

# Psychotraumatologie

Von Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse

Viele schwere psychische Symptombildungen und Persönlichkeitsstörungen weisen eine hohe Inzidenz von Traumatisierungen in der Kindheit auf, besonders die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Als Kindheitstraumata gelten insbesondere aggressive Kindesmisshandlung, sexualisierte Gewalt, Deprivation, Gewalterfahrung von Familienangehörigen untereinander, Elternteilverlust, schwere schmerzhaftes Kinderkrankheiten und Kriegserfahrungen.

## Stressphysiologische Grundlagen:

Durch traumatisierende Stresserfahrungen kann die normale Stressverarbeitungsfähigkeit auf somatischer Ebene vorübergehend oder chronisch geschädigt werden. Humanmedizinische und tierexperimentelle Befunde belegen Veränderungen der Hirnphysiologie (Hippocampus-Atrophie) und der Stresshormone (Cortisol). Die Posttraumatische Belastungsstörung ist also eine „Physioneurose“. Ein Stressor löst reflexhaft auf neuronalem und hormonellem Weg die Fähigkeit zur Stressbewältigung durch Kampf oder Flucht aus. Problematisch wird es, wenn ein Stress weder durch Kampf noch durch Flucht bewältigt werden kann. Im Tierreich ist die Situation des „inescapable shock“ potentiell lebensgefährlich. Menschen können Ohnmacht-Situationen durch dissoziative Mechanismen (Wahrnehmungsveränderung) beeinflussen: den Körper per Depersonalisation verlassen, die äußere Realität per Derealisation. Nach einem Trauma schwankt ein Mensch physiologischerweise zwischen Phasen der Intrusion (Flash-backs und Reaktualisierungen des Traumas) einerseits und Phasen der Konstriktion (Stumpfheit, Anhedonie) andererseits. Triggerreize können unverarbeitete traumatische Szenen und Erfahrungsfragmente „triggern“. Für viele Patientinnen mit dissoziativen Störungen ist selbstverletzendes Verhalten (SVV) das sicherste Antidissoziativum.

Seit Juni 1996 haben wir in der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie NLKH Göttingen die Station 9 für inzwischen 18 Frauen mit traumabedingten Symptombildungen, überwiegend SVV eingerichtet. Dr. Luise Reddemann hat in Bielefeld eine Therapiestrategie entwickelt, die wir übernommen haben. Praktisch alle traumazentrierten Behandlungsstrategien gliedern sich in drei Phasen: Ziel der Stabilisierungsphase ist die gründliche Information der Patientin und die Schulung ihrer Imaginationsfähigkeit. Damit soll sie schrittweise Kontrolle über ihre inneren Abläufe bekommen und den nur schlechten Intrusionen und Flash-backs aktiv nur gute Bilder und Körpersensationen entgegensetzen lernen. Die Körpertherapie in Form von Aromatherapie, Qi Gong, Feldenkrais und Selbstbehauptungstraining ist stabilisierend und grenzverstärkend, nicht mobilisierend.

## Traumaexposition geschieht durch drei Techniken:

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) von Francine Shapiro

Die sogenannte „Bildschirmtechnik“ aus der Hypnotherapie und der verhaltenstherapeutischen Desensibilisierung.

Die „Beobachertechnik“ (Luise Reddemann): distanzierte Betrachtung aus der Vogelperspektive.

Traumazentrierte Psychotherapie versteht sich heute nicht mehr als Katharsis (Reinigung) von belastenden Erinnerungselementen. Traumaexposition dient der Traumasynthese. Intrusionen und Flash-backs sollen zu Erinnerungen werden, die erträglich sind und nicht mehr den Einsatz dissoziativer Mechanismen erforderlich machen.

Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse, Niedersächsisches Landeskrankenhaus, Roßdorfer Weg 7, 37081 Göttingen