

Hypervigilanz und Traumastress

Hyper bedeutet soviel wie „über“, Vigilanz ist der pathologische Begriff für „Wachheit“. Die Hypervigilanz ist in der Psychotraumatologie also eine Form der *Überwachheit* im Zusammenhang mit traumatischem Erleben. Es ist eine Art Übersensibilität, ein Zustand von Wachsamkeit und ein Alarmsystem.

Es entsteht in Zusammenhang mit traumatischen Ereignissen und soll dafür sorgen, dass eine Wiederholung dieser traumatischen Ereignisse vermieden wird. Die Hypervigilanz könnte man mit einem riesigen Scanner vergleichen, der die Umgebung abtastet, um eventuelle Trigger oder Stimulireize ausfindig zu machen, die in irgendeinem Zusammenhang mit den erlebten Traumata stehen könnten, um dann in der Folge einen Alarm auszulösen. Der Alarm wird beispielsweise in Form von Angst- oder Panikerleben wahrgenommen. Unser Stoffwechsel verändert sich bei starker Hypervigilanz, da unser Organismus in solchen Situationen Stresshormone ausschüttet. Je stärker und länger diese Zustände andauern, desto mehr Energie verbrauchen wir für das Aufrechterhalten dieses „Scann-Systems“ in uns. Ein Dauerzustand an Stress – traumatisch bedingter Stress – führt in der Regel dazu, dass sich dieser Zustand ausbreitet und andere Bereiche unseres Lebens „infiziert“. Die dafür benötigte Energie holt sich die Hypervigilanz von der Ebene I (TSM) – der Ebene des Erlebens. Dadurch reduzieren sich unsere kognitiven Leistungen und unsere Fähigkeiten zu Aufmerksamkeit und Fokussierung nehmen ab, auch die Merkfähigkeit sinkt. Bei vielen Menschen entsteht eine motorische Unruhe und eine Grundnervosität. Sie finden irgendwie keine innere Ruhe und erreichen keinen Zustand der Gelassenheit. Es kommt bei anhaltendem

Traumastress nicht selten zu einer emotionalen Instabilität mit häufigem Stimmungswechsel, Gereiztheit und weiteren Ängsten. Bei der Neigung zu einer Chronifizierung entstehen auf dieser Basis meist Schlafstörungen im Sinne von Ein- und Durchschlafstörungen sowie häufiges Erwachen in der Nacht oder auch frühes Erwachen in den Morgenstunden und einem Gefühl der Erschöpfung und Abgeschlagenheit. Der Schlaf wird nicht mehr als Erholung wahrgenommen. Diese Symptome treten auch bei depressiven Menschen auf – und auch hier gibt es deshalb eine riesengroße Anzahl an Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen.

Die Auseinandersetzung mit der Hypervigilanz in Zusammenhang mit traumatischem Erleben und der Entstehung von traumatischem Stress ist für die Traumaaarbeit sehr bedeutsam. Die Symptome werden meist nicht korrekt zu einem traumatischen Erleben zugeordnet, so dass es eben zu einer Vielzahl an Fehldiagnosen kommt. ADHS und Asberger sind neben Depressionen sowie Angst- und Panikstörungen wohl die häufigsten Fehldiagnosen; diese Patienten bilden in der Folge eine recht große Gruppe von Fehlbehandelten.

Vermeidung / Vermeidungsverhalten

Eine andere Strategie, den traumatischen Bodyguard auszusperrern, ist die Vermeidung.

Meiden traumatisierte Menschen Bereiche, in denen das „Scan-Programm“ Trigger entdeckt, beruhigt sich das Traumastresssystem. Der Organismus kann sich erholen und zur Ruhe kommen. Aus diesem Grund wird Vermeidungsverhalten in diesem Zusammenhang als ein (vorerst) geeignetes Mittel verstanden und praktiziert.

Zum Vermeidungsverhalten gehören aber auch Symptome oder vollständige Störungsbilder aus dem Bereich der sozialen Phobien. In diesem Bereich kann die Vermeidung Ausmaße annehmen, die das Leben des Betroffenen so stark beschränken, dass man sie nicht mehr als förderlich betrachten würde. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn der Kontakt zu anderen Menschen derart reduziert wird, dass es zu völliger Vereinsamung und Isolation kommt. Häufig wird dann nicht einmal mehr die Wohnung oder das Haus verlassen. Es kann sogar so weit gehen, dass nicht einmal mehr der Weg zum Postkasten geschafft wird, so dass die eigene Post nicht mehr bearbeitet werden kann. Aber auch spezifische Phobien kommen nicht selten vor. So können vielleicht öffentliche Verkehrsmittel, Fahrstühle oder Rolltreppen nicht mehr benutzt werden. Das Einkaufen in Supermärkten wird nicht mehr oder nur noch zu bestimmten Zeiten möglich; die Arbeitsstelle wird nicht mehr aufgesucht und hierfür Ausreden „erfunden“; die Schule wird geschwänzt oder wichtige Termine bei Behörden zur Beantragung von Geldern oder anderen Leistungen nicht wahrgenommen und

so weiter.

Interessant bei den Strategien der Vermeidung ist, dass sie bei fortschreitender Chronifizierung nicht selten generalisieren und sich somit weiter ausbreiten. Die soziale Teilhabe reduziert sich dadurch immer mehr und der Leidensdruck vergrößert sich, vermischt sich vielleicht mit einer depressiven Symptomatik oder gar einem Empfinden von Sinn- und Ausweglosigkeit.

Zu Beginn sorgt die Strategie der Vermeidung für eine Senkung der Hypervigilanz, von Traumastress und von Dissoziationen, weil logischerweise die Trigger ausbleiben.

In der Folge wird aber zunehmend die Strategie selbst zum Problem und sorgt für immer größer werdenden Leidensdruck. Es braucht nun eine neue Strategie, um die Dissoziationen, die Hypervigilanz und den Traumastress sowie das Vermeidungsverhalten in den Griff zu bekommen, so dass eine Teilhabe in der Gesellschaft noch irgendwie aufrechterhalten werden kann.

Eine zunehmende Abhängigkeit von Fremdsystemen, insbesondere die von professionellen Hilfssystemen, führt zu einem bekannten und im Traumaverständnis grundsätzlichen Trigger:, nämlich den der Fremdbestimmung. Jede Form von Fremdbestimmung verstärkt dann wieder das komplette Traumasystem, mit all seinen Erscheinungen: bestehend aus dem traumatischen Erleben, der Hypervigilanz und dem daraus entstehenden Traumastress. Das wiederum führt zu

noch intensiverem Vermeidungsverhalten...

In der Folge werden zum Beispiel dann auch die vereinbarten Termine mit den professionellen Helfersystemen nicht oder nur noch unregelmäßig wahrgenommen, was wiederum zu erneuten Problemen führt. Die gut gemeinten Regulierungshilfen werden von den traumatisierten Menschen als Regulierungshemmnisse erlebt und lösen dann entsprechenden Stress aus. Der Kreislauf der Chronifizierung schreitet fort.

Traumafolgestörungen

Als letztes möchte ich in diesem Zusammenhang auf die sog. Traumafolgestörungen eingehen.

Traumafolgestörungen stehen nicht mehr in einer direkten Kausalität zum traumatischen Erleben. Sie dienen aber dazu, das traumatische Erleben, Traumastress, Hypervigilanz und Vermeidungsverhalten zu regulieren und somit zu reduzieren. Sie bekommen das bereits chronifizierte Traumasystem teilweise oder vollständig in den Griff. Der Preis, der dafür zu bezahlen ist, ist jedoch mittel- bis langfristig sehr hoch und kommt einem radikalen Raubbau an den eigenen Ressourcen gleich.

Zu den Traumafolgestörungen gehören eine ganze Reihe von Symptomen oder (vollständigen) Störungsbildern wie etwa der Konsum von Alkohol und psychotroper Substanzen bis hin zu ausgeprägten Abhängigkeiten oder Süchten – seien sie nun

stoffgebunden oder stoffungebunden, wie zum Beispiel Spielsucht, Konsum- und Kaufsucht oder Sexsucht.

Durch den abendlichen Konsum von Alkohol beispielsweise kann Hypervigilanz und Traumastress so weit reduziert werden, dass im Gegensatz zum nüchternen Zustand ein Schlaf möglich ist, so dass der Betroffene weiterhin zur Arbeit gehen kann. Auch wird das traumatische Erleben in seiner Dissoziationsfähigkeit betäubt oder träge gemacht. Ein Jugendlicher würde sich vielleicht herunterkiffen, so dass er schlafen kann, um am nächsten Tag zur Schule oder zur Ausbildung gehen zu können.

Aber auch die Arbeitssucht (workaholism) – der sogenannte Workaholiker – kann durchaus zu den Traumafolgestörungen gehören. Durch das unentwegte Arbeiten und Beschäftigt-Sein kommt der traumatisierte Mensch nicht zur Ruhe und kann durch das Aufrechterhalten von „Machen-und-Tun“ Kontrolle aufbauen, die dem Gefühl von Ohnmacht entgegenwirkt. Gleichzeitig hat das viele Arbeiten in einer Hochleistungsgesellschaft einen hohen Stellenwert, so dass hierüber auch ein sozialer Status aufrechterhalten werden kann.

Aber auch andere Symptome, Störungen und Verhaltensweisen können als Traumafolgestörung verstanden werden, wenn sie sich dazu eignen, Symptome aus dem Traumakomplex zu senken.

Hierzu gehören Essstörungen, Selbst- und Fremdverletzungen, Prostitution, Vandalismus, Zwänge, Obdachlosigkeit,

Straßenkinder, *entlastungspsychotisches Erleben*, Intelligenzminderung bis hin zur geistigen Behinderung, und einigen Persönlichkeitsstörungen sowie psychovegetative Störungen, Konversionsstörungen sowie körperliche Erkrankungen.

So ist beispielsweise die *emotional-instabile Persönlichkeitsstörung* in beiden Formen, in der des *impulsiven Typs* und der des *Borderline-Typs* nach meiner Auffassung eine Form der Traumafolgestörung – mindestens auf der Basis eines Bindungstraumas, oft auch aufgrund sexualisierter Gewalt oder körperlicher Misshandlung.

Die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung steht in der Regel in Zusammenhang mit zahlreichen Bindungsabbrüchen in der Kindheit (meist unter sechs Jahren, was wir als „*Broken-Home*“ bezeichnen) oder mit einer sog. *Double-Bind-Beziehung*, die gekennzeichnet ist durch eine extreme Nähe und einem Gebraucht-Werden einerseits bis hin zu einer extremen Distanz (Verwahrlosung und Vernachlässigung) und einem Nicht-Erwünscht-Sein andererseits. Nicht selten ist ein solches Konstrukt mit einer Schuld und Verantwortungsübernahme für die Mutter oder den Vater verbunden oder mit einer großen Scham.

Im 2. Teil werde ich auf das Konstrukt der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung, sowie auch auf andere Symptome, Störungen und Verhaltensweisen, die als Traumafolgestörungen zu werten sind, besonders eingehen.