



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter [www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)

## **MENTALISIEREN IN KLINIK UND PRAXIS**

Herausgegeben von Ulrich Schultz-Venrath

Mentalisieren ist die Fähigkeit, sich auf innerpsychische (mentale) Zustände (wie z. B. Gedanken, Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse) von sich selbst und anderen zu beziehen und diese als dem Verhalten zugrundeliegend zu begreifen. Mentalisieren wird als wesentliche menschliche Kompetenz angesehen.

Die Fähigkeit des Mentalisierens ist bei verschiedenen psychischen Störungen unterschiedlich stark eingeschränkt oder nicht vorhanden. Dies hat häufig schwerwiegende Folgen. Die Mentalisierungsfähigkeit wiederherzustellen ist eine zentrale therapeutische Aufgabe in den verschiedenen Psychotherapien.

Die einzelnen Bände der Reihe stellen in kompakter Form die Anwendungsmöglichkeiten mentalisierungsbasierter Maßnahmen auf wichtigen Störungsfeldern vor.

Die Einzelbände behandeln folgende Themen:

1. Band: Mentalisieren in Gruppen
2. Band: Mentalisieren bei Depressionen
3. Band: Mentalisieren mit Kindern und Jugendlichen
4. Band: Mentalisieren mit Paaren
5. Band: Mentalisieren des Körpers
6. Band: Mentalisieren bei Persönlichkeitsstörungen
7. Band: Mentalisieren bei Traumatisierungen
8. Band: Mentalisieren bei Psychosen (erscheint 2022)

Weitere Bände in Vorbereitung

Maria Teresa Diez Grieser

# **Mentalisieren bei Traumatisierungen**

Klett-Cotta

Klett-Cotta

[www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)

© 2022 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von xibalba / photocase.de

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Altusried-Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co.KG, Regensburg

ISBN 978-3-608-98386-9

E-Book ISBN 978-3-608-11674-8

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20516-9

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

# Inhalt

|                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Vorwort</b> .....                                                                                          | 9  |
| <b>1 Einleitung</b> .....                                                                                     | 15 |
| <b>2 Alles Trauma?</b> .....                                                                                  | 17 |
| <b>3 Traumatisierungen und Traumaprozesse</b> .....                                                           | 21 |
| <b>4 Traumatisierungsformen</b> .....                                                                         | 35 |
| <b>5 Bindung und Traumatisierungen</b> .....                                                                  | 39 |
| <b>6 Komplexe Traumatisierungen und Mentalisieren</b> .....                                                   | 41 |
| <b>7 Belastungen und ihre traumatisierenden Wirkungen<br/>über die Lebensspanne</b> .....                     | 49 |
| 7.1    Pränatale Entwicklung und Belastungen .....                                                            | 50 |
| 7.2    Belastungen und Mentalisieren in der frühen<br>Kindheit.....                                           | 51 |
| 7.3    Belastungen und Mentalisieren in der mittleren<br>Kindheit.....                                        | 55 |
| 7.4    Belastungen und Mentalisieren im Jugendalter .....                                                     | 58 |
| 7.5    Belastungen und Mentalisieren im Erwachsenenalter ...                                                  | 63 |
| 7.6    Belastungen und Mentalisieren im Alter .....                                                           | 69 |
| 7.7    Zusammenfassende Überlegungen.....                                                                     | 71 |
| <b>8 Körper, Mentalisieren und Traumatisierungen</b> .....                                                    | 73 |
| 8.1    Körperbiografien.....                                                                                  | 74 |
| 8.2    Psychotherapie als Erzeugung von gemeinsamen<br>Bedeutungen im therapeutischen Interaktionsprozess ... | 76 |
| 8.3    Traumatisierung und Körper .....                                                                       | 78 |
| 8.4    Traumatische Identitätsbildung .....                                                                   | 80 |

|                                                                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>9 Affekte, Mentalisieren und Traumatisierungen</b> .....                                                  | 85  |
| 9.1 Affekte und Traumatisierungen .....                                                                      | 85  |
| 9.2 Angst und Traumatisierungen .....                                                                        | 89  |
| 9.3 Scham und Traumatisierungen .....                                                                        | 93  |
| 9.4 Schuld und Traumatisierungen .....                                                                       | 99  |
| <b>10 Dissoziation und Traumatisierungen</b> .....                                                           | 102 |
| <b>11 Transgenerationale Traumatisierung</b> .....                                                           | 106 |
| <b>12 Psychodynamisch-mentalierungsorientierte<br/>Traumatherapie (PMOTT)</b> .....                          | 113 |
| 12.1 Die Ursachen epistemischen Misstrauens und die<br>Notwendigkeit, epistemisches Vertrauen aufzubauen ... | 114 |
| 12.2 Grundlagen und Referenzpunkte .....                                                                     | 117 |
| 12.3 Der Hausbau als Kernstück der mentalisierungs-<br>orientierten Psychotherapie .....                     | 137 |
| 12.4 Der Garten: Traumasensible und mentalisierungs-<br>orientierte Umwelten fördern .....                   | 191 |
| <b>13 Mentalisieren bei Traumatisierungen:<br/>    Chancen und Grenzen</b> .....                             | 220 |
| <b>14 Schlusswort</b> .....                                                                                  | 224 |
| <b>Literatur</b> .....                                                                                       | 227 |
| <b>Die Autorin</b> .....                                                                                     | 252 |

*»Nicht was wir erleben, sondern wie wir empfinden,  
was wir erleben, macht unser Schicksal aus.«*

*Marie von Ebner-Eschenbach, Aphorismen, 2020, S.24*

# Vorwort

Vor über drei Jahrzehnten begann meine diagnostisch-psychotherapeutische Tätigkeit in der Neurochirurgie am Universitätsspital Zürich. Als angehende Neuropsychologin war ich stark am menschlichen Gehirn interessiert und der damals geltenden funktional-lokalisatorischen Logik verpflichtet. Umso größer war meine Überraschung, als meine erste Psychotherapiepatientin – eine junge Frau, die bei einem Unfall ein schweres Schädel-Hirn-Trauma erlitten hatte – trotz vollständiger Genesung und ohne Hinweise auf neuropsychologische Ausfälle weiterhin große Schwierigkeiten mit der Orientierung, der Aufmerksamkeit und dem Gedächtnis hatte. Emotional war sie ebenfalls stark belastet. Nachdem sie das Krankenhaus verlassen hatte, blieb sie ein Jahr lang bei mir in psychotherapeutischer Behandlung. Zwar half ein unterstützend durchgeführtes Biofeedback-Training, ihre Affektstürme und Angstzustände zu regulieren, doch bald musste ich einsehen, dass meine neuropsychologische Perspektive allein nicht genügte. Wir verbrachten aber viele Stunden damit, über den Unfall zu sprechen, über das Davor und das Danach in ihrem Leben. Auch ihre Albträume und Erinnerungsfetzen im Zusammenhang mit dem Unfall waren häufig Thema.

Zwar war mir nicht klar, wie ich der Patientin helfen konnte, doch ich hatte mich auf die therapeutische Beziehung mit ihr eingelassen, und wir arbeiteten an ihrem Narrativ bezüglich des Geschehenen. Das Thema »Traumatisierung« fand damals weder in den Fachbüchern noch in meinem klinischen Arbeitsumfeld besondere Beachtung. Aus heutiger Sicht würde ich sagen: Ich hatte damals intuitiv verstanden, dass für meine Patientin ihr Unfall und die darauffolgenden medizinischen Maßnahmen traumatischen Wert hatten. Für die ärztliche Behandlung galt dies auch deshalb, weil ihre Fremdspra-



chigkeit das Verständnis der medizinischen Vorgänge und den Kontakt zum Pflegepersonal erschwerte.

Im Laufe unserer Arbeit zeigte sich aber auch, dass bereits in der frühen Kindheit verschiedene Belastungen in ihrer Entwicklung Spuren hinterlassen hatten. Die traumatischen Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Unfall trafen auf eine Psyche, die als Folge von emotionaler Vernachlässigung und Gewalt in der Familie bereits »Bruchstellen« aufwies, welche die Verarbeitung von Belastungen beeinträchtigten. Ohne einen konzeptionellen Kompass, jedoch mit einer neugierigen, wertschätzenden Haltung und der Bereitschaft, die Frau, die nicht viel jünger war als ich, zu begleiten und zu unterstützen, machten wir miteinander eine »traumatherapeutische Reise«. Meine damalige therapeutische Haltung war durch Resonanz und affektives Mitschwingen charakterisiert und könnte mit dem heute gängigen Ausdruck »compassionate« beschrieben werden.

Nach dieser ersten Erfahrung lernte ich in meiner diagnostischen und psychotherapeutischen Tätigkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in der Neonatologie, in der Kinderschutzgruppe und in eigener Praxis mit erwachsenen Patientinnen und Patienten Hunderte von Menschen kennen, die Störungen aufwiesen, welche mit Erfahrungen der Vernachlässigung und Misshandlung in ihrer Kindheit zu tun hatten. Nicht zuletzt auch in Zusammenhang mit meiner psychotherapeutischen Arbeit mit erwachsenen Folteropfern aus Lateinamerika wurden das Thema »Traumatisierung« und die damit verbundenen Therapieansätze und Techniken immer wichtiger.

Das Trauma wurde zu Beginn des 21. Jahrhunderts zu einer regelrechten Modediagnose und Fortbildungen schossen gewissermaßen wie Pilze aus dem Boden. Große Hoffnung und hohe Erwartungen entstanden zunehmend bei Betroffenen und Fachpersonen, als über wirkungsvolle Behandlungsansätze und rasche Heilungsprozesse berichtet wurde, vor allem bei akuten Traumatisierungen. Strukturierte, konfrontations- und skills-orientierte Therapieansätze mit kognitiv-behavioralem Hintergrund, welche durch entsprechende Forschungsergebnisse untermauert wurden, galten als »State-of-the-art«-Vorgehensweisen. Psychoanalytische, beziehungsorientierte traumatherapeutische Ansätze wurden hingegen als nicht genügend

wirtschaftlich, wissenschaftlich und wirksam qualifiziert, und ihr Anspruch, am wissenschaftlichen Diskurs teilzuhaben, wurde in Frage gestellt, wobei neue neurobiologische Befunde ab Ende der 1990er Jahre nach und nach zu einer (Teil-)Rehabilitierung der psychoanalytischen Sichtweise von Traumatisierungen führten und forschungsorientierte Kliniker wie Gottfried Fischer oder Peter Riedesser den Diskurs bezüglich Traumatisierungen und Traumaprozessen in entscheidender Weise bereicherten.

Aktuell wissen wir, dass wir bei der Erfassung und Behandlung von Störungen, die mit traumatischen Ereignissen verknüpft sind, nicht zu ausschließlich auf die mit der Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) verbundenen Symptome und Prozesse fokussiert sein sollten. Es ist bekannt, dass viele unserer Patientinnen und Patienten aufgrund von Belastungen in der Kindheit entweder eine komplexe Traumatische Belastungsstörung aufweisen, die sich in Form von verschiedenen traumaassoziierten Störungen äußern kann, oder aber sie bringen eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber Stress und Belastungen mit; diese kann aufgrund geringfügig erscheinender Ereignisse zu einer Dekompensation der Abwehrorganisation und zu erheblichen akuten Symptomen führen.

In den 1990er Jahren wurde von Peter Fonagy, Mary Target und Anthony Bateman die Theorie und therapeutische Praxis des Mentalisierens entwickelt, zunächst ausgehend von Erfahrungen mit Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Seither haben viele Forscher(innen) und Praktiker(innen) die Theorie und therapeutische Praxis des Mentalisierens weiterentwickelt. Dies hat zum einen zu einem besseren Verständnis der Entwicklung des Selbst geführt und fruchtbare transdiagnostische Überlegungen ermöglicht und zum anderen bedeutsame Einsichten in Bezug auf die psychotherapeutische Haltung und die Form der Interventionen vermitteln können. Die Theorie und die Praxis des Mentalisierens verbinden entwicklungspsychologisches Wissen, Psychoanalyse, Bindungstheorie, Neurobiologie und Ergebnisse der Psychotherapieforschung; dabei wird darauf geachtet, dass die konkrete Arbeit mit unseren Patient(inn)en durch eine wohlwollende, wertschätzende, neugierige Haltung geprägt ist, die Brüche und

Missverständnisse in der Kommunikation im Fokus hat und diese »zu reparieren« versucht. Es geht also darum, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten den Patient(inn)en ein Gefühl der Sicherheit vermitteln und dass sich in der dabei entstehenden Beziehung psychische Räume auf tun, in denen Patientinnen und Patienten bei sich Verbindungen zwischen Körper, Affekten, Gedanken und Verhalten entwickeln und solche Verbindungen bei anderen wahrnehmen können.

Traumatisierte Menschen haben aufgrund von Erfahrungen in der Kindheit, dass sie vernachlässigt und misshandelt wurden, oder wegen Extremtraumatisierungen über die Lebensspanne die Fähigkeit zur Selbst- und Beziehungsregulation nicht entwickeln können, oder die Fähigkeit ist durch diese Ereignisse beeinträchtigt worden. Haltungen und Interventionen, die mentalisierungsorientiert sind, eignen sich besonders gut, um traumatisierte Kinder, Jugendliche und Erwachsene wirksam zu unterstützen. Die Mentalisierungstheorie hat sich zudem schon früh mit präventiven Ansätzen und interdisziplinärer Zusammenarbeit auseinandergesetzt,<sup>1</sup> so dass es heute eine reiche Sammlung von Konzepten und Interventionen für die Soziale Arbeit, die (Sozial-)Pädagogik und weitere spezifische Settings gibt. In der Arbeit mit Traumatisierungen eignet sich das Mentalisierungsmodell besonders gut für die Erarbeitung transdisziplinärer Konzepte und Vorgehensweisen, die eine große Schnittmenge mit der Traumapädagogik aufweisen.

Das vorliegende Buch kombiniert theoretische Ausführungen mit kurzen kasuistischen Beispielen, die Überlegungen und Vorgehensweisen illustrieren. Um meine therapeutischen Erfahrungen der letzten Jahrzehnte so gut wie möglich zu vermitteln und um Anonymität für die Patientinnen zu gewährleisten, werde ich im Folgenden besonders ausführlich das Fallbeispiel von Almudena vorstellen und in verschiedenen Kapiteln wieder aufgreifen: Almudena ist keine

---

1 Ein Beispiel ist das Programm AMBIT (Adaptive Mentalization-Based Integrative Treatment) des Anna Freud Centre in London (<https://www.annafreud.org/training/mentalization-based-treatment-adults-old/ambit-training-programme//>; Zugriff: 18.10.2021).

bestimmte Person, sondern eine Synopsis verschiedener Patientinnen und Patienten.

Ich danke deshalb allen meinen traumatisierten Patientinnen und Patienten dafür, dass sie mir Vertrauen entgegengebracht und ihre leidvollen Geschichten und die schwierigen Prozesse, die sie durchgemacht haben, mit mir geteilt haben. Einige haben gelingende Entwicklungen durchlaufen und ihren Platz im Leben gefunden, andere sind immer noch auf der Suche, einige sind gescheitert. Nicht zuletzt das Scheitern – die Unmöglichkeit, schlimmsten seelischen Schmerzen, die Menschen bei anderen Menschen verursachen, Sinn abzugewinnen, und leider oftmals die Unmöglichkeit, diese zu heilen – hat mich im Laufe der Zeit in meinen therapeutischen Ambitionen bescheidener werden lassen.

Herzlich danken möchte ich an dieser Stelle Ulrich Schultz-Venrath, dem Herausgeber dieser Reihe, der mich stets ermutigt und unterstützt hat. Er hat das Manuskript sorgfältig gelesen und wertvolle und wichtige Hinweise gegeben. Dank gebührt Roland Müller, mit dem ich 2018 *Mentalisieren mit Kindern und Jugendlichen*, den dritten Band in dieser Reihe, veröffentlicht habe und der schon sehr viel länger als ich mentalisierungsorientiert arbeitet; von ihm habe ich viel gelernt. Nicht zuletzt möchte ich aber Peter Fonagy, Eia Asen, Nick Midgley und Norka Malberg danken. Ich hatte die Möglichkeit, bei ihnen Seminare und Supervisionen zu besuchen, die mich geprägt und die mir gezeigt haben, dass die offene und wohlwollende Haltung nicht nur Theorie ist, sondern unmittelbar gelebt werden kann. Ein besonderer Dank gilt der hervorragenden Lektorsarbeit von Thomas Reichert, der stets die wichtigen Fragen gestellt hat und damit einen wichtigen Beitrag für die Klarheit und Lesbarkeit des Buches geleistet hat. Auch Katharina Colagrossi vom Verlag Klett-Cotta möchte ich für ihre Hilfe herzlich danken.

Mein Dank gilt auch meinem Ehemann, Jürgen Grieser, der mich stets unterstützt hat und das Manuskript gelesen und durch seine genaue und differenzierte Arbeit einen wichtigen Beitrag geleistet hat.

Zürich, im Oktober 2021

Maria Teresa Diez Grieser

## KAPITEL 1

# Einleitung

Unterschiedliche Belastungen und kritische Lebensereignisse führen dazu, dass eine große Zahl von Menschen vulnerabel und deshalb einer erhöhten Gefahr ausgesetzt ist, Traumafolgestörungen zu entwickeln. Klinische Erfahrung und Forschung zeigen, dass aversive Erfahrungen in der Kindheit, die sogenannten Adverse Childhood Experiences (ACE), zu traumaassoziierten psychischen und körperlichen Einschränkungen und Störungen führen können. Durch Belastungen in der Kindheit im familiären Kontext werden Menschen nicht selten nachhaltig negativ geprägt (Witt et al. 2019). Deshalb ist es ein wichtiges gesellschaftliches Anliegen, solche Menschen früh zu erfassen und mit geeigneten Maßnahmen zu unterstützen. Neben Psychotherapien mit Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und Familien sind traumasensible Institutionen nötig, die mentalisierungsbasiert arbeiten und traumapädagogische Ansätze umsetzen; dabei geht es darum, die mit den Traumatisierungen einhergehenden Störungen der Affekt-, Selbst- und Beziehungsregulation zu verstehen und förderliche Beziehungserfahrungen sowie gelingende Entwicklungen zu ermöglichen.

Eine entwicklungspsychologische Perspektive über die Lebensspanne, insbesondere auch bei Erwachsenen, die durch belastende Erfahrungen in der Kindheit und in späteren Lebensphasen beeinträchtigt sind, erleichtert die Beziehungsgestaltung und eröffnet neue Interaktions- und Interventionsmöglichkeiten in therapeutischen Kontexten.

Auch im Bereich der Traumatherapie sind integrierende Perspektiven gefragt, welche dafür sorgen, dass die wechselseitigen Beziehungen zwischen Traumageschehen und Traumaprozessen besser zu verstehen sind, und die traumatherapeutisches Arbeiten effekti-

ver und hilfreicher machen können. Eine integrierende Perspektive, die solches leisten kann, ist das Mentalisierungskonzept; es ist transdiagnostisch und konzentriert sich unabhängig von verschiedenen psychopathologischen Symptomen auf die sozialkognitive Fähigkeit des Mentalisierens als Basis für Selbst- und Beziehungsregulation. Dabei stellt der Aufbau von epistemischem Vertrauen in einer sicheren therapeutischen Beziehung ein Kernstück des therapeutischen Vorgehens dar.

## KAPITEL 2

# Alles Trauma?

Traumatisierungen und ihre Folgen sind in den letzten Jahrzehnten sowohl im Alltag als auch in Fachdiskussionen zu einem wichtigen Thema geworden. Dabei wird immer wieder undifferenziert mit den Begriffen umgegangen, und es ist eine fragwürdige Ausweitung des Bedeutungsfeldes zu beobachten, was die Gefahr der Bagatellisierung des Leidens traumatisierter Menschen in sich birgt.

Zudem gibt es eine Diskussion um Menschen, die an schweren Persönlichkeitsstörungen leiden und teilweise vorgeben, sie wären traumatisiert worden; in der Form, wie sie es schildern, gab es eine solche Traumatisierung aber nicht. Im Hintergrund steht häufig die Suche nach einem Weg, trotz disruptiver Erfahrungen, die scheinbar aus dem Nichts auftauchen, ein kohärentes Identitätsnarrativ zu konstruieren, das zu ihrem Selbstbild passt. Es geht aber auch häufig darum, in Beziehungen Verständnis und Unterstützung zu bekommen. Eine Opferidentität zu haben, kann im Sinne der von Fritz Morgenthaller beschriebenen »narzisstischen Plombe« (Schneider 2006) die Persönlichkeit stabilisieren und bestimmte Verhaltensweisen normalisieren.

So berichtete ein 35-jähriger Patient beim Erstgespräch, er habe ein Trauma und könne deswegen nicht arbeiten oder studieren; auch die Beziehungen funktionierten nicht. Auf die Nachfrage nach den Belastungen, die er erlebt habe, berichtete er von einer schwierigen Kindheit mit Eltern, die sich dauernd gestritten hätten; jedoch schienen diese Kindheitserfahrungen zunächst wenig Einfluss auf seine Entwicklung gehabt zu haben. Erst im Alter von 25 Jahren sei es ihm schlecht gegangen, weil er auf Partys sehr viele verschiedene Drogen konsumiert habe. Er rauche aktuell

noch sehr viel Cannabis; dies sei aber nicht sein Problem, sondern sein Trauma. Der Versuch der Psychotherapeutin, zusammen mit dem Patienten eine gemeinsame Problemdefinition sowie ein mögliches Therapieziel zu formulieren, misslang nach wenigen Gesprächen, weil der Patient das »Trauma« als Plombe in seine Persönlichkeit eingebaut hatte.

Die Erfahrungen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Jugendlichen zeigen, dass es besonders in dieser Entwicklungsphase dazu kommen kann, dass Traumanarrative vorübergehend helfen, ihr inneres Chaos und ihre innere Not zu strukturieren. Meistens sind im Hintergrund brüchige Selbstentwicklungen, die nicht wahrnehm- und benennbar sind, weshalb die Zuflucht in psychopathologische Krankheitsbilder identitätsstiftend erscheint. Als traumatisiert zu gelten, ermöglicht den Jugendlichen außerdem, in der Peergruppe und bei den Erwachsenen die erwünschte Sonderstellung zu haben.

Beispielsweise berichtete eine 15-jährige Jugendliche ihrer Lehrerin, ihr Vater sei tot und ihre Mutter siehe sterbenskrank in einem Hospiz dahin. Sie lebe deshalb beim Großvater, der sie sexuell misshandelt habe. Die engagierte Lehrperson war über diese Lebenssituation entsetzt, und sie begann, regelmäßig mit der Jugendlichen Gespräche zu führen. Auch bot sie ihr an, sie könne jederzeit, wenn sie in Not sei, zu ihr nach Hause kommen. Davon, eine Opferberatungsstelle aufzusuchen oder ihren Großvater anzuzeigen, wollte die Jugendliche nichts wissen, da dieser, wie sie der Lehrperson wortreich beschrieb, gefährlich sei. Nachdem sich herausstellte, dass die Geschichten, die die Jugendliche erzählt hatte, nicht der Wahrheit entsprachen, kam es zu einem Schulausschluss.

Im Laufe der psychotherapeutischen Behandlung wurde dann deutlich, dass die Jugendliche sich in die junge Lehrerin verliebt hatte. Im Rahmen eines Projektes hätten sie über Traumata diskutiert und die Lehrerin habe eindringlich über die Notwendigkeit gesprochen, Menschen, die traumatisiert worden sind, be-



dingungslos zu unterstützen. Als die Lehrerin sie nach einem Schultag kurz darauf angesprochen habe, dass sie traurig wirke, habe sie ihr die erfundene Geschichte erzählt. Sie schäme sich jetzt aber sehr, dass sie so etwas über ihre Familie erzählt habe.

Die weitere Behandlung machte deutlich, dass die Jugendliche als einziges Kind eines älteren Paares von beiden Elternteilen mit Fürsorge regelrecht überhäuft und kaum mit Grenzen konfrontiert wurde. Es schien in der Familie keine klaren Generationengrenzen zu geben, die Jugendliche war zu Hause sehr bestimmend. Die Eltern waren von ihrer Kreativität begeistert und überzeugt, sie würde zu einer erfolgreichen Schriftstellerin oder Journalistin werden. Deshalb reagierten sie kaum, wenn sie »Geschichten erzählte«, und konfrontierten sie nicht mit der Realität. Sie lernte nicht genügend, zwischen sich selbst und anderen zu differenzieren, und die innere und äußere Welt blieb isomorph. Eine längere mentalisierungsorientierte Psychotherapie mit der Jugendlichen mit begleitender Elternarbeit ermöglichte eine positive Entwicklung.

Bemerkenswert ist bei diesem Fallbeispiel die starke Reaktion der Lehrperson und der Schule, die mit der Jugendlichen nichts mehr zu tun haben wollten. Die Erfahrung, dass das eigene emotionale Engagement und Mitgefühl durch Lügen erzwungen worden sind, erzeugt bei den Fachpersonen (auch bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten) besonders ausgeprägte Enttäuschungsreaktionen, die ohne genügende Reflexionsmöglichkeiten zu destruktivem Agieren führen können. Deshalb ist sowohl im kinder- und jugendpsychotherapeutischen Bereich als auch bei Erwachsenen eine mentalisierende Haltung besonders wichtig, die zu verstehen versucht, weshalb »Ich habe ein Trauma« das einzige Beziehungsangebot ist.

Grundsätzlich ist es begrüßenswert und eine positive Entwicklung im klinischen Kontext, wenn Symptome und bizarre Verhaltensweisen traumatisierter Menschen nicht abgekoppelt von ihrer Entstehungsgeschichte betrachtet werden, sondern als nachvollziehbare und sinnhafte Reaktionen auf traumatisierende Erfahrungen. In diesem Zusammenhang spricht die Traumapädagogik (siehe

Kap.12.4) vom »guten Grund« als einer wichtigen Perspektive, die hilft, auffälliges Verhalten traumatisierter Menschen besser zu verstehen, es mit ihren belastenden Erfahrungen in einen Zusammenhang zu bringen und mit ihnen kohärente, stärkende Narrative zu entwickeln, die ihr Selbstverstehen fördern.

In die Psychotraumatologie gehen heute verschiedene Ansätze ein. Zum einen sind psychoanalytische Konzepte Sigmund Freuds und insbesondere seiner Nachfolgerinnen und Nachfolger, die die Auswirkungen realer Traumata und von deren Verarbeitung auf die innere Welt und die psychische Gesundheit der Betroffenen thematisierten, ein bedeutsamer und fruchtbarer Zugang. Aus psychoanalytischer Sicht wird das Trauma nicht als ein einzelnes oder wiederkehrendes Ereignis, sondern stets als ein Prozess verstanden (Burchartz 2019). Zum andern ist neurobiologisches und bindungstheoretisches Wissen für das Verständnis der Wirkung traumatisierender Erfahrungen, aber auch für die Entwicklung von Behandlungsmöglichkeiten wesentlich. Die Theorie des Mentalisierens sowie die darauf aufbauende therapeutische Technik eignen sich – unter Erweiterung und Ausdifferenzierung des Körpermodus (siehe Kap. 8) – besonders gut dazu, Traumaprozesse zu verstehen und therapeutische Hilfestellungen zu entwickeln und umzusetzen. Wenn der Körper im Traumadiskurs ins Zentrum rückt, so bedeutet dies, dass auch die nicht-symbolisierbaren Aspekte von Traumatisierungen, die inszeniert werden müssen oder als körperliche Symptome ihren Ausdruck finden, vermehrt beachtet werden sollten (siehe Kap. 8). Somit müssen die Mentalisierungsperspektive und die damit einhergehende mentalisierungsorientierte Psychotherapie verstärkt sowohl die körperliche als auch die performative Dimension integrieren, um Re-Inszenierungen, die sich aus präsymbolischen Erfahrungen speisen (Wöller 2005), entziffern zu können. Erst in einem durch Mentalisieren geprägten Handlungsdialog (Klüwer 2001) können die Traumaprozesse therapeutisch angegangen werden.

## KAPITEL 3

# Traumatisierungen und Traumaprozesse

Zu definieren, was ein Trauma ist, scheint zunächst einfach zu sein. Bei näherer Betrachtung zeigt sich aber, dass dies nicht so ist und das Gebiet der Psychotraumatologie äußerst komplex ist. Traumatische Situationen sind solche, auf die keine subjektiv angemessene Reaktion möglich ist, weshalb von einem Paradoxon der traumatischen Reaktion gesprochen werden muss. In der weiteren Lebensgeschichte, manchmal ein Leben lang, bemühen sich die Betroffenen, die überwältigende, physisch oder psychisch existenzbedrohende und oft unverständliche Erfahrung zu begreifen, sie in ihren Lebensentwurf, ihr Selbst- und Weltverständnis zu integrieren – dies in einem Wechselspiel von Zulassen der Erinnerung und kontrollierender Abwehr oder Kompensation, um erneute Panik und Reizüberflutung zu vermeiden (Wittmann 2020).

Beim Thema »Trauma« ist die soziale Dimension wesentlich: Bei der Frage, wie Betroffene mit dem Erlebten zurechtkommen, ist entscheidend, wie sich die Allgemeinheit zum individuellen Elend der Traumatisierten verhält. Der traumatische Prozess ist also nicht nur ein individueller, sondern stets auch ein sozialer Vorgang, worin die Täter-Opfer-Beziehung bzw. das soziale Netzwerk der Betroffenen und letztlich das soziale Kollektiv einbezogen sind. Situation, Reaktion und Prozess (vgl. weiter unten mit der Bestimmung der Begriffe durch Fischer & Riedesser 1999) sind aufeinander bezogen, sie bilden drei unterscheidbare Momente einer einzigen dynamischen Verlaufsgestalt. Barwinski-Fäh (1992) wies in diesem Zusammenhang schon früh auf die Notwendigkeit hin, zwischen Traumaprozess und dessen Folgen zu unterscheiden, um ein besseres Verständnis und einen hilfreicherer Umgang mit traumatisierten Menschen zu ent-

wickeln. Lousada (2018) betonte, dass Traumatisierungen auf eine dramatische Weise die Wahrnehmung und die Beziehung zur inneren und äußeren Welt verändern.

Ein Trauma wird als »vitales Diskrepanzerleben« zwischen dem bedrohlichen und häufig von Gewalt bestimmten Ereignis einerseits und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten auf der anderen Seite definiert. Psychische Traumatisierungen gehen mit Gefühlen von Ohnmacht und Hilflosigkeit einher und können zu einer »dauerhaften Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis« führen (Fischer & Riedesser 1999, S. 351). Schwere Unfälle, körperliche und sexuelle Misshandlungen sind Prototypen solchen Geschehens und erfordern aufseiten der Betroffenen den Einsatz von Abwehrmaßnahmen gegenüber der überwältigenden Intensität der Gefühle. Abwehrvorgänge werden dabei als notwendige psychische Überlebensmuster verstanden, die dazu dienen, das Selbst vor einem Zusammenbruch zu schützen; deshalb stellen sie in der Situation selbst eine kreative Leistung dar, führen jedoch häufig sekundär zu einer Verstärkung des traumatischen Prozesses und zu Traumafolgestörungen (Burchartz 2019).

#### **Fallbeispiel Almudena<sup>2</sup>**

Erst nach längerer therapeutischer Behandlung beschrieb Almudena die körperliche und sexuelle Gewalt, die sie erlebt hatte, als etwas, was ihr ihren Körper für immer wegnahm. Sie berichtete, sie wisse nicht genau, was passiert sei. Aber dass sie wisse, dass ihr Herz einen Schlag lang ausgesetzt habe und dass schwarze Punkte das Einzige gewesen wären, was sie sehen konnte. Gefühlt habe sie zunächst Schmerzen, dann nichts mehr. Tot habe sie sich gefühlt und erstaunt sei sie gewesen, dass sie noch atmen konnte, als es vorbei war.

Wegen der Folgen, die sie für die weitere Entwicklung haben, werden einmalige oder kumulative Traumatisierungen in der frühen oder späteren Kindheit – durch Vernachlässigung, durch vorzeitige

<sup>2</sup> Almudena ist eine Synopsis verschiedener Patientinnen und Patienten.

Trennungen von primären Bezugspersonen, durch psychische und physische Gewaltanwendung oder durch sexuelle Ausbeutung – als komplexe Entwicklungstraumatisierungen verstanden (siehe u.a. van der Kolk et al. 2000a). Im familiären Kontext finden gehäuft sogenannte »kumulative Traumatisierungen« (Khan 1963) statt. Wie sich hier zeigt, muss ein Trauma kein außergewöhnliches Ereignis sein, sondern kann sich aus einer Reihe von an sich nicht traumatischen Einzelerfahrungen ergeben, die im Rahmen von wichtigen Beziehungserfahrungen stattfinden und schließlich zum Zusammenbruch des Ichs führen können. Dabei kommt in der kindlichen Entwicklung den primären Bezugspersonen eine entscheidende Funktion – als Schutz gegen überwältigende Ereignisse wie auch als regulierende Objekte – zu, bis im Laufe der Entwicklung selbstregulatorische Fähigkeiten – nicht zuletzt aufgrund der Introjektion der fürsorglich-regulativen Fähigkeiten der Bezugspersonen und der Identifikation mit diesen Fähigkeiten – aufgebaut und in Stresssituationen genutzt werden können.

Entscheidend für das kumulative Trauma ist die Häufung solcher Ereignisse. Burchartz (2019) beschreibt dies in Anlehnung an Masud R. Khan als »eine Aufeinanderfolge subtraumatischer Ereignisse in der Säuglings- und Kleinkindzeit, die in ihrer Summe traumatisierend wirken« (S.84). Man geht davon aus, dass die Beziehung zu den primären Bezugspersonen selbst traumatisierend wirkt, wenn diese aktiv oder durch das Unterlassen nötiger Hilfestellungen die Überforderung des unreifen psychischen Apparats verursachen.

Für die weitere Differenzierung traumatischer Situationen können objektive Kriterien angewendet werden, die eine Typologisierung ermöglichen. So lassen sich traumatische Situationen nach dem Schweregrad, nach der Häufung traumatischer Ereignisse (Akuttrauma, kumulatives Trauma bzw. Typ I/II), nach der Art der Betroffenheit (direkt/indirekt), nach der Verursachung (»man-made disaster«) und nach dem Verhältnis zwischen Täter und Opfer (»Beziehungstrauma«) klassifizieren (Fischer & Riedesser 1999, S.122). Fischer & Riedesser (1999) entwickelten ein »Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung«, welches drei Phasen umfasst: die trau-

matische Situation, die traumatische Reaktion und den traumatischen Prozess.

Unter *traumatischer Situation* werden die äußeren Umstände verstanden, die ein Trauma verursachen – wobei Fischer und Riedesser damit nicht nur die äußeren Faktoren meinen, die zu einem traumatischen Ereignis führen, sondern ebenso den dazugehörigen Ereignis-Erlebnis-Zusammenhang. Es ist die Wechselwirkung zwischen realer Situation und psychischer Disposition, die bestimmt, ob es zu einer traumatischen Wirkung kommt.

Die *traumatische Reaktion* muss als gesamthafte psychophysiologische Reaktion verstanden werden. Symptome wie z.B. Übererregung sind zunächst physiologische Veränderungen, die zusammen mit den individuellen Abwehr- und Bewältigungsformen die traumatische Gesamtreaktion ausmachen. Bereits Horowitz (1976), ein amerikanischer Psychoanalytiker, hat die traumatische Reaktion als eine normale Antwort auf eine außergewöhnliche Situation gedeutet, die dadurch gekennzeichnet ist, dass Betroffene als Notfallmaßnahme zwischen Verleugnung und Reizüberflutung hin und her wechseln, was die traumatische Erfahrung zu integrieren hilft.

Das Modell der »Horowitz-Kaskade« beschreibt die Reaktion auf die traumatische Situation folgendermaßen:

- In einer ersten Phase der Trauma-Exposition reagiert der Betroffene normalerweise mit Angst, Wut, Trauer und Verzweiflung. Die pathologische Reaktion ist durch Überwältigung, Verwirrung, Orientierungsverlust und Panik bis zur Erschöpfung charakterisiert.
- Als psychischer Schutzmechanismus folgt normalerweise eine zweite Phase, die Verleugnung. Die Betroffenen schalten ab, wehren sich gegen traumatische Erinnerungen, weigern sich, darüber zu sprechen.
- In einer dritten Phase dringen diese Erinnerungen und Bilder dann wieder machtvoll in das Bewusstsein ein (Phase der Intrusion).
- Daran schließt sich im Normalfall eine vierte Phase des Durcharbeitens an, in der sich die Betroffenen im Austausch mit wichtigen Bezugspersonen mit den Ereignissen und ihrer persönlichen

Reaktion darauf auseinandersetzen, um die Erlebnisse in ihre Persönlichkeit und ihre Biografie integrieren zu können.

- Im pathologischen Fall misslingt dieses Durcharbeiten, und es kommt wieder zu Überflutungen durch die Bilder, die sich auch als »Körper-Flashbacks«, als körperliches Wiedererleben der traumatischen Situation, manifestieren. Daraus können sich im weiteren Verlauf Somatisierungs- und Persönlichkeitsstörungen entwickeln.
- In der fünften Phase der Traumaverarbeitung gelingt im besten Fall die Bewältigung der traumatischen Situation. Dies wird daran gemessen, ob der Betroffene wieder in den Alltag zurückkehren, sich aber auch an die wichtigsten Bestandteile der traumatischen Situation erinnern kann, ohne zwanghaft daran denken zu müssen und ohne die ursprünglichen Gefühle der Panik, Wut und Verzweiflung in der ursprünglichen Heftigkeit wiederzuerleben (Sachsse 2004).

Stehen die pathologischen Varianten im Vordergrund, d. h. gelingt die oben beschriebene idealtypische Verarbeitung nicht, kommt es nach Fischer und Riedesser (1999) im weiteren Verlauf zum *traumatischen Prozess*. Dabei kann es dem Individuum zwar gelingen, den traumatischen Erfahrungskomplex, das *Traumaschema*, so weit unter Kontrolle zu bringen, dass keine traumatypischen Symptome vorhanden sind (z. B. Intrusionen), allerdings geht dies mit psychischen Strukturveränderungen einher, die die Persönlichkeit stark prägen und zur Entwicklung einer »traumatisierten Persönlichkeit« (Küchenhoff 1990, S. 16) führen können. Wichtigste Kontrollstrategie aufseiten der Betroffenen ist dabei das traumakompensatorische Schema, welches auf einer »naiven Traumatheorie« der Traumatisierten beruht, die bei Kindern z. B. durch die jeweilige kognitive Entwicklungsstufe mitbestimmt ist, aber auch durch Zufälligkeiten der traumatischen Situation (Fischer & Riedesser 1999, S. 98).

Das traumakompensatorische Schema enthält drei Aspekte: einen *ätiologischen* Aspekt (»Wäre ich braver gewesen, hätten mich meine Eltern nicht geschlagen«), einen *reparativen* Aspekt (»Wenn meine Eltern mich geschlagen haben, hab ich's verdient«) sowie einen *prä-*

ventiven Aspekt («Sei immer brav, dann passiert dir nichts!«). Bedeutsam ist hier jeweils die Verkehrung der passiv-hilflosen in eine aktiv-kontrollierende Position, die der Abwehr der traumatischen Ohnmachtserfahrung dient und psychoanalytisch als »Identifikation mit dem Aggressor« (A. Freud 1936) bzw. als »Identifikation mit dem Täter-Introjekt« (Ferenczi 1933; Hirsch 1998) bekannt ist.

Der traumatische Prozess ist – im Gegensatz zur traumatischen Reaktion, die zeitlich nahe bei der traumatischen Situation liegt – ein lebensgeschichtliches, zirkuläres Geschehen. Ein langfristiger traumatischer Prozess liegt beispielsweise dann vor, wenn Beziehungstraumata in der Kindheit stattfanden, die traumatische Reaktion in die weitere Entwicklung eingeht und diese dann stört oder beeinträchtigt. Dies wiederum kann zu Traumafolgestörungen führen, die Betroffene vulnerabel und somit möglicherweise erneut zu Opfern von traumatischen Erfahrungen werden lassen.

Auf welche Art und wie intensiv sich das traumatische Ereignis auf die psychische Organisation eines Menschen auswirkt, ist von verschiedenen Faktoren wie dem Entwicklungsstand, der psychischen Konstitution und dem sozialen Umfeld abhängig (Burchartz 2019). So halten Fischer und Riedesser (2003) fest: »Was für ein Kleinkind traumatisierend sein kann, zum Beispiel eine abrupte, längerfristige Trennung von den zentralen Bezugspersonen, ist für einen Adoleszenten zu bewältigen; was für einen Jugendlichen traumatisierend sein kann, zum Beispiel Zeuge eines Massakers zu werden, ist für einen Säugling nicht belastend, sondern fällt mangels kognitiver Wahrnehmungsmöglichkeiten ins »affektive Nichts«, sofern die engsten Bezugspersonen psychisch kompensiert bleiben und dem Kind, das auf positives »social referencing« angewiesen ist, keine lang dauernde Depression oder Panikzustände vermitteln« (S.12).

Der traumatische Prozess ist ein psychodynamischer Prozess, bei dem auf eine Überwältigungserfahrung, auf die zunächst somatopsychisch mit Übererregung und Vermeidung reagiert wurde, im günstigen Fall eine sekundäre symbolische Überarbeitung folgt. Diese ist an ein sprachlich-symbolisches Repräsentationsformat gebunden, welches im Falle von frühen Traumatisierungen (siehe



Kap.7.2) noch nicht oder nur sehr rudimentär vorliegt. Zudem wird durch die Beziehungstraumatisierung der gesamte Prozess der Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit beim Kleinkind beeinträchtigt. Eine durchgängige sekundäre symbolische Überarbeitung des Traumas ist im Falle früher Traumatisierung daher so gut wie nicht möglich, da die Fähigkeit zu mentalisieren nicht entwickelt werden kann oder gehemmt ist (Luyten & Fonagy 2019). Der traumatische Prozess manifestiert sich bei früh traumatisierten Kindern deshalb – ähnlich wie bei Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen, die im Erwachsenenalter traumatisiert werden – als *chronifizierte traumatische Reaktion*. Diese ist durch Traumaschemata und traumakompensatorische Schemata charakterisiert.

Im Zusammenhang mit Traumaprozessen verweist Fernanda Pedrina (2020) auf das Stress-Trauma-Kontinuum und unterstreicht (u.a. in Anlehnung an Lieberman & van Horn 2008, S.35 ff.), dass Stress dann zum Trauma werde, wenn das Erlebte eine derartige Intensität aufweist, dass der Betroffene dem nichts entgegensetzen kann und deshalb in seiner Integrität bedroht ist (S.189). Obwohl sich die Autorin an dieser Stelle auf Kinder bezieht, ist die Aussage für alle Altersgruppen passend. Es sind das Erleben von Hilflosigkeit und von Ohnmacht sowie das Fehlen von Kategorien, um das, was geschieht, zu denken oder in Sprache zu bringen, die traumatisierend wirken. Pedrina nimmt weiter die drei Phasen von Fischer und Riedesser auf und betont, dass sich im traumatischen Prozess (siehe Abb.3-1), welcher sich bei Misslingen der Bewältigung anschließt, eine Anpassung an das Trauma vollzieht, die Strukturveränderungen hervorruft. Wichtige Elemente dieses Prozesses sind zum einen die Traumaschemata und zum anderen traumakompensatorische Schemata.

Abschließend kann zum traumatischen Prozess festgehalten werden, dass dieser immer auch einen Versuch darstellt, die erlebte Überwältigung, den erlebten Schock mental auszuarbeiten, was stets als eine Leistung gewürdigt und validiert werden muss. Es muss außerdem bedacht werden, dass auch ein Nicht-Mentalisieren in vernachlässigenden und misshandelnden Umfeldern adaptiv ist und ebenfalls der Validierung bedarf.