



Foto: © plqmi Feliperizo / unsplash.com

## TRAUMA-ADAPTIERTE YOGA-PRAXIS – TEIL I

# Psychotraumata – deren Ursachen und Symptome

Das Wort Trauma (griechisch) bedeutet Verletzung, ohne dass damit zugleich Ursachen benannt werden. Im medizinischen Sprachgebrauch ist mit Trauma zunächst eine durch Unfall oder Gewalt bewirkte körperliche Verwundung gemeint. In diesem Artikel wird es um spezifische Formen von Traumatisierung gehen, sogenannte Psychotraumata.

Text: Kerstin Löwenstein

Psychotraumata sind Erlebnisse von Überwältigung, die tiefe Spuren hinterlassen, und zwar in der Psyche und auch im Körper der Betroffenen, unter anderem im zentralen und vegetativen Nervensystem sowie im Immun- und Hormonsystem.

Psychisch traumatisierte Menschen benötigen Unterstützung – meist Trauma adaptierte Psychotherapie – zur Verarbeitung der psychischen Schädigungen. Seit Längerem wird zudem aus verschiedenen wissenschaftlichen, vor allem biopsychosozialen, Perspekti-

ven zusätzlich die Bedeutung körperlicher Interventionen bei Psychotraumata erforscht.<sup>1,2,3</sup> Wenn wir Yogalehrende mit traumatisierten Menschen arbeiten wollen, brauchen wir spezifische Grund- und Fachkenntnisse und sollten eng mit auf Traumata spezialisierten PsychotherapeutInnen zusammenarbeiten.

### Verschiedene Ursachen von Traumata

Treten bedrohliche Ereignisse plötzlich, unerwartet und unkontrollierbar ein, dann können sich die Betroffenen durch unerträgliche Informationen oder

Reize bedrängt und überflutet fühlen. Schwere Unfälle, Naturkatastrophen sowie sexuelle Gewalt, der plötzliche Verlust von Heimat oder von Angehörigen oder schwere Erkrankungen wie Herzinfarkt, Krebs, Schlaganfall können deswegen Psychotraumata auslösen, sobald die persönlichen Bewältigungsstrategien der Betroffenen nicht mehr ausreichen oder gänzlich versagen. Traumatisierungen nehmen auch mit den sich mehrenden kriegerischen Auseinandersetzungen, mit Menschenhandel, Vergewaltigungen, Terrorattacken und Flucht zwangsläufig zu, auch in ihrer Intensität. Man unterscheidet sogenannte einmalige, kurzfristige Typ-I-Traumata von wiederholten und langfristigen Typ-II-Traumatisierungen.

### Orientierungstraumata

Besonders schwerwiegende Verletzungen haben Menschen zu ertragen, die der Willkür anderer, insbesondere vertrauter Menschen ausgesetzt werden. Die Folgen können soziale Traumatisierungen, sogenannte Orientierungs- und Beziehungstraumata, sein. So benennt der Trauma-Spezialist und psychologische Psychotherapeut G. Fischer<sup>4</sup> diese Form der Traumatisierung. Je vertrauter und enger Beziehungsverhältnisse zwischen Tätern und Opfern sind, umso komplexer und belastender werden traumatische Erlebnisse. Für Kinder sind Familiensituationen schwierig, wenn die Bedingungen für Schutz und Gefahr aus denselben Quellen kommen, zum Beispiel von Eltern, Verwandten und/oder Betreuungspersonen. Familien und andere Bindungssysteme wirken extrem schädigend, wenn die Realitätswahrnehmung und die systeminterne Kommunikation gestört sind. Eng damit verbunden ist gestörtes oder verbotenes Sprechen über die familiären Abläufe. Paradoxien oder Widersprüche innerhalb von Bindungssystemen können Beziehungstraumata und bei Kindern in Folge Bindungsstörungen bedingen.

Auch im Erwachsenenalter können Orientierungstraumata zum Beispiel aus ständig wiederkehrenden Erschütterungen des Selbst- und Weltverständnisses resultieren. Dass wiederholte Verletzungen von persönlichen Idealen, Wert- und Lebens(ziel)einstellungen Psyche und Körper krank machen können, wird heute – aus meiner Sicht – noch zu wenig berücksichtigt. Aus meinen Praxiserfahrungen und denen einiger Kollegen leite ich ab, dass wir zunehmend – auch in Yoga-Kursen sowie privat – mit Menschen in Kontakt kommen, die derartige Traumata erlebt haben.

Ein Beispiel ist eine in der Kindheit mehrfach (komplex) vortraumatisierte Frau, die sich als Erwachsene

in einer spirituellen Gruppierung ehrenamtlich engagiert, indem sie zentrale organisatorische Tätigkeiten verantwortungsvoll übernimmt. Obwohl dort der Wert des Mitgefühls theoretisch als zentrales Ideal betont wird, sieht diese Frau sich bei der Mitarbeit im Team über Monate hinweg verstecktem Mobbing ausgesetzt. Diese Widersprüche zu entdecken, die Verletzungen zu fühlen und als Orientierungstrauma zu erkennen, dies alles hilft ihr, sich neu zu positionieren, die Tätigkeit zu beenden und wieder zu Kräften zu kommen.

### No fight, no flight

Kampf (fight) und Flucht (flight) sind als biologische Reaktionen natürlich, und zwar sowohl auf Bedrohungen des Körpers als auch auf Gefährdungen der psychischen Integrität. Beides geht mit starken psychischen und (neuro-)physiologischen Veränderungen einher. Wenn Kämpfen und Flüchten nicht helfen oder unmöglich sind (no fight, no flight), dann bleibt – um Gefahren zu entkommen – biologisch nichts anderes übrig als Lähmung beziehungsweise Einfrieren von Handlungsmustern (freeze) oder letztendlich sogar Spaltung/Dissoziation (fragment). Eine Flut von Stresshormonen, zum Beispiel von Noradrenalin, sowie von schmerzbetäubenden, körpereigenen Opiaten (Endorphinen) soll rettende Aktivitäten unterstützen oder dem Schockzustand und der Todesangst entgegenwirken. Stresshormone führen aber auch zu Blockaden, zum Wegtreten des Bewusstseins, und sind bei längerfristigen Einwirkungen schädigend. Dadurch kann das traumatische Erlebnis Dissoziationen (teilweises Auseinanderfallen von normalerweise zusammenhängenden Funktionen der Wahrnehmung, des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität und der Motorik) sowie Gefühle der Entfremdung vom Geschehen (Derealisation und/oder Depersonalisation) hinterlassen. Es wird anschließend nicht mehr zusammenhängend erinnert (Amnesie).

Stresshormone docken im Gehirn vor allem in den gut miteinander vernetzten Bereichen der Amygdala, des Hippocampus und des mittleren Stirnhirns an, wodurch zugleich die emotionale Bewertung der Umweltreize, das Gedächtnis sowie die sprachliche Verarbeitung der Erlebnisse betroffen sind. Die Amygdala regelt über ihre starke Verknüpfung mit dem Hirnstamm auch die Anpassung der autonomen Funktionen des Körpers – wie Atmung und Kreislauf – an die jeweilige Situation mit. Zum Hypothalamus als Zentrale des vegetativen Nervensystems gibt es ebenfalls direkte Nervenverbindungen. Die Amygdala hängt außerdem noch mit dem motorischen System



Foto: © Andrei Lazarev / unsplash.com

und – über sensorische Cortex-Areale – mit den Sinneswahrnehmungen, also Riechen, Schmecken, Sehen, Hören, Fühlen, zusammen und ist an (Schreck-) Reflexen beteiligt. Auch in diesen Bereichen führen Schockerlebnisse zu kurzfristigen oder chronischen Veränderungen.

### **Kombinierte psychische und körperliche Reaktionen**

Traumafolgen sind durch verschiedene psychophysiologische Symptome in folgenden Bereichen gekennzeichnet<sup>4,5</sup>:

- **Hyperarousal:** Gesteigerte psychophysische Erregungen auf so genannte Trigger (mit dem Trauma gekoppelte Reize): Herzrasen, Schreckreaktionen, Angst- und Spannungszustände, Schlafstörungen, Alpträume, Konzentrationsstörungen.
- **Gedächtnis:** Erinnerungslücken oder ungewolltes, bildhaftes Wiedererleben von Teilen des Traumas (so genannte Flashbacks oder Intrusionen).

- **Gefühle:** Ganz wesentlich sind wiederkehrende oder dauerhafte Erlebnisse von Empfindungslosigkeit bis hin zum gestörten Bezug zum eigenen Körper. Diese hinterlassen auch im Sozialleben Schwierigkeiten: Entfremdung, Einsamkeitserleben, Kontaktunwilligkeit oder Reinszenierung des Traumas.
- **Vermeidungsverhalten:** wird im Nachhinein erlernt, um kurzfristig die Häufigkeit von Intrusionen zu vermeiden. Langfristig steigern sich die Ängste vor Trauma assoziierten Situationen.
- **Introjektionen:** Intensive Scham- oder Schuldgefühle. Dies sind abgewehrte Gefühle des Täters, die dieser selbst nicht erkennt oder erträgt. Diese abgewehrten Gefühle des Täters und die Gefühle des Opfers können während oder nach der Traumatisierung unbemerkt an einander gebunden werden.
- **Verlust von Vertrauen:** Sowohl das Selbstvertrauen als auch das Vertrauen, das man in Andere setzt, sind betroffen. Bis hin zum Urvertrauen können Traumata verletzend wirken, wenn als Reaktion die Zuverlässigkeit zwischenmenschlicher Beziehungen generell angezweifelt wird.

### **Erste Hilfe**

Je nach Dauer, Intensität und Vielfalt der Symptome sowie je nach persönlichen Ressourcen lassen sich – nach der 10. Version des Internationalen Klassifikationssystems der Krankheiten (ICD 10) – kürzere, akute Belastungsreaktionen (F 43.0) oder länger andauernde Anpassungsstörungen (F 43.2) sowie Posttraumatische Belastungssyndrome (PTBS, F 43.1) oder sogar komplexe Störungen wie dissoziative Identitätsstörungen (F 44) voneinander unterscheiden.<sup>6</sup> Trauma-Folgestörungen werden in Deutschland erst seit den 90er Jahren wirklich ernst genommen und immer noch häufig falsch eingeschätzt und/oder als Depression, Angst- oder Borderline-Störung oder sogar als Psychose diagnostiziert und therapiert. Auch hinter Essstörungen können sich Traumata verbergen. Ein erhöhtes Risiko für posttraumatische Erkrankungen haben vor allem Menschen, die bereits traumatisch oder mit anderen psychischen Erkrankungen vorbelastet sind.

Für die Zeit nach einem Trauma gibt es weitere Risikofaktoren: Mangelnde soziale Unterstützung, fortgesetzte negative Lebensereignisse, mangelnde Anerkennung des Traumas durch Andere. Sekundäre Stressfaktoren wie Umzug, Angst, finanzielle Probleme erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Trauma-Folgestörung. Wenn die akuten Reaktionen nicht innerhalb von vier Wochen abklingen, können die

Traumafolgen chronifizieren und sogar persönliche und psychosoziale Ressourcen können sich verlieren.<sup>7</sup>

Schon in den ersten Tagen und Wochen nach dem Erleben eines Traumas sind daher stabilisierende Maßnahmen als Kriseninterventionen – auch Psychotherapie – sinnvoll. Dazu gehören vor allem soziale Hilfestellungen, Beruhigung, Schutz, Sicherheit, vertrauensschaffende Maßnahmen. Treten länger andauernde Reaktionen auf, ist eine mehrstufige psychotherapeutische Behandlung erforderlich. In jeder Phase sind Fachleute gefragt, die Ressourcenstärkung sowie wertschätzende, empathische und authentische Gespräche und Begegnungen anbieten.<sup>8,9</sup> Diese humanistisch geprägten Fertigkeiten Ruhe und Halt zu vermitteln, das Bewusstsein für Ressourcen zu stärken und Aktivität in der Kommunikation zu entfalten, sind in vielen Bereichen gesellschaftlicher Zusammenkünfte gefragt. Aus meiner Sicht sind dies auch grundlegende Qualifikationen für den Beruf der Yogalehrenden, denn traumatisierte Menschen können überall sein.<sup>10</sup>

In diesem ersten Teil des Artikels ging es vor allem um die Ursachen und Hintergründe von Psychotraumata, deren neurobiologische und psychische Symptome und Maßnahmen der ersten Hilfe. Im Mittelpunkt des Folgeartikels in DYF 05/2019 werden Behandlungsphasen, die Bedeutung körperorientierter Traumatherapie und ganzheitliche Möglichkeiten von Trauma adaptiertem Yoga-Interventionen stehen.

#### Literatur

- 1 **Egger, Josef W.:** Das biopsychosoziale Krankheitsmodell in der Praxis. Der lange Weg von der Psychosomatik zur aktuellen biopsychosozialen Medizin. Link: [www.dgvt-fortbildung.de/interaktive-fortbildung/archiv-der-fachartikel/archiv/egger-jw-2008-das-biopsychosoziale-krankheitsmodell-in-der-praxis](http://www.dgvt-fortbildung.de/interaktive-fortbildung/archiv-der-fachartikel/archiv/egger-jw-2008-das-biopsychosoziale-krankheitsmodell-in-der-praxis) - Überprüfungsdatum 20.2.2017
- 2 **Förstl, Hans; Hautzinger, Martin; Roth, Gerhard (Hg.):** Neurobiologie psychischer Störungen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2006
- 3 **Fogel, Alan:** Selbstwahrnehmung und Embodiment in der Körperpsychotherapie. Vom Körpergefühl zur Kognition. Stuttgart: Schattauer 2013
- 4 **Fischer, Gottfried; Riedesser, Peter:** Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhardt Verlag 1999, S. 212
- 5 **Berger, Mathias (Hg.):** Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. Karlsruhe: Urban & Fischer 2009, S. 672-673
- 6 **Dilling, Horst; Mombour, Werner; Schmidt, Martin H.:** Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kapitel V (F). Bern: Huber 2012
- 7 **Sack, Martin; Gromes, Barbara:** Ressourcenorientierte Behandlungsstrategien in der Traumatherapie. In: Psychotherapie im Dialog 1/2013. Stuttgart: Thieme Verlag
- 8 **Maslow, Abraham H.:** Psychologie des Seins. Frankfurt: Fischer 1985
- 9 **Rogers, Carl R.:** Therapeut und Klient. Frankfurt/M.: Fischer 2012
- 10 **Löwenstein, Kerstin:** Meditation im Alltag. Die Kunst, Empathie und Yoga zu verbinden. Bad Honnef: Books on Demand 2014



#### KERSTIN LÖWENSTEIN

Yoga-Lehrerin BDY/EYU, Diplom-Biologin, Heilpraktikerin für Psychotherapie (mit Europäischem Zertifikat ECP, VFP), Tanz-/Ausdruckstherapeutin mit traumatherapeutischer Zusatzqualifikation, Supervisorin, Ausbilderin, Lehrtherapeutin i. A. (BTD), Preisträgerin der Internationalen Gesellschaft für Kunst, Gestaltung und Therapie (IAACT), ZPP zertifiziert. 25 Jahre klinische Erfahrungen mit Tanztherapie und Yoga in Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, ambulant, teilstationär und stationär. Entwicklung innovativer Behandlungskonzepte unter anderem für PatientInnen mit Traumata.