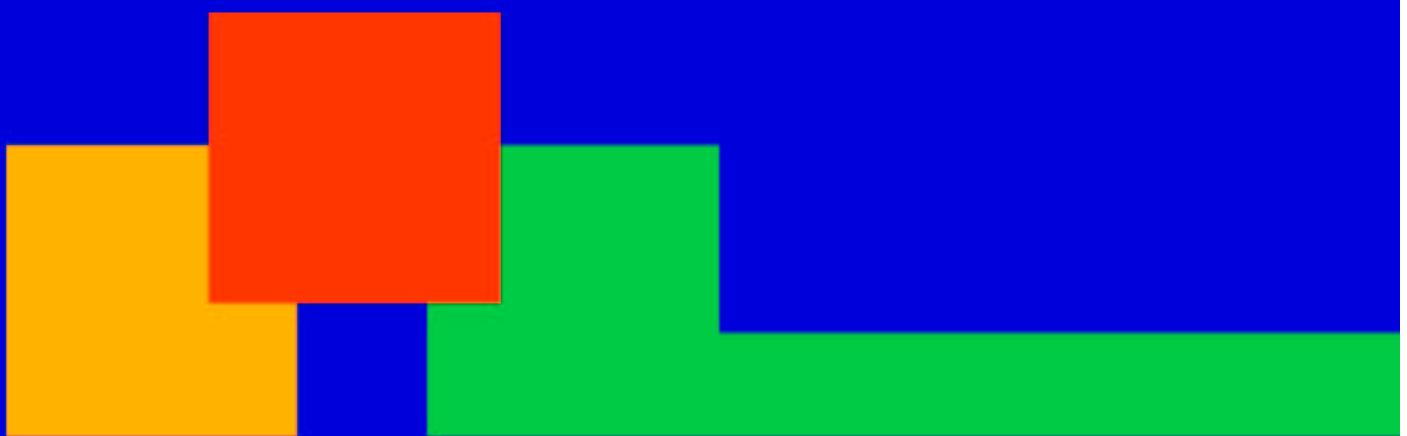


Stefan Jacobs · Anna de Jong

EMDR und Biofeedback in der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen

Ein neuropsychotherapeutisches
Behandlungsprogramm



HOGREFE



EMDR und Biofeedback in der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen

EMDR und Biofeedback in der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen

Ein neuropsychotherapeutisches
Behandlungsprogramm

von

Stefan Jacobs und Anna de Jong

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN

Dr. Stefan Jacobs, geb. 1943. Studium der Medizin und Psychologie in Köln und Heidelberg. 1970-1972 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der psychosomatischen Abteilung der Universitätskliniken in Köln. 1972-1974 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Ärztlich-Psychotherapeutischen Beratungsstelle für Studenten der Universität Hannover. 1973 Promotion. Seit 1974 Akademischer Oberrat an der Abteilung für klinische Psychologie und Psychotherapie am Institut für Psychologie der Universität Göttingen. Wurde im Who's who in Medicine and Mental Health 2006/2007 aufgenommen. Arbeitsschwerpunkte: Chronischer Schmerz, Posttraumatische Belastungsstörungen, Abhängigkeitserkrankungen.

Dipl.-Psych. Anna de Jong, geb. 1980. Studium der Psychologie an der Georg-August Universität Göttingen. Seit 2006 Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin bei der DGVT. Arbeitsschwerpunkte: Klinische Psychologie und Posttraumatische Belastungsstörung.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© 2007 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag
Toronto • Cambridge, MA • Amsterdam • Kopenhagen
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Grafik-Design Fischer, Weimar
Gesamtherstellung: Hubert & Co, Göttingen
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 978-3-8017-2039-1

*„Nicht nur die Dinge selbst beunruhigen die Menschen,
sondern auch die Vorstellungen von den Dingen!“*

frei nach Epiktet (ca. 50–135 n. Chr.)

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1: Theoretischer Hintergrund	9
1.1 Beschreibung des Störungsbildes der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB)	9
1.1.1 Symptome der PTB	9
1.1.2 Wodurch wird ein Stressor „traumatisch“?	11
1.1.3 Klassifikation der PTB nach DSM-IV	12
1.1.4 Was bedeutet „Dissoziation“?	12
1.1.5 Komorbidität	14
1.1.6 Suizidalität	14
1.1.7 Epidemiologie	14
1.1.8 Verlauf und Prognose	15
1.2 Trauma und das zentrale Nervensystem	15
1.3 Trauma und Gedächtnis	19
1.3.1 Schlussfolgerungen für die Therapie	21
1.4 Behandlung der PTB	21
1.4.1 Kognitive Verhaltenstherapie	21
1.4.2 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	26
1.5 Biofeedback	29
1.5.1 Was ist Biofeedback?	29
1.5.2 Ist Biofeedback effektiv?	29
1.5.3 Biofeedback in der Behandlung von Angststörungen	30
1.5.4 Ist Biofeedback in der Behandlung von Angststörungen wirksam?	30
1.6 Was ist die elektrodermale Aktivität?	31
Kapitel 2: Evaluation des Therapiekonzepts „EMDR und Biofeedback in der Behandlung der PTB“	33
2.1 Beschreibung der Stichprobe	34
2.2 Drop-outs	34
2.3 Outcomeevaluation (Level III)	35
2.3.1 Fragebögen zur Erfassung der Eingangskriterien	35
2.3.2 Fragebogen zur Erfassung der Hauptsymptomatik	35
2.3.3 Fragebögen zur Erfassung assoziierter Problembereiche	36
2.4 Prozessevaluation (Level I+II)	36
2.5 Ergebnisse	37
2.5.1 Ergebnisse der Outcomeevaluation	37
2.5.2 Ergebnisse der Prozessevaluation	42
2.6 Prozess-Erfolgs-Zusammenhang	45
2.7 Neurowissenschaftliche Erklärung der Ergebnisse der Prozessevaluation	45
2.8 Generelles Fazit über das Behandlungsprogramm	46
Kapitel 3: Therapiemanual „EMDR und Biofeedback in der Behandlung der PTB“	49
3.1 Allgemeine Aspekte der Behandlung	49
3.1.1 Ziele der Behandlung	49
3.1.2 Eingangsüberlegungen	49
3.1.3 Generelles Therapiekonzept	50

3.2	Spezielles Behandlungsprogramm: „EMDR und Biofeedback in der Behandlung der PTB“	51
3.2.1	Diagnostik und Behandlungsplanung	51
3.2.2	Informationsvermittlung und Psychoedukation	52
3.2.3	Stabilisierung	53
3.2.4	Die weiteren Therapiesitzungen	56
3.2.5	Integration und Neuorientierung	56
3.3	Überblick über den Ablauf einer Trauma-Sitzung	57
3.4	Konkretes Vorgehen des Therapeuten in der kognitiv-behavioralen Phase und der Traumaexposition	59
3.4.1	Kognitiv-behaviorale Phase	59
3.4.2	Die Traumaexposition	60
3.4.3	Biofeedback	64
3.4.4	Hausaufgaben	67
3.4.5	Abschluss der Trauma-Sitzung	68
	Kapitel 4: Kasuistiken	69
4.1	Fall 1: Überfall	69
4.2	Fall 2: Amoklauf	71
4.3	Fall 3: mehrjähriger kindlicher Missbrauch	72
	Literatur	77
	Anhang	81
	Anhang A	83
	Anhang B	84
	Anhang C	85

Kapitel 1

Theoretischer Hintergrund

1.1 Beschreibung des Störungsbildes der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB)

Systematische Beschreibungen von Symptomen, die nach traumatischen Erlebnissen auftreten, wurden erstmals Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts durch Berichte von Überlebenden schwerer Eisenbahnunglücke, Soldaten der beiden Weltkriege und Überlebenden des Holocaust vorgelegt. Die berichteten Symptome beinhalteten: ungewolltes Wiedererleben von Aspekten des Traumas (in Form von sog. *Flashbacks* oder Alpträumen), Anzeichen einer erhöhten Erregung (z. B. Schreckhaftigkeit), Vermeidung von Situationen, die an das Trauma erinnern, und Symptome einer emotionalen Taubheit. Auch heute noch werden die damals beschriebenen Symptome als charakteristische Reaktionen auf traumatische Erfahrungen angesehen. Für solche Syndrome wurde zunächst eine Vielzahl diagnostischer Bezeichnungen vorgeschlagen, z. B. *Schreckneurose*, *Kampf- oder Kriegsneurose* oder *Überlebenden-Syndrom* (Ehlers, 1999). Erst 1980 wurden die psychischen Kernsymptome in Form der Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung (PTB)“ für alle Gruppen traumatisierter Menschen zusammengefasst und im *Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen* (damals: *DSM-III*) der American Psychiatric Association (APA) klassifiziert. Die *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD)* der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nimmt erst in der derzeit gültigen Fassung, *ICD-10* (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991), die PTB als psychische Störung auf. Die Definition der PTB nach *ICD-10* ähnelt der nach *DSM-IV* (APA, 1994; deutsch: Saß, Wittchen & Zaudig, 1996), ist jedoch weniger präzise in der Operationalisierung. Im Unterschied zum *DSM-IV* wird die PTB in der *ICD-10* nicht den Angststörungen sondern den Belastungsstörungen zugeordnet, zudem werden die geforderten Kriterien weniger genau beschrieben. Die von den Klassifikationssystemen vorgeschlagenen Kriterien werden zur Zeit weiter diskutiert (s. Kapitel 1.1.2). Im Folgenden wird ausführlicher auf die Defini-

tion der PTB nach dem *DSM-IV* eingegangen, da sich diese für Forschungszwecke durchgesetzt hat.

1.1.1 Symptome der PTB

Die entscheidenden Kriterien einer PTB nach *DSM-IV* (Saß et al., 1996) sind,

- dass die Betroffenen nach der *Konfrontation mit einem traumatischen Stressor*
- Aspekte der Traumatisierung *intrusiv wiedererleben*,
- internale und externale Reize *vermeiden*, die der Traumatisierung ähneln, oder sich *emotional taub* fühlen und
- Anzeichen einer chronischen *psychophysiologischen Übererregung (arousal)* zeigen.

Diese Phänomene werden nun im Einzelnen kurz skizziert.

Intrusion

Das wohl charakteristischste Symptom der PTB ist das ungewollte Wiedererleben (Intrusion) von Aspekten des Traumas. Die Betroffenen haben dieselben sensorischen Eindrücke (z. B. Bilder, Geräusche, Geschmack, Körperempfindungen) und emotionalen und körperlichen Reaktionen wie während des Traumas. Der Betroffene wird mit sog. *Flashbacks* bzw. Intrusionen konfrontiert, die Gedächtnisfetzen der Erinnerung an die traumatische Erfahrung darstellen und denen jegliche Zeitperspektive fehlt: Wird die betroffene Person mit einem internen oder externen traumarelevanten Reiz (sog. *Trigger*) konfrontiert, ist diese Person sofort wieder „mittendrin“. Die Person hat das Gefühl, das traumatische Ereignis würde erneut geschehen. Das Ereignis drängt sich ungewollt in Hier-und-Jetzt-Qualität unvermittelt in das Bewusstsein des Betroffenen, wobei die mit den Bildern, Geräuschen und Körperempfindungen verbundenen Emotionen in Originalform erneut durchlebt werden. Das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses ist jedoch nicht ausschließlich auf diese Intrusionen

im Wachzustand beschränkt. Viele Patienten berichten von Alpträumen, welche Sequenzen des traumatischen Ereignisses beinhalten und ebenfalls als aktuelle Bedrohung empfunden werden.

Vermeidung

Konfrontationen mit Situationen und/oder Personen, die an das Trauma erinnern, führen meist zu intensiver psychischer Belastung und körperlichen Reaktionen bei den Betroffenen. Dementsprechend werden diese *Trigger* vermieden, ebenso wie das Sprechen über die traumatische Erfahrung. Die betroffenen Personen versuchen mit größter kognitiver Anstrengung, die Erinnerungen aus dem Kopf zu drängen und nicht an die schlimmsten Momente des Traumas zu denken. Auf der anderen Seite grübeln viele Betroffene über das Zustandekommen und die Konsequenzen des Traumas nach, z. B. darüber, warum das Ereignis gerade ihnen passiert ist, wie sie es hätten vermeiden können oder inwiefern ihr Leben durch das Trauma „ruiniert“ ist.

Zusätzlich zu dieser bewussten Form der Vermeidung gibt es auch eine weniger willentlich beabsichtigte Vermeidungsreaktion: Hierunter fallen Symptome der Empfindungslosigkeit (emotionale Taubheit, engl. *emotional numbing*) und Dissoziation¹. Betroffene sind oftmals unfähig, relevante Aspekte des Traumas bewusst zu erinnern und die geäußerten Affekte sind häufig verflacht. Emotional erscheinen diese Personen dann wie erstarrt oder stumpf, sie fühlen sich selbst losgelöst und entfremdet von ihren Mitmenschen, haben weniger Interesse an Aktivitäten, die ihnen vor dem traumatischen Ereignis Freude bereitet haben und hegen überwiegend pessimistische Zukunftserwartungen (Ehlers, 1999).

Psychophysiologische Symptomatologie der PTB

Abram Kardiner, der die posttraumatische Belastung 1941 in den USA erstmals systematisch definierte, bemerkte, dass Betroffene eine andauernde Hypervigilanz und Empfindlichkeit in Bezug auf mögliche Bedrohungen aus der Umwelt entwickeln. Er betonte: „Den Kern der Neurose bildet eine Physioneurose. [...] Das traumatische

Syndrom ist stets anwesend und unverändert. [...] Aus physiologischer Sicht existiert eine Absenkung der Reizschwelle und aus psychologischer Sicht eine erhöhte Bereitschaft für Angstreaktionen“ (Kardiner, 1941; zitiert nach van der Kolk, 2000, S. 198). Gegenwärtige Untersuchungen der Physiologie der PTB bestätigen, dass es anhaltende und schwerwiegende Veränderungen der Stresshormonsekretion bei Menschen mit einer PTB gibt (van der Kolk, 2000). Das autonome Nervensystem befindet sich also in einem chronischen Übererregungszustand. Daher sind Betroffene z. B. leicht reizbar, schreckhaft, schnell erregbar und zeigen Konzentrations- und Schlafstörungen (Anthony, Lonigan & Hecht, 1999). Weiterhin konnte eine große Anzahl von Untersuchungen zeigen, dass Menschen mit einer PTB – nicht aber eine mit schrecklichen Geschehnissen konfrontierte Kontrollgruppe ohne PTB – auf bestimmte *Trigger* mit signifikant erhöhter Herzfrequenz, erhöhter Leitfähigkeit der Haut und erhöhtem Blutdruck reagieren (Dobbs & Wilson, 1960; Malloy, Fairbank & Keane, 1983; Kolb & Multipassi, 1982; Blanchard, Kolb & Geradi, 1986; in: van der Kolk, 2000; Pitman, Orr, Forgue, de Jong & Claiborn, 1987). Die traumatischen Erlebnisse selbst liegen in den meisten Fällen bereits längere Zeit zurück, die Erinnerungen daran lösen jedoch auch noch Jahre später sehr stark erhöhte autonome Reaktionen aus. Dieser Befund unterstreicht die Intensität und Zeitlosigkeit, mit der diese Erinnerungen das gegenwärtige Leben der Betroffenen beeinflussen. Es konnte gezeigt werden (Lang, 1979, in: van der Kolk, 2000), dass emotional beladene mentale Vorstellungen mit erhöhter Aktivität des autonomen Nervensystems einhergehen. Daher wird ein Rückgang der physiologischen Erregung als Reaktion auf traumagebundene mentale Vorstellungen allgemein als Maßstab für positive Behandlungsansätze akzeptiert (Keane & Kaloupek, 1982; in: van der Kolk, 2000).

Aufgrund der chronischen physiologischen (Über-)Erregung verliert der Organismus seine Fähigkeit, autonome Reaktionen auf interne und externe Stimuli zu regulieren. Als Folge davon kommt es zu einer Unfähigkeit, Emotionen als Signale zu nutzen (van der Kolk, 2000). Die physiologische Funktion von Emotionen besteht normalerweise darin, Aufmerksamkeit wachzurufen,

¹ Näheres zum Phänomen der Dissoziation siehe Kapitel 1.1.3

um sinnvolle Handlungen ausführen zu können. Krystal (1978; in: van der Kolk, 2000) stellte als erster fest, dass Emotionen bei Personen mit PTB diese Warnfunktion nicht mehr erfüllen. Bei Patienten mit PTB sind emotionale Erregung und zielgerichtetes Handeln häufig ohne Verbindung zueinander. Daher verwenden Menschen, die an einer PTB leiden, die Erregung nicht mehr als Hinweis zur Beachtung eintreffender Information, sondern neigen dazu, unmittelbar vom Stimulus zur Reaktion überzugehen, ohne vorher die Bedeutung des gerade Geschehenen herausfinden zu können. Sie unterliegen also sog. *Kampf-oder-Flucht-Reaktionen*. Aus diesem Grund erstarren sie als Reaktion auf kleinere Provokationen, zeigen Überreaktionen oder schüchtern andere ein (van der Kolk & Ducey, 1989; in: van der Kolk, 2000).

1.1.2 Wodurch wird ein Stressor „traumatisch“?

Im alltäglichen Sprachgebrauch werden viele Situationen als „traumatisch“ bezeichnet, z. B. der Verlust des Arbeitsplatzes, Scheidung oder das Sitzenbleiben in der Schule. Eine von Kilpatrick et al. (1991; in: Ehlers, 1999) durchgeführte Feldstudie fand jedoch heraus, dass solche eher schwachen Stressoren nur bei 0.4 % der Betroffenen zu den typischen Symptomen einer PTB führen. Daher erscheint es notwendig, den Begriff „Trauma“ in der Diagnose der PTB relativ eng zu fassen.

Nach den aktuellen Vorgaben des *DSM-IV* (Saß et al., 1996) wird ein Ereignis dann als „traumatisch“ bezeichnet, wenn die betroffene Person eine Situation erlebt oder beobachtet hat bzw. anderweitig damit konfrontiert wurde, die Tod, Lebensgefahr oder starke körperliche Verletzung beinhaltete, oder in der die körperliche Unversehrtheit der eigenen oder der einer anderen Person bedroht war. Bei Kindern werden weiterhin dem Entwicklungsstand unangemessene sexuelle Erfahrungen eingeschlossen (Ehlers, 1999). Weiterhin muss der Betroffene aufgrund des eingetretenen Ereignisses intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen empfunden haben (bei Kindern: chaotisches oder agitiertes

Verhalten). Potentiell traumatische Erlebnisse nach dieser *DSM-IV*-Definition sind z. B. Vergewaltigung, sexueller Missbrauch in der Kindheit, körperliche Gewaltangriffe, Kriegseinsatz, Naturkatastrophen, schwere Unfälle, aber auch körperliche Krankheiten oder belastende medizinische Eingriffe.

Dieses Stressor-Kriterium des *DSM-IV* wird gegenwärtig weiter diskutiert. Einige Autoren (z. B. Ehlers, 1999) schlagen vor, weitere mögliche emotionale Reaktionen auf traumatische Stressoren in die Kriterien aufzunehmen, z. B. Schamgefühle (beispielsweise bei Mittätern von Verbrechen). Weiterhin ist es möglich, dass die Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit und das Empfinden von Hilflosigkeit für eine umfassende Beschreibung nicht ausreichen. Von zusätzlicher Wichtigkeit scheint die Dimension des „Sich-Aufgebens“ (engl. *mental defeat*) zu sein, die Anke Ehlers und ihre Kollegen in den letzten Jahren wiederholt beschrieben haben (vgl. Ehlers et al., 1998; Ehlers, Maercker & Boos, 2000). Dieses „Sich-Aufgeben“ wird verstanden als wahrgenommener Verlust jeglicher Autonomie und konnte in Untersuchungen an Vergewaltigungsopfern und politisch Inhaftierten als Prädiktor für die Symptomschwere einer PTB nachgewiesen werden – unabhängig von der Lebensbedrohung oder der wahrgenommenen Hilflosigkeit (Dunmore, Clark & Ehlers, 1999; Boos, Ehlers, Maercker & Schützwohl, 1998).

Leonore Terr (1991) schlägt anhand der unterschiedlichen zeitlichen Verläufe von traumatischen Stressoren weiterhin eine Differenzierung von Traumata in zwei Typen vor: So genannte *Typ-I-Traumata* definiert sie als einzelne, plötzliche und unerwartete Ereignisse – z. B. ein schwerer Verkehrsunfall oder eine einmalige Vergewaltigung. *Typ-II-Traumata* umfassen dagegen wiederholten innerfamiliären Missbrauch, fortwährende körperliche Misshandlung, Kriegserlebnisse und andere lang andauernde traumatische Erfahrungen. Die in dieser Kategorie zusammengefassten Erlebnisse werden oft als „Extremtraumatisierungen“ bezeichnet. Bei *Typ-II-Traumata* werden existentielle Grundannahmen der Betroffenen besonders schwer erschüttert oder sogar zerstört, so dass die Folgen umso umfassender sein können².

2 Die Stichprobe der Pilotstudie, die in Kapitel 2 vorgestellt wird, enthielt sowohl Patienten mit Typ-I- als auch Patienten mit Typ-II-Traumata.

1.1.3 Klassifikation der PTB nach DSM-IV

Während in Kapitel 1.1.2 die Definition eines traumatischen Ereignisses nach dem *DSM-IV* beschrieben wurde, wird in diesem Abschnitt die Klassifikation des Syndroms PTB dargestellt.

Die PTB ist im *DSM-IV* mit der Ziffernfolge 309.81 codiert und wurde unter die Klasse der Angststörungen subsumiert. Gegenüber anderen Diagnosen sticht hier eine deutliche Besonderheit hervor: In den Kriterien sind explizit ätiologische Bedingungen der Störung enthalten, welche aufgrund der heutigen deskriptiven Orientierung des *DSM* (im Vergleich zu früheren Fassungen) bei den restlichen diagnostischen Kategorien vermieden wurden. Die Kriterien umfassen neben dem subjektiven Erleben eines traumatischen Ereignisses mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen (Kriterium A) die folgenden Schwerpunkte:

- intrusives Wiedererleben (Kriterium B, mindestens 1 Symptom),
- Vermeidung von traumarelevanten Reizen bzw. Abflachung der allgemeinen Reagibilität (Kriterium C, mindestens 3 Symptome),
- ein anhaltend erhöhtes *Arousal* (Kriterium D, mindestens 2 Symptome).

Das beschriebene Störungsbild muss länger als vier Wochen andauern (Kriterium E) und in klinisch bedeutsamer Weise Leiden in sozialen, beruflichen oder anderen Funktionsbereichen bedingen (Kriterium F).

Dauern die Symptome weniger als drei Monate an, wird dies als *akute* PTB³ bezeichnet. Bei länger als drei Monaten andauernden Symptomen wird die Bezeichnung *chronische* PTB verwendet. Es ist weiterhin möglich, die zusätzliche Bezeichnung „mit verzögertem Beginn“ zu verwenden, wenn die Symptome mindestens sechs Monate nach dem traumatischen Ereignis erstmalig auftraten.

1.1.4 Was bedeutet „Dissoziation“?

Das Konzept der Dissoziation (lat. *dissociatio*: Trennung) wurde erstmals in den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts in den Arbeiten von Fredric Myers (England) und Jean-Martin Charcot, Gilles de la Tourette und Pierre Janet (Frankreich) diskutiert. Janet entwickelte sich zum ersten systematischen Erforscher der Beziehung zwischen Dissoziation und seelischem Trauma.

Die Dissoziation ist eine spezielle Art und Weise, Informationen zu organisieren und tritt sowohl zur Zeit des traumatischen Ereignisses als auch posttraumatisch, sozusagen als Langzeitfolge der Traumatisierung, auf (van der Kolk, van der Hart & Marmar, 2000). Der Begriff „Dissoziation“ bezeichnet die Aufspaltung des Erlebens: „Die Elemente eines Traumas werden nicht zu einem einheitlichen Ganzen oder in ein integriertes Selbst-Gefühl integriert“ (van der Kolk et al., 2000, S. 244). Die Dissoziation kann als psychischer Schutzmechanismus verstanden werden. Fiedler (2001) hält fest, dass die Dissoziation als Bewältigungsmöglichkeit umso öfter vorkommt, je höher die subjektive Bedrohlichkeit eines Traumas in Richtung Lebensbedrohung geht.

Gegenwärtig wird der Begriff zur Bezeichnung von drei unterschiedlichen, aber verwandten Phänomenen verwendet:

Primäre Dissoziation

Im Zuge einer psychischen Traumatisierung findet eine grundlegende Veränderung der Wahrnehmungsverarbeitung statt. Angesichts der überwältigenden Bedrohung, die das traumatische Ereignis darstellt, und des damit verbundenen hohen *Arousal*s, sind die Betroffenen unfähig, das was geschieht vollständig in ihr Bewusstsein zu integrieren. Sensorische Einzelinformationen und emotionale Elemente des Ereignisses können nicht in das narrative (explizite) Gedächtnis⁴ integriert werden und bleiben daher vom gewöhnlichen Bewusstsein isoliert (van der Kolk et al., 2000). Die

3 Diese Diagnose ist nicht zu verwechseln mit der Akuten Belastungsstörung (308.3), die innerhalb der ersten vier Wochen nach einem traumatischen Ereignis diagnostizierbar ist. Nähere diagnostische Informationen hierzu sind dem *DSM-IV* (Saß et al., 1996) zu entnehmen.

4 Näheres zum expliziten Gedächtnis findet sich in Kapitel 1.3