



3. Die vier Ebenen zur Beschreibung einer traumatischen Erfahrung

Zu der **objektiven Ebene** der medizinischen Diagnostik kommen zwei weitere Ebenen zur Phänomenologie einer psychischen Traumatisierung hinzu, nämlich die **subjektive Ebene** der innerpsychischen Reaktionen und die **intersubjektive Ebene** der relationalen (=beziehungs-mäßigen) Auseinandersetzung zwischen Individuum und Umwelt.

Diese in der psychotraumatologischen Forschung zu findende Konzeptualisierung erweitere ich in meinem **spirituellen Ansatz von Trauma** um eine vierte Ebene, eben jene **spirituelle Ebene**. Dieser Einbezug des Spirituellen in theoretische Konzeptualisierung und therapeutische Praxis psychischer Traumatisierungen und deren Folgen lässt sich pointiert und stark verkürzt so begründen: Spirituelle Erfahrungen können deshalb heilsam auf die Folgen traumatischer Erfahrungen wirken, weil an beiden dieselben Hirnregionen (insbesondere das limbische System) beteiligt sind (Newberg et al., Der gedachte Gott).

Insofern können spirituelle Erfahrungen auf allen drei Ebenen der Informationsverarbeitung im „dreieinigen Gehirn“ (MacLean, The Triune Brain: „Reptiliengehirn/Stammhirn, limbisches Gehirn und Kortex/Großhirn“) heilsam wirken, was die Voraussetzung dafür ist, dass Veränderungen im Sinne einer verkörperten (leibhaftige, embodied) und erfahrungs-orientierten ganzheitlichen Psychotherapie nachhaltig sind.

Zum **spirituellen Grundparadigma** vom Wesen einer traumatischen Erfahrung gehört die von mir so bezeichnete **antithetische traumatische Dialektik**, d. h. ein Trauma stellt eine **Antithese** dar zu meinem bisherigen Erleben und Verständnis von Welt und Wirklichkeit, zu meinen bisherigen Re-Konstruktionen von Selbst und Wirklichkeit und deren Sinn- und Bedeutungshaftigkeit. Ich spreche daher von **Antithetischer Traumatischer Wirklichkeit** und von einem **Antithetisch-Dialektischen Modell der psychischen Traumatisierung**.

Zum Verständnis dessen, was bei einer psychischen Traumatisierung in der personal-subjekthaften Körper-Leib-Einheit eines Menschen (Fuchs, Das Gehirn – ein Beziehungsorgan) passiert, übernehme ich das Konzept vom „**Informationstrauma**“ als **zweites Grundparadigma**. Traumatische Erfahrungen sind demzufolge extreme Stresssituationen, die die Fähigkeit des Lebewesens zu einer integralen Informationsverarbeitung blockieren, sodass es zu einer **fragmentierten und de-kontextualisierten Verarbeitung** und damit zu einer Speicherung ebensolcher Gedächtnisinhalte kommen kann. Impliziter und expliziter Funktionsmodus fallen dabei auseinander. Es kommt zur Entstehung **Traumageprägter Resonanzmuster** bzw. **Traumadominierter Ordnungszustände** (im synergetischen Sinne). Man kann dies mit Nijenhuis/van der Hart als „strukturelle Dissoziation“ bezeichnen, bei der es zu einem Bruch der verschiedenen Handlungssysteme (action systems) in einem Menschen kommt. Auf der neurobiologischen Ebene schlägt sich dies nieder in zum Teil **tiefgreifenden Veränderungen der neuronalen Strukturen und Netzwerke**.



Martin Sack (Schonende Traumatherapie, S. 26) beschreibt das Wesen einer traumatischen Erfahrung nach dem Konzept des „**Informationstraumas**“ als extreme Stressreaktionen, als eine Überforderung der normalen Fähigkeiten zur Informationsverarbeitung, als den Kohärenzverlust sensorischer Informationen aufgrund von Dissoziationen und als eine partielle Abspeicherung fragmentierter nicht funktional assoziativ vernetzter Erinnerungen, wodurch diese leichter triggerbar sind. Hinzu kommt die Erschwerung einer narrativen Rekonstruktion des traumatischen Geschehens aufgrund der hohen subjektiven Belastung, wenn diese traumatischen Erinnerungsfragmente aktiviert sind. Van der Hart et al. (Das verfolgte Selbst, S. 185) sprechen deshalb auch vom „**Syndrom der Nichtrealisation**“.

Die **anfangs biopsychosoziospirituell normalen psychischen Schock- und Belastungszustände** können innerhalb kürzerer Zeit (mehrere Tage oder Wochen) – selbst bei PTBS/PTSD-Symptomatiken – wieder abklingen. Bei einem Vorhandensein ungünstiger innerer (persönliche Vulnerabilitäten) und äußerer Faktoren (man-made Trauma statt Unfall, Einfach-/Mehrfachtraumatisierung) können sie sich zu einem (z. T. langandauernden) **Traumafolgesyndrom** (PTBS/PTSD) bzw. einem **Komplexen Traumafolgesyndrom** (Komplexe PTBS bzw. DES/DESNOS) entwickeln. Man kann in der Psychotraumatologie zwischen „Akuten Belastungsreaktionen, Posttraumatischen Belastungsstörungen und Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörungen“ unterscheiden (Gast et al., Trauma und Trauer, S. 19).

Literatur

- Gast, Ursula/Markert, Elisabeth Christa/Onnasch, Klaus/Schollas, Thomas: *Trauma und Trauer. Impulse aus christlicher Spiritualität und Neurobiologie*, Stuttgart 2009
- Fuchs, Thomas: *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption*, Stuttgart ³2010
- MacLean, Paul D.: *The Triune Brain in Evolution. Role in Paleocerebral Functions*, New York 1990
- Newberg, Andrew/d'Aquili, Eugene/Rause, Vince: *Der gedachte Gott. Wie Glaube im Gehirn entsteht*, München ³2008
- Sack, Martin: *Schonende Traumatherapie. Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen*, Stuttgart 2010
- Van der Hart, Onno/Nijenhuis, Ellert R. S./Steele, Kathy: *Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung*, Paderborn 2008
- Van der Kolk, Bessel: *Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann*, Lichtenau 6. Auflage 2019