung, Wiedererleben der traumatischen Szene und Angstzustände mit unmittelbarem Beginn innerhalb weniger Minuten nach dem traumatischen Ereignis. Die Symptome der akuten Belastungsstörung sind vorübergehend und klingen mit einer Zeitdauer von wenigen Tagen bis maximal wenigen Wochen ab. Abhängig von der Schwere der Traumatisierung, von möglichen Vorbelastungen und von den verfügbaren psychischen und sozialen Ressourcen entwickelt sich bei einem Teil der Betroffenen eine persistierende Symptomatik im Sinne einer **'Posttraumatischen Belastungsstörung'** (ICD-10 F43.1) die eine schlechtere Prognose zur Spontanremission hat und unbehandelt oft über Jahre hinweg chronifiziert fortbesteht. Für die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) wird gefordert, dass ein außergewöhnlich bedrohliches traumatisches Ereignis tatsächlich erlebt (selbst bedroht oder verletzt bzw. Zeuge) wurde und dass dieses mit einer relevanten subjektiven Belastung einherging (Kriterium A). Die Symptomkriterien beschreiben eine für psychische Traumafolgen charakteristische Konstellation von 3 Symptombereichen: (Kriterium B): Wiedererleben, (Kriterium C): Vermeidungsverhalten, (Kriterium D): erhöhtes psychophysiologisches Erregungsniveau oder Erinnerungslücken bezüglich des Traumas. Psychische Belastungsreaktionen nach Stressoren, die nicht die Kriterien einer außergewöhnlichen oder katastrophalen Belastung erfüllen, werden als **'Anpassungsstörung'** (ICD10 F43.2) klassifiziert. Kennzeichen der Anpassungsstörung ist ein Beginn in engem zeitlichem Zusammenhang mit der psychosozialen Belastung. Das Beschwerdemuster ist unspezifisch und kann depressive Reaktionen, Angstsymptome, sozialen Rückzug und somatoforme Symptome umfassen, ohne die vollen Symptomkriterien anderer Störungen zu erfüllen. Die Beschwerdedauer ist definitionsgemäß auf maximal 6 Monate nach Ende der belastenden Situation beschränkt, was aber nicht unbedingt der klinischen Realität entspricht, da viele Anpassungsstörungen wesentlich länger dauern.

Post-traumatische Belastungsstörungen infolge von Traumatisierungen in der Kindheit oder im späteren Leben sind eine in ihrer Häufigkeit und sozioökonomischen Bedeutung

immer noch unterschätzte Erkrankung. Unter Zugrundelegen der Diagnosekriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung (Posttraumatic stress disorder, kurz PTSD) nach DSM-III-R, liegt die Lebenszeitprävalenz in den USA für beide Geschlechter bei 7,8% bis 12,3%, wobei etwa doppelt so viele Frauen betroffen sind wie Männer (Kessler et al. 1995). Für die deutsche Allgemeinbevölkerung gibt es keine epidemiologisch gesicherten Prävalenzzahlen, aber die Bedeutung von Traumatisierungen für die Entstehung oder für die Chronifizierung psychischer Störungen wird immer deutlicher. Ein Beispiel hierfür ist die lebhaft diskutierte Diskussion in den Medien über die psychischen Folgen von Traumatisierungen für Unfallopfer und Rettungskräfte in der letzten Zeit.

Die empirischen und klinischen Befunde zu Traumatisierungen in der Kindheit haben Egle, Hoffmann & Joraschky in einer Monographie zusammengestellt (Egle et al. 1997). Danach ist die Rolle von Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung für eine Reihe von psychischen Störungen wie Selbstverletzendem Verhalten, Borderline-Störungen und Dissoziativen Störungen mittlerweile unstrittig und scheint auch für Subgruppen von Patienten mit Eßstörungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und Somatisierungsstörungen von erheblicher Relevanz zu sein.

Schon seit langem wurde in der Diskussion über die Folgen von sexueller Gewalt und Misshandlung in der Kindheit kritisiert, dass das Spektrum der traumaassoziierten Symptome weit über den eng eingegrenzten Bereich der Posttraumatischen Belastungsstörung hinausreicht und durch diese diagnostische Kategorie nur unzureichend erfasst wird. Einmalige Traumatisierungen (Typ-I Trauma), wie z.B. Unfälle oder Naturkatastrophen unterscheiden sich in ihrer Pathogenität und im Ausmaß der potentiellen psychischen Folgesymptome von Extremtraumatisierungen (Typ-II Trauma) die besonders schwerwiegend, wiederholt oder langdauernd einwirken. Als Langzeitfolgen von lebensgeschichtlich frühen, besonders schweren oder langdauernden Traumatisierungen lassen sich körperliche Beschwerden unklarer Ätiologie, dissoziative Symptome, chronisches selbstschädigendes oder selbstverletzendes Verhalten sowie eine verzerrte kognitive und affektive Selbstwahrnehmung beispielsweise im Sinne von Schuld und Schamgefühlen beschreiben. Ergänzend zur Diagnose PTBS wurde daher die Diagnose **'Komplexe posttraumatische Belastungsstörung'** vorgeschlagen (Herman 1992; Sack 2004). Die zugehörigen Symptombereiche sind Störungen der Affektregulation, dissoziative Symptome, gestörte Selbstwahrnehmung, Störungen der Sexualität und Beziehungsgestaltung sowie Veränderungen persönlicher Glaubens- und Wertvorstellungen. Trotz empirischer Befunde, die eine hohe Prävalenz komplexer Traumafolgestörungen belegen, hat die Diagnose komplexe PTBS noch nicht Eingang in die internationalen Klassifikationssysteme gefunden in der Regel erhalten Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen daher eine Vielzahl sogenannter komorbider Diagnosen (siehe Tab. 1).

Tab. 1 Häufige Symptome und zugeordnete klinische Diagnosen bei chronisch traumatisierten Patienten

<b>Symptomatik</b>	<b>Klinische Diagnose</b>
Intrusionen, Vermeidungsverhalten	Posttraumatische Belastungsstörung
Soziale Ängste, Phobien	Angststörungen
Suizidalität, Hoffnungslosigkeit	Depressive Störungen
Erschöpfung, Schmerzsyndrome, erhöhtes vegetatives Erregungsniveau	Somatoforme Störungen
Amnesien, Depersonalisation und Derealisation, Bewegungsstörungen, Anfälle	Dissoziative Störungen
Beziehungsstörungen, Misstrauen, Impulsivität, Selbstverletzen, Scham und Schuldgefühle	Persönlichkeitsstörungen
Alkohol- und Medikamentenmissbrauch	Suchterkrankungen
Wasch- und Reinigungszwänge	Zwangsstörungen

### **Ätiologische Konzepte**

Die Vielfalt der Beschwerden, an denen Patienten als Folge schwerer kindlicher Traumatisierungen leiden, erschließt sich dem Verständnis erst dann, wenn man die Symptomatik als Anpassungsstrategie und kompensatorische Bewältigung von zugrundeliegenden Regulationsdefiziten, Ängsten und traumatischen Beziehungserfahrungen begreift (van der Kolk 1996). Aus der Perspektive von Betroffenen erscheint die Umwelt aufgrund von traumatischen Erfahrungen oft als unsicher und durch nicht vorhersehbare Gefahren gekennzeichnet. Hinzu kommt ein fehlendes Gefühl von Kompetenz und Selbstsicherheit, vermittelt durch die Erfahrung, dass die eigenen Impulse und Affekte schwer steuerbar und beherrschbar sind. Zudem erleben sich Patienten häufig ihren in Alpträumen und Intrusionen andrängenden belastenden Erinnerungen in einer sehr quälenden Weise ausgeliefert. Vor dem Hintergrund wiederholter negativen Beziehungserfahrungen entwickeln sich in zunehmendem Maße Misstrauen, Ängste, Rückzugsverhalten, Kontakt- und Beziehungsschwierigkeiten. Diese Symptomatik erreicht schließlich ein so großes Ausmaß und betrifft so viele Lebensbereiche, dass sie als schwere psychische Erkrankung mit dem Rang einer Persönlichkeitsstörung imponiert.

Patienten mit komplexer PTBS waren in der Regel in der Kindheit über lange Zeit schweren Traumatisierungen ausgesetzt gewesen. Dabei sind nicht nur einzelne traumatisierende Handlungen, wie sexueller Missbrauch oder schwere körperliche Misshandlungen als pathogen einzustufen. Auch die häufig mit desolaten Familienverhältnissen einhergehende Vernachlässigung im Sinne fehlender emotionaler Ansprache und Unterstützung sowie psychische Misshandlungen, z.B. in der Form von Beschimpfen oder Anschreien müssen als kumulativ traumatisierend eingeschätzt werden. Dies trifft besonders dann zu, wenn die Traumatisierungen bereits in den ersten Lebensjahren begannen, da dann besonders vulnerable Entwicklungsphasen betroffen sind.

Ergebnisse der Bindungsforschung zeigen, dass ein hoher Anteil von Kindern mit Gewalt-, Verlust- oder Vernachlässigungserfahrungen ein desorganisiertes Bindungsmuster aufweist

(Muller et al. 2000). Ein desorganisierter Bindungsstil lässt sich psychologisch als Fehlen einer Bewältigungsstrategie für den Umgang mit Stress in Beziehungen verstehen. Verlässliche und haltgebende Beziehungserfahrungen können dann, auch aufgrund der Vermeidung der mit Gefahr von erneuter Traumatisierung assoziierten Nähe, kaum mehr ausreichend gemacht werden. Dies hat zur Folge, dass eine Internalisierung guter Beziehungserfahrungen misslingt und so die Entwicklung eines kohärenten Weltbildes sehr erschwert wird. Frühkindliche Traumatisierungen haben einen negativen Einfluss auf die Entwicklung der Fähigkeit zu sicherer Bindung, zu Affektregulation und Stressmodulation und damit nicht zuletzt auch auf neurobiologisch verankerte Funktionsmuster, die Grundlage einer adäquaten Bewältigung von angstbesetzten Reaktionen und von Stress sind (Schore 2002).

### **Behandlung von Folgen kindlicher Traumatisierungen**

Die Einteilung der Behandlung in die Phasen Stabilisierung, Traumabearbeitung und Reintegration erscheint für die Therapie komplex traumatisierter Patienten nur begrenzt sinnvoll. Häufig ist es notwendig, zwischen den idealtypischen Therapiephasen zu pendeln und z.B. Elemente der Stabilisierung in die Traumabearbeitung zu integrieren oder auch schon bei noch nicht völlig abgeschlossener Bearbeitung traumatischer Erinnerungen an einer Neuorientierung im Alltag zu arbeiten. Gerade bei Patienten mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung nach schweren kindlichen Traumatisierungen kommt – aufgrund der Defizite der Affektregulation und Selbstregulation - der Stabilisierungsphase eine besonders große Bedeutung zu. Ein ganz wesentliches Element der Stabilisierung ist die Anknüpfung an bereits vorhandene persönliche Fähigkeiten und Ressourcen um diese auszubauen und zu fördern.

Ziel der ersten Therapieschritte ist es, wieder Kontrolle über die eigenen emotionalen Reaktionen zu gewinnen und ein Grundgefühl von persönlicher Sicherheit zu erreichen. Patienten mit Folgesymptomen kindlicher Traumatisierungen sind oft zwischen den Extremen zu viel zu fühlen (Intrusionen) oder zu wenig zu fühlen (Dissoziation) gefangen. Vorrangiges Ziel ist daher der Aufbau von Fähigkeiten zur Affektregulation, d.h. zur Fähigkeit emotionale Erregung zu ertragen, ohne sich selbst zu verletzen, aggressiv zu werden oder zu dissoziieren. Solange diese Fähigkeit noch nicht in ausreichendem Masse vorhanden ist, läuft eine Bearbeitung von traumatischen Erinnerungen beispielsweise im Rahmen einer Expositionsbehandlung Gefahr erfolglos zu bleiben oder sogar den Patienten zu schaden. Auf der anderen Seite kann eine beständige Stabilität oft erst dann erreicht werden, wenn traumatische Erinnerungen – die, durch Auslöser getriggert - immer wieder zur Destabilisierung führen, bearbeitet sind. In diesem Sinne kann es sinnvoll sein, eine Traumabearbeitung relativ frühzeitig mit dem Ziel der Stabilisierung durchzuführen, auch wenn die Voraussetzungen hinsichtlich der Fähigkeit zur Affektregulation noch nicht optimal sind. Hierfür empfiehlt sich besonders der Einsatz von ressourcenaktivierenden und schonenden Traumabearbeitungstechniken (Sack et al. 2005).

Patienten mit Folgen kindlicher Traumatisierungen profitieren insgesamt eher von einer speziell auf ihre Problematik ausgerichteten Behandlung und weniger von ausschließlich symptomorientierten Behandlungsansätzen, wie z.B. Expositionsbehandlung oder von ausschließlich konfliktorientierten Behandlungsansätzen. Spezifische Themen für die psychotherapeutische Behandlung komplex traumatisierter Patienten sind der Verlust des

Vertrauens in andere Menschen, Scham, Schuldgefühle und die fehlende Fähigkeit zur Selbstfürsorge bzw. autodestruktive Tendenzen.

Tab. 2: Strategien zur Behandlung von Traumafolgestörungen nach schweren kindlichen Traumatisierungen

- Die Traumabearbeitung erfolgt zunächst mit Auslösesituationen und traumabezogenen Belastungen in der Gegenwart; erst danach mit zeitlich früher liegenden Traumatisierungen
- Distanzierungstechniken (z.B. Beobachterperspektive) werden zur Dosierung der Belastung gezielt eingesetzt
- Es kann hilfreich sein, unter Einbeziehung von Techniken der sogenannten 'Ego-State Therapie', die Traumabearbeitung mit zu der Phase der Traumatisierung gehörenden Persönlichkeitsanteilen (z.B. traumatisierter kindlicher Anteil) durchzuführen
- Günstig ist, Traumabearbeitung mit Techniken zur Aktivierung von Ressourcen zu kombinieren, im Sinne eines Pendelns zwischen Ressourcenaktivierung und Aktualisierung der traumatischen Erinnerung
- Eine besonders sorgfältige Nachbearbeitung der Traumatherapiesitzungen (Mit dem Ziel einer Integration der neu gewonnenen Information) ist erforderlich

Bei Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen wird die Traumabearbeitung in der Regel nicht mit der schlimmsten traumatischen Erinnerung begonnen. Es ist sinnvoll, zunächst mit einem weniger belastenden Trauma, bzw. mit traumabezogenen Ängste und Auslösesituationen in der Gegenwart zu beginnen, um die Patienten an die Behandlung zu gewöhnen und auch um als Therapeut Informationen über die Belastbarkeit des Patienten zu sammeln. Diese Vorgehensweise hat zudem den Vorteil, dass spezifische, die aktuelle Symptomatik unterhaltende unverarbeitete traumatische Erinnerungen durch Rückwärtsprojektion (Therapeut: 'auf welche traumatische Belastung lässt sich diese akute Problematik beziehen?') gezielt identifiziert und dann aufgearbeitet werden können (siehe Tab. 2). Die Steuerbarkeit der Traumaexposition läßt sich durch die Einbeziehung von Distanzierungstechniken verbessern, beispielsweise kann explizit vereinbart werden, dass das Trauma aus einer Beobachterperspektive heraus geschildert und bearbeitet wird (Reddemann 2004).

Im Regelfall sind im Anschluss an eine Bearbeitungssitzung weitere Gesprächstermine notwendig, um das Erlebte zu verarbeiten und um die neu gewonnenen Informationen zu verknüpfen und zu integrieren. Diese Nachbereitung hat das Ziel die eigene Geschichte – einschließlich belastender und negativer Aspekte – faktisch und emotional zugänglich zu machen und in die individuelle Biographie zu integrieren.

In dieser Behandlungsphase sind individuell sehr unterschiedliche Bedürfnisse zu berücksichtigen. Hierzu gehört oft auch die Auseinandersetzung mit der Scham zum Opfer geworden zu sein und mit den dazugehörigen Schuldgefühlen. Der Betroffene steht vor der Notwendigkeit, das traumatische Erlebnis, die erlittenen seelischen und körperlichen Verletzungen und Verluste in die persönliche Biographie und in die Weltsicht zu integrieren. Was tatsächlich geschehen ist, und was man sich gewünscht hätte muß nebeneinander existieren können. Die Abschlußphase einer Traumabehandlung hat Ähnlichkeiten zu einem Trauerprozeß. Es verwundert daher nicht, daß es nach erfolgreichem Abschluß der

Traumabearbeitung zu existentiellen Krisen mit dem Gefühl der Sinnlosigkeit, der Isoliertheit und Unverbundenheit mit anderen Menschen, bis hin zur Suizidalität kommen kann.

Zur Wiederanknüpfung an das Leben ist es wichtig, daß es gelingt, zusätzliche Unterstützungssysteme aufzubauen, auch wenn die therapeutische Beziehung vorübergehend vorrangig heilende Kraft sein kann. Durch gemeinsame Gespräche in Gegenwart der Partner und anderer Familienmitglieder können diese hilfreich in die Behandlung einbezogen werden. Auch die Planung der konkreten nächsten Zukunft gehört in diesen Rahmen. Oft bringt die Traumatherapie eine Neuorientierung mit sich, die sich in einer Veränderung persönlicher Pläne und Ziele niederschlägt.

Eine weiteres Behandlungsziel, besonders bei in der Kindheit schwer traumatisierten Menschen, ist der Umgang mit verinnerlichten traumatischen Beziehungserfahrungen. Diese können sich als Impulse ausdrücken, genauso grausam oder unbeherrscht zu reagieren, wie traumatisierende Bezugspersonen. Man spricht in diesem Zusammenhang von Täterintrojekten und täteridentifizierten Persönlichkeitsanteilen. Oft beschreiben Patienten die Angst, genauso zu werden wie ihr gewalttätiger Vater oder wie eine andere traumatisierende Bezugsperson. Wenn Patienten im Verlauf einer Therapie feststellen, daß sie selbst die Neigung zu Gewalt oder impulsiven Handlungen in sich tragen, löst dies Selbsthaß und Scham aus. Es empfiehlt sich dann in der Therapie die Mechanismen der Prägung durch gute, wie schlechte Beziehungserfahrungen zu erklären. Jemand, der um seine eigenen destruktiven Impulse weiß, kann lernen, damit umzugehen und ist diesen inneren Tendenzen nicht wehrlos ausgeliefert. Zudem lassen sich täteridentifizierte Prägungen durch Traumabearbeitung oft neutralisieren oder sogar völlig auflösen. Nach aller Erfahrung werden traumatisierte Menschen, die um ihre eigenen destruktiven Persönlichkeitsanteile wissen und die sich in Therapie begeben, nicht zu Tätern. Traumatherapie birgt die Chance, dass der Kreislauf der über die Generationen weiter gegebenen Gewalt erfolgreich durchbrochen werden kann.

#### Literatur

- Egle,U.T., Hoffmann,S.O., Joraschky,P. (1997):** Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Stuttgart.
- Herman,J.L. (1992):** Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. Journal of Traumatic Stress 5, 377-391.
- Kessler,R.C., Sonnega,A., Bromet,E., Hughes,M., Nelson,C.B. (1995):** Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry 52, 1048-1060.
- Muller,R.T., Sicoli,L.A., Lemieux,K.E. (2000):** Relationship between attachment style and posttraumatic stress symptomatology among adults who report the experience of childhood abuse. J. Trauma Stress 13, 321-332.
- Reddemann,L. (2004):** Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT - das Manual. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart.
- Sack,M. (2004):** Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. Nervenarzt 75, 451-459.
- Sack,M., Lempa,W., Gromes,B. (2005):** Traumaexposition 'light' - nur wünschenswert oder schon machbar? Persönlichkeitsstörungen 9, 45-50.
- Schore,A.N. (2002):** Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. Aust. N. Z. J Psychiatry 36, 9-30.
- van der Kolk,B.A. (1996):** The complexity of adaptation to trauma: self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In: B.A.van der Kolk, McFarlane,A.C. und Weisaeth,L. (Hrsg.): Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. Guilford Press, New York, London, S. 182-214.