Die inneren Trauma-Landschaften

Borderline - Ego-State - Täter-Introjekt

Bearbeitet von
Jochen Peichl

1. Auflage 2012. Buch. 312 S. Hardcover
ISBN 978 3 7945 2935 3
Format (B x L): 16,5 x 24 cm

Weitere Fachgebiete > Psychologie > Psychotherapie / Klinische Psychologie

Zu Inhaltsverzeichnis

schnell und portofrei erhältlich bei

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

misphäre – der in der Entwicklungsfrühzeit des Kindes dominanten Hemisphäre – führen. Das linke Gehirn ist verbal linguistisch und bewusst, entfaltet sich aber erst nach dem 18. Lebensmonat und übernimmt dann immer mehr die Seitendominanz. Die rechte Hirnhälfte wird in der Forschung der letzten Jahre mit vielen Themen in Verbindung gebracht, die uns bisher in diesem Buch beschäftigt haben: mit Bindungsverhalten, mit traumatischem Stress, mit der Entwicklung sehr früher Formen reaktiver Bindungsstörungen, mit Persönlichkeitsstörungen und mit einer Anzahl psychiatrischer Symptome. Die rechte Hemisphäre, mehr noch als die Linke, ist eng verbunden mit dem limbischen System, den sympathischen und parasympathischen Komponenten des autonomen Nervensystems, und spielt deshalb eine sehr dominante Rolle bezüglich der Physiologie und der kognitiven Komponenten sowie der emotionalen Prozesse. Ernsthafte Entwicklungsverzögerung durch traumatischen Stress, dieser fälschlich als „nichtdominant" bezeichneten Hemisphäre, zeigen sich in ineffektiven und irritierbaren Coping-Mechanismen nach Belastungssituationen und manifestieren sich erstmalig im Leben eines Kindes in der Bindungspathologie von desorganisiert-desorientierten Säuglingen und Kindern (Typ-D-Bindung). So schließt sich der Kreis, und Mains Vermutung aus dem Jahre 1996 ist zuzustimmen: Desorganisiertes Bindungsverhalten ist ein primärer Risikofaktor für die Entwicklung von seelischen Erkrankungen, insbesondere der PTBS, der Borderline-Störung und auch der soziopathischen Persönlichkeitsstörungen.

2.9 Folgen des Beziehungstraumas: ein Verlaufsmodell

Die in den bisherigen Kapiteln dargestellten Forschungsergebnisse von Resch, Panksepp, Perry, Schore und weiteren Autoren sollen mir nun als Grundlage dienen, ein Verlaufsmodell traumatischer Entwicklung in der frühen Kindheit und deren kurz- und langfristigen Anpassungsstrategien zu konzipieren. Der zentrale Leitgedanke lautet: Die psychobiologische Antwort auf fortgesetzte Traumatisierung in der frühen Kindheit besteht aus zwei adaptiven Reaktionsmustern: der Übererregung und der Dissoziation (Perry et al. 1998). Dieses komplexe Modell wird in Abbildung 2-2 schematisch dargestellt.

Phase 1: Übererregung. Stellen wir uns vor, das Kind befindet sich im Zustand sozialen Friedens, im Zustand wacher, ungerichteter Aufmerksamkeit ins Spiel vertieft, und es wird plötzlich durch eine drohende Gefahr irritiert. Die erste Reaktion, die auf eine Beunruhigung folgt, ist eine so genannte Schreck- oder Alarmreaktion mit unmittelbarer Aktivierung des sympathischen, autonomen Nervensystems. Die Folgen dieser Aktivierung sind eine Steigerung der Herzfrequenz, des Blutdrucks, der Atmung, aber auch des Muskeltonus; insgesamt

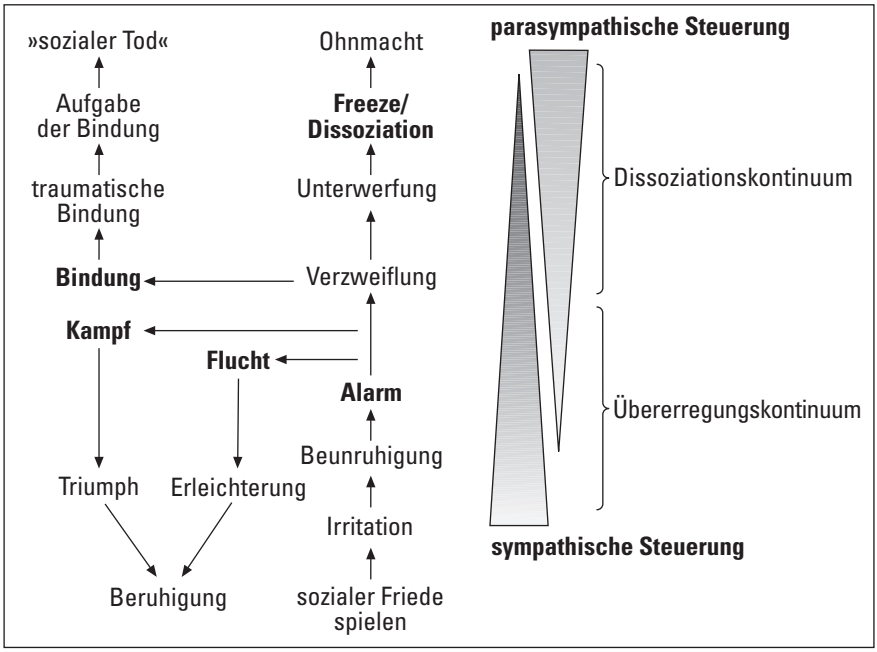

Abb. 2-2 Verlaufsmodell traumatischer Entwicklung in der frühen Kindheit: Bindung – Flucht/Kampf – Dissoziation

erfolgt eine Aufmerksamkeitssteigerung und eine Zunahme der Hypervigilanz. In dieser Phase beginnt ein Säugling zu weinen und bei anhaltender Bedrohung zu schreien. Dieser Zustand, den Perry „*fear terror*" nennt, wird von einem sympathogenen Übererregungszustand (ergotrope Erregung)[3] begleitet. Die Amygdala reagiert auf den Gefahrenreiz, und über Bahnen vom Mandelkern zum Nucleus paraventricularis des Hypothalamus kommt es zu einem bedeutsamen Anstieg des Stresshormons CRF. An der Hypophyse wird die Ausschüttung von ACTH und Beta-Dynorphin (Endorphin) stimuliert, und die Folge ist die Aktivierung der HPA-Stressachse mit Exprimierung des Steroidhormons Cortisol. Über die Aktivierung des Locus coeruleus im Hirnstamm erfolgt eine massive Noradrenalinausschüttung und die Ausbildung eines hypermetabolischen Zustands im Gehirn. Auf diese Weise entstehen frühe Konditionierungen zwischen externen traumatischen Stimulationen und Übererregungszuständen in limbischen Strukturen, vor allem in der Amygdala (ergotropes Hyperarousal).

In dieser ersten Phase der Traumareaktion ist die Aufmerksamkeit des Kindes noch nach außen gerichtet, und es findet ein Versuch statt, die ins Gehirn ein-

3 Ergotrop: Wirkung im Sinne einer Mobilisierung von Energie, die zur Selbsterhaltung in der Auseinandersetzung mit der Umwelt notwendig ist (adrenerges System).

dringenden, externen Erregungen zu verarbeiten, um nach einer ersten Schreckreaktion mögliche Abwehrstrategien zu initiieren. So bereitet die Aktivierung des sympathischen Nervensystems und des Locus coeruleus bei größeren Kindern oder Erwachsenen darauf vor, die traumatische Situation durch Flucht oder Kampf zu bewältigen – neurobiologische, atavistische Überlebensstrategien, die bei zunehmender körperlicher Reife erst Bedeutung erlangen werden. Kommt es bei Kindern oder Erwachsenen immer wieder zu diesen Mustern von Übererregungsreaktionen durch kumulative Traumatisierung, so führt dies zu einer gebrauchsabhängigen Bahnung und Sensibilisierung – zu einer *Zustands*erinnerung. Am Ende reichen schon geringe Auslösereize, um das Vollbild der Angstreaktion auszulösen, wobei dieses physiologische Arousal wiederum den Prozess der Generalisierung vorantreibt. Selbst in Abwesenheit von realer Bedrohung empfindet der Mensch sich ständig von drohender Gefahr beunruhigt, er ist innerlich angespannt, überwach, schreckhaft und entwickelt ein Übererregungskontinuum, wie Perry das nennt, mit bedeutsamen Folgen für die weitere psychische Entwicklung.
Wenn Kinder und vor allem Säuglinge sich durch Flucht oder Kampf nicht der anhaltenden Bedrohung entziehen können, müssen sie versuchen, durch Weinen oder Schreien auf sich aufmerksam zu machen, um bei potenziellen Helfern ein Bindungsverhalten auszulösen. Von Bedrohungsbewältigung durch Aktivität mittels Handlungsmotorik (Flucht oder Kampf) wird auf Passivität bei Motorikhemmung (Erstarrung) umgeschaltet: Das angeborene Bindungssystem als eine weitere Überlebensstrategie wird jetzt aktiviert. Gelingt es, bei „Helfern" Bindungsverhalten auszulösen, erfolgt daraufhin wirksamer Schutz und Tröstung; der Säugling oder der Erwachsene werden sich über kurz oder lang beruhigen. Bleibt die Bedrohung als Dauerstress bestehen, so entwickelt sich chronische Übererregung, wie oben beschrieben.

Phase 2: Dissoziation. Löst der „Schrei nach Bindung" in der Umwelt kein Bindungsverhalten aus („Mama ist zu weit weg, niemand ist da") oder der anwesende Erwachsene ist selbst die Ursache der Verzweiflung, dann erreichen wir nach Durchlaufen des Erregungskontinuums das parasympathische Dissoziationskontinuum, ein Zustand des Gehirns, der eng mit dem Paniksystem („Hilfe, Mama ist weg!") verbunden ist.
Diese zweite kindliche Reaktion auf anhaltende Traumatisierung ist, wie schon ausgeführt, die Unterwerfung bei Säugetieren und Menschen, und als letzter Schritt vor der Ohnmacht die Dissoziation, die so nur beim Menschen vorkommt. Gelingt es nicht, die bedrängende äußere Situation durch eine Ergebenheitshaltung (später entwickelt sich dann daraus die *traumatische Beziehung* zwischen Opfer und Täter, das traumatische Introjekt) zu entschärfen, ist weder Flucht noch Kampf möglich, so wird die Aufmerksamkeit von der Außenwelt abgezogen und richtet sich auf die innere Welt: Der traumatisierte Säugling erstarrt, blickt mit einem leeren Blick vor sich hin, er dissoziiert. Diese kurz einschießenden dissoziativen Muster finden sich schon in der Fremde

Situation bei 12 bis 18 Monate alten Säuglingen, die der Kategorie des desorganisiert-desorientierten Bindungstyps entsprechen. Dieser oben beschriebenen Reaktion auf fortgesetzte Traumatisierung entspricht eine massive parasympathische Aktivierung des autonomen Nervensystems (Nervus vagus), und sie ist nach dem Übererregungsmuster der ersten sympathikotonen Phase ein Verhaltensmuster in auswegloser Situation: Flucht oder Kampf sind nicht möglich, es bleibt nur der innere Rückzug, die Unterwerfung. Um jede Aufmerksamkeit anderer zu vermeiden, versucht sich der Mensch in Bedrängnis „unsichtbar" zu machen; die Erstarrung dient somit auch der Tarnung (viele Tiere jagen nur sich bewegende Objekte). Dieser Zustand ist ein hypometabolischer Regulationsprozess, der immer dann im Leben eingesetzt wird, wenn Immobilität, Drosselung des Energieverbrauchs und ein Sich-Wegducken eine letzte geringe Chance auf Überleben bieten (parasympathisches, trophotropes[4] Hypoarousal). Dieser parasympathische Metabolismus steuert den sehr wirkungsvollen neurobiologischen Mechanismus der Dissoziation, und diese ist ein Versuch, einer unerträglichen äußeren Situation durch Flucht in die Innenwelt zu entkommen – wie gesagt, eine letzte Form defensiver Strategie vor der endgültigen Kapitulation, der Ohnmacht.

2.10 Traumastress und neurobiologische Folgen

Kumulative, das heißt sich wie eine Perlenkette aneinanderreihende traumatische Zustände im Leben eines Säuglings oder Kleinkindes stören im weiteren Entwicklungsverlauf die Ausreifung des Gehirns auf sehr einschneidende Weise.

Die dissoziative Reaktion unterscheidet sich von der initialen Übererregungsreaktion (vgl. Kap. 2.9). In diesem passiven Zustand der Unterwerfung, der Kapitulation, werden schmerzbetäubende endogene Opiate ausgeschüttet. Diese Opiate, besonders das Enkephalin, sorgen für eine schmerzreduzierende Analgesie und Bewegungslosigkeit; sie blockieren gleichzeitig die Hilferufe, die Disstress-Vokalisationen wie Piepsen, Jaulen, Schreien und Weinen. Sobald also das Tier, der Mensch in das Dissoziationskontinuum eingetreten ist, verstummt er durch Stimmbandlähmung. Zusätzlich wird das handlungshemmende Steroid Cortisol ausgeschüttet. Der Vagotonus steigt dramatisch an, der Blutdruck und der Puls werden gesenkt, trotz zirkulierender hoher Dosen von Adrenalin und Noradrenalin im Blut. Dieses verstärkte parasympathische, trophotrope Hypoarousal befähigt den Säugling, seine Homöostase trotz des internen Zustandes von sympathikotonem, ergotropem Hyperarousal aufrechtzuerhalten.

---

4 Trophotrop: energieerhaltend und -sparend, parasympathisches System.

Vom zustandsabhängigen zum überdauernden Reaktionsmuster. Dieser neurobiologische Zustand, vergleichbar mit einem Autofahrer, der gleichzeitig voll auf das Gaspedal und auf die Bremse tritt, kennzeichnet den typischen *traumatic state* (Schore 2001b) des Säuglings: Halten diese Zustände über einen längeren Zeitraum an oder ereignen sich im Sinne einer kumulativen Traumatisierung immer wieder, so wandeln sich diese zustandsabhängigen Reaktionsmuster *(state-dependent)* in überdauernde, eigenschaftsabhängige Muster *(trait-dependent)*. Es ist zu vermuten, dass in kritischen Wachstumsperioden des Gehirns, z. B. bei der Ausreifung des emotionalen Regulationssystems (limbisches System), diese Zustände einen entscheidenden Einfluss auf die erfahrungsabhängige Ausreifung der genannten Strukturen haben: Derartige traumatische Zustände im Säugling triggern psychobiologische Veränderungen, welche sowohl das Affekt- als auch das Kognitions- und das Verhaltenssystem betreffen. Entscheidend sind dabei die Verzögerung der Ausreifung in präfrontolimbischen Arealen und vor allem des orbitofrontalen Kortex. „Ernsthafte Schädigungen der Bindungsangebote in der Kindheit führen zu Regulationsproblemen, welche sich in Fehlsteuerungen im limbischen System, in hypothalamischen Dysfunktionen und bald auch in einer beeinträchtigten Homöostaseregulation zeigen (Reite u. Capitanio 1985). Diese dysregulierenden Ereignisse wie Missbrauch oder Vernachlässigung produzieren extreme und schnelle Veränderungen des autonomen Nervensystems, führen zu sympathischem ergotropem Hyperarousal und parasympathischem trophotropem Hypoarousal und erzwingen chaotische biochemische Veränderungen, eine toxische Neurochemie für ein sich entwickelndes Gehirn“ (Schore 2001a, S. 241).

In der Folge kommt es durch verstärkte Freisetzung von Neurotransmittern, vor allem Glutamat, und durch Calciumeinstrom in die Nervenzellen zur Zerstörung von Zellmembranen und oxidativem Zelltod. Darüber hinaus finden sich Störungen der DNA-Produktion mit Auswirkungen auf das gesamte genetische System innerhalb der sich entwickelnden limbischen Areale. Somit ha-

Tab. 2-4 Kumulativer traumatischer Stress und Neurochemie

- kritische Phase der Ausreifung des limbischen Systems bis zum 18. Lebensmonat
- Hirnwachstum durch biogene Amine wie Dopamin, Noradrenalin, Serotonin gesteuert
- kumulatives Beziehungstrauma erzeugt hohe Spiegel exitotoxischer Neurotransmitter:
  - N-Methyl-D-Aspartat (NMDA) erhöht Calcium-Influx
  - Glutamat
  - Cortisol
- Zelltod durch oxidativen Stress
- dauerhafte Rezeptorveränderung
- Veränderung der DNA-Produktion