
Aber komme ich zurück zum Trauma.

Grundsätzlich kennen wir zwei Arten von traumatischem Erleben, benannt nach ihrer Entstehungsart:

Das Schocktrauma und das Entwicklungstrauma

Schocktraumatisches Erleben entsteht auf der Basis eines plötzlich eintretenden katastrophalen Ereignisses, mit dem das Alltagsleben völlig überfordert ist. Der betroffene Mensch ist quasi völlig überwältigt. Es erschüttert den gesamten Organismus und lässt ihn für kurze Zeit erstarren. Diese Erstarrung (Einfrieren) nennen wir die *schocktraumatische Starre*. Sie ist mit dem Verstand des Alltagslebens nicht erklär- und begreifbar.

Plötzlich eintretende, katastrophale Ereignisse sind zum Beispiel Unfallsituationen, Vergewaltigung, Überfall oder Naturkatastrophen. Aber auch der plötzlich eintretende Tod oder eine sonstige plötzliche Trennung kann einen traumatischen Schock auslösen.

Alle diese Ereignisse sind im Ausmaß viel erheblicher als „nur“ eine Krise – sie werden als *katastrophal* erlebt und erschüttern unsere Grundfeste.

Aber nicht alle Menschen erleben dieselbe Situation als gleichsam traumatisch. Wir sind unterschiedlich gut vorbereitet auf den Umgang mit kritischen Ereignissen. Unser Vermögen, mit solchen Situationen umzugehen, ist eng verknüpft mit unserer Resilienzfähigkeit, also unserer Fähigkeit, ohne anhaltende Beeinträchtigungen, mit einer schwierigen Lebenssituation umzugehen. Was für den einen noch eine Krise bedeutet, erlebt ein anderer schon als

Katastrophe. Hier gibt es natürlich keine klare Grenze; die Übergänge sind fließend und somit das traumatische Erleben in seiner Qualität unterschiedlich.

Auch die Verarbeitungsstrategien im Nachhinein sind stark verbunden mit der Qualität des traumatischen Erlebens. Auch hierbei spielt unter anderem wieder die zur Verfügung stehende Resilienzfähigkeit eine wichtige Rolle. Einige Teile des Erlebens können vielleicht noch im Alltagserleben integriert und verarbeitet werden – andere Teile des Erlebens werden abgespalten, also dissoziiert.

Aber was genau zeichnet nun das *schocktraumatische Erleben* aus? Das plötzlich eintretende katastrophale Ereignis, das nicht im Alltagserleben integriert werden kann, beinhaltet zu viele unbekannte und neue Informationen – zu viel und zu intensives Erleben, das nicht in solch einem kurzem Zeitraum zu verarbeiten ist. Aus dieser ausgeweglosen Situation rettet uns unser „traumatische Bodyguard“. Schocktraumatisches Erleben ist zu Beginn immer akut. Wird es nicht in irgendeiner Form in das Alltagserleben integriert, chronifiziert es. Das bedeutet noch nicht, dass es zu unmittelbarem Leidensdruck kommen muss. Strategien im Alltagserleben verhindern meist eine direkte Konfrontation mit dem traumatischen Erleben. Solange wir das System beherrschen können, leben wir in einer sogenannten Latenzzeit. Erst wenn die Strategien nicht mehr ausreichen oder ihnen die Ressourcen ausgehen, entsteht Druck; unser System bekommt Lücken und bricht unter Umständen völlig zusammen. Wir werden infolge dessen sensibel für Trigger (Auslösereize) oder wir werden hypervigilant, sind dann ständig aufmerksam, angespannt und

auf der Hut vor Triggern oder wir leiden gar unter so genannten Dissoziationsstörungen.

Entwicklungstraumatisches Erleben ist gekennzeichnet durch länger andauernde kritische Zustände, die (erst) in der Summe katastrophal sind oder im Laufe der Zeit dazu werden. Länger anhaltende Bedrohungen, die in der situativen Beobachtung vielleicht gar nicht so schwerwiegend sind, können beispielsweise auf dieser Grundlage entwicklungs-traumatische Störungen verursachen.

In der Vergangenheit habe ich einmal einen traumageschädigten 12-jährigen Jungen begleitet, dem im Grunde genommen nichts Gravierendes passiert ist. Auf den ersten Blick schien es keine traumatische Situation in seiner Vergangenheit zu geben. Es stellte sich aber heraus, dass er im familiären Kontext einer langanhaltenden Situation ausgesetzt war, in der ihm sein Vater mit Gewalt und Tötung (lediglich) gedroht hat. Es gab in dieser Zeit keinen wirklich sicheren Ort, keine Nische für diesen Jungen. Er war somit (zumindest subjektiv) einer permanenten latenten Gefahr ausgesetzt. Sein Leben und bzw. seine körperliche Unversehrtheit waren konstant in Gefahr. Diese bedrohliche Dauersituation hat letztlich zu einer traumatischen Störung des Kindes geführt. Solche Beispiele zeigen, dass wir uns davor hüten sollten, die Belastung eines Menschen anhand eines bestimmten Ereignisses zu bewerten bzw. eine belastende Situation als Krise oder Katastrophe einzuordnen. Denn für das subjektive Erleben spielt immer auch die Dauer der Situation eine Rolle und eben auch und besonders die individuellen Bewältigungsstrategien und Resilienzen. Diesen muss

Beachtung geschenkt werden, um zu einer brauchbaren Einschätzung zu gelangen.

In einem anderen Beispiel geht es darum, dass ein 8-jähriger Junge alle vierzehn Tage über das Wochenende und in den Ferienzeiten zum Großvater geschickt wurde. Der Großvater war bekannt für seinen rauen Umgang mit Androhungen von schweren Strafen, die aber scheinbar nicht ausgeführt wurden. Das gesamte Klima beim Großvater war jedoch davon geprägt von dieser ständigen und allgegenwärtigen Bedrohung; erschwerend hinzu kam, dass es keinen sicheren Ort gab und auch keine Nische des Rückzugs. Der Junge war den Launen des Großvaters dadurch völlig ausgeliefert. Er konnte sich den Eltern nicht anvertrauen, weil auch dies unter Strafe gestellt und mit Schuld und Scham besetzt war. Somit fühlte sich das Kind wahrscheinlich vollkommen schutzlos und hat so gelernt und verinnerlicht, dass Erwachsene ihm keinen Schutz bieten, nicht einmal seine eigenen Eltern. Das hat Folgen für alle Bereiche des Lebens, für die Entwicklung des Kindes und besonders auch für sein Selbstbild. Es senkt die Resilienzfähigkeit erheblich. Vielleicht übernimmt der Junge sogar die Verantwortung dafür, den Großvater und die Eltern zu sehr belastet zu haben und fühlt sich somit schuldig an dieser schwierigen Situation.

Ein Entwicklungsstrauma kann also auch durch Wiederholungen von Ereignissen entstehen, die *in ihrer Gesamtheit* als katastrophal bewertet werden müssen.

Traumatisierungen (ob nun auf der Basis von schocktraumatischem oder entwicklungs-traumatischem

Erleben) haben viele Gesichter.

Bindungstraumata nehmen wohl die größte Gruppe der Traumata ein und können sowohl schocktraumatischer als auch entwicklungs-traumatischer Natur sein. Hierzu gehören alle Formen des Getrennt-Worden-Seins, des Zurückgelassen-Worden-Seins, des Verlassen-Worden-Seins, des Verwaist-Seins, des Isoliert- oder Separiert-Seins. Auch *Mobbing* gehört zu den Bindungstraumata, außerdem die verschiedenen Formen der *Verwahrlosung* und der *Vernachlässigung*. Störung oder Verlust von Bindung ist demnach offenbar die weitaus häufigste Ursache von psychisch bedingten Traumatisierungen.

Exkurs 1

Ein sehr prägendes und gleichzeitig sehr vernachlässigtes Erlebnis in unserem Leben ist unsere Geburt. Deshalb möchte ich an dieser Stelle gesondert auf Traumata im Zusammenhang mit diesem Ereignis, dem Start ins Leben eingehen. Man kann Geburts- und Schwangerschaftstraumata und dabei noch einmal die verschiedenen Möglichkeiten, also pränatales Trauma, perinatales Trauma, postnatales Trauma unterscheiden. – Alle Traumata sind sowohl für das Kind als auch für die Kindesmutter und den Kindesvater möglich.

pränatal = vorgeburtlich

perinatal = während der Geburt

postnatal = kurze Zeit nach der Geburt

Wir leben bedauerlicherweise in Zeiten, in denen uns die natürlichen Verbindungen und unsere Intuition zunehmend

abhanden zu kommen scheinen. Das führt, neben etlichen anderen Folgen, eben auch dazu, dass die wesentlichen Momente/Prozesse unseres Lebens, nämlich unsere Geburt – unser Ankommen in dieser Welt – und unser Sterben – der Übergang in den Tod – zunehmend als rein medizinisch-biologische Prozesse wahrgenommen werden. Geburt, Tod und das Leben dazwischen werden dadurch ihrer Würde und Natürlichkeit – ihrer Heiligkeit – beraubt. Und so ist es nicht verwunderlich, dass den Themen Geburt (dem Ankommen in dieser Welt) und Sterben (dem Verlassen dieser Welt) wenig Offenheit, Bewusstsein und würdevolle Aufmerksamkeit entgegen gebracht werden, die einen bewussten, natürlichen Umgang mit diesen, dem Leben immanenten Prozessen, möglich machen würden. Wir trauen uns Geburt und Sterben nicht mehr in ihrer Natürlichkeit und Großartigkeit zu. Wir haben sogar Angst davor. Die Geburt, das Sterben sowie die Sexualität sind auch heute noch – oder gerade in unserer heutigen Zeit – Tabuthemen. Wir sprechen und diskutieren über diese Themen auf einer Ebene der Unberührtheit und der Notwendigkeit oder anders ausgedrückt: wir versuchen diese Themen sogar gänzlich zu vermeiden, um eben erst gar nicht berührt zu werden. Das betrifft alle drei zuvor aufgezählten Bereiche. In diesem Exkurs werde ich aber nur auf das Thema der Geburt eingehen.

Wie wir in dieser Welt ankommen und willkommen geheißen werden (oder auch nicht), kann unser zukünftiges Leben wesentlich beeinflussen. Ich werde aber auch die Zeit vor der Geburt betrachten, ebenso eine kurze Zeitspanne nach der Geburt, da diese Zeiten in besonderer Weise traumatisches Potenzial enthalten, das ich gerne kurz umreißen möchte.

Die wohl meist unterschätzte – aber oftmals bindungstraumatische Erfahrung in Form von schocktraumatischem Erleben ist der Kaiserschnitt. Etwa ein Drittel aller in Deutschland stattfindenden Geburten sind Kaiserschnittgeburten. Hiervon ist der weit größte Anteil geplant, nicht medizinisch notwendig oder erst durch den Krankenhauskontext verursacht und damit zumindest vermeidbar (vgl. die großen Unterschiede in den Kaiserschnittraten der verschiedenen Krankenhäuser). Schätzungen gehen davon aus, dass etwa ein Drittel aller Kaiserschnitte ein Bindungstrauma auslöst, das den weiteren Lebensweg des neuen Menschen erheblich beeinflussen kann. Das würde bedeuten, dass im Schnitt jeder 10. Mensch, der heute in Deutschland geboren wird, ein Bindungstrauma durch den Kaiserschnitt erleidet.

Durch die Geburt kommen wir auf diese Welt und müssen plötzlich selbständig atmen, wenn wir am Leben bleiben wollen. Der erste Atemzug! Ohne Generalprobe. Gleichzeitig werden wir herausgerissen aus unserer Welt, die alles ist, was wir kennen – plötzlich und unvorbereitet – nicht auf dem natürlichen, vorgesehenem Weg, sondern gewaltsam von außen, werden vielleicht sogar zunächst getrennt von der Mutter. Diese unmittelbare Trennung kann bereits als Verlassen-Werden wahrgenommen werden, also als der erste große Verlust am Anfang des irdischen Daseins – evolutionsbiologisch eine Katastrophe, die den sicheren Tod bedeutet. Und so kann ein Gefühl von Zurückgelassen-Sein auftreten, das durch die medizinischen Maßnahmen noch verstärkt, zur persönlichen Katastrophe führt und mit Ohnmacht verbunden ist. Wir haben es mit einer *perinatalen*

Traumatisierung auf der Basis eines schocktraumatischen Erlebens zu tun (Dissoziationsstufe I).

Geburt ist kein medizinischer Akt! Dies ist ein Irrtum in unserer Konditionierung. Es wurde uns beigebracht und eingegeben – (über lange Zeiträume auch transgenerativ weitergegeben), dass wir medizinische Hilfe brauchen für die Entbindung eines Kindes, – um der Sicherheit Willen, um der Kontrolle Willen, um des (Kapital-)Marktes Willen. Die Geburt ist ein natürlicher Vorgang. Jede Frau trägt das Wissen in sich, ein Kind zur Welt zu bringen. Wie sonst hätte die Menschheit überleben können. Aber da uns unsere natürlichen Verbindungen abhanden gekommen oder zumindest nicht mehr bewusst sind, haben wir nicht genug Vertrauen in unsere Kraft, unser Wissen und unsere Intuition und geben die Verantwortung lieber an diejenigen ab, die vorgeben, das nötige Wissen zu besitzen, weil sie es gelernt oder studiert haben.

In manchen Situationen ist eine Unterstützung (am besten durch erfahrene Mütter und nur in dringend indizierten Fällen durch Medizinerinnen) sicher hilfreich und sinnvoll. Aber grundsätzlich ist die Geburt ein natürlicher Vorgang, für dessen Gelingen, Entspantheit, Vertrauen und eine Verbindung mit sich selbst und dem neuen Leben wichtiger sind als Ultraschallbilder und EKGs. Oftmals wird eine Angst im Zusammenhang mit der Geburt aufgebaut und so trauen sich werdende Mütter den Geburtsvorgang nicht aus sich selbst und ihrem eigenen Vermögen heraus zu. Dabei ist gerade diese Angst und Unsicherheit oft auch mit Ursache für einen problematischen Geburtsverlauf, der am Ende in der Regel mit einem Kaiserschnitt endet. Es wäre viel sinnvoller, den werdenden Müttern Mut zu machen und ihnen die Angst zu

nehmen und nur da, wo es nötig ist, auch medizinische Unterstützung anzubieten. Aber hierbei ist es so wichtig, die werdende Mutter in der Teilhabe zu lassen, damit nicht das Gefühl entsteht, dass mit ihr und dem Kind etwas im Sinne einer Fremdbestimmung gemacht wird.

Exkurs 2:

Im zweiten Exkurs möchte ich auf eine ebenfalls sehr geläufige Situation mit erheblichem traumatischem Potential eingehen – die Inobhutnahme in der Kinder- und Jugendhilfe.

Unsere Gesellschaft möchte Kindern und Jugendlichen einen besonderen Schutzraum bieten, weil sie den Erwachsenen in ihrer Existenz ausgeliefert sind und sich in mehr oder weniger starker Abhängigkeit von ihnen befinden. Dieser Schutzraum wird bedeutsam, wenn Gewalt in dieses Feld der Abhängigkeit tritt. Gewalt ist ein weiter Begriff und kommt in psychischer, körperlicher und sexueller Form vor. Sie kann die verschiedensten Gesichter haben und vielschichtig sein in Qualität und Quantität. Bei der Frage, ob eine Gewalterfahrung als traumatisch erlebt wird oder nicht, ist wiederum die Resilienzfähigkeit des Kindes oder Jugendlichen zu berücksichtigen.

Die Herausnahme von Kindern und Jugendlichen – meist aus dem elterlichen Kontext – nennen wir Inobhutnahme. Im Falle einer Inobhutnahme werden wir im Grunde genommen zu gesellschaftlichen Paten und übernehmen eine Versorgung und Fürsorge in besonderen Situationen.

Da die Inobhutnahme einen enormen Eingriff in das individuelle und das familiäre System darstellt, auch die

Grundrechte berührt, ist diese Maßnahme in unserer Gesellschaftsstruktur gesetzlich verankert (§8a SGB VIII). Dazu wurden eine ganze Menge an Checklisten erarbeitet, die uns leiten und Orientierung geben sollen. Hierzu gehören unter anderem die Gefährdungseinstufungen als mittelpräventives Instrument und natürlich Leitpläne und ganze Handbücher mit ISO-Zertifizierung zur akuten Inobhutnahme sowie Zurverfügungstellung von *insoweit erfahrenen Fachkräften*, die beratend oder auch entscheidend zur Seite stehen. „Schlimmeres“ soll abgewendet werden, insbesondere dann, wenn bereits ein „Schaden am Menschen entstanden“ ist. Zur praktischen Durchführung gibt es dann sogenannte „Inobhutnahme-Stellen“. Dies können Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sein, sowie Pflegeeltern oder „besonders geeignete, erfahrene und befähigte Personen“ – auch Personen aus dem familiären Umfeld wären denkbar.

Interessant hierbei ist, dass wir in diesen Verfahren sehr strukturiert vorgehen und so eine eigene Sicherheit aufbauen, die uns handlungsfähig halten soll. Sehr häufig benutzen wir allerdings diese Orientierungshilfen dazu, uns zuerst einmal selber abzusichern, und erst danach richten wir unser Augenmerk auf die betroffenen Kinder und Jugendlichen. Es gab und gibt solche Ansichten wie: „Lieber einmal mehr die Kinder aus den Familien nehmen als einmal zu wenig oder zu spät.“ Ich halte solche Ansätze und Grundhaltungen für höchst problematisch, unprofessionell und aus der Sicht der Traumaentstehung und insbesondere der Traumaprävention, sogar für gefährlich.

Wenn wir verstehen, wie und warum Ereignisse zu traumatischen Ereignissen werden können, dann ist nicht zu übersehen, dass die Inobhutnahme selbst ein großes Potenzial für Traumatisierung in sich birgt. Damit möchte ich nicht per se die Praktiken der Inobhutnahme in Frage stellen, aber zu mehr Sensibilität anregen und auffordern, die Inobhutnahme in der Sache selbst zu überdenken und neu auszurichten, um eine Befähigung der professionellen Helfersysteme unter Traumasichtspunkten anzuschieben.

Wenn die Inobhutnahme traumatisches Erleben verursachen beziehungsweise bereits abgespeichertes traumatisches Erleben chronifizieren kann, dann sind wir keine echten Paten mehr und leisten auch keine wirkliche und nachhaltige Hilfe. Wir helfen natürlich in den akuten Situationen indem wir aktuelle Gewalt unterbrechen und verhindern; wir räumen die entstandenen Schlachtfelder jedoch oft nicht gründlich genug auf. Wir leisten nur die halbe Hilfe und fühlen uns selber dabei nicht selten als Retter und erwarten Dankbarkeit, die insbesondere bei Jugendlichen häufig auf sich warten lässt, weil vielleicht manchmal keiner, der betroffenen Jugendlichen den Retter bestellt hat. Die Praktiken der Inobhutnahme sind somit nicht selten von Illoyalitäten zu unseren Kindern und Jugendlichen in Notsituationen geprägt.

Wir brauchen tatsächlich eine *neue* Inobhutnahme, die so professionell ist, dass sie nach Möglichkeit bei der Inbetrachtung einer Herausnahme aus dem elterlichen Haushalt oder ähnlichen Kontexten parallel ein traumasensibles Setting zur Verfügung stellt, das die Themen von Verlust, Trennung und Zurücklassen reduziert und vor Allem Schuld und Scham bei den Kindern und Jugendlichen

erst gar nicht entstehen lässt beziehungsweise bearbeitet und transformiert.

Ich habe vor einigen Jahren hierzu das *Konzept der Krisenteams* entwickelt. Ein Krisenteam besteht aus drei Fachleuten; zwei hiervon – idealerweise ein Mann und eine Frau – gehen in die familiäre Situation, die dritte Fachkraft ist als Case-Management mit allen Akteuren dieses Prozesses im Kontakt. Solche Teams können über Tage in den Familien eingesetzt werden, was derzeit logistisch undenkbar wäre und sozialpolitisch nicht gewollt ist.

Die Aufgabe solcher Krisenteams ist, zu verbinden, zu klären, und zu beruhigen, so dass es im Grundsatz zu keiner Trennung kommen muss – aber dennoch kann.

Die aktuell praktizierte Form der Inobhutnahme trennt erst einmal grundsätzlich, weil sie zwischen Täter und Opfer unterscheidet. Auf der Basis dieser Annahme werden wir dann zu Paten der Opfer und überlassen den Täter der Justiz. Diese Trennung ist nach meiner Auffassung der große Irrtum im Rahmen der Inobhutnahme.

Der Einsatz von Krisenteams ist sicher kein Allround-Werkzeug, aber in bestimmten und begrenzten Situationen der häuslichen Gewalt ein brauchbares Mittel und ein Medium. Es ist traumasensibel ausgerichtet, *loyal allen Beteiligten gegenüber*, juristisch machbar und finanzierbar, weil die Inobhutnahme dadurch in der Regel vermieden werden kann und somit die Folgekosten der Fremdunterbringungen deutlich reduziert werden.

Zu einem Einsatz von Krisenteams gebe ich nach wie vor

Seminare und Coachings und bin auch weiterhin bereit, Träger und Einrichtungen bei einem Aufbau solcher Teams als Pate zu begleiten und zur Seite zu stehen.

Exkurs 3:

Sexualisierte Gewalt und körperliche Misshandlungen.

Beim Thema der traumatischen Ereignisse denken wir wohl am ehesten an Sexualdelikte und körperliche Misshandlungen. Traumata auf solche Ereignisse reduzieren zu wollen, wäre jedoch fatal in der Konsequenz der sozialen, therapeutischen, erzieherischen und pädagogischen Arbeit, weil damit die größte Anzahl der Traumata gar keine Beachtung fände. Trotzdem widmen wir sexualisierter und körperlicher Gewalt in der Traumaarbeit eine recht große Bedeutung zu, denn die Folgen für die Betroffenen sind oft sehr tiefgreifend und langanhaltend.

Sexualisierte Gewalt und körperliche Misshandlungen zerstören einen sehr empfindsamen Bereich in uns. Die eigene Entscheidung, wer uns körperlich nahe kommen darf und wer nicht, ist ein Grundstein unserer Selbstbestimmung und basale Voraussetzung für ein gesundes Selbstbewusstsein und ein Selbstwertgefühl. Wenn andere über unseren Körper entscheiden und verfügen, wird dieses menschliche Grundprinzip völlig untergraben. Aus Scham und auch Angst vor Bestrafung haben betroffene Menschen oftmals keine Möglichkeit, sich anderen anzuvertrauen. Scham ist eine starke Energie, die Selbstbestrafung und auch Suizidideen oder

gar -handlungen auslösen kann. Es ist schon eine große Zumutung, dass Menschen, die geschlagen, gefoltert oder vergewaltigt wurden, Beweise für diese Taten liefern müssen, damit man ihnen glaubt und vertraut. Unfälle, Naturkatastrophen, Flucht wegen Verfolgung oder Krieg lassen sich in der Regel nachweisen. Hierfür bekommen wir die Beweise durch die Medien quasi geliefert. Das macht es für uns sehr viel einfacher, weil das Ereignis an sich nicht in Frage gestellt werden muss. Zudem sind viele dieser Traumatisierungen als kollektives Ereignis erlebt worden. Körperliche und sexualisierte Gewalt findet fast immer isoliert statt – meist ohne eine Möglichkeit, sie zu beweisen. Die Beschreibungen sind zudem oft unglaubwürdig, weil sich durch das traumatische Erleben Raum und Zeit verändern, so dass die Angaben oftmals nicht (in unsere Gitterstruktur) passen. Den von Gewalt betroffenen Menschen bleibt oftmals nur die Entwicklung einer eigenen Strategie, um mit den Ereignissen fertig zu werden. Dadurch haben sie das Gefühl, zurückgelassen und alleingelassen zu sein, was das traumatische Erleben noch verstärkt.

Ich habe einmal mit einem 14-jährigen Mädchen gearbeitet, dass sich in der Prostituiertenszene bewegt hat. Sie teilte mir mit, dass es ihr so wichtig sei, dass man mit ihr niemals wieder gegen ihren Willen etwas macht, so dass sie in Bezug auf ihren Körper fremdbestimmt wird. Deshalb hat sie beschlossen, sich zu prostituieren – zu ihren eigenen Bedingungen (!). Sie selbst wird somit zur Akteurin; sie hat scheinbar die Fäden in der Hand und ist somit nicht mehr ihrer ohnmächtigen Reaktion ausgeliefert. Dabei spaltet sie den sexuellen Akt ab und

überlässt ihn dem traumatischen Bodyguard, der mit solchen Aktionen und Handlungen bestens umgehen kann. Es ist manchmal unglaublich, wie und welche Strategien entwickelt werden, wenn zum Beispiel, wie hier die Distanz ohnehin nicht gehalten werden kann und eine Regulierung von Nähe und Distanz unmöglich erscheint; dann soll diese Nähe zumindest als Akteurin ausgeführt werden und nicht in Form einer bloßen Reaktion – eines Ausgeliefert-Seins.

Gleiches beobachten wir nicht selten in den Bereichen der körperlichen Misshandlungen. Hierzu gehört Eingesperrt-Werden, Angebunden-Werden, Entkleidet-Werden, Geschlagen-Und-Gepeitscht-Werden, Verbrüht-und Gebrannt-Werden, Geschüttelt-Werden, Ausgesetzt-Werden, Geschnitten-Werden und vieles mehr.

Auch hierbei geht es für den betroffenen Menschen um das Erarbeiten einer (Überlebens-)Strategie. Dies bedeutet, dass diese betroffenen, oft schwer traumatisierten Menschen selber zu Akteuren werden, damit sie sich nie wieder fremdbestimmt fühlen. Oft rutschen Menschen mit solchen Erfahrungen in die Subszene dieser Gesellschaft ab, weil dort eigene Gesetze herrschen, die sie mitgestalten dürfen. Auch diese Aktionen und Handlungen werden dann abgespalten und an den traumatischen Bodyguard abgegeben.

Uns dürfte an dieser Stelle klar sein, dass ein Verbot der Prostitution oder gar eine Inobhutnahme ein denkbar sinnloses, sogar destruktives Unterfangen wäre, da wir in diesem Fall ja wieder mit Fremdbestimmung und Zuweisung arbeiten würden und damit das Trauma für die betroffenen

Menschen wiederholt beziehungsweise vertieft würde. Gleiches gilt bei Aggression und Gewalttätigkeit. Gewaltbereite und gewalttätige Menschen einfach nur zu bestrafen, hat in der Regel eben auch keine nachhaltige Wirkung, denn auch hier machen wir diese Menschen wiederum ohnmächtig und bringen sie lediglich in eine Situation, in der sie nur noch reagieren und nicht mehr wirklich mitgestalten können.

Und hier wären wir auch schon bei einer wichtigen Grundhaltung in der Arbeit mit gewaltbereiten Menschen: Wir sollten sie mitgestalten lassen. Wir sollten vertrauensvolle Akteure sein und die betroffenen Menschen ebenso als Akteure sehen und verstehen, um den Kreislauf im Erleben von Fremdbestimmung zu unterbrechen. Denn hier liegt oft eine wesentliche Ursache des Fehlverhaltens.

In der Fortsetzung meines Buches werde ich tiefer auf die Entwicklung von Bewältigungsstrategien eingehen. Es ist so ungeheuer wichtig und entscheidend, dass wir die (Überlebens-)Strategien dieser traumatisierten Menschen akzeptieren und würdigen. Sie dienen dem Selbsterhalt durch Wiederherstellung der Selbstbestimmung. Ohne eine solche Grundhaltung verlieren wir meist die Verbindung zu den von sexualisierter Gewalt- und körperlicher Misshandlungserfahrung betroffenen Menschen.

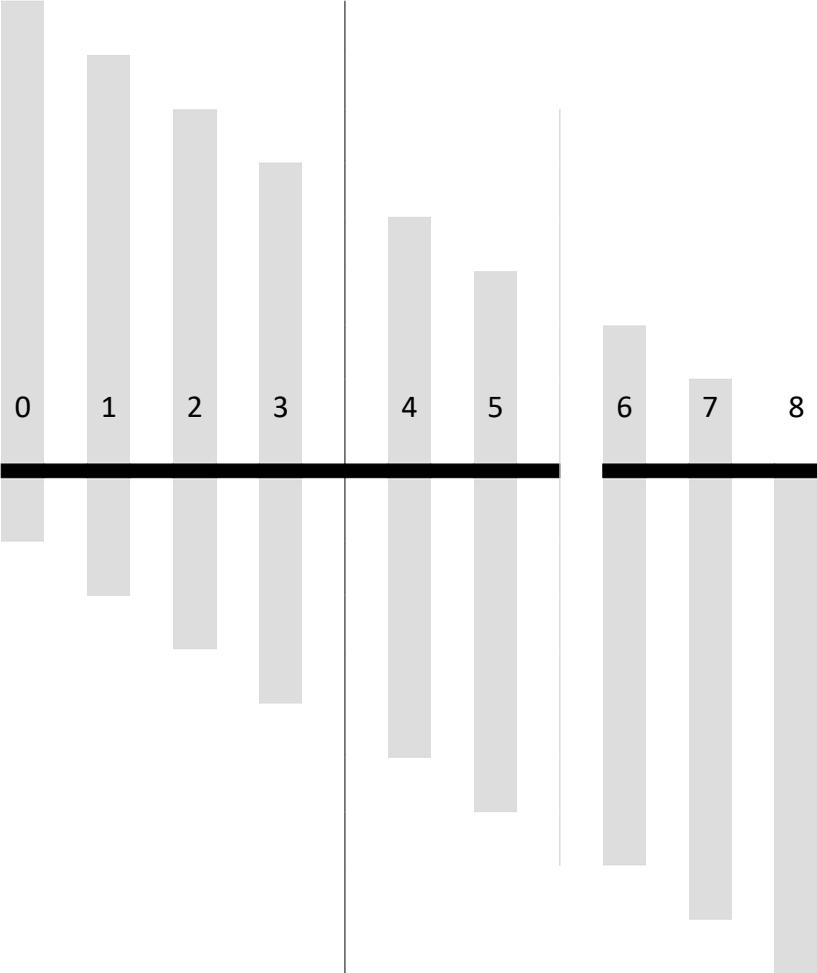
Die Schwere der Traumatisierung(en) lässt sich in ihrer Qualität den verschiedenen *Dissoziationsstufen* zuordnen. Diese umfassen eigentlich nur die Stufen 1 bis 7. Ich selber habe diese Stufen jedoch um zwei weitere ergänzt. Eine davon

gehört vor die Stufe 1 – diese nenne ich Stufe 0; die andere positioniert sich hinter der 7. Stufe – ich nenne sie die Stufe 8. So haben wir insgesamt neun Dissoziationsstufen zur Verfügung, um traumatisches Erleben in ihrer Schwere und Tiefe einzuordnen und so eine Orientierung zu erhalten. Hierdurch lassen sich insbesondere Strategien und Regulierungsmaßnahmen gut erfassen – und um Dissoziationen in ihrer Schwere und Tiefe begreifbar und erlebbar zu machen.

Abbildung der Dissoziationsstufen:

Alltagserleben

(Primärpersönlichkeit)



Traumatisches Erleben

(Sekundärpersönlichkeit)

Somit ergibt sich nunmehr folgendes Bild der Dissoziationsstufen im Überblick:

Dissoziationsstufe 0:

Anpassungsstörung (AS) und verzögerte bzw. komplizierte Trauer

Dissoziationsstufe 1:

posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) – akut

Dissoziationsstufe 2:

chronische posttraumatische Belastungsstörung (chronische PTBS)

Dissoziationsstufe 3:

komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) u.a.

Dissoziationsstufe 4:

Dissoziative Störung – erfahrungskonditioniert

Dissoziationsstufe 5:

Dissoziative Störung - fremdkonditioniert

Dissoziationsstufe 6:

Dissoziative Identitätsstörung (DIS) – DIS ID - programmiert; Mind control/Gehirnwäsche

Dissoziationsstufe 7:

Dissoziative Identitätsstörung (DIS) – DIS ID - programmiert und invers programmiert; Mind control/Gehirnwäsche

Dissoziationsstufe 8:

Dissoziative Identitätsstörung (DIS) – DIS ID - programmiert und invers programmiert; Mind control/Gehirnwäsche – jedoch ohne ein Bewusstsein und ohne Zugang zu einem Alltagserleben

Ich werde nun auf die einzelnen Dissoziationsstufen etwas genauer eingehen, zu den schweren Störungen der Stufen 4 bis 8 werde ich mich recht kurz fassen. Hierzu soll im zweiten Teil meines Buches mehr Raum sein.

Dissoziationsstufe 0

dazugehörige Begriffe:

- die Anpassungsstörung
- die komplizierte Trauer oder die nicht gelebte Trauer

Beschreibung:

Die Anpassungsstörungen sind mir persönlich ein besonderes Anliegen, da sich uns sehr viele – oft einfache – Möglichkeiten bieten, Anpassungsstörungen rasch zu bearbeiten und in echte Resilienzfähigkeit umzuwandeln oder aber durch Maßnahmen einer gelebten Prävention in Form einer einladenden und schwingungsfähigen Grundhaltung erst gar nicht entstehen zu lassen. Problematisch werden Anpassungsstörungen dann, wenn sie chronifizieren und zu einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS) werden. Hier ist dann die Anfälligkeit für weitere Traumatisierungen recht hoch. Ich nenne dieses Phänomen *multiaxiale Traumatisierungsfähigkeit*, weil die Fähigkeit zur Resilienz in

diesem Zeitfenster gemindert wird. Die Energie folgt der Aufmerksamkeit. Die Energie der Anpassungsstörung ist grundsätzlich destruktiver Art und pessimistischer Natur.

Aus diesen Gründen und auch, weil die Betrachtungsweise der Anpassungsstörungen sehr vielschichtig ist, habe ich ihr ein paar mehr Zeilen gewidmet. Sie scheint zudem sehr häufig der Auftakt für schwere und chronische Verläufe zu sein.

Grundsätzlich gehören die Anpassungsstörungen zu den Traumastörungen. Menschen, die unter einer solchen Störung leiden, gelingt es in der Regel nicht oder nur sehr schlecht, im Erleben einer neuen oder veränderten Situation eine angemessene und konstruktive Anpassung (im Sinne einer Integration) herzustellen, also das Erleben in die vorhandenen Erfahrungen zu integrieren. Die „katastrophale Situation“, die sich im Laufe der Zeit entwickelt – oder besser ausgedrückt, „das schwierige und belastende Lebensereignis“ kann also fortlaufend nicht in das Alltagserleben integriert und eingebaut werden – es wird daher mit den zur Verfügung stehenden Mitteln abgewehrt.

Die Anpassungsstörungen zählen hierbei zum Bereich der Akuttraumatologie. Einer Anpassungsstörung geht in der Regel eine akute Belastungsstörung voraus. Diese kann sich jedoch im Alltagserleben nicht vollständig integrieren, weil eine Abwehr die Integration verhindert. Die Abwehr kann verschiedene Ursachen haben: Schuldgefühle, mangelnde Erfahrungsvielfalt, neurotisch vernetzte Grunderfahrungen, eine verlernte emotionale Schwingungsfähigkeit, zu große Kopflastigkeit, eine dogmenorientierte und starre Lebensansicht

aufgrund transgenerativer Traumatisierungen und vieles mehr.

Bei der Anpassungsstörung können wir also davon ausgehen, dass Blockaden eine Integration des traumatischen Erlebens in das Alltagserleben verhindern bzw. erschweren oder verzögern. Sollte sich die Anpassungsstörung im weiteren Verlauf chronifizieren, so transformiert sich dieses akute Störungsbild in der Regel in eine chronifizierte, komplexe posttraumatische Belastungsstörung (chronische kPTBS). Im Bereich der Anpassungsstörung haben wir also eine zeitlich begrenzte Möglichkeit, die Blockaden zu erkennen und durch eine individuelle Ansprache und Begleitung aufzulösen, um das belastende Ereignis integrationsfähig zu machen, sprich in das Alltagserleben zu transformieren.

Als Ausgangspunkt oder Auslöser einer Anpassungsstörung kommen folgende Problematiken in Betracht:

- **A)** eine Störung im sozialen Netzwerk oder
- **B)** die Beschädigung sozialer Werte oder
- **C)** einem größeren Entwicklungsschritt oder eine Krise, die besteht und nicht überwunden werden kann.

Schauen wir uns diese drei Möglichkeiten anhand von Beispielen an:

Zu **A)** gehören Ereignisse wie Trennung der Eltern; Umzug an einen anderen Ort und ein damit verbundener Peergruppenwechsel; Verlust/Tod einer Bezugsperson oder eines anderen nahestehenden Menschen (auch Fehlgeburt,

Totgeburt und ähnliche Erlebnisse – sog. „Sternenkinder“ - aber auch eine Abtreibung); Trennung aus einer Paarbeziehung; Arbeitslosigkeit und damit verbunden der Verlust von Kontakten zu Kollegen und andere Situationen, die das soziale Netzwerk beeinträchtigen können.

Zu **B)** gehören Ereignisse wie Verlust des Arbeitsplatzes mit Bezug auf den Verlust von Status, Fleiß, Respekt und Anerkennung; Flucht und diesbezüglich der Verlust von kulturellen Werten, Bräuchen und gesellschaftlichen Normen.

Zu **C)** gehören Ereignisse wie Einschulung, Beförderung, Berentung, Krankheit und dergleichen.

Eine Anpassungsstörung ist zunächst immer akut, kann sich aber manifestieren und chronifizieren und sich in eine kPTBS entwickeln. Dann wechselt sie die Dissoziationsstufe direkt dreifach (!) und wir haben es dann mit dem Vollbild einer chronisch verlaufenden, komplexen posttraumatischen Belastungsstörung zu tun.

Bei Anpassungsstörungen wird primär mit pädagogischen und erzieherischen Interventionen gearbeitet, des Weiteren wird auch die soziale Arbeit als therapeutisches Mittel eingesetzt. Zusätzlich kommen präventive und mittelpräventive Konzepte zur Anwendung. In der psychotherapeutischen oder psychiatrischen Versorgung spielt die Anpassungsstörung daher in der Regel keine all zu große Rolle. Diese Interventionen gewinnen erst dann an Bedeutung, wenn eine Symptomvielfalt entstanden ist, die zu einem deutlichen

persönlichen Leidensdruck führt oder aber alternativ, zu einem Leidensdruck der Sozialraummitglieder.

Doch so einfach und eindimensional sollten wir diese Betrachtung nicht aufrecht erhalten, weil es häufig multiaxial zu weiteren traumatischen Erlebnissen kommt, die im Folgenden aufgezeigt werden sollen.

Bedauerlicherweise gehen viele, auch professionelle Systeme immer noch davon aus, dass die Anpassungsstörungen und auch andere Trauma- und Traumafolgestörungen ein blockierter personeninterner Dialog ist, der, wenn er positiv integriert wird, zur Heilung oder zumindest zu einer Linderung oder Milderung der Symptome führt. Dem ist jedoch nicht so. Der personeninterne Dialog reicht eben nicht aus. Wir müssen den Dialog deshalb zu einem Dialog aufwerten, in dem der Sozialraum bzw. der spezifische Nahraum eine nicht unwesentliche Rolle spielt, mindestens die der *spiegelneuronischen Resonanz*. Der Sozialraum tritt in sofern mittel- oder sogar unmittelbar als Regulierungshilfe oder Regulierungshemmnis auf.

Nun erst wird tatsächlich deutlich, dass wir eine „sozialraumorientierte Traumaarbeit“ benötigen, da wir uns in einem Dialog befinden und als Therapeuten und Pädagogen Teil des traumatischen Systems sind bzw. werden. Aus dieser Verantwortung können wir nicht heraustreten.

Aus einer pädagogischen und erzieherischen sowie sozialarbeiterischen Verantwortung heraus sollten wir uns

dafür stark machen, dass wir den erzieherischen, beraterischen sowie den sozialpädagogischen Auftrag bei Anpassungsstörungen erkennen und kompetente Konzepte und Modelle vorhalten, die einen Chronifizierungsverlauf nach Möglichkeit von Beginn an reduzieren oder gar verhindern. Dazu sollten wir wissen, welche „Risikofaktoren“ eine Anpassungsstörung fördern und welche sinnvollen und nachhaltigen Maßnahmen wir daraus ableiten können. Diese Inhalte werde ich nur relativ kurz anhand von stichpunktartigen Aufzählungen umreißen, natürlich haben die Aufzählungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Was fördert also eine Anpassungsstörung?

- das Fehlen von Kontrasterfahrungen
- das Erleben von Krankheit und Tod als Feind
- das Erleben von Schwäche als gesellschaftlicher Feind
- mangelhafter Umgang mit Senioren
- der Tod als Medienereignis
- Sprachlosigkeit zu bestimmten Themen wie Trennung, Tod, Krankheit und anderen Krisen
- die negative *Bewertung des Scheiterns* in einem Leistungssystem
- ein Gefühl von Schuld und Scham (verhindert den Prozess des Annehmen-Könnens)
- das Outsourcen (Ausblenden) von Krankheit, Tod, sozialem Abstieg
- die Entwertung von Trauer bei Abschied oder Verlust
- das Erlernen einer Trauerunfähigkeit; der Wunsch und die Forderung nach schneller „Normalisierung“

- die Reduktion auf Leistung bzw. Leistungssysteme
- das Schaffen von Absicherungssystemen in nahezu allen Lebenslagen bzw. -situationen
- die fortschreitende Entkoppelung von gesellschaftlichen Zusammenhängen
- die fortschreitende Entkoppelung von persönlicher Integrität
- das Verlorengehen von Kausalbezügen (Ursache – Wirkung)
- Kulturschock durch drastische Sozialraumveränderung (Wechsel oder Veränderung von sozialen Werten und Normen)
- das Vorhalten von primär „Reaktionspädagogischen Konzepten“ (RpK) mit einer klassischen „Wenn-Dann“-Orientierung, einhergehend mit einer Grundhaltung aus Versorgungs- und Fürsorgekonzepten statt einer Beteiligung
- bereits vorhandene traumatische oder prä-traumatische Erfahrungen, z.B. Bindungs- und Entwicklungs Traumata durch Verwahrlosung, Vernachlässigung, Mobbing und/oder Illoyalitäten
- Suchterfahrung – sowohl stoffgebunden als auch stoffungebunden
- psychische Labilität auf der Basis von neurotischem Erleben, bipolaren Störungen etc.
- zu wenige lebensbejahende emotionale Resonanzfelder im Sozialraum

Hieraus ergeben sich folgende **präventive Ansätze und Methoden**:

Man sollte

- das Erleben fördern auf der Ebene I + II nach dem TSM
- die Beteiligung fördern und suchen
- Beständigkeit anbieten in den beiden zuvor genannten Punkten
- Vielfalt fördern und akzeptieren, anstatt eine Wirklichkeit aus Alternativlosigkeiten zu verbreiten
- Patenschaften im Sozialraum bilden
- Begegnungsräume schaffen
- Metaebenen einbauen, die andere Perspektiven beleuchten (Zurücktreten können)
- situative Kontakte herstellen
- echte Inklusion und Beteiligung anstreben, um die Isolation aufzuheben bzw. zu verringern
- auf Sanktionen verzichten
- (emotionale) Routine, Orientierung und Rituale schaffen, in Form von „Aktionspädagogischen Konzepten“ (ApK) und diese an Stelle von starren Strukturen und einer „Wenn-Dann-Orientierung“ („Reaktionspädagogische Konzepte“ (RpK)) setzen

Die **Methoden** der sozialraumorientierten Traumaarbeit **in den Zeiträumen der Nichtanpassungsfähigkeit**, also wenn eine Anpassungsstörung bereits zu beobachten ist, unterscheiden sich von den präventiven Maßnahmen nur teilweise:

Hier sollte man ebenfalls:

- Metaebenen einbauen, die andere Perspektiven beleuchten
- situative Kontakte herstellen
- Inklusion und Beteiligung anstreben, um Isolation aufzuheben bzw. zu verringern
- Routine, Orientierung und Rituale in Form von „Aktionspädagogischen Konzepten“ (ApK) schaffen und von starren Strukturen mit einer „Wenn-Dann-Orientierung“ absehen (RpK) – siehe hierzu auch mein Skript „...ich zähle bis drei...!“ – echte Teilhabe von traumatisierten Menschen
- auf Sanktionen gänzlich verzichten
- das Erleben fördern auf der Ebene I + II nach dem TSM
- die Beteiligung fördern und suchen
- Beständigkeit anbieten in den beiden zuvor genannten Punkten

Zusätzlich sollte man hier folgende Maßnahmen mit einbeziehen:

- Psychoedukative Beratung und Begleitung
- Abklärung von Suizidalität
- Schaffung von Nischen; Schaffung eines „realensicheren Ortes“ – nach Möglichkeit im Lebensbereich „Wohnen“
- Einbetten des katastrophalen Erlebens in die eigene

Biographie bzw. Sinnggebung, Chancen- und Grenzaufzeigungen

- Stärkung des Alltagserlebens durch ein „Sich-Erleben-Dürfen“ in Schutzzonen/Schutzräumen
- Unterstützung im Trauerausdruck in all seinen Phasen wie Weinen, Wut, Verzweiflung, Gefühl von Sinnlosigkeit, Anklage, Schuld und Scham
- Aushalten und Begleiten des Trauerausdrucks
- Unterstützung bei der Transformation der Trauer in ein weiter entwickeltes Lebenskonzept, in dem das katastrophale Erlebnis seinen wertschätzenden Platz bekommt und neue Handlungsmöglichkeiten und ein neuer Lebenssinn entstehen

Teamarbeit:

- Selbsterfahrung, eigene Verführbarkeiten und Befindlichkeiten erkennen
- eigene Psychohygiene im Alltag
- Einbettung in ein Teamkonzept und eine lebendige, gelebte Teamkultur
- Formulierung von ggf. vorhandenen transgenerativen Traumata und damit eventuell einhergehend Schuld wahrnehmung und Schuldausgleich
- Schaffen von Routinen, Orientierung und Ritualen in Form von „Aktionspädagogischen Konzepten“ (ApK) statt starrer Strukturen und einer „Wenn-Dann“-Orientierung von „Reaktionspädagogischen Konzepten“ (RpK)

Wenn die Anpassungsstörungen nicht wertschätzend bearbeitet und integriert bzw. teilintegriert werden, kann es zu folgenden schweren und langfristigen Störungen für den Betroffenen kommen:

- Subgruppenbildung (Thore Volquardsen: „Der frühe Vogel kann mich mal“)
- Suchtmanifestierung (Thore Volquardsen: „Der frühe Vogel kann mich mal“)
- Isolation
- Kriminalität
- Traumafolgen wie Angst, Panik, Phobien, Zwang (auch bei generalisierten Entwicklungen) sowie soziale Probleme, Empfindungsstörungen, Erschöpfungsstörungen, Entwicklung einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstruktur, Aufmerksamkeits- und Fokussierungsstörungen, Erkrankungen des psychovegetativen Nervensystems mit all seinen spezifischen Auswirkungen und Ausdrucksweisen, körperliche Erkrankungen
- Beziehungsstörungen
- Überanpassung
- Entwicklung einer querulatorischen Persönlichkeitsstruktur

Als nächstes komme ich zur

Dissoziationsstufe 1, in deren Rahmen sich *schocktraumatisches Erleben* in Form eines *Monotraumas*, also eines einmaligen belastenden Erlebnisses, in eine *akute Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)* entwickelt hat.

dazugehörige Begriffe:

- Akute Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- Monotrauma
- Schocktraumatisches Erleben

Beschreibung:

Die Stufe 1 baut nicht in jedem Fall auf der Stufe 0 auf. Der Grundcharakter der Anpassungsstörung ist ein anderer als der der PTBS. Dennoch ist es nicht ausgeschlossen, dass sich aus der Symptomatik der Stufe 0 auch eine PTBS der Stufe 1 entwickelt.

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist wohl die bekannteste unter den Traumastörungen und wird auch am häufigsten diagnostiziert. Die Abgrenzung zu den anderen möglichen Traumastörungen ist schwierig und häufig gar nicht möglich, weil das Diagnosesystem eine genaue Zuordnung der Traumata (noch) nicht zulässt.

Beispielsweise muss man sich bei einer Burn-Out-Symptomatik entscheiden, ob man die Symptome in eine depressive Diagnostik einfließen lässt oder aber in die der Posttraumatischen Belastungsstörung. Da unser Diagnosesystem eine Kausalität bei der Entstehung von akuten Symptomatiken kaum kennt, entsteht eine Vielzahl an Fehldiagnosen. Eine Burn-Out-Symptomatik

(Erschöpfungssyndrom) beispielsweise ist meist in ihrer Ursache viel tiefgreifender und daher oft eher den komplexen Posttraumatischen Belastungsstörungen zuzuordnen, als den depressiven Störungen, denen es in der Regel zugeordnet wird. Hierzu jedoch mehr in Zusammenhang mit der Dissoziationsstufe 3.

Kommen wir zunächst noch einmal auf die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) der Dissoziationsstufe 1 zurück:

Hier sprechen wir grundsätzlich von einer *akuten* Traumatisierung. Es fehlen also die Kennzeichen einer Chronifizierung – insbesondere die der Traumafolgestörungen, die ein Kennzeichen für einen chronischen Verlauf darstellen.

Der PTBS liegt ein Schockereignis zu Grunde, das plötzlich ins Leben kam und den Betroffenen quasi völlig überrascht und überwältigt hat. Dieses Ereignis ist nicht mehr „nur“ kritisch, sondern katastrophal im Erleben. Es übersteigt unsere Regulationsmöglichkeiten im Alltagserleben und es überfordert unsere Resilienzfähigkeit. Wir sehen keine Möglichkeiten, aus dieser Situation herauszukommen, sondern sind in ihr gefangen und ihr ausgeliefert, ohne Macht – ohnmächtig.

Wenn diese beiden Faktoren zusammen treffen, kommt es im Gehirn zu einer Überlebensreaktion: Der traumatische Bodyguard kommt nach vorne und „erledigt den Job“. Er führt uns durch die Krise. Wir nennen diesen Vorgang *Dissoziation*. Bei einem einmaligen katastrophalen Ereignis sprechen wir von einem sog. *Monotrauma*. Wir könnten diesen Vorgang auch als eine Art *Abszessbildung im Gehirn* verstehen, bei dem der traumatische Bodyguard einen traumatischen Abszess – also eine Verkapselung bildet. Um überleben zu können,

werden bestimmte Ebenen des Alltagslebens ausgeschaltet. Hierzu gehören nicht selten unsere Gefühle, entweder alle oder spezifische. Angst kann beispielsweise komplett abgeschaltet werden, so dass dieses Gefühl fortan nicht mehr wahrgenommen wird. Angst hat jedoch eine wichtige Schutzfunktion. Ohne dieses Gefühl können Gefahren nicht mehr realistisch eingeschätzt werden. Man muss kein Hellseher sein, um zu erkennen, dass die Folgen dramatisch sein können. Auch die körperliche Sensorik oder Wahrnehmung kann beeinträchtigt oder sogar komplett abgeschaltet sein. Es können Sehstörungen auftreten, Lähmungen oder Taubheit in den Gliedmaßen, in der Ansteuerung zu den Stimmbändern, oder in der Hautoberfläche. Auch Atemprobleme und Schmerzreduktion sind möglich. In der Regel macht es also Sinn, dass der traumatische Bodyguard einige körperliche Funktionen ausschaltet, zum Einen, um Energie zu sparen, zum Anderen, um in dieser Situation Schmerzen jeglicher Form zu lindern oder gar vollständig auszuschalten.

Das traumatische Ereignis kann auf der körperlichen oder der seelischen Ebene stattfinden oder auch auf beiden gleichzeitig. Von einer PTBS sprechen wir erst dann, wenn der traumatische Bodyguard auch *nach* dem katastrophalen Ereignisses nach vorne kommt. Dies wird durch bestimmte Stimulireize, sog. Trigger, ausgelöst. Es kommt hierbei zu einer Fehleinschätzung durch den traumatischen Bodyguard, der nämlich von einer erneuten Katastrophe ausgeht, weil er dieses so abgespeichert hat und der Stimulireiz die gespeicherte „Notreaktion“ (traumatisches Erleben) aktiviert. Trigger sorgen also für die Aktivierung von Dissoziation. Der

Trigger oder besser die Triggersituation wird damit also zum Auslöser für eine PTBS. Er tritt häufig zeitverzögert zum eigentlich erlebten traumatischen Ereignis auf, was wir im Übrigen als Latenzzeit verstehen. Auslöser können dabei alle möglichen Veränderungen in unserem Umfeld sein, die wie traumatische Erinnerungen wirken.

In der Dissoziationsstufe 1 geht es immer um die akute Situation. Die WHO gibt hier gerne feststehende und zementierte Zeiten vor, in deren Rahmen eine PTBS noch als solches Beachtung finden darf. Die WHO geht dabei von Latenzzeiten von bis zu 6 Monaten aus. Faktisch sind wir Menschen jedoch so unterschiedlich, unsere Erlebnisse, Wahrnehmungen, Interpretationen und Strategien so individuell, dass es absurd erscheint, einen solchen allgemeingültigen Zeitraum festlegen zu wollen. In der Realität können Latenzzeiten daher auch Jahrzehnte andauern und dann kann plötzlich eine Veränderung im Leben zum Auslöser, zum Trigger werden, der dann das traumatische, verkapselte Erleben aktualisiert (Retraumatisierung).

Da die PTBS nur dann diagnostiziert werden kann, wenn Stimulireiz und traumatisches Ereignis in einen Zusammenhang gebracht werden können, ist dies bei langen Latenzzeiten wahrlich nicht immer ganz so einfach.

Zur akuten PTBS gehört die Entwicklung von *Hypervigilanz*, die als eine Form der Überwachheit zu nennen ist. Einige Fachleute benutzen Hypervigilanz auch in einem Zusammenhang mit einer Übersensibilität – also einer besonderen Wahrnehmungssensibilität. Dies ist allerdings nicht ganz korrekt. Wir gehen bei der Hypervigilanz eher von einer *stressbezogenen Wachheit* aus – und zwar aus einem

ganz einfachen Grund: Um Dissoziation im Sinne eines Kontrollverlustes zu vermeiden. Wenn der traumatische Bodyguard erst einmal aktiviert wird, unterliegt er nämlich nicht mehr der Kontrolle des Alltagserlebens. Hypervigilanz gehört somit zu dem System des Alltagserlebens und kann auch als Teil des Traumastresssystems gesehen werden. Das Traumastresssystem dient der Kontrolle, um den traumatischen Bodyguard nicht oder nicht vollständig nach vorne zu lassen.

Zu den akuten Symptomen gehören, neben dem Wiedererleben des traumatischen Ereignisses und der Entwicklung von Hypervigilanz – also Traumastress, auch die folgenden Symptome: Schlafstörungen (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, häufiges Erwachen in der Nacht – auch schreckhaftes Erwachen in der Nacht, frühes Erwachen am Morgen), individuelle Erschöpfung bereits am Vormittag, Störungen der Merkfähigkeit, Fokussierungsstörungen, Konzentrationsbeeinträchtigungen, Gereiztheit, Stimmungsinstabilität und motorische Unruhe.

Bei der akuten PTBS ist das Entstehen von Vermeidungsverhalten bereits ein Symptom der ersten Chronifizierung; die Traumafolgestörungen sind bereits Symptome eines chronischen Verlaufes.

In der nun folgenden Beschreibung der **Dissoziationsstufe 2** finden wir die *chronische PTBS* als Folge eines *schocktraumatischen Erlebens* und eines *chronifizierten Monotraumas*.

dazugehörige Begriffe:

- chronische PTBS
- chronifiziertes Monotrauma
- schocktraumatisches Erleben

Beschreibung:

Wir können die Dissoziationsstufe 2 als eine Weiterführung der Stufe 1 verstehen, das heißt der Zustand der Stufe 1 verschlimmert und chronifiziert sich in der Stufe 2.

Chronifizierte Verläufe beinhalten immer Vermeidungsstrategien, die Teil des Alltagserlebens sind. Darüber hinaus können wir Traumafolgestörungen ausmachen, die fast so vielfältig sind, wie die komplette ICD 10 Kategorie. Dieses gilt natürlich auch für die Dissoziationsstufe 3, da die Stufe 3 immer als chronifiziert betrachtet werden kann. Wir finden in den Stufen 2 und 3 vollständige und chronifizierte Formen von traumatischen Entwicklungen.

Durch eine chronisch verlaufende PTBS wird die Resilienz gesenkt. Dies bedeutet, dass Krisen rascher umgewandelt werden zu Katastrophen, was uns insgesamt schwächt und anfälliger werden lässt für weitere Traumatisierungen. Diese weiteren Traumatisierungen werden von mir als multiaxial bezeichnet. Ein chronischer Verlauf begründet also weitere Traumata. Diese sollten nach Möglichkeit auch so betrachtet werden. Multiaxiale Traumata gelten in meinem Verständnis nicht automatisch als komplexe PTBS, also als Polytrauma, sondern zunächst einmal als Ansammlung von Monotraumatisierungen. Natürlich ist nicht auszuschließen, dass sich durch Wiederholung solcher Prozesse eine komplexe Traumastörung entwickeln kann. Dann erst aber sprechen wir

von Polytraumatisierungen, die zur Dissoziationsstufe 3 gehören. Diese Abgrenzungen spielen eine große Rolle in der Arbeit mit traumatisierten Menschen, weil jede Dissoziationsstufe eine eigene Sprache spricht und uns etwas mitteilen möchte, das es zu verstehen gilt.

Die **Dissoziationsstufe 3** beinhaltet die komplexe PTBS (kPTBS) und das Posttraumatische StressSyndrom (PTSD) als Folge von einem Polytrauma bzw. einem multiaxialen Trauma und schocktraumatischem und/oder entwicklungs-traumatischem Erleben.

dazugehörige Begriffe:

- komplexe PTBS (kPTBS)
- Posttraumatisches StressSyndrom (PTSD)
- Polytrauma/ multiaxialen Trauma
- schocktraumatisches und / oder entwicklungs-traumatisches Erleben

Beschreibung:

Die Dissoziationsstufe 3 ist wieder separat von der Stufe 1 und 2 zu betrachten. Am ehesten baut die Stufe 3 auf der Stufe 0 auf. Diese Annahme ist aber nicht vollständig. Die Stufe 3 ist tatsächlich eine chronifizierte Form der Stufe 0, bezieht aber weitere Entstehungsmöglichkeiten mit ein.

Die Grundlagen für die kPTBS können im Prinzip von der PTBS übernommen werden. Der Unterschied besteht darin, dass es sich bei dem zu Grunde liegenden Ereignis einer PTBS um eine einmalige Situation gehandelt hat, während wir es nun bei der

kPTBS mit Wiederholungen des katastrophalen Ereignisses zu tun haben. Die traumatischen Wiederholungen belasten das Energiefeld zunehmend. Der traumatische Bodyguard benötigt daher eine neue Strategie, um überleben zu können. Die Lösung ist eine Aufspaltung des traumatischen Bodyguards. So können sich also mehrere traumatische Bodyguards die Arbeit aufteilen. Auf diese Weise kann das traumatische System effizienter und spezifischer mit den sich wiederholenden katastrophalen Ereignissen umgehen. Außerdem könnten nun Mischformen aus den verschiedenen Dissoziationen entstehen. Teilweise sind die traumatischen Bodyguards nun sogar in der Lage wie in einem Netzwerk zu arbeiten, also miteinander in Verbindung zu stehen und zu kooperieren – das ist jedoch nicht immer der Fall. Das Aufspalten der traumatischen Erlebnisse ist also eine Überlebensstrategie und sorgt darüber hinaus für einen besseren Umgang mit den zur Verfügung stehenden energetischen Ressourcen – zumindest erst einmal.

Die **Dissoziationsstufen 4 bis 8** fasse ich in diesem Buch zusammen. Das Gemeinsame dieser Dissoziationsstufen ist die Entwicklung von komplexen Handlungsstrategien. Dies bedeutet, dass zu den vorhandenen Handlungsmöglichkeiten und oder Strategien des traumatischen Bodyguards, die da wären: Erstarren oder Einfrieren, Flucht oder Wegbewegung und die verschiedenen Formen von Aggressionen und Gewalt, eine weitere, völlig neue Strategie hinzukommt. Der Bodyguard nimmt hierbei eine erstaunlicherweise fast vollständig neue Persönlichkeit an (Stufen 4 und 5) oder gar mehrere solcher vollständigen Persönlichkeiten (bei den

Stufen 6 bis 8 möglich) – inklusive spezieller Eigenarten, einem eigenen Charakter mit spezifischen Vorlieben und Abneigungen sowie einem eigenen Empfinden, einer eigenen Wahrnehmung und einem eigenen Erfahrungsschatz mit eigenen Strategien – immer auf der Basis des traumatischen Erlebens.

Es würde den Rahmen eindeutig dieses Buch sprengen, hier in die Tiefe zu gehen. Im zweiten Teil meines Buches werde ich diesen Dissoziationsstufen einen eigenen Abschnitt widmen. Ab der Dissoziationsstufe 6 betreten wir „neues Land“. Wir werden in Teilen unseres Vorstellungsvermögens beraubt und mit dem Unvorstellbaren konfrontiert. Nicht nur, dass sich die Welt unserer Arbeit mit Menschen durch die traumatisierten Menschen für uns verändert; auch die Matrix, also die Welt da draußen ändert sich, weil nichts mehr so sein muss wie wir es bisher begriffen, gesehen und erlebt haben. Die Welt, wie wir sie vielleicht verstanden haben, wird auf den Kopf gestellt. Wir gehen hinter einen Vorhang und erleben hier etwas für uns völlig Neues. Dieses zu leugnen, erschwert oder verunmöglicht nur die Arbeitsprozesse mit den betroffenen traumatisierten Menschen. Konfrontiert mit dem Unvorstellbaren, gehen wir nicht selten in eine Abwehr und demzufolge in eine Außenanklage. Wir tun das, weil wir an unserem Weltverständnis festhalten wollen. In der Arbeit mit der traumatischen DIS geht es aber zunächst einmal um die Frage des eigenen Annehmens. Das ist die Herausforderung – das Geschenk für uns. Wir kommen in Kontakt mit der Pornoindustrie und mit okkulten Gruppen – vielleicht nicht persönlich, aber dennoch so nah, dass wir davon berührt, wahrscheinlich sogar erschüttert werden. Wir nennen diese

extremen Bereiche der traumatischen Ereignisse *rituelle Gewalt*, da in diesen Szenen Menschen durch die Vielzahl an Ritualen schwer und schwerst traumatisiert werden und in ihrem Sein, teilweise oder gar völlig demontiert und in sich zersplittert werden.

Ich selber habe lange Zeit mit Menschen arbeiten und Zeit verbringen dürfen, die mindestens eine weitere vollständige Persönlichkeit entwickeln mussten, um am Leben bleiben zu können. Es ist irgendwie die „Königsliga“ der Traumastörungen, weil es so faszinierend ist, wozu Menschen in der Lage sind, wenn es um ihr Überleben geht.

An dieser Stelle möchte ich hervorheben, dass es sehr wichtig ist, zu verstehen, dass es sich hierbei nicht um psychotische Störungen handelt, obwohl es bei erster Betrachtung danach aussehen mag, denn viele dieser Symptome passen auch zu einer Psychose – zumindest nach dem „Symptom-Katalog“ der WHO. Bei den psychotischen Störungen geht es meist um drei große Symptomkomplexe (nach Kurt Schneider):

- Gedankeneingebungen
- Gedankenausbreitungen
- Dialogisch kommentierende Stimmen

Hinzu können noch

- Wahnwahrnehmungen

kommen, wie zum Beispiel Verfolgungswahn, Kontrollwahn, aber auch körperliche Beobachtungen, dass sich zum Beispiel Organe verschieben oder sogar auflösen können.

Wenn also die Frage lediglich lautet: „Hören Sie Stimmen, die Ihnen etwas sagen, von denen Sie zu Handlungen aufgefordert werden?“ – und das kann bei einer DIS (der Stufen 6 bis 8) durchaus möglich sein – so kommt es im weiteren Verlauf oft zu einer Fehldiagnose mit entsprechender Fehlbehandlung. Menschen mit DIS werden in der Regel mehrere Jahre fehlbehandelt – häufig unter der Fehldiagnose der „Psychose“. Aufgrund dieser Fehlannahme werden sie dann meist weiter oder erneut multiaxial traumatisiert. Dieses kann unter Umständen so weit führen, dass auch Einweisungen in die psychiatrische Klinik gegen oder auch mit dem Willen der betroffenen Personen durchgeführt werden und zu einem erneuten traumatischen Erleben führen.

Ich habe Menschen mit teilweise mehr als dreißig, vierzig oder auch einhundert Persönlichkeiten begleitet. Nicht alle davon sind im Außen aktiv; viele von ihnen sind lediglich im Inneren wirksam. Und nicht alle sind ohne Erinnerung zur anderen Persönlichkeit. Das wird in vielen Filmen immer wieder so dargestellt. Viele dieser Persönlichkeiten „kennen“ den anderen auf eine besondere Art und Weise, sei es über das körperliche Empfinden oder über das gemeinsame Erleben von Emotionen. DIS ist also vielfältig und kreativ. Und ganz deutlich wird dabei, dass alle unsere (Gitter-)Strukturmodelle spätestens hier an ihre Grenzen stoßen und wir andere Ansätze und Möglichkeiten brauchen, um mit diesen schwerst traumatisierten Menschen kurz- und langfristig arbeiten zu können.

In der Arbeit mit den Menschen dieser traumatischen Gruppe

benötigen wir eine Haltung, die es für möglich hält, dass mehrere Persönlichkeiten in einem Körper existieren können.

Wir unterscheiden hierbei nicht mehr das Alltagserleben vom traumatischen Erleben, sondern vielmehr die geborene Persönlichkeit, die also Mutter und Vater hat, also die *Primärpersönlichkeit* von denen auf der Basis unglaublicher katastrophaler Ereignisse entstandenen *Sekundärpersönlichkeiten*.

Im Folgenden werde ich doch noch ganz kurz auf die einzelnen Dissoziationsstufen 4 bis 8 eingehen.

Zur

Dissoziationsstufe 4 gehören die erfahrungskonditionierte Dissoziation und die erfahrungskonditionierte dissoziative Störung. Dabei werden alle Kriterien einer kPTBS erfüllt.

dazugehörige Begriffe:

- erfahrungskonditionierte Dissoziation
- erfahrungskonditionierte dissoziative Störung
die Kriterien einer kPTBS werden erfüllt

Beschreibung:

Bei der erfahrungskonditionierten Dissoziation kommt es dazu, dass der Organismus in der Lage ist, auf der Basis von eigenen Erfahrungen und Erlebnissen eine Teilpersönlichkeit zu erschaffen, die zu seinem Überleben entscheidend beiträgt. Das, was die Primärpersönlichkeit nicht mehr im Stande ist, zu

leisten, kann an diese sekundär erschaffene Teilpersönlichkeit abgegeben und durch sie ausgeglichen werden. Diese Teilpersönlichkeit muss nicht amnestisch sein, das heißt sie muss also nicht vollständig – ohne Erinnerung – abgespalten werden, sondern kann auch teil-integriert sein.

Zur

Dissoziationsstufe 5 gehören die fremdkonditionierte Dissoziation und die fremdkonditionierte dissoziative Störung. Auch hier werden logischerweise die Kriterien einer kPTBS erfüllt.

dazugehörige Begriffe:

- fremdkonditionierte Dissoziation
- fremdkonditionierte dissoziative Störung
die Kriterien einer kPTBS werden erfüllt

Beschreibung:

Hier wurden, im Vergleich zur Stufe 4, die Dissoziationen von außen, also von Menschen, die bestimmte Interessen verfolgen, bewusst herbeigeführt – und zwar auf der Basis von Konditionierungen. Im Übrigen verweise ich inhaltlich auf die Ausführungen zur Dissoziationsstufe 4.

Bei den Dissoziationsstufen 6 bis 8 gehen wir nochmals durch einen Vorhang. Was wir dahinter antreffen, wird unser Weltbild noch einmal erschüttern. Hier geht es nicht mehr „nur“ um Konditionierungen, sondern vielmehr um gezielte *Programmierungen*¹ und *Gehirnwäsche*².

1 Das Codieren von Handlungen

2 Gewaltamen Veränderung der Urteilskraft und der Einstellung eines Menschen sowie die Veränderung seiner Realitätswahrnehmung in allen Bereichen zur eigenen Person und in allen Bezügen zum Leben und zu allen Lebensfeldern durch starken physischen und psychischen Druck

Hier werden Menschen bewusst und gezielt traumatisiert und entsprechend dem beabsichtigten Zweck „neu zusammengeschaubt“.

Zur

Dissoziationsstufe 6 gehört die DIS, die Dissoziative Identitätsstörung herbeigeführt durch gezielte Programmierung und Gehirnwäsche.

dazugehörige Begriffe:

- Gehirnwäsche
- Programmierung
- DIS – Dissoziative Identitätsstörung

Die DIS kann aber auch der

Dissoziationsstufe 7 zuzuordnen sein, wenn eine invers (umgekehrte) Programmierung als Ursache hinzu kommt.

dazugehörige Begriffe:

- Gehirnwäsche
- Programmierung
- invers¹ Programmierung
- DIS – Dissoziative Identitätsstörung

1 umkehren

Bei der

Dissoziationsstufe 8, der schwersten Traumatisierungsstufe, die ich aus der Erfahrung meiner eigenen Arbeit mit schwerst Traumatisierten noch hinzugefügt habe, ist durch die vorangegangenen Traumatisierungen und die dadurch erfolgte Zersplitterung und Aufspaltung, die ursprüngliche Primärpersönlichkeit des traumatisierten Menschen nicht mehr auszumachen.

dazugehörige Begriffe:

- Gehirnwäsche
- Programmierung
- invers¹ Programmierung
- DIS – Dissoziative Identitätsstörung
- keine Primärpersönlichkeit mehr eruierbar und ausmachbar

Eine tiefere Betrachtung und Auseinandersetzung mit den Dissoziationsstufen 4 bis 8 werde ich, wie gesagt, im 2. Teil meines Buches vornehmen.

1 umkehren

Kehren wir nun erst einmal zurück zu den „leichteren“ Symptomen – oder besser Strategien, die vor allem darauf aus sind, das traumatische Erleben zu vermeiden. Zu dissoziieren bedeutet, die Kontrolle zu verlieren über bestimmte Funktionen der Ebene I (Erleben) und II (Erfahrungen). Das soll mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln verhindert werden, aber auch diese Mittel haben ihren Preis.