

**Psychotherapie
in Psychiatrie und Psychosomatik**

Müller/Ruf-Leuschner/Grimmer
Knaevelsrud/Dammann (Hrsg.)

Traumafolgen

Forschung und therapeutische Praxis

Kohlhammer

4 Zur Biologie des Überlebens – Ätiologie und Behandlung traumainduzierter Dissoziation

Maggie Schauer und Inga Schalinski

4.1 Einleitung

Der Umgang mit dissoziativen Personen stellt in der akuten Versorgung und in der Behandlung von Traumaspektrumserkrankungen eine Hauptherausforderung der Psychotraumatologie dar. Die Wahrnehmung und Bewältigung von massiven Bedrohungen setzt bei den Betroffenen eine Kaskade angeborener, evolutionär adaptiver Abwehrreaktionen in Gang, mit ernstzunehmenden Konsequenzen für das Individuum und sein Umfeld. Es handelt sich bei der Dissoziation nicht um ein singuläres Verhalten, sondern um komplex-orchestrierte Anpassungen von Funktionen im Bereich von Bewusstsein, Wahrnehmung, Sensorik, Emotion, Willkürmotorik, Gedächtnis und in der Folge, der Identität, der Wesenseinheit des Selbst. Verschiedene Autoren betonen in ihren Beschreibungen des Phänomens unterschiedliche Teilbereiche der Dissoziation, letztlich aber geht es biologisch dabei darum, dass der willentlich beeinflussbare Flucht- und Kampfapparat außer Kraft gesetzt wird, um sowohl körperlich als auch in der sozialen Gemeinschaft zu überleben.

Dieses Kapitel möchte beitragen, die Ausprägungen der Dissoziation nach traumatisierenden Lebensereignissen und deren evolutionsbiologischen Sinn darzulegen, um daraus grundlegende psychotherapeutische Techniken abzuleiten, welche eine erfolgreiche traumafokussierte Therapie ermöglichen.

4.2 Der biologische Sinn von dissoziativem Erleben und Verhalten und dessen klinische Konsequenzen

Wenn der Organismus angesichts einer Bedrohungslage in hohe psychophysiologische Erregung gerät, kommt er zunächst in die »Flucht- und Kampfmodi«. Erst wenn diese nicht (mehr) nützlich sind, werden Formen der Inhibition, einhergehend mit physischer Immobilisierung und Hemmung der Sinneswahrnehmung und der Emotionen in Gang gesetzt, die zum Schutz des Lebens im fortgeschrittenen Stadium zu »Sich-Totstellen« in Schocklage und Synkopen führen können

(Schauer und El 2016). Die Hem Verhalten, die zu genwehr motivie matisches Progra Stressoren, die a webe-, organ- un kaskade in Gang traumatisierende mend betäubt, s Eigenaktivität au de Signale (Cuee oder Täterinnen 2018), auch kein Hautoberfläche Abwehrreflexe b per-/Hautkontak walt), oder Inva men). Damit ab noch schwach a tig, dass nicht r eingeschränkt w ferenzen) sowie entstehenden m volles Verhalten dispositionen, d zung der soziale wie Wut, Fluch schränkt.

Um zu disso ein breites Repe wicklung mit in lutionäre Erbe e sein, ermöglicht Nähe und Art t textbezogene G zu Entwicklung perlichen Gesu setzt war, vor e chen und psyc anhaltende diss 2016; McKinno kerungsgruppen oder sexueller C häufig ziehen S den Situati

(Schauer und Elbert 2010; Bracha 2004; Chessell et al. 2019; McKinnon et al. 2016). Die Hemmung (der Verarbeitung) von Wahrnehmung, Emotionen und Verhalten, die zum Flüchten oder zum Kämpfen, zum Widerstand oder zur Gegenwehr motivieren und diese einleiten würden, ist ein evolutionär altes, automatisches Programm, das bei massiver Gefahr aktiviert werden kann. Vor allem Stressoren, die als unmittelbar bedrohlich und schmerzhaft sowie potenziell gewebe-, organ- und systemschädigend eingestuft werden und so die Verteidigungskaskade in Gang setzen, führen zu »peritraumatischer« Dissoziation während des traumatisierenden Vorgangs. Von massiv Bedrohten, wenn sie einmal zunehmend betäubt, stumm und unbeweglich sind, geht kaum mehr ein Hinweis auf Eigenaktivität aus. Die Opfer überleben dadurch, indem sie keinerlei auffordernde Signale (Cues) mehr aussenden, die bei Raubtieren (Prädatoren) und Tätern oder Täterinnen Aggressions- oder Jagdinstinkte aktivieren könnten (Elbert et al. 2018), auch keine aufmerksamkeitsregenden Lautäußerungen (Mutismus). Die Hautoberfläche und die Schleimhäute können dann nicht durch unwillkürliche Abwehrreflexe beschädigt werden, wenn der Aggressor oder die Aggressorin Körper-/Hautkontakt gemacht hat, Körperöffnungen penetriert (bei sexueller Gewalt), oder Invasion in den Körper erfolgt (gilt auch für medizinische Maßnahmen). Damit aber ein bedrohter Organismus tatsächlich gar nicht mehr oder nur noch schwach angesichts lebensbedrohlicher Lagen reagiert, ist es (evolutiv) nötig, dass nicht nur der Verhaltensapparat (Efferenzen) in seinen Möglichkeiten eingeschränkt wird, sondern auch zunehmend die sinnliche Wahrnehmung (Afferenzen) sowie die kognitiven und emotionalen Möglichkeiten, und die daraus entstehenden motivationalen Antriebe und Impulse, die nachteilig-verhängnisvolles Verhalten auslösen (können). Auf diese Weise werden fatale Handlungsdispositionen, die zu Gefahr von Gewebe-, Organ-, ZNS-Schäden, oder Verletzung der sozialen Integrität bei bindungsabhängigen Individuen führen würden, wie Wut, Flucht oder Gegenwehr, bei unterlegenen Organismen effektiv eingeschränkt.

Um zu dissoziieren, gibt es bei vielen Lebewesen, vor allem bei Säugetieren ein breites Repertoire von angeborenen Verhaltensdispositionen, die in der Entwicklung mit individuellen Lernerfahrungen kombiniert werden. Dieses alte evolutionäre Erbe eines neurobiologischen Eingriffs in Wahrnehmung und Bewusstsein, ermöglicht durch eine eskalierende Abfolge der Dissoziationsstufen je nach Nähe und Art des Gegners das Überleben, stört jedoch Verarbeitung und kontextbezogene Gedächtnisspeicherung, was zu Traumatisierung und in der Folge zu Entwicklungsstörungen und zur Verschlechterung der psychischen und körperlichen Gesundheit führt. Je öfter ein Mensch traumatischen Stressoren ausgesetzt war, vor allem während der Kindheit, desto größer sind die gesundheitlichen und psychischen Funktionsschäden durch Störungen, mitbedingt durch anhaltende dissoziative Symptome (Schauer und Elbert 2010; Schalinski et al. 2016; McKinnon et al. 2016; Lanius et al. 2018). Dies gilt insbesondere für Bevölkerungsgruppen, die schon während der Entwicklung im jungen Alter familiäre oder sexueller Gewalt und Vernachlässigung, Armut und Krieg erleben mussten; häufig ziehen Stressoren multiple Traumata nach sich, die sich zu traumatisierenden Situationen addieren (Schauer und Robjant 2018; Chessell et al. 2019;

Schauer 2016; Schalinski et al. 2011; Ullmann et al. 2017). Inzwischen liegt genügend Evidenz vor, dass belastende Erfahrungen in der Kindheit sich nicht nur negativ auf die Krankheitsschwere auswirken, sondern auch auf den Krankheitsverlauf: Betroffene erkranken in einem jüngeren Lebensalter (Widom et al. 2007), benötigen eine längere Behandlung, weisen häufiger Rückfälle auf (Miniatte et al. 2010) und zeigen ein schlechteres Therapieansprechen (Nanni et al. 2012). Menschen mit belastenden Kindheitserfahrungen und dissoziativen Symptomen weisen eine chronische PTBS, erhöhte Suizidalität und stärkere Alltagseinschränkungen auf (Stein et al. 2013). In der Folge, wenn schmerzhaftes Erinnerungsfragmente an die bedrohlichen Ereignisse getriggert werden und/oder sich physiologische Erregung oder psychische Anspannung (mit negativer Valenz) einstellt, zeigt sich Dissoziation auch posttraumatisch mit ihren störungsspezifischen Symptomen (Schauer und Elbert 2010).

Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen Störungen besteht in teilweisem oder völligem Verlust der normalerweise integrativen Funktionen des Bewusstseins. Wiederholte schwere Bedrohungen für das Leben und die biologische Fitness (Threats to Human Life; Köbach et al. 2016) können zu dissoziativer Psychopathologie führen mit dramatischen Konsequenzen für die Möglichkeit von Integrität, Selbststeuerung, Mentalisierung und die allgemeine berufliche und soziale Funktionalität der Persönlichkeit. Mit der fünften Revision des DSM können nun Personen, die an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leiden, und zusätzlich dissoziative Symptome aufzeigen (Lanius et al. 2010), als dissoziativer Subtyp der PTBS klassifiziert werden (American Psychiatric Association 2014). Die ICD-11 führt entsprechend die komplexe PTBS als von PTBS getrennte Kategorie ein. Für Behandler und Behandlerinnen lohnt es sich, diese Symptomatik zu erheben (etwa mit der »Shut-D« Skala, Schalinski et al. 2015; 2016a), entsprechend zu diagnostizieren und während der Traumabehandlung gezielt zu intervenieren.

Die Biologie des Überlebens spielt eine entscheidende Rolle beim Verständnis der dissoziativen Reaktionen, die den Erfolg therapeutischer Bemühungen zur Integration der Traumaerinnerung in die autobiografische Erzählung verhindern können. Ein fundiertes Verständnis über diese adaptiven Reaktionen ermöglicht jedoch den geschickten Einsatz von antidissoziativen Interventionen während der traumafokussierten Therapie (Schauer et al. 2011), wodurch diese selbst bei hochgradig belasteten Überlebenden von multiplen und komplexen Traumata und komplexen Traumafolgestörungen (Pabst et al. 2012; Schauer et al. 2020), wie auch Frauen, die fortlaufender häuslicher Gewalt ausgesetzt sind (Orang et al. 2018) oder Flüchtlingen in instabilen Lebenssituationen wirksam und durchführbar wird (Jacob et al. 2017; Kaltenbach et al. 2020). Auch im digitalen Raum via online Traumatherapie hat sich Exposition mit dissoziativen Traumapatienten und -patientinnen bewährt, sofern Therapeuten und Therapeutinnen vertraut sind mit den biologischen Vorgängen rund um die Verteidigungskaskade (Robjant et al. 2021; Kaltenbach et al. 2021) und sich und die betroffene Person entsprechend vorbereiten.

4.2.1

Die Ver
drohun
Flight (t
Imm
härente
und Ell
hung e
kade w
einen l
keit au
Potenz
sowie
währl
ser Be
derjen
einer
druck
die A
nalin
Fluch
ander
Aussc
Energ
Wahr
an H
besse
Angs
ginn
tive
auf T
fahru
Infor
Verä
näch
trum
spät
durc
und
über
hin
sam
lian
»wi
Zus

4.2.1 Die Verteidigungskaskade

Die Verteidigungskaskade beinhaltet verschiedene Stadien der Eskalation bei Bedrohung: beginnend mit Freeze (Orientierungsreaktion/Innehalten), danach Flight (Flucht) – Fight (Kampf) – Fright (tonische Immobilität) – Flag (kollabierende Immobilität durch Erschlaffung) – Faint (Prä-/Synkope) und kann als eine kohärente Sequenz von sechs Furchtverhaltensweisen verstanden werden (Schauer und Elbert 2010). Bereits in der »Schrecksekunde«, in der wir potenzielle Bedrohung erkennen, leitet der Organismus mit einer Orientierungsreaktion die Kaskade von Verhaltensdispositionen zur Verteidigung ein. Die Mobilität wird für einen Moment gestoppt (»freezing«), es erfolgt eine ausschließliche Aufmerksamkeit auf die Bedrohung, ein Herzratenabfall und erst danach ein Anstieg der Potenzierung des Schreckreflexes und der Hautleitfähigkeit (Schweißsekretion) sowie deutlich erhöhte Vigilanz, was schnellere Informationsverarbeitung gewährleistet (Adenauer et al. 2010). Ausgehend vom Ergebnis der Bewertung dieser Bedrohung, wird entweder der Modus der Flucht/Unterwerfung (Angst) oder derjenige der Kampfbereitschaft/Gegenwehr (Wut) eingeleitet. Beide führen zu einer Eskalation sympathischer Erregung (neuronal) mit sofortigem Blutdruckanstieg, Herzratenerhöhung und Vasokonstriktion. Gleichzeitig beginnt die Ausschüttung von Stresshormonen (endokrin), so insbesondere von Adrenalin und Noradrenalin. Die Versorgung von Organen, die für Kampf und Flucht wichtig sind – Muskeln, Sinnesorgane, Gehirn etc. – wird verstärkt, die anderer Bereiche, so z.B. gastrointestinal, wird zurückgefahren. Die folgende Ausschüttung von Kortisol erhöht den Blutdruck und mobilisiert zusätzlich Energiereserven. Gleichzeitig drosselt das Kortisol Entzündungsprozesse. Die Wahrnehmung ist deutlich verbessert, die Vigilanz erhöht, die Schweißsekretion an Hand- und Fußflächen soll vor Verletzung schützen und die Griffigkeit verbessern. Allerdings, sobald die physiologische Erregung und einhergehende Angst-Emotionen ein bestimmtes Maß überschreiten, setzt Dissoziation ein, beginnend mit einer zunehmenden Sperrung der Wahrnehmungskanäle. Die adaptive Antwort in dieser Phase, nämlich funktionelle sensorische Deafferenzierung auf Thalamus-Ebene, ermöglicht die Dämpfung und Absenkung von Sinneserfahrungen wie Sehen und Hören oder der Somatosensorik und propriozeptiven Informationen (Krystal et al. 1998). Eine dissoziierende Person erlebt massive Veränderungen im Bereich der zum Gehirn aufsteigenden Informationen, bei zunächst starkem Angsterleben und gleichzeitiger Einschränkung des Gefühlsspektrums beginnend mit Hemmung von Wutgefühlen und aggressivem Verhalten, später mit emotionaler Taubheit in allen Qualitäten; einhergehend mit einer durch körpereigene Opiate vermittelten Analgesie, Berührungsunempfindlichkeit und gleichzeitig gestörte somatische Efferenzen, als motorisches Einfrieren durch übermäßig gesteigerten Muskeltonus, Verlangsamung der Willkürbewegung bis hin zur Bewegungslosigkeit. Flucht- und Kampfverhalten werden dadurch wirksam blockiert. Am Maximum der Erregung geraten Organismen (pan-mammalian) in tonische Immobilität (»Totstellen«, »shock«/»Schreck«, »wie paralysiert«, »wie anästhesiert«), sind dabei tachykardisch, hypererregt und wachsam. Dieser Zustand der Immobilität, oder auch Stupor, wird begleitet von extremer innerer

Anspannung. Ein Restbewusstsein ist noch vorhanden und Umweltreize werden bis zu einem gewissen Grad wahrgenommen und verarbeitet, äußerlich aber ist keine/kaum körperliche oder psychische Aktivitäten mehr erkennbar. Obwohl Lernen und Gedächtnisfunktionen vorhanden sind (Betroffene erinnern sich später an den Vorgang), ist kaum/keine Reaktion mehr auf Kommunikationsversuche (Mutismus) beobachtbar. Dieser dissoziative Zustand der *tonischen Immobilität* (Fright) soll Emotionen und Motorik inhibieren, die Flucht- (Bewegungscues) oder Kampfverhalten (Angriff/sich wehren) auslösen könnten. Die regungslose »Beute« verschmilzt mit dem Hintergrund oder stellt sich tot, ist aber physiologisch immer noch hochaktiviert; könnte noch flüchten bei günstiger Gelegenheit (beispielsweise, wenn das Raubtier sich abwendet). Charakteristisch für die tonische Immobilität ist ein plötzlicher Beginn und eine recht schnelle Termination dieses Zustands.

Wenn jegliche Reaktionen wie Flucht, Kampf und tonische Immobilität (»Einfrieren«) sinnlos werden, kann die umgekehrte Reaktion eintreten, die *kollabierte oder schlaffe Immobilität*. Denn abhängig von Personcharakteristika und der Bedrohungsart kippt die Anspannung schließlich durch parasymphatische Dominanz in ihr Gegenteil (vgl. ► Tab. 4.1).

Beim »Shutdown« erlahmt die Person in der Folge, wirkt matt, müde, fühlt sich schwer und kann nicht mehr agieren. Die Angst und Anspannung lässt in der Folge merklich nach, allerdings auch die Fähigkeit zu Wahrnehmung, Gedächtnisbildung und Reaktion. Vor allem wenn körperliche Nähe und Übermacht des gefürchteten Objekts oder Täters besteht (Hautkontakt), Körperflüssigkeiten im Spiel sind (Blut, Urin, Exkrememente, Sperma, Kontaminationsgefahr oder Grauen etwa angesichts entstellter Leichen) und Verletzungsgefahr für Gewebe und Zentralnervensystem, Invasion in den Körper (z. B. medizinische Prozeduren) oder Penetration der Körperöffnungen im negativen Kontext stattfindet (Angst- und/oder Ekelgefühle), befördert dies die kollabierte oder schlaffe Immobilität (Flag, Faint). Dieser Shutdown bekannt als vasovagale Synkope mit Abfall des peripheren Gefäßwiderstands (Vasodilatation), abnehmendem Blutdruck und Herzrate (Langsamherzigkeit) führt zur Abnahme des Herzzeitvolumens. Funktionell lässt sich diese Blutdrucksenkung bei Gewebeerletzung verstehen als »automatisch« kreislaufstabile Lage, falls das Gehirn in Gefahr ist, nicht mit genügend Sauerstoff versorgt zu werden, als Senkung der Herzrate bei Erhaltung des Metabolismus, wenn etwa Intoxikation oder Kontamination droht, sowie als kardioprotektiv, da das steigende Kortisol die Kortisolrezeptoren aktiviert, die die überschießende Stressantwort beenden sollen (► Kap. 3). Die Termination dieses Zustandes kann jetzt sehr viel länger dauern. Die Gedächtnisbildung wird dabei nach und nach stillgelegt.

Der Organismus entscheidet selbstständig und aufgrund seiner Disposition und Lerngeschichte, wann es sinnvoll ist, durch »Einfrieren« oder »Erschlaffen« das eigene Ausagieren zu verhindern: Biologisch gesehen sollte ein schwächeres Opfer je nach Art der Bedrohung keinen Trotz, keine Wut, keine Gegenwehr mehr zeigen. Auch transiente katatone Zustände (psychogener Stupor) im Kindes- und Jugendalter können etwa auf massive Stressoren im Umfeld des Kindes hinweisen, wie körperliche und sexuelle Gewalt und Vernachlässigung sowie feh-

4 Zur Biologie des Überlebens – Ätiologie und Behandlung traumainduzierter Dissoziation

Tab. 4.1: Personen- und Bedrohungsfaktoren, die eine Rolle spielen für *Mobilisierung* versus *Shutdown*

	Mobilisierung	versus	Shutdown
Personencharakteristika			
Alter, Geschlecht	postpubertale Männer		Kinder, Frauen
Konstitution	stark		schwach
ererbte Disposition	Sympathikotoniker		Vagotoniker
			vielfache traumatische Überwältigung (Building Block)
			Neglect, sexuelle und körperliche Gewalt und chronische Aktivierung der Stressachse in der Kindheit
Bedrohungscharakteristika			
Art des Kontextes	positiv-erregende lustvolle Aggression, reaktive Wut erregend		dunkles, bedrohliches Umfeld, negativ-erregend, Angst erregend, Ekel erregend
Art der Annäherung	langsam, vorhersehbar		schnelle Anstiegsflanke, laut, große Bedrohungsnahe
Möglichkeit der Gegenwehr	körperlich wehrhaft, aktiv		körperliche Hilflosigkeit, Fixierung
Körperkontakt zum Aggressor	eigenes aggressives Verhalten, Schmerzen <i>verbunden mit Wut</i> bei appetitiver Aggression (Bluttausch/Kampf)		aggressive Annäherung, Körperkontakt, Invasion, Penetration, Schmerzen <i>verbunden mit Angst</i> , Gewebsverletzung oder Verletzung des Zentralen Nervensystems durch scharfe/spitze Gegenstände, durch Säuren, Strom, Feuer, Würgen, Erstickten etc., Penetration/Invasion der Körperöffnungen unter Angst, Körperflüssigkeiten anderer Menschen wie Blut, Urin, Sperma oder Leichen/Verwesung
Bedrohung der sozialen Integrität, Gruppenabschluss oder Statusverlust	impulsive Aggression, Dominanz/Status verteidigen, Vergeltung nach Erniedrigung		Submission, Scham, traumatischer Verlust/Trauer

lende effektive Beruhigung der Stressachse durch zuverlässige, feinfühligte Bindungspersonen (Dhossche et al. 2012; Grossmann und Grossmann 2017; Macfie et al. 2001).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die eskalierende Dissoziation mit Zuständen von Fright, Flag und schließlich Faint einhergeht (► Abb. 4.1).

4.2.2 Posttraumatisches Wiedererleben von Fright, Flag und Faint

4.2

Dissoziation unterliegt Konditionierungsmechanismen. Ein wiederholt traumatisch überwältigtes Kind etwa lernt, spätere Emotionen durch Dissoziation zu unterdrücken. Da Emotionen Verhaltensdispositionen sind, die den Körper mobilisieren sollen für Flucht- (etwa Angst, Schreien, Weinen etc.) oder Kampfreaktionen (etwa Trotzen, sich Wehren etc.), diese Verhaltensweisen aber in der Kindheit gefährliche Konsequenzen nach sich zogen, lernt das Kind bei emotionaler Anspannung zu dissoziieren. In der Folge zeigt sich im späteren Leben dann Einfrieren oder Ohnmacht auch schon bei intensiven Gefühlen oder bei körperlicher Erregung in Konfliktsituationen (wie bei Wut, Trauer, Frustration etc.). Fehlende oder stressinduzierende Betreuung von Kleinkindern mit wenig Feinfühligkeit, mit wenig beruhigenden Berührungen und Körperkontakt, z. B. kaum Tragen und kleinhirnaktivierendes Schaukeln des Kindes, führen über eine unzuverlässige Erregungsregulation zu einer überschießenden Stressantwort und zu vermehrter Dissoziationsneigung im späteren Alter. Dies gilt vor allem, wenn die Bezugspersonen nicht der Ort von Trost, Halt und Beruhigung sind, sondern im Gegenteil selbst die Quelle von Angst, Schmerz und ständiger negativer Aufregung für das Kind darstellen. Bindungsstörungen und emotional nicht verfügbare Bezugspersonen während der ersten zwei Lebensjahre sind in Längsschnittstudien ein starker Prädiktor für dissoziative Störungen im späteren Leben. Gravierend im Hinblick auf Dissoziationsneigung wirkt sich emotionale und körperliche Vernachlässigung sowie fehlende Reaktionen auf emotionale Bedürfnisse oder die unzureichende Versorgung körperlicher Bedürfnisse aus (Dhossche et al. 2012; Thekkumthala et al. 2019).

Dasjenige Verhalten, das während der Überlebenssituation(en) gezeigt wurde, kann in der Folge durch innere und äußere Cues erneut getriggert werden, z. B. wenn in der Gegenwart ähnliche innere oder externe Stimulus-Konfigurationen die unbearbeiteten Trauma-Gedächtnis-Assoziationen aktivieren (etwa ein ähnlicher Geruch, ähnliche Umgebung, eine ähnlich aussehende Person oder eine ähnliche physiologische Reaktion, ähnliche Emotion oder Körperposition). Dissoziative Reaktionen können im Alltag durch die emotionale Nähe zum Traumathema angestoßen werden, durch hohe innere Anspannung und Erregung, oder auch über sich aufdrängende Intrusionen, typisch etwa bei physiologischen Veränderungen, beispielsweise wenn die Person sich entspannen möchte, oder vor dem Einschlafen. Menschen mit Traumafolgestörungen leiden unter intrusivem Wiedererleben der vorangegangenen qualvollen Situationen. Ist das Furchtnetzwerk aktiviert und rekrutiert genügende zugehörige Traumaassoziationen, kommt es zum überwiegenden »top down«-processing aus höheren kortikalen Arealen, ohne, dass »bottom-up«-processing also Wahrnehmung aus den primären sensorischen Arealen möglich ist. Das ganze Empfinden und Erleben stammen dann aus den Erinnerungen der Vergangenheit, so real, als würde es in der Gegenwart gerade wieder stattfinden (Schauer und Ruf-Leuschner 2014).

Sol
Kor
Ver
zuf
der
stär
sch
bev
Aff
wir
lati
mit
epis
und
der
mu
bei
ist.
Shu
al. :
Sch
sch:
der
Ent
stär
ten
unc
(Mc
auf
I
bes
glei
dov
201
es c
nise
sch
»
S
I
c
e

4.2.3 Trauma und Selbstverletzung – Wie Dissoziation begegnen, wenn sie psychopathologisch geworden ist?

Solange diese, aus der Traumasituation entstandenen Modi, nicht explizit in den Kontext der Vergangenheit zurückgebunden werden, können diese Erlebens- und Verhaltenszustände für die betroffenen Personen unvorhersehbar und scheinbar zufällig immer und immer wieder im Alltag ausgelöst werden und die Remission der Traumasymptome behindern. Personen mit starken inneren Spannungszuständen nutzen die Möglichkeit dieser biologisch vorbereiteten, parasymphatischen Entspannung durch den Shutdown, indem sie eine selbstverursachte Gewebeschädigung (mit scharfen oder spitzen Gegenständen) herbeiführen, um ihre Affekte zu regulieren (Schauer und Elbert 2010). Das Empfinden für Schmerz wird dabei durch die Ausschüttung körpereigener Opioide und veränderte Regulation von Cannabinoiden zunehmend verändert (Wilker et al. 2016). Opioid-vermittelte Analgesie führt zu abgestumpften emotionalen Reaktionen, reduziertem episodischem Gedächtnis und Arbeitsgedächtnis sowie zu Störung der kognitiven und verbalen Leistungsfähigkeit, Depersonalisation (McKinnon et al. 2016; van der Kolk 1988), Veränderungen in der perzeptuellen und introzeptiven Wahrnehmung und einem losgelösten Bewusstsein des Selbst und der Umgebung, wie es bei Personen mit Shutdown-Reaktionen in der Verteidigungskaskade beschreiben ist. Das endogene Opioidsystem spielt eine zentrale Rolle für den emotionalen Shutdown und die Bewusstseinsveränderungen (Lanius et al. 2018; Kozłowska et al. 2015). Da sich das Hautgewebe taub anfühlt, verspürt das Individuum kaum Schmerzen während des selbstverletzenden Schneidens oder Stechens mit spitzen, scharfen Gegenständen, Brennen, Schlagen oder Beißen etc., und gleichzeitig setzt der parasymphatische Niedergang ein und damit die erwünschte Erleichterung, Entspannung, Blutdruck- und Herzratenerniedrigung (Prinzip der negativen Verstärkung). Verstärkend wirkt hier zusätzlich, dass die morphinartigen Eigenschaften der endogenen Opiatausschüttung dabei zu Analgesie, Anästhesie, Sedierung und Vigilanzminderung und aber auch zu Euphorisierung führen können (McKinnon et al. 2016; Terpou et al. 2019), was das selbstschädigende Verhalten aufrechterhält.

Die Remission solcher traumabezogenen Dissoziationssymptome lässt sich am besten mittels narrativer Exposition von Traumamaterial erreichen, während gleichzeitig aktiv einem psychisch, körperlich und geistigen dissoziativen Shutdown entgegengewirkt wird (vgl. Schalinski et al. 2015; Schauer und Elbert 2010). Schon Freud und Breuer schreiben 1893 in den Studien zur Hysterie, dass es das gezielte Wiedererfahren und die Narration des spezifischen Traumaereignisses ist, welche die Vermeidung sowie die dissoziativen Symptome der tonischen Immobilität und Deafferenzierung aufzulösen vermag:

»[...] forschen wir seit einer Reihe von Jahren bei den verschiedensten Formen und Symptomen der Hysterie, nach der *Veranlassung, dem Vorgange, welcher das betreffende Phänomen zum ersten Mal, oft vor vielen Jahren, hervorgerufen* hat. In der großen Mehrzahl der Fälle gelingt es nicht, durch das einfache, wenn auch noch so eingehende Krankenexamen, diesen Ausgangspunkt klarzustellen, theilweise, weil es sich oft um Erlebnisse

handelt, deren Besprechung den Kranken unangenehm ist, hauptsächlich aber, weil sie sich wirklich nicht daran erinnern, oft den ursächlichen Zusammenhang des veranlassenden Vorganges und des pathologischen Phänomens nicht ahnen. Meistens ist es nötig, [...] die *Erinnerungen jener Zeit, wo das Symptom zum ersten Male auftrat, wachzurufen*; dann gelingt es, jenen Zusammenhang aufs Deutlichste und Überzeugendste darzulegen. Diese Methode [...] hat uns in einer grossen Zahl von Fällen Resultate ergeben, die in theoretischer wie in praktischer Hinsicht werthvoll erscheinen [...].« (Freud und Breuer 1893, S. 1, Hervorhebungen durch die Autorinnen)

»Wir fanden nämlich, anfangs zu unserer grössten Überraschung, dass die einzelnen hysterischen Symptome sogleich und ohne Wiederkehr verschwanden, wenn es gelungen war, die Erinnerung an den veranlassenden Vorgang zu *voller Helligkeit zu erwecken, damit auch den begleitenden Affekt wachzurufen, und wenn dann der Kranke den Vorgang in möglichst ausführlicher Weise schilderte* und dem Affekt Worte gab. Affectloses Erinnern ist fast immer völlig wirkungslos; der psychische Process, der ursprünglich abgelaufen war, muss so lebhaft als möglich wiederholt, in »*statum nascendi*« gebracht und dann *ausgesprochen werden*. Dabei treten [...] Krämpfe, Neuralgien...noch einmal in voller Intensität auf und schwinden dann für immer. Functionsausfälle, Lähmungen und Anästhesien schwinden ebenso [...].« (Freud und Breuer 1893, S. 4, Hervorhebungen durch die Autorinnen)

Es gibt überwältigende wissenschaftliche Evidenz, dass sich durch die traumafokussierte biografische Aufarbeitung der spezifischen traumatischen Lebensereignisse Heilung einleiten lässt, auch im Hinblick auf die dissoziative Symptomatik (Schnyder et al. 2015; Pabst et al. 2014; Schauer et al. 2011; Bohus et al. 2020; Breuer und Freud 1893; Jaycox et al. 1998; Leitlinien der American Psychological Association 2017; der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: Schäfer et al. 2019; des National Institute for Clinical Excellence; 2018, der International Society for Traumatic Stress Studies: Foa et al. 2020; Department of Veteran Affairs: Card 2017). Und obwohl Personen mit dem dissoziativen Subtyp zu Beginn höhere Symptome zeigen, kann traumafokussierte Expositionstherapie auch ohne vorangehende Stabilisierungs- oder Skill-Learning-Phase angewendet werden (Hoeboer et al. 2020). Allerdings, trotz eingehender Empfehlungen für eine traumafokussierte Psychotherapie wird Personen, die wiederkehrende Dissoziationen erleben, oft erst gar keine Exposition angeboten (Harned et al. 2012). Starke dissoziative Reaktionen wie Derealisierung, Depersonalisierung oder (Prä-)Synkopen der Patienten und Patientinnen wirken naturgemäß besonders abschreckend für Behandler und Behandlerinnen, vor allem aus Angst vor Dekompensation, Retraumatisierung oder Aggravation des Zustands. Dissoziation wird von Traumatherapeuten und -therapeutinnen zu recht als signifikantes Hindernis empfunden für die erfolgreiche Durchführung von traumafokussierter Expositionstherapie, weil sie (biologisch) dazu dient, intensive Gefühle zu dämpfen und somit die emotionale Verarbeitung unterbindet sowie die Informationsverarbeitung und Mentalisierungsfähigkeit stört. Die Betroffenen können, wenn Dissoziation eintritt, nicht mehr angemessen reagieren auf Ansprache und andere Interventionen, was Frustration auslösen kann. Versuche, dieses dramatische Verhalten zu löschen (Extinktion) oder dies durch (soziale) Isolation des Patienten oder der Patientin nicht verstärken zu wollen bzw. diesem Verhalten keine positive Aufmerksamkeit zu schenken, gelingen aber bei Dissoziation nicht, da der evolutionäre Sinn ja gerade darin besteht, den »Angreifer oder die Angreiferin« und die Umwelt zu ignorieren, keine (Verhaltens-

Reaktion mehr zu zeigen und alle sensorisch-kognitiv-emotionalen-physiologischen Systeme herunterzufahren. Hintergrundwissen zum biologischen Sinn dieses dramatischen Verhaltens kann sich daher hilfreich auf die therapeutische Herangehensweise und die Pflegesituation auswirken, weil es erlaubt, selektiv zu intervenieren.

Zum einen aber ist es oft schwer, den »veranlassenden Vorgang zu voller Helligkeit zu erwecken«, da die Traumaerinnerung verschüttet scheint und nur unwirklich (häufig als »ich-fremd« bezeichnet, als nicht zur eigenen Person gehörig und zweifelnd, ob es tatsächlich eine eigene Erinnerung ist) oder nur fragmentarisch vorhanden ist, zum anderen bedarf es der emotionalen Aktivierung als bedingende und notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche Verarbeitung der Ereignisse. Personen mit hoher Dissoziationsneigung während der Therapie (state dissociation), im Vergleich zu solchen mit niedriger, verbessern sich mit höherer Wahrscheinlichkeit nicht in der Symptomatik der PTBS bei imaginativer Exposition (Hagenaars et al. 2010; McKinnon et al. 2016). Gerade eine gewisse Aktivierung der damals empfundenen Angst sowie die emotionale Auseinandersetzung mit dem Traumagedächtnis ist positiv mit dem Behandlungsergebnis verbunden (Ebner-Priemer et al. 2009; Foa et al. 1995; Foa und McLean 2016; Elbert et al. 2015; Schnyder et al. 2015). Bei Dissoziation jedoch löst sich das Bewusstsein von der Realität ab, die Emotionen und Empfindungen werden der Reihe nach abgeschaltet, und ein Gefühl der Gleichgültigkeit, Abwesenheit, Schwere und Müdigkeit stellen sich ein. Es wird das limbische System durch den Frontallappen des Gehirns blockiert und es zeigen sich sogar Hirnwellen (langsame Oszillationen), die normalerweise in tiefen Schlafphasen auftreten und die mit dem unterbrochenen »bottom-up processing« assoziiert sind, also keine Informationsleitung mehr von der Peripherie an das Gehirn (Schauer und Elbert 2010; Lanius et al. 2010; 2018; Schalinski et al. 2017). In diesem Zustand schwinden die notwendigen motivationalen und kognitiven Voraussetzungen für eine aktive Verarbeitung. Hier ist deshalb eine schrittweise Annäherung an das Traumamaterial notwendig und dabei gezielte Countermaneuvers, um der Dissoziation entgegen zu wirken (vgl. etwa Schauer et al. 2018; Schauer und Elbert 2010; Chessell et al. 2019).

4.2.4 Dissoziation erkennen und behandeln

Einmal ausgelöst sind Verhaltensdispositionen und Reaktionen, die der Verteidigungsachse entstammen, gut erkennbar, da das Abwehrsystem zwei Hauptwirkungsrichtungen hat (Elbert et al. 2018): massive Mobilisierung von Aktivität, von Flucht oder Kampf (reaktive und appetitive Aggression) sowie als zweite Variante genau das Gegenteil, den Shutdown: Einstellen von Flucht und Gegenwehr, Nachgeben und Erschlaffen. Anhand verschiedener Kennzeichen lassen sich diese Verhaltensdispositionen recht gut vorhersagen.

Wenn es in der vergangenen Traumasituation eine Chance gab, der Bedrohung zu entkommen, setzt die Mobilisierung zur Flucht (Angst) oder zum Kampf (Aggression) auch wieder ein, sobald das Traumamaterial erinnert wird.

Der sympathische Zweig des vegetativen Nervensystems aktiviert über Stresshormone den Organismus in folgender Weise: Die Herzfrequenz wird beschleunigt (spürbares Herzklopfen), die Muskeln werden stärker durchblutet, der Blutdruck steigt und die Vasokonstriktion in der Peripherie (kalte Hände) verringert den Blutverlust im Verletzungsfall. Die Therapeutin oder der Therapeut beobachtet starke Emotionen und hilft der Person, in einem optimalen physiologischen Erregungsfenster zu bleiben, um in der Lage zu sein, die Traumaszene(n) zu erzählen, ohne überflutet zu werden von plötzlichen, überwältigenden Traumaerinnerungen und in tonische oder schlaffe Immobilität zu geraten oder gar eine vasovagale Synkope zu erleiden (► Abb. 4.1).

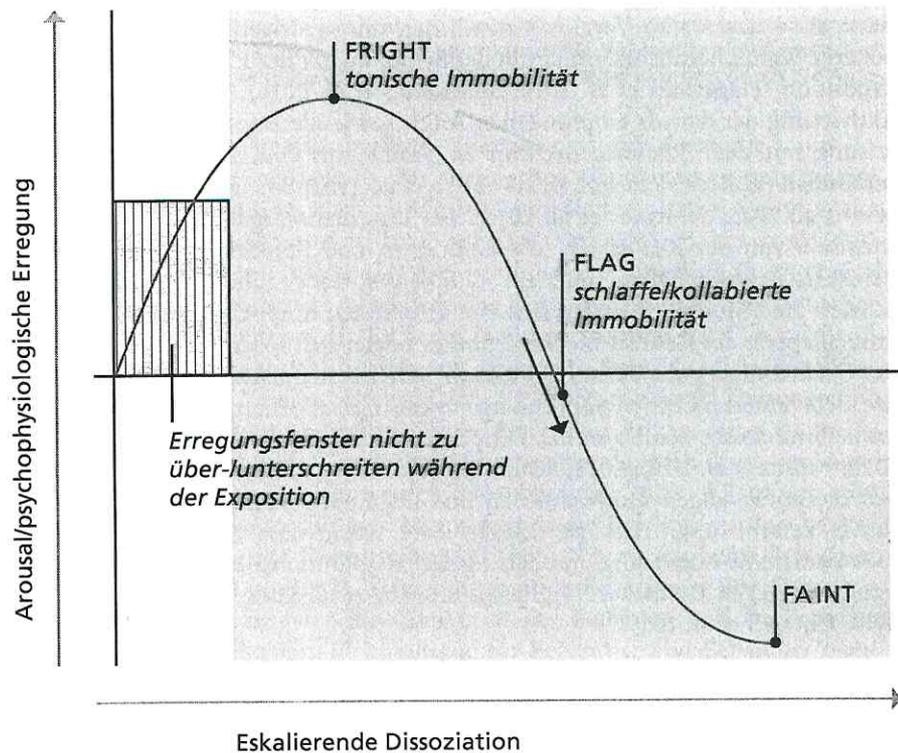


Abb. 4.1: Die Abbildung illustriert (graues Feld) die verschiedenen Stadien peritraumatisch auftretender – und dann wiederholt und posttraumatisch reaktualisierter – Dissoziation nach dem Verteidigungskaskadenmodell (Darstellung nach Schauer und Elbert 2010). Bei dissoziativen Personen muss die Therapeutin oder der Therapeut während der traumafokussierten Sitzung hochengagiert und engmaschig empathisch präsent bleiben. Wichtig ist ein Monitoring des optimalen Erregungsfensters (hier gestrichelt dargestellt) und ggf. mit antidissoziativen Strategien intervenieren, während der Überlebende die Traumageschichte erzählt, da die Erregungskurve in ihr Gegenteil kippen kann, nachdem sie ihr Maximum erreicht hat (Merke: »umgekehrtes U«).

Die Bedeutung der engmaschig-aktiven Begleitung und aufmerksamen Unterstützung der Modulation der physiologischen Erregung durch den Therapeuten oder die Therapeutin wird häufig unterschätzt. Bei Wiedererinnerung werden nicht nur einzelne Sinneswahrnehmungen oder Bilder flashbackartig aufgerufen, sondern ganze Verhaltens- und Erlebenssequenzen aus der vergangenen traumatischen Situation(en), die zusammen mit den damaligen sensorischen und physiologischen Informationen ins Gedächtnis »eingebrennt« sind (Elbert und Schauer 2002). Deshalb kann auch beim gezielten Herangehen an das Traumamaterial während Behandlungssitzungen die Person beginnen zu dissoziieren wie damals, da beim Erregen der entsprechenden Netzwerkverbände alle zugehörigen neuronalen Assoziationen wach werden: Ist die Person während des traumatischen Ereignisses peritraumatisch dissoziiert, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sie dies ebenso tut, sobald die Erinnerung an dieses Trauma angesprochen wird. Dieses Phänomen kann als konditionierte Reaktion auf Erinnerungsreize beobachtet werden. Ein eskalierender Muskeltonus, eine vorübergehende grobmotorische Hemmung, kann bis zur tonischen Immobilität führen. Dieses Angststadium (»scared stiff«) ist gekennzeichnet durch einen hohen, dualen autonomen Tonus und hohe emotionale Erregung, aber auch durch eine zunehmende Betäubung der Wut-, Empfindungs- und Schmerzwahrnehmung (Analgesie). Es ist für den Therapeuten oder die Therapeutin herausfordernd, wenn die Angst mit zunehmender funktionell-sensorischer Dissoziation (Abschaltung der Sinneswahrnehmung, einschließlich der somatosensorischen und propriozeptiven Information), gehemmter Verarbeitung verbaler Informationen sowie gestörtem Bewusstsein, fehlender emotionaler Beteiligung und gestörter Wahrnehmung eskaliert. Nach kurzer Eskalation des Sympathikus ändern sich die physiologischen Reaktionen dramatisch und sobald der Scheitelpunkt überschritten ist, dominiert der Parasympathikus (abnehmender Tonus und Erregung, scheinbare Compliance, Erschlaffung (lehnt sich zurück), warme Hände etc., immer schwerer ansprechbar, psychisch kaum mehr »vorhanden«, Schwere, verlangsamte Sprache und Reaktionen).

Parasympathische Dominanz, einhergehend mit Schläffheit und Ohnmacht aufgrund von Bradykardie (Verlangsamung der Herzfrequenz), Vasodilatation und Blutdruckabfall kann plötzlich einsetzen. Diese Reaktion zeigt sich peritraumatisch in Situationen extremer Hilflosigkeit, in denen eine Penetration der Körperöffnungen oder eine Invasion in den Körper stattfindet. Gewebeschädigung, Exposition gegenüber Körperflüssigkeiten, z. B. Blut oder Sperma (Ekel als Leitmotiv; Krusemark und Li 2011), oder starke Schmerzen, z. B. bei Folter oder sexueller Gewalt, sind typische Bedrohungscharakteristiken, bei denen Dissoziationen hervorgerufen werden (► Tab. 4.1). Wenn diese Erinnerungen reaktiviert werden, kommt es zu einer fortschreitenden emotionalen Betäubung und zum Rückgang der kognitiven Funktion. Ohne entgegenwirkende Intervention kann die Person stumm werden, sich nicht mehr bewegen, und womöglich vollständig dissoziieren.

In diesem Stadium kehrt sich die Reaktion von der tonischen in die schlaffe oder sog. kollabierte Immobilität um, der Muskeltonus des Betroffenen wird schlaff, die Sprache verwaschen und der Mensch fühlt sich bleiern schwer, warm

und müde (flag) und kann in der Folge sogar bewusstlos werden (faint). Ein solcher psychischer Ohnmachtsanfall (vasovagale Synkope) ist eine spezifische Form des Kreislaufversagens, bei dem das Herzzeitvolumen abnimmt durch die Gefäßweitstellung (Vasodilatation) und in der Folge (kurz dauernder) Bewusstlosigkeit. Zum akuten Beschwerdebild gehören Schwäche- und Schweregefühl, Mutismus, Schwindel, Schwitzen, Übelkeit. Eine Synkope kündigt sich oft durch Warnzeichen an: Plötzliches Gähnen (als Zeichen der Hypotension), und oder Seufzen, Ohrgeräusche, oder visuelle Effekte (»Vorhang«, dunkle Flecken, verschwommen Sehen oder Grausehen), Zeichen einer veränderten Durchblutung (wie Kribbelpfahrungen auf den Händen und Wangen).

Ausgehend von diesem Modell (»umgekehrtes U«, siehe Schauer und Elbert 2010) konnten Lanius und Kollegen den Zusammenhang zwischen Dissoziation und Wahrnehmung, Gedächtnis, Verhalten und sozialer Kognition in den neurobiologischen und hormonellen Grundlagen der Stressantwort transdiagnostisch bestätigen (McKinnon et al. 2016; Lanius et al. 2018). Die ► Abb. 4.1 zeigt den Verlauf der Verteidigungskaskade mit zunehmender Angst, zunehmender Unbeweglichkeit und dem Einsetzen von Abschaltreaktionen des Verhaltens, der Emotion und der Wahrnehmung. Die stärker werdende physiologische Erregung durch sympathische Aktivierung (linke Flanke) mit erhöhtem Muskeltonus, vermehrter Atmung und damit Sauerstoffversorgung und dem Beginn der funktionellen sensorischen Deafferenzierung und zunehmender Empfindungsstörung bis hin zur Analgesie, ermöglicht aktives Entkommen und Abwehr angesichts der massiven Bedrohung (Bracha 2004; Schauer und Elbert 2010; McKinnon et al. 2016). Dieser Traumafolgetyp mit später starkem intrusivem Wiedererleben und schnell auszulösender Überregung und Hypervigilanz, wird am besten durch klassische imaginative Exposition in Kombination mit einer detaillierten Erzählung über die Traumaszene(n) behandelt. Die Gegenreaktion, der parasympathische Abfall der physiologischen Erregung (rechte Seite grau; ► Abb. 4.1) geht jedoch mit einer Senkung der Erregung, einem erniedrigten Blutdruck, einer verringerten Herzfrequenz, einem Verlust der sensorischen Wahrnehmung, schließlich der (vollständigen) Analgesie, einer emotionalen Betäubung von Aggression, Angst und Anspannung einher. Der dissoziierte Mensch fühlt sich müde und schwer und kann sich nicht mehr bewegen. Sinkt das Herzzeitvolumen und damit der Blutdruck zu weit ab durch die Weitstellung der Gefäße, kann es zur Synkope oder Präsynkope kommen, wie beschrieben, daher sind bei der Behandlung dieses Traumafolgetyps (komplexe Traumafolgestörung) oft zusätzliche körperliche Aktivität, angewandte Anspannung und sensorische Stimulation *während* der Behandlungssitzung sowie Übungen zur »dualen Wahrnehmung« erforderlich, die den Traumakontext mit dem Präsens kontrastieren (vgl. Schauer und Elbert 2010).

Als Therapeut oder Therapeutin achten Sie deshalb während der Sitzung auf die physiologische Erregung des Klienten oder der Klientin, um rechtzeitig anti-dissoziativ eingreifen zu können. Generell gilt bei einsetzender Dissoziation: Reorientierung des Bewusstseins (Grounding) und Kontrastierung der Kontexte damals (Trauma) vs. heute (»Hier und Jetzt«) ► Abb. 4.2.

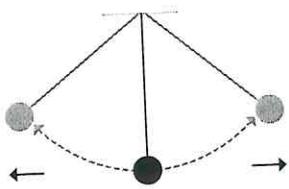
Narration des Ereignisses
mit der expositionsbasierten Konversationstechnik

Imaginierte Traumaszene
Damals und Dort



- Was/Wie...
... nahmen Sie damals wahr?
... sahen, hörten, spürten,
schmeckten, haben Sie gerochen?
... dachten Sie damals?
... fühlten Sie damals?
... reagierten Sie damals?
... bedeutete es?

Kontrast halten während der Exposition!
„Und was ist im nächsten Moment
geschehen...?“



Therapeuten und Therapeutinnen leiten dissoziationsgefährdete Erzähler und Erzählerinnen während der Narration an, immer wieder zw. der Trauma- und Erzählsituation hin und her zu wechseln, um den Kontrast zwischen den beiden Kontexten stabil aufrecht zu halten.

- „Wie geht es Ihnen jetzt, wenn Sie sich selbst im Damals erleben?“
Introspektion, Mentalisierung und Selbstakzeptanz fördern
- „Wie betrachten Sie das Ereignis nun?“
Meaning Making

Grounding im Therapieraum
Hier und Jetzt



- Was/Wie...
... nehmen Sie jetzt wahr?
... sehen, hören, spüren,
schmecken, riechen Sie?
... denken Sie jetzt?
... fühlen Sie jetzt?
... reagieren Sie jetzt?
... bedeutet es jetzt?

Vergangenheitsform der Erzählung betonen, sensorische Stimulation, antidissoziative Countermaneuvers, unterdrückte (Wut-) Emotionen erlauben!

Abb. 4.2: Aufarbeitung von Traumaereignissen bei Personen, die zu Dissoziationen neigen: Während Überlebende die vergangenen Ereignisse ins Bewusstsein rufen und davon erzählen, hilft der Therapeut oder die Therapeutin kontinuierlich zwischen der egozentrischen und allozentrischen Erzählperspektive hin- und herzuwechseln, damit genügend Kontrast zum Damals, und Kontrolle und Orientierung im Heute während der Narration sichergestellt ist.

Kontrastieren Sie bewusst auf den verschiedenen Ebenen (Wahrnehmung, Denken, Gefühle, Körper/Verhalten):

Von großer Bedeutung ist es, die Sinneswahrnehmung in der Gegenwart zu stimulieren, um eine Schließung der Wahrnehmungskanäle und damit eine sukzessive dissoziative Abspaltung zu verhindern. Erzähler oder Erzählerinnen können beim Wiedererleben der Vergangenheit immer wieder neu in der Gegenwart orientiert werden: Das Bewusstsein sollte, wie ein »Pendel« zwischen damals und heute oszillieren (duales Bewusstsein), um dem Traumaüberlebenden Kontrolle und Gelegenheit zur Verarbeitung zu geben. Die Kontrastierung des vergangenen Ereignisses mit der Gegenwart ist entscheidend für die Überwindung der Dissoziation. Dazu gehören die Kontrastierung kontextueller Informationen »Zeit und Ort« (z. B. Kriegsszene vs. Behandlungsraum), die allozentrische vs. traumaegozentrische Position (Kartografierung des Raumes und Elemente der Traumaszene, z. B. Zeichnung); Unterschiede in der sensorischen Information (auditiv, visuell, taktil, gustatorisch, olfaktorisch etc.) und die unterschiedliche kinästhetische/körperliche Position.

Aufbau der therapeutischen Intervention bei traumabedingten dissoziativen Symptomen und praktisches Vorgehen im Akutfall, um der peri- oder posttraumatischen Dissoziation entgegenzuwirken

Erheben der traumatisierenden Kindheits- und Lebenserfahrungen sowie die Dissoziationsneigung schon während der Diagnostik und (vor oder) als Teil der traumafokussierten Intervention

Kinder, Jugendliche und erwachsene Patienten und Patientinnen, die mit dissoziativen Symptomen präsentieren, sollten immer Gelegenheit bekommen zu einer ausführlichen Diagnostik mit Hilfe von Event-Checklisten zur Anamnese vergangener traumatischer Erfahrungen. Wichtig sind dabei die folgenden Schritte:

1. Erhebung von belastenden, interpersonellen *Kindheitserfahrungen*, z. B. anhand der »KERF« (Isele et al. 2014)
2. Erhebung von typischen, *potenziell traumatisierenden Lebenserfahrungen*, z. B. anhand der deutschen Life-Event Checkliste »LEC-5« (Krüger-Gottschalk et al. 2017)
3. *Psychoedukation*: eine ausführliche und dem Bildungs- und Entwicklungsstand der Person angemessene Psychoedukation a) zur Psychologie der Dissoziation und b) zur Biologie der Körperreaktionen
4. Erhebung der *Dissoziations-Symptome* innerhalb der *klinischen Diagnostik*: Für die traumafokussierte Therapie ist es von Bedeutung, die Dissoziationsneigung vorhersehen zu können, um direkt und effektiv zu intervenieren. Hier lohnt sich diagnostisch eine spezifische Symptom-Checkliste hinzuzuziehen (z. B. Shut-D, Schalinski et al. 2015). Personen, die eine Vielzahl von unmittelbar, lebensbedrohlichen Ereignissen und auch Personen, die bereits sehr früh im Leben belastenden Erfahrungen ausgesetzt waren, aber auch körperliche und emotionale Vernachlässigungen durch Bezugspersonen erlebt haben, weisen oft dissoziative Symptome als Langzeitfolge traumatischen Stresses auf (Schalinski et al. 2016b). Basierend auf den neurobiologischen Charakteristiken der Abwehrphasen »fright«, »flag« und »faint«, wurde ein kurzes, strukturiertes Interview entwickelt, um die Vulnerabilität der dissoziativ-symptomatischen Reaktionen zu bestimmen. Mittels 13 Fragen werden im Alltag auftretende Dissoziationssymptome in ihrer Häufigkeit erfragt (Schalinski et al. 2015; Schalinski 2016b). Dieses Interview sollte bereits in der Diagnostik eingesetzt werden, um die potenzielle Dissoziationsneigung in der Therapie adäquat zu erfassen. Personen mit bedeutsamen Dissoziationen sollten im Rahmen der Psychoedukation die Biologie des Überlebens erarbeiten und diese Reaktionen als adaptive Strategie verstehen. Das trägt auf der einen Seite zur Normalisierung bei und auf der anderen Seite kann es bestehende Befürchtungen reduzieren (wie etwa die Angst, bei einem Ohnmachtsanfall zu sterben). Beim Überschreiten eines Cut-off des Summenwertes der *Shut-D* kann dann gemäß DSM-5 der »dissoziative Subtyp« diagnostiziert werden.

Absprachen vor der imaginativen Exposition

Vor der imaginativen Exposition sollten Sie individuelle Frühwarnzeichen für Dissoziationen erarbeiten und gemeinsam anti-dissoziative Strategien erproben und sich so mit den Techniken vertraut machen. Mit Personen, die oftmals im Alltag ohnmächtig werden, können Sie vorab besprechen, wie Sie mit einer solchen Situation in der Therapie-sitzung umgehen. Berücksichtigen Sie dabei die Wünsche der Person und die Techniken, die in diesem Kasten zusammengefasst sind. Bei Patienten und Patientinnen, die dazu tendieren, beim Traumanarrativ in den Shutdown zu gehen, sind diese Maßnahmen, nach vorangegangener Psychoedukation, *gleichzeitig mit der imaginativen Exposition* anzuwenden (► Abb. 4.2).

Generell gilt die **3-5-Regel** für Therapeuten und Therapeutinnen sowie Helfer und Helferinnen im Kontakt mit dissoziierenden Menschen:

4 Zur Biologie des Überlebens – Ätiologie und Behandlung traumainduzierter Dissoziation

1. S (settle in) Achten Sie auf Ihre eigene Aufregung – der Patient oder die Patientin spiegelt sie. *Ruhe* ausstrahlen!
2. S (speak slow) Sprechen Sie *langsam*, laut genug und wenig! um Verwirrung entgegenzuwirken bei eskalierender Angst.
3. S (say the name) Sprechen Sie die Person wiederholt mit (*Vor-*)*Namen* an, um sie zu Ihnen und damit ins »Hier und Jetzt« zu orientieren.

Veränderungen in Sprachverständnis und Produktion

Nutzen Sie akustische Reize, die nicht bedrohlich sind, sowie Sinnesreize, um mit der betroffenen Person, deren »Sinne schwinden« in Kontakt (sensorische Deafferenzierung, siehe oben) zu bleiben. Helfen Sie Orientierungslosigkeit entgegenzuwirken. Erklären Sie in einfacher Sprache, was Sie tun. Falls der Mensch noch etwas sprechen kann, ermutigen Sie zu einfachen Aufgaben und fragen Sie: »Können Sie mich hören? Wer bin ich? Wo sind wir?«, damit die Sprachproduktion in Gang kommt. Geben Sie unmittelbar praktische, kurze Antworten und verstärken und belohnen Sie jede sprachliche Äußerung und körperliche Reaktion der dissoziierten Person. Vornamen sind besonders effektiv, die auch bei anderweitig starken Einschränkungen noch wahrgenommen zu werden. Manchmal mussten Opfer bestimmte Dinge sagen während des Missbrauchs. Seien Sie also vorsichtig mit Aufforderungen zu Sprache und Verhalten und erklären Sie immer wieder, warum Sie sie zum Sprechen auffordern.

Beim Verlust der Wahrnehmung innerer und äußerer Reize

Der Organismus hat den Shutdown eingeleitet. Zunächst ist das Anregen der afferenten Bahnen zum Gehirn hilfreich, um Dissoziation zu beenden: Stimulieren Sie das Erleben im »Hier und Jetzt« je nach Toleranz der Person durch sinnliche Reize wie Berührung (z. B. Massageball), Kältereiz (Coldpack mit Tuch umwickelt), Hörimpulse (z. B. mit »Sie« und Vornamen ansprechen, Klatschen (nach Ankündigung), Hinweisen auf Geräusche in der Umgebung) oder Geruchs- und Geschmacksstimuli (z. B. ätherische Öle). Der Reiz sollte deutlich genug sein, jedoch keine Schmerzen oder negativen Empfindungen hervorrufen, da dies die Dissoziation noch erhöhen würde. Das Bewusstsein soll positiv motiviert in die Realität, zum sicheren und angenehmen Therapieraum zurückkehren.

Die Stimulation des Riechsystems ist besonders hilfreich, da die olfaktorischen Bahnen nicht durch den Thalamus laufen und so auch nicht während einer Dissoziation durch die thalamischen Gates geblockt werden können. Um deutliche Reize aus dem »Hier und Jetzt« setzen zu können, eigenen sich nach Absprache deshalb auch Chilibonbons, frischen Ingwer, Minze etc. Vergewissern Sie sich bei Ihrem olfaktorischen Stimulationsmaterial, dass es sich um gesundheitlich unbedenkliche Stoffe für den Patienten oder die Patientin handelt und in keiner Weise aversiv ist oder gar mit den Traumata assoziiert ist. Sensorische Anker zum »Hier und Jetzt«, Aufmerksamkeitslenkung zu dem Ort, der mit Sicherheit und Beruhigung assoziiert ist, können auch therapeutisch konditioniert werden und dann während der Exposition eingesetzt werden. Günstig ist hier eine unterschiedliche sinnliche Umgebung (Kontrast!) zur Trauma-Umwelt, d. h. anderer Geruch, Geschmack. Bieten Sie Düfte und Geruchsreize an, die stark genug, positiv und erfrischend sind und keine Ähnlichkeit haben zu Gerüchen zum Zeitpunkt des traumatischen Ereignisses.

Verzichten Sie aber auf den Einsatz von Ammoniak als Geruchsreiz. Der stechende Geruch von Ammoniakverbindungen ist bei Traumaüberlebenden während einer Dissoziation mit Shutdown-Neigung ungeeignet zum Zwecke der Stimulation, da er Ekel provoziert. Ekelinformation aber führt im Gehirn zu unterdrückter sensorisch-perzeptueller Verarbeitung und Abwendung der Aufmerksamkeit, also das Gegenteil von Grounding im »Hier und Jetzt«. Zudem führt Ekel physiologisch zum Abfall von Herzrate, Blutdruck, Atmung, was eine Rerealisierung und Präsynkope noch verstärkt. Ammoniak ist zwar in der Lage, durch seine Schärfe den Trigeminus (Gesichtsnerv) zu stimulieren, die Geruchskomponente steht aber im biologischen Zusammenhang mit Körperausscheidungen und der Genitalzone, was Assoziationen triggern kann. Ekel kann

Dissoziation verstärken und erschwert die Habituation, daher darf keine verlängerte imaginative Exposition an Geruch, Geschmack, Sensorik von hoher Ekelqualität herbeigeführt werden (Speichel, Schweiß, Sperma, Verdorbenes, Verwesendes, Blut, Leichen etc.). Besser konzentrieren Sie sich therapeutisch darauf, die inneren Vorgänge zu verstehen, die zum Traumazeitpunkt während der Ekelsituation abgelaufen sind, mit Fragen an den Patienten oder die Patientin: »Als Sie sich damals während der (Traumasi-tuation) stark geekelt haben, was haben Sie da gedacht (Kognition) und als nächstes getan (Verhalten)?« Sobald das Bewusstsein zurückkommt, ventilieren Sie die Erfahrung und geben eine profunde Psychoedukation. Wichtig ist die Einladung, über innere Vorgänge zu sprechen, um Verstehen zu ermöglichen. Kehren Sie erst zum Traum-anarrativ zurück, wenn die Erzählperson sicher in der Gegenwart orientiert ist.

Vorgehen bei tonischer Immobilität

Wenn der Mensch muskulär »einfriert«, ist die Erregung auf das Maximum der Kurve angestiegen. Wichtig ist dann die *Beruhigung der physiologischen Erregung*, damit die Person sich wieder bewegen und sprechen kann, also Kontrolle hat. Auch im Akutfall (wenn Sie etwa zu einem Unfall gerufen werden usw.) bleiben Sie ruhig, sprechen Sie langsam und klar mit den Überlebenden. Erklären Sie in einfachen Worten und laut genug, was in der Gegenwart geschieht und wahrzunehmen ist. Der Vorname kann helfen, um die Aufmerksamkeit der Person zu Ihnen zu lenken. Orientieren Sie den Menschen im »Hier und Jetzt« über freundliche sensorische Reize. Auch die Anwesenheit bekannter (Bezugs-)Personen kann beruhigend wirken. Ermuntern Sie die sinnliche Wahrnehmung der Umgebung, das Spüren von Körper(teilen) und leiten Sie den Betroffenen an, Finger, Beine, Arme etc. zu bewegen, bis die Person wieder voll orientiert ist, sich Herzrate und Blutdruck wieder normalisiert haben, Sie Blickkontakt herstellen können und die Überlebenden sprechen können. Geben Sie Gelegenheit, die Erfahrung zu ventilieren.

Vorgehen bei erschlaffender, kollabierter Immobilität

Hier gilt als Schlüsselintervention der Einsatz von Maßnahmen, um Ohnmachtsanfällen sowie dem Verlust von Muskelspannung und Körperschwäche entgegenzuwirken (Schauer und Elbert 2010). Auch Chessell und Kollegen (2019) haben ein ausführliches Protokoll zum Management solch dissoziativer Symptome vorgelegt.

Um in diesem Zustand *Blutdruck und Herzrate zu stabilisieren*, bietet sich sofortige *Anregung des physiologischen Aktivitätsniveaus und der Motorik* durch Counterma-neuver, wie Anspannen der Willkürmuskulatur und deutliches Stimulieren der Wahrnehmung im »Hier und Jetzt« an. Beziehen Sie die Betroffenen in aktive Körperbewe-gung ein. Vorgänge wie vasovagale (Prä-)Synkopen können durch angewandte An-spannung »applied tension« abgefangen werden (Öst 2002): z. B. Beine überkreuzen und Wadenmuskeln anspannen, Fäuste ballen und Armmuskeln straffen. Auch physi-sche Gegendruckmanöver (z. B. einen Ball drücken, Hände gegeneinander stemmen, Arme gegen die Wand) sind geeignet, eine kurzfristige Erhöhung des Blutdrucks zu erreichen. Oder verwenden Sie die Muskel-Venenpumpe (die Zehen und Fersen beider Füße werden synchron oder entgegengesetzt in den Boden gedrückt, um den Rücktransport des Blutes zu unterstützen). Sie können auch ein Balancebrett zum Ein-satz bringen, um große Teile der Muskulatur und die Kleinhirnaktivität zu stimulieren. All dies ist, falls posttraumatische Dissoziation vorliegt, während der imaginativen Ex-position in der Traumabehandlung einzusetzen.

Vorgehen bei Shutdown mit kurzzeitiger Bewusstlosigkeit

Sollten Sie bei einem Traumaüberlebenden eine vasovagale Synkope beobachten und es zu einem Sturz kommen, ist sicher zu stellen, dass der Kopf der Person nicht verletzt wird. Bewahren Sie Ruhe, benutzen Sie einfache Sprache und nennen Sie die Person bei ihrem Vornamen. Auch wenn der Patient oder die Patientin nicht ansprechbar er-scheint, erklären Sie das Vorgehen, was sich im besten Fall an den vorher besprochenen Wünschen der Person orientiert (wenn die Person beispielsweise nicht möchte, dass sie alleine gelassen wird, oder dass unbekannte, männliche Personen ins Zimmer geholt

werden). Versichern Sie, dass Sie stets alle Ihre Handlungen vorher ankündigen werden, wie beispielsweise »Ich lege nun Ihre Beine hoch, dazu fasse ich Ihre Unterschenkel an. So kann sich Ihr Kreislauf erholen«. Fahren Sie fort mit Grounding-Übungen und laden Sie sensorische Wahrnehmung und Orientierung des Bewusstseins ins »Hier und Jetzt« ein, wo es Sicherheit und Beistand gibt. Bleiben Sie bei der Person, bis sie wieder orientiert ist. Besprechen Sie die Situation später zusammen nach und erfahren Sie mehr über die Reaktionen und deren Früherkennungsmerkmale.

Wichtige zusätzliche Hinweise

Strafe verstärkt Dissoziationsneigung

Bestrafungen dissoziativen Verhaltens, wie etwa aversive Stimuli, z. B. laute Geräusche, Schmerzen zufügen durch einen Kältereiz oder durch Gummischmalzen auf der Haut etc. können die Dissoziationsneigung erhöhen, denn ist die Gegenwart unfreundlich oder bedrohlich, kehrt das Bewusstsein nicht dorthin zurück. Große Vorsicht ist auch geboten mit körperlichen Berührungen, sie können Traumaerinnerungen triggern und dissoziationsverstärkend wirken. Ohne Vorab-sprache berühren Sie allenfalls die Zone über dem Handgelenk (nicht die Hand selbst und nicht weiter oben am Körper; auch den Menschen nicht packen, schütteln oder drücken an einer Körperstelle; auch nicht versuchen, Dissoziierte aufzusetzen, zu ziehen oder zu verlegen; auch nicht anschreien oder bedrohen). Kündigen Sie außerdem alle Aktionen an und bleiben Sie auf Augenhöhe, d. h. stehen Sie nicht körperlich über der Person. Lassen Sie dissoziierte Menschen nicht alleine oder bestrafen Sie sie nicht durch Isolation. Der Shutdown ist ein stark biologisch determinierter, mächtiger Mechanismus, der das Überleben durch sich »Totstellen« und kreislaufstabile Lage sichern soll. Patienten und Patientinnen können lernen, gegen das Auftreten anzukämpfen, wenn sie verstehen, was mit ihnen passiert, wie der Körper reagiert und warum. Nicht immer aber ist dieser Vorgang willentlich beeinflussbar oder aufzuhalten, zumindest solange nicht, wie nicht eine traumafokussierte Therapie lege artis durchgeführt worden ist.

Wut als direkter Gegenspieler zur Dissoziation

Wut wirkt der Dissoziation entgegen und bekämpft Shutdown erfolgreich. Merke: Man kann nicht wütend sein und gleichzeitig dissoziieren! Lassen Sie unterdrückte Gefühle der Opposition/Verteidigung zu, laden Sie ein, diese zu benennen und zu verbalisieren. Emotionen sind okay. Es ist sicher, sie im Therapieraum zu erleben, ohne dissoziieren zu müssen. Erlauben Sie die Empörung gegenüber dem Angreifer oder der Angreiferin von damals, fördern Sie Gefühle, die peritraumatisch unterdrückt wurden; stellen Sie allerdings sicher, dass die Gefühle in den raum-zeitlichen Kontext von damals zurückgebunden werden und sich nicht gegen die Therapeuten oder Helfer richten.

Körperlicher Zustand ist entscheidend

Sorgen Sie für eine gute Ernährungslage der Patienten und Patientinnen (Blutzucker) und Flüssigkeitszufuhr: ein Glas Wasser, Saft, Tee vor der Sitzung und

schluckweise während der Sitzung in aufrechter Position selbst getrunken. (Achtung: Versuchen Sie niemals Personen, die in tonische oder schlaffe Immobilität gehen, gleichzeitig Flüssigkeiten einzuflößen; Aspirationsgefahr!). Untergewichtige und hungernde Personen dissoziieren sehr schnell. Beachten Sie Ekelgefühle bestimmtem Essen gegenüber nach sexueller Gewalt und untersuchen Sie auf komorbide Ess-Störungssymptomatik.

Licht- und Raumverhältnisse beachten

Für die gelingende Traumaaufarbeitung ist für Patienten und Patientinnen mit Dissoziationsneigung eine gute Beleuchtung und Helligkeit im Therapieraum wichtig. Der Shutdown setzt bei dämmrigem Licht und in halbdunklen, versteckten Nischen sehr viel schneller ein, als im freien, gut beleuchteten Raum. Setzen Sie sich deshalb in die Mitte des Therapieraums und arbeiten Sie mit guter Aktivierung und Muskelanspannung (»applied tension«).

Allozentrisch statt egozentrisch

Falls die Realität zu verschwimmen droht, nehmen Sie zusammen mit dem Patienten oder der Patientin eine allozentrische Position ein, lassen Sie die Erzählerin oder den Erzähler von außen auf die Traumaszene und sich selbst schauen, z. B. als würden Sie beide an der Türe stehen und ins Zimmer sehen, oder von oben aus der Vogelperspektive. Falls passend, skizzieren Sie die Situation auf einem Blatt (Kontext), um von außen drauf zu blicken. Achten Sie darauf, dass in der Therapiesituation immer ein Gefühl der Sicherheit und Kontrolle für die Person vorhanden ist.

Korrigierende Beziehungserfahrung und Mentalisierung

Dissoziation verändert nicht nur die Wahrnehmung und Reaktion auf äußere Reize, sondern auch die Verarbeitung innerer Vorgänge. Die Wahrnehmung, das Denken, das Verstehen und Empfinden von körperlichen, emotionalen und geistigen Vorgängen ist dann verzerrt. Auch das Erleben des »Selbst« kann verloren gehen. Für die Stimulation der Wahrnehmung des inneren Erlebens richten Sie direkte Fragen an die Person, wie sie sich im »Hier und Jetzt« wahrnimmt. Fördern Sie die explizite Betrachtung und Verbalisierung der inneren Zustände, da die bewusste »ex-zentrische« Position antidissoziativ wirkt: mich selbst in der traumatischen Situation *von innen* zu sehen und gleichzeitig sich selbst im Damals *von außen* zu sehen. Gedanken und Gefühle im anderen und in der eigenen Person unverzerrt und feinfühlig zu erkennen und zu verbalisieren, bedarf in der Entwicklung einer gelungenen Eltern-Kind-Interaktion (Gergely 2002; Bateman und Fonagy 2013). Eltern reagieren auf die Emotionsausdrücke des Kindes in spezifischer Weise, dies führt erst zur Bewusstwerdung der eigenen Emotionen durch die Reaktion der Bezugsperson. Da Überlebende von Kindheitstraumatisierung mit häufig einhergehender Dissoziationsneigung oftmals keine zuverlässige Affektspiegelung durch Erwachsene erfahren durften, verfügen Betroffene oft über ein undifferenziertes Bewusstsein und Verständnis ihrer emotionalen Zu-

stä
im
au
20
raj
dis
ne
ma
Erl
ne:
die
sch
me
Vic
ber
Hä
Bez
unc
stüt
geg
die
(vgl
trau
Bez:
laut
arbe
Exp:
Affe
spre
gere
tröst
emp
verst
beit.
tung
nen :
sich
Schn
zentr
mum
Gege
ziatio
mögl
inner
rung

stände. Hier kann die korrigierende Beziehungserfahrung gerade während und im Moment der imaginativen Exposition wirksam werden, um sich selbst von außen (allozentrisch) und innen (egozentrisch) zu sehen (vgl. Schauer et al. 2011; Schauer et al. 2018); ein Vorgang, der vom Therapeuten oder von der Therapeutin unterstützt, antidissoziativ wirken kann (vgl. ► Abb. 4.2). Helfen Sie dissoziativen Personen, Worte zu finden für ihre Zustände und ihr Erleben (Benennen, Bedeutung zuschreiben) und pendeln Sie dabei zwischen heute und damals hin und her. Unterstützen Sie die Erzählenden ausdrücklich, ihrem eigenen Erleben zuzusehen, es zu verstehen und in Zusammenhang zu setzen mit eigenem Verhalten und dem anderer Menschen. Je expliziter die betroffene Person die inneren Vorgänge und ihre körperliche Verhaltensantwort erkennen und beschreiben lernt, umso weniger hilflos und überwältigt fühlt sie sich, und umso mehr Kontrast entsteht zum Damals.

Ermöglichen Sie der betroffenen Person korrigierende Beziehungserfahrungen. Viele Patienten und Patientinnen mit hoher Dissoziationsneigung sind Überlebende von schwerer Kindheitstraumatisierung mit Gewalt und Vernachlässigung. Häufig wurden Menschen, deren Dissoziationen traumabedingt sind, von ihren Bezugspersonen in der Kindheit unzureichend emotional versorgt, verstanden und reguliert und im Gegenteil erniedrigt und beschämt anstatt feinfühlig unterstützt. Um Dissoziation im Zusammenhang mit Beziehungstraumatisierung entgegenzuwirken, ist es von großer Bedeutung, auch die personale Interaktion und die Reaktionsmuster innerhalb der autobiografischen Entwicklung zu verstehen (vgl. Schauer et al. 2020). Enger Kontakt, Begleitung und Empathie während der traumafokussierten Behandlung sind die Grundvoraussetzung der korrigierenden Beziehungserfahrung: Neue, emotionale Erfahrungen in der Personbeziehung erlauben, starke Gefühle erfahren zu dürfen, ohne dissoziieren zu müssen. Kontextarbeit, Verbindung herstellen zu vergangenen Lebensereignissen im Rahmen der Exposition, ermöglicht das Einordnen und Verstehen von Wut, Leere, negativem Affekt und Spannungen. Das genaue Nachspüren in Begleitung und dann Aussprechen in Beziehung zu einem anderen Menschen ermöglicht, sich in sein jüngeres Selbst in der Vergangenheit hineinzuversetzen und Mitgefühl und Selbsttröstung zu erlernen. Vor allem, wenn sich der Therapeut oder die Therapeutin emphatisch verhält, spiegelt, paraphrasiert und ständig zurückgibt, was er oder sie verstanden hat von der erzählenden Person während der traumafokussierten Arbeit. In Momenten der kleinschrittigen Vertiefung während der Traumaaufarbeitung sollten Überlebende Gelegenheit bekommen, ihr Erleben und ihre Emotionen zu verstehen und zu beschreiben (»Wie geht es Ihnen jetzt gerade, wenn Sie sich selbst beim Erzählen in der damaligen Situation erleben?«). Auch soziale Schmerzsituationen sind in eben dieser Weise sowohl egozentrisch als auch allozentrisch (Pendelbewegung ► Abb. 4.2) zu betrachten auf den Ebenen Wahrnehmung, Kognition, Emotion, Körperreaktion, Bedeutung in Vergangenheit und Gegenwart (siehe Narrative Expositionstherapie, Schauer et al. 2011), um Dissoziation zu vermeiden, Gefühle zuzulassen und Verstehen und Integration zu ermöglichen. Wenn die imaginative Aufarbeitung traumatischer Lebensereignisse innerhalb einer traumafokussierten Expositionstherapie unter aktiver Verhinderung der sonst auftretenden dissoziativen Reaktionen und Verhaltensweisen erfol-

gen kann, dann nehmen die Dissoziation und die entsprechenden Symptome im Alltag des Überlebenden ab und die Reorganisation des autobiografischen Gedächtnisses wird ermöglicht.

4.3 Zusammenfassung

Die traumafokussierte Expositionstherapie wird von nationalen als auch internationalen Fachgesellschaften als Erstlinientherapie für die Behandlung von Traumafolgestörungen empfohlen. Dissoziative Symptomatik wird dabei häufig als signifikantes Hindernis für die Durchführung von traumafokussierter Expositionstherapie empfunden, weil dissoziative Symptome emotionale und kognitive Verarbeitungsprozesse korrumpieren. Aus dem Verteidigungskaskadenmodell und dem evolutionsbiologischen Verständnis dissoziativer Reaktionen lassen sich praktische therapeutische Techniken ableiten, die grundlegend für eine erfolgreiche traumafokussierte Therapie bei Personen mit dissoziativen Reaktionen sind.

Literatur

- Adenauer H, Catani C, Keil J, Aichinger H, Neuner F (2010) Is freezing an adaptive reaction to threat? Evidence from heart rate reactivity to emotional pictures in victims of war and torture. *Psychophysiology* 47: 315–322.
- American Psychiatric Association (2014) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®. Göttingen: Hogrefe.
- American Psychological Association (2017) Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. (<https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>, Zugriff am 27.09.2021).
- Bateman A, Fonagy P (2013) Mentalization-based treatment. *Psychoanal Inq* 33: 595–613.
- Bohus M, Kleindienst N, Hahn C, Müller-Engelmann M, Ludäscher P, Steil R et al. (2020) Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 77: 1235–1245.
- Bracha HS (2004) Freeze, flight, fight, fright, faint: adaptionist perspectives on the acute stress response spectrum. *CNS spectr* 9: 679–685.
- Breuer J, Freud S (1893/1909) Studien über Hysterie. Kapitel I. Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene – Vorläufige Mitteilung. Von Dr. Jos. Breuer und Prof. Dr. Sigm Freud in Wien. Leipzig und Wien: Franz Deuticke Verlag. S. 1–4.
- Card P (2017) VA/DOD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. (<https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGClinicianSummaryFinal.pdf>, Zugriff am 30.01.2021).
- Chessell ZJ, Brady F, Akbar S, Stevens A, Young K (2019) A protocol for managing dissociative symptoms in refugee populations. *Cogn Behav Ther* 12: E27.

4 Zur Biologie des Überlebens – Ätiologie und Behandlung traumainduzierter Dissoziation

- Dhossche DM, Ross CA, Stoppelbein L (2012) The role of deprivation, abuse, and trauma in pediatric catatonia without a clear medical cause. *Acta Psychiatr Scand* 125: 25–32.
- Ebner-Priemer UW, Mauchnik J, Kleindienst N, Schmahl C, Peper M, Rosenthal MZ et al. (2009) Emotional learning during dissociative states in borderline personality disorder. *J Psychiatry Neurosci* 34: 214–222.
- Elbert T, Schauer M (2002) Psychological trauma: Burnt into memory. *Nature* 419: 883–883.
- Elbert T, Schauer M, Moran JK (2018) Two pedals drive the bi-cycle of violence: reactive and appetitive aggression. *Curr Opin Behav Sci* 19: 135–138.
- Elbert T, Schauer M, Neuner F (2015) Narrative exposure therapy (NET): Reorganizing memories of traumatic stress, fear, and violence. In: Schnyder U, Cloitre M (Eds.) *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders*. Cham: Springer. Pp. 229–253
- Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA (2020) *Effective treatments for PTSD*. New York: Guilford Publications.
- Foa EB, McLean CP (2016) The efficacy of exposure therapy for anxiety-related disorders and its underlying mechanisms: The case of OCD and PTSD. *Annu Rev Clin Psychol* 12: 1–28.
- Foa EB, Riggs DS, Massie ED, Yarczower M (1995) The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behav Ther* 26: 487–499.
- Gergely G, Fonagy P, Jurist E, Target M (2002) Affect regulation, mentalization, and the development of the self. *Int J Psycho Anal* 77: 217–234.
- Grossmann KE, Grossmann K (Hrsg.) (2017) *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hagenaars MA, van Minnen A, Hoogduin KA (2010) The impact of dissociation and depression on the efficacy of prolonged exposure treatment for PTSD. *Behav Res Ther* 48: 19–27.
- Harned MS, Korslund KE, Foa EB, Linehan MM (2012) Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol. *Behav Res Ther* 50: 381–386.
- Hoebner CM, De Kleine RA, Molendijk ML, Schoorl M, Oprel DAC, Mouthaan et al. (2020) Impact of dissociation on the effectiveness of psychotherapy for post-traumatic stress disorder: meta-analysis. *BJPsych Open* 6: E53.
- Isele, D., Teicher, M.H., Ruf-Leuschner, M., Elbert, T., Kolassa, I.-T., Schury, K. & Schauer, M. (2014). KERF (Belastende Kindheitserfahrungen) – ein Instrument zur umfassenden Ermittlung belastender Kindheitserfahrungen Erstellung und psychometrische Beurteilung der deutschsprachigen MACE (Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure) Scale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 43(2): 121–130.
- Jacob N, Wilker S, Isele D (2017) Die Narrative Expositionstherapie (NET) zur Behandlung von Traumafolgestörungen: Evidenz, Dissemination und neueste Entwicklungen weltweit. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapie* 168: 99–106.
- Jaycox LH, Foa EB, Morral AR (1998) Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *J Consult Clin Psychol* 66: 185–192.
- Kaltenbach E, Hermenau K, Schauer M, Dohrmann K, Elbert T, Schalinski I (2020) Trajectories of posttraumatic stress symptoms during and after Narrative Exposure Therapy (NET) in refugees. *BMC Psychiatry* 20: 1–14.
- Kaltenbach E, McGrath PJ, Schauer M, Kaiser E, Crombach A, Robjant K (2021) Practical guidelines for online Narrative Exposure Therapy (e-NET) – a short-term treatment for posttraumatic stress disorder adapted for remote delivery. *Eur J Psychotraumatol* 12: 1881728.
- Kandel ER, Schwartz JH (Eds.) (1991) *Principles of neural science*. New York, NY: Elsevier.
- Köbach A, Schauer M, Elbert T (2016) *Checklist for Threats to Human Life (THL)*. University of Konstanz.

- Kozłowska K, Walker P, McLean L, Carrive P (2015) Fear and the defense cascade: clinical implications and management. *Harv Rev Psychiatry* 23: 263–287.
- Krüger-Gottschalk A, Knaevelsrud C, Rau H et al. (2017) The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): psychometric properties and diagnostic utility. *BMC Psychiatry* 17: 379.
- Krusemark EA, Li W (2011) Do all threats work the same way? Divergent effects of fear and disgust on sensory perception and attention. *J Neurosci Res* 31: 3429–3434.
- Krystal JH, Bremner JD, Southwick SM, Charney DS (1998) The emerging neurobiology of dissociation: Implications for the treatment of posttraumatic stress disorder. In: Bremner JD, Marmer CR (Eds.) *Trauma, memory, and dissociation*. Washington, DC: American Psychiatric Press. Pp. 321–363.
- Lanius RA, Boyd JE, McKinnon MC, Nicholson AA, Frewen P, Vermetten E et al. (2018) A review of the neurobiological basis of trauma-related dissociation and its relation to cannabinoid- and opioid-mediated stress response: A transdiagnostic, translational approach. *Curr Psychiatry Rep* 20: 118.
- Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD, Spiegel D (2010) Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry* 167: 640–647.
- Macfie J, Cicchetti D, Toth SL (2001) Dissociation in maltreated versus nonmaltreated preschool-aged children. *Child Abuse Negl* 25: 1253–1267.
- McKinnon MC, Boyd JE, Frewen PA, Lanius UF, Jetly R, Richardson JD, Lanius RA (2016) A review of the relation between dissociation, memory, executive functioning and social cognition in military members and civilians with neuropsychiatric conditions. *Neuropsychologia* 90: 210–234.
- Miniati M, Rucci P, Benvenuti A, Frank E, Battenfield J, Giorgi G, Cassano GB (2010) Clinical characteristics and treatment outcome of depression in patients with and without a history of emotional and physical abuse. *J Psychiatr Res* 44: 302–309.
- Nanni V, Uher R, Danese A (2012) Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 169: 141–151.
- National Institute for Clinical Excellence (2018) *Post-Traumatic Stress Disorder: NICE Guideline*. (Online verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>, Zugriff am 27.09.2021).
- Öst LG (2002) Applied Tension. *Encyclopedia of Psychotherapy*. Elsevier. S. 103–108.
- Orang T, Ayoughi S, Moran JK, Ghaffari H, Mostafavi S, Rasoulman M, Elbert T (2018) The efficacy of narrative exposure therapy in a sample of Iranian women exposed to ongoing intimate partner violence—A randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother* 25: 827–841.
- Pabst A, Aldenhoff J, Schauer M, Ruf M, Elbert T, Seeck-Hirschner M (2012) Borderline-Störungen mit komorbider posttraumatischer Belastungsstörung. Anwendung der narrativen Expositionstherapie (NET). *Nervenheilkunde* 31: 645–652.
- Pabst A, Schauer M, Bernhardt K, Ruf M, Goder R, Elbert T, Rosentraeger R, Robjant K, Aldenhoff J, Seeck-Hirschner M (2014) Evaluation of Narrative Exposure Therapy (NET) for Borderline Personality Disorder with comorbid Posttraumatic Stress Disorder. *Clin Neuropsychiatry* 11: 108–117.
- Robjant K, Meyer D, Kaiser E, Kaltenbach E, Schauer M (2021) e-NET: Narrative Exposure Therapy online – the challenges and opportunities of delivering trauma therapy remotely. *Maltrattamento e abuso all'infanzia* 22, 3: 69–85.
- Schäfer I, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P et al. (Hrsg.) (2019) *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Schalinski I, Elbert T, Schauer M (2011) Female Dissociative Responding to Extreme Sexual Violence in a Chronic Crisis Setting: The Case of Eastern Congo. *J Trauma Stress* 24: 235–238.
- Schalinski I, Moran JK, Elbert T, Reindl V, Wienbruch C (2017) Oscillatory magnetic brain activity is related to dissociative symptoms and childhood adversities—A study in women with multiple trauma. *J Affect Disord* 218: 428–436.

- Schalinski I, Schauer M, Elbert T (2015) The Shutdown Dissociation Scale (Shut-D). *Eur J Psychotraumatol* 6: 1, 25652.
- Schalinski I, Schauer M, Elbert T (2016a) Shut-D. Shutdown-Dissoziationskala [Verfahrensdokumentation aus PSYINDEX Tests-Nr. 9007117, Fragebogen Deutsch, Fragebogen Englisch und Durchführungshinweise]. In: Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) (Hrsg.) Elektronisches Testarchiv. Trier: ZPID. <http://dx.doi.org/10.23668/psycharchives.453>
- Schalinski I, Teicher MH, Nischk D, Hinderer E, Müller O, Rockstroh B (2016b) Type and timing of adverse childhood experiences differentially affect severity of PTSD, dissociative and depressive symptoms in adult inpatients. *BMC Psychiatry* 16: 295.
- Schauer M (2016) The Mass Refugee Movement – Better Reframed as Mental Health Crisis? Global Perspectives of the International Society for Traumatic Stress Studies ISTSS StressPoints, a quarterly eNewsletter, March 2016. (<http://sherwood-istss.informz.net/admin31/content/template.asp?sid=48039&brandid=4463&cuid=1019025605&mi=5471628&cmfqi d=26491997&pid=0&ps=48039>, Zugriff am 30.01.2021).
- Schauer M, Elbert T (2010) Dissociation following traumatic stress: etiology and treatment. *J Psychol* 218: 109–127.
- Schauer M, Neuner F, Elbert T (2011) Narrative Exposure Therapy (NET). A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders (2nd ed.). Cambridge/Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Schauer M, Neuner F, Elbert T (2017) Narrative Exposure Therapy for Children and Adolescents (KIDNET). In: Landolt M, Cloitre M, Schnyder U (Eds.) Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents. Basel: Springer. S. 227–250.
- Schauer M, Elbert T, Neuner F (2018) Narrative Expositionstherapie nach Gewalt und Flucht. In: Machleidt W, Heinz A (Hrsg.) Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH. S. 261–271.
- Schauer M, Robjant K, Elbert T, Neuner F (2020) Narrative Exposure Therapy (NET) for survivors of complex trauma. In: Ford J, Courtois C (Eds.) Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-based Guide, 2nd ed. New York: Guilford Press. Pp. 309–331.
- Schauer M, Robjant K (2018) Encountering adversities; the ‘building blocks’ of psychopathology. Commentary on Scheidell et al. *Addiction* 113: 57–58.
- Schauer M, Ruf-Leuschner M (2014) Die Lifeline in der Narrativen Expositionstherapie (NET). *Psychotherapeut* 59: 226–238.
- Schnyder U, Ehlers A, Elbert T, Foa EB, Gersons BP, Resick PA et al. (2015) Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? *Eur J Psychotraumatol* 6: 28186.
- Stein DJ, Koenen KC, Friedman MJ, Hill E, McLaughlin KA, Petukhova M et al. (2013) Dissociation in posttraumatic stress disorder: evidence from the world mental health surveys. *Biol Psychiatry* 73: 302–312.
- Van der Kolk BA (1988) The trauma spectrum: The interaction of biological and social events in the genesis of the trauma response. *J Trauma Stress* 1: 273–290.
- Terpou BA, Harricharan S, McKinnon MC, Frewen P, Jetly R, Lanius RA (2019) The effects of trauma on brain and body: A unifying role for the midbrain periaqueductal gray. *Journal of neuroscience research* 97(9): 1110–1140.
- Thekkumthala D, Schauer M, Ruf-Leuschner M, Kraus B, Gruber M, Elbert T (2019) Borderline personality disorder symptoms in relation to adverse childhood experiences and balance performance. *Ment Health Prev* 14: 200167.
- Ullmann E, Licinio N, Bornstein SR et al. (2017) Counteracting Posttraumatic LHPA Activation in Refugee Mothers and their Infants. *Molecular Psychiatry* 23: 2–5.
- Widom CS, DuMont K, Czaja SJ (2007) A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry* 64: 49–56.
- Wilker S, Pfeiffer A, Elbert T, Ovuga E, Karabatsiakos A, Krumbholz A, Thieme D, Schelling G, Kollassa IT (2016) Endocannabinoid Concentrations in Hair are Associated with PTSD Symptom Severity. *Psychoneuroendocrinology* 67: 198–206.