

Trauma und Persönlichkeitsstörung

Informationen zusammengefasst von Fritz Lackinger

1. Komplexe psychische Traumatisierung und Persönlichkeitsstörung

1.1 Folgen von lang anhaltenden Traumatisierungen in Kindheit und Jugend

- Polysymptomatische Bilder: depressive und dissoziative Symptome, Somatisierungs- und Essstörungen, Substanzabhängigkeit und PTBS
- Körperliche Erkrankungen: Herz-, Krebs- chronische Lungen und Lebererkrankungen
- Schwere Persönlichkeitsstörungen: v.a. BPD

Als chronische Traumatisierungen gelten in diesem Artikel:

- Makrotraumatische Ereignisse, wie physische Misshandlung und sexueller Missbrauch
- Kumulative Mikrotraumen wie andauernde Entwertungen, fehlende Geborgenheit, emotionale Vernachlässigung und emotionaler Missbrauch, zahlreiche Trennungen und Verluste

Alle diese mikrotraumatischen Ereignisse repräsentieren Bindungs- oder Beziehungstraumatisierungen. Da sie in die Hirnphysiologie hineinreichen, sind sie körperlichen Misshandlungen vergleichbar. Der Begriff erlaubt eine produktive Perspektive.

1.2 Chronische Traumatisierungen und spezifische Persönlichkeitsstörungen

- Bei *Borderline-Patienten* wurden in 2/3 bis 3/4 aller Fälle körperliche oder sexuelle Traumatisierungen gefunden.
- Zanarini et al. (2002): 62,4% aller BPD haben sexuellen Missbrauch in Vorgeschichte, 86,2% andere Formen der Kindesmisshandlung, und 92,1% Vernachlässigung. 50+% erlebten Penetration und Gewalt. Die Schwere des Missbrauchs korrelierte mit der Schwere der symptomatischen Einschränkungen.
- Yen et al. (2003) fand die höchste (auch sexuelle) Traumatisierungsrate bei BPD. Eine Metaanalyse konnte nicht bestätigen, dass sexueller Missbrauch und BPD in einem signifikanten spezifischen Zusammenhang stehen (Fossati et al. 1999).
- PTBS und BPD sind häufiger kombiniert als bei anderen Persönlichkeitsstörungen (Zanarini & Frankenburg 1997). Misshandlungen, abrupte Trennungen und Vernachlässigung fanden sich etwa gleich häufig bei verschiedenen Persönlichkeitsstörungen (Johnson et al. 1999).
- Bei der *abhängigen Persönlichkeitsstörung* fanden sich ebenfalls erhöhte gewalttätige und sexuelle Traumatisierungsraten im Vergleich mit anderen Persönlichkeitsstörungen (Modestin et al. 1996). Hier wird besonders die Kombination von missbräuchlich-kontrollierendem und vernachlässigendem Erziehungsstil betont.
- Auch bei der *histrionischen Persönlichkeitsstörung* sollen gewalttätige und sexuelle Kindheitserfahrungen pathogen sein, allerdings wurde dies empirisch noch nicht ausreichend untersucht (Fiedler 1995). Hier wurde aber auch auf die Wirkung emotionaler Vernachlässigung und früher Verluste hingewiesen.

- Für die *narzisstische Persönlichkeitsstörung* wurden weniger Gewalt- und sexuelle Missbrauchserfahrungen als kausal berichtet als die Wirkung beziehungstraumatischer Erlebnisse (Kernberg 1978, Kohut 1976). Systematische Untersuchungen fehlen.
- Auch für die *schizoide Persönlichkeitsstörung* fehlen empirische Daten. Klinisch scheinen schwerwiegende emotionale Defizite und eine Atmosphäre des Hasses und der Zurückweisung für die Kindheit dieser Patienten charakteristisch (Balint 1979).
- Für die Entstehung von *paranoiden Persönlichkeitsstörungen* scheinen schwere Traumatisierungen, insbesondere physische Misshandlungen mitverantwortlich zu sein.
- Für die *dissoziale Persönlichkeitsstörung* gibt es hingegen ausreichend empirisches Material. Körperliche Misshandlung und Vernachlässigung wurden hier außergewöhnlich häufig gefunden und können als Prädiktoren gelten. Eine derartige Vorgeschichte findet sich bei 80-90% der jugendlichen Straftäter. Etwa ein Viertel der von schweren Misshandlungen betroffenen Kinder und Jugendlichen werden später straffällig (Taylor 1986). Es gibt hier aber auch gesicherte angeborene Faktoren (Hartkamp et al. 2001). Da von einer hohen Komorbiditätsrate mit der BPD auszugehen ist (Widiger & Rogers beziffern sie auf 26%) könnte die hohe Traumatisierungsrate natürlich darauf zurück gehen. Wenn man die komorbid dissozialen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen aus dem Sample einer weiblichen Gefangenenpopulation heraus rechnet, konnte kein Zusammenhang zwischen schwerer Traumatisierung und Dissozialität gefunden werden (Zlotnick 1999).
- Für *Cluster C –Persönlichkeitsstörungen* (insbes. ängstlich-vermeidende und anankastische) werden weniger real traumatisierende Ereignisse als überprotektive und kontrollierende Erziehungsstile verantwortlich gemacht.

Persönlichkeitsstörungen sind trotzdem keine *reinen Traumafolgestörungen* (Paris 1994). Traumatisierungen in der Kindheit sind nur ein wichtiger Risikofaktor unter anderen. Insbesondere dürfen die genetisch-konstitutionellen Faktoren nicht übersehen werden (Torgersen et al. 2000). Traumatisierungen sind vermutlich nicht isoliert pathogenetisch wirksam, sondern als Momente einer umfassenden Unfähigkeit einer Familie zu verstehen, ein Kind zu schützen und seine Bedürfnisse zu befriedigen (Paris 1994).

Die neurobiologischen Befunde haben folgende Zusammenhänge inzwischen abgesichert:

- Ein Scheitern der frühen dyadischen Affektregulation in der Mutter-Kind-Beziehung
- Führt zur Entwicklung unsicherer Bindungen (vermeidend und verstrickt)
- Und einem gestörten frühen Hirnwachstum
- Sowie zur späteren Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Affektregulierung.

Insbesondere das Stress-Regulationssystem im limbisch-autonomen Nervensystem hat sich in seiner Reifung als stark erfahrungsabhängig erwiesen. Frühe Traumatisierungen scheinen v.a. die rechte Gehirnhälfte mit ihrer sozio-emotionalen und bindungsrelevanten Schwerpunktsetzung zu beeinträchtigen und zur Einschränkung der Stressbewältigungskompetenz zu führen (Schore 1994).

1.3 Konkurrenz theoretischer Paradigmen

Atemberaubende Zunahme des Wissens frühe Bindungsstörungen, chronische unsichere Bindungsstile, neurobiologische Befunde und psychopathologische Folgen. Auch theoretisch gibt es eine wachsende Konvergenz, dennoch wird es nicht möglich sein, die unterschiedlichen theoretischen Paradigmen von Traumaforschung, Psychoanalyse, Bindungstheorie, Neurobiologie und Kognitionswissenschaft unter einen Hut zu bringen.

2. Was ist ein psychisches Trauma?

2.1 Objektive und subjektive Traumadefinitionen

Objektive Definitionen zielen darauf ab, objektive (bzw. intersubjektiv nachvollziehbare) Kriterien für traumatische Ereignisse zu finden. Die ICD-10 spricht von „*außergewöhnlicher Belastung*“ oder einem „*katastrophenartigen Ausmaß an Belastung*“. Diese Art von Definition stellt eine Vergleichbarkeit der äußeren Ereignisse her, nicht jedoch des subjektiven Erlebens.

Freud hat für die psychoanalytische Tradition von Anfang an eine subjektive Definition des Traumas vorgeschlagen: Typisch für ein Trauma sei die Hilflosigkeit des Ichs angesichts einer unerträglichen Erregungsanhäufung äußeren oder inneren Ursprungs.

Ausschlaggebend ist also das subjektive Erleben völliger Hilflosigkeit, Ohnmacht und Ausgeliefertseins. Der Einfluss des Traumas hängt davon ab, wie das Opfer dieses Erleben interpretiert. Tatsächlich sind manche Personen trotz massiver Überstimulation in der Kindheit erstaunlich wenig geschädigt, während andere durch relativ geringe Einwirkungen massiv geschädigt werden. Diese Unterschiede werden erklärt mit

- a) der „traumaspezifischen Bedeutung“ des Erlebnisses, also der ganz persönlichen Bedeutung des Traumas, die wiederum von kultur- und kontextspezifischen Bedeutungen beeinflusst ist,
- b) dem Entwicklungsstadium, in dem das Trauma eintritt.

Daraus ergibt sich, dass ein Trauma nur retrospektiv und individuell festgestellt werden kann, v.a. an Hand der Folgesymptomatik. Die traumatische Hilflosigkeit bewirkt eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses. Vermutlich gibt es auch neurobiologische Kriterien, die eine traumaspezifische Informationsspeicherung von einer normalen Gedächtnisspur unterscheiden können.

2.2 Eine Typologie von Traumatisierungen:

a) Personale und apersonale Traumatisierungen

Apersonale Traumata werden nicht durch Menschen, oder jedenfalls nicht im Rahmen einer persönlichen Kontaktaufnahme herbeigeführt. Dazu zählen Naturkatastrophen, die meisten Unfälle und unpersönliche Kriegsereignisse.

Personale Traumata sind räuberische Überfälle, Vergewaltigungen und Gewalt im persönlichen Nahbereich, aber auch Folter und Geiselnahme.

b) plötzliche und chronisch-kumulative Traumatisierungen

Typ-I-Traumata (Schock-Traumata) sind plötzliche schicksalhafte Ereignisse, die das normale Leben abrupt unterbrechen. Das können sowohl Naturkatastrophen oder Verkehrsunfälle, aber auch Verfolgungstraumata wie Vergewaltigungen oder Überfälle sein. Auch plötzliche Trennungen oder Todesfälle gehören hier her.

Typ-II-Traumata (chronisch-kumulative Traumata) bestehen in einer Dauerbelastung, wie langdauernde Kriegseinwirkungen, Gefangenschaft, aber auch chronische Vernachlässigung oder Gewalt in der Kindheit.

2.3 Verlaufsmodelle psychischer Traumatisierung

Einen wirklich darstellbaren Phasenablauf der Reaktion auf eine Traumatisierung gibt es nur bei den Typ-I-Traumata. Für die Typ-II-Traumata wird von „*vielfältigen Überlagerungen der verschiedenen Phasen*“ gesprochen. Rangell (1967):

- i) Traumatisches Ereignis überschreitet die Verarbeitungskapazität des Ichs.
- ii) Der eigentliche traumatische Prozess
- iii) Der traumatische Zustand als Ergebnis: geschwächte Abwehr, Verlust des Sicherheitsgefühls, Hilflosigkeit, verminderte Kontrolle
- iv) Resultierende schmerzhaft Affekte

Horowitz (1986) hat ein schematisches Kontinuum zwischen (normaler) „Stressreaktion“ und (pathologischer) „traumatischer Reaktion“ beschrieben. Natürlich gibt es Varianten, z.B. kommt es nicht immer zu einer Verleugnungsphase:

	<u>Stressreaktion</u>	<u>Traumatische Reaktion</u>
1. Phase	Aufschrei, Angst, Wut und Trauer	Überwältigende Überflutung durch Emotionen bis zur Panik und völliger Erschöpfung
2. Phase (Verleugnung)	Das Traumaopfer vermeidet jede Erinnerung an das Trauma	Extreme Nicht-Anerkennung des Geschehens, massives vermeidungsverhalten, inkl. Substanzmissbrauch
3. Phase	Rückkehr der vermiedenen Bilder und Gedanken	Intrusionen (Alpträume, Flashbacks) wechseln oszillierend mit Vermeidung (Verleugnung)
4. Phase	Durcharbeiten durch ausführliches Auseinandersetzen mit dem Trauma	Keine Auseinandersetzung, anstatt dessen Fixierung der PTBS-Symptome
5. Phase	Abschluss der Traumaverarbeitung; Erinnerung möglich, aber Bilder drängen sich nicht auf	Intrusionen, Übererregung, Vermeidungsverhalten und Betäubung halten an; Einschränkung der Lebensqualität

Fischer & Riedesser (1998) entwickelten folgendes Verlaufsmodell, dessen drei Phasen nicht notwendig konsekutiv, sondern auch parallel verlaufen:

1. Die traumatische Situation	Objektive Bedingungen und subjektive Bedeutungszuschreibung sind individuell und lebensgeschichtlich-persönlich miteinander verwoben.
2. Die traumatische Reaktion	Analog zur körperlichen Immunreaktion wird versucht, einen eingedrungenen Fremdkörper zu vernichten, auszustoßen oder zu assimilieren. Es folgen die von Horowitz beschriebenen Phasen der Stressreaktion oder der pathologischen traumatischen Reaktion. Charakteristisch: Wechsel von Intrusion und Verleugnung. Wenn der Organismus mit einem nicht-assimilierbaren Fremdkörper leben muss, kommt es zum traumatischen Prozess.
3. Der traumatische Prozess	Oft lebenslanger Versuch, die überwältigende, bedrohliche und unverständliche Erfahrung zu begreifen und zu integrieren. Wechsel von Zulassen und kontrollierender Abwehr

Anerkennung des Traumas und soziale Unterstützung nach dem Trauma sind die wichtigsten Faktoren, die einen normalen Verarbeitungsprozess unterstützen können. Nicht-Anerkennung bedeutet eine Art Fortbestehen der traumaauslösenden Situation und verhindert eine Wiederherstellung des erschütterten Selbst- und Weltverständnisses.

Fischer & Riedesser (1998) unterscheiden das Traumasma vom traumakompensatorischen Schema. Ersteres speichert die Erinnerung an den Ablauf und die Ereignisse rund um das Trauma sowie das Bild der hilflosen Person. Der Versuch der Traumabewältigung durch Umorganisation der eigenen Persönlichkeit kann ein traumakompensatorisches Schema hervorbringen.

Intergenerationale Tradierung von Traumata: V.a. die schuldhaftige Beteiligung der Eltern an Verbrechen, aber auch die Verleugnung eigener Opfererfahrungen können zu einer narzisstischen

Instrumentalisierung von Kindern führen. Bei Traumaopfern spielt natürlich auch die Täteridentifizierung eine große Rolle bei der transgenerationalen Weitergabe.

2.4 Definitionen psychischer Traumatisierungen in Kindheit und Jugend

- Körperliche Misshandlung
direkte Gewalteinwirkung
- Körperliche Vernachlässigung
unzureichende Versorgung mit schweren Folgen
- Sexuelle Traumatisierung oder sexualisierte Gewalt
Einbeziehung von Minderjährigen in sexuelle Aktivitäten
- Bindungstraumata

Bindungstraumata

- Emotionale Vernachlässigung
Fehlen eines emotionalen Beziehungsangebotes, mangelnde Wärme
- Quälen, isolieren, terrorisieren, ignorieren
z.B. Einsperren oder mit Verlassen oder Tötung bedrohen
- Chronische Entwertung
vor anderen erniedrigen, Sündenbockrolle zuschieben
- Trennungen und Verluste
- Gewalt oder Suiziddrohungen zwischen den Eltern
- Substanzmissbrauch der Eltern
- Missachtung aller elementaren psychischen Bedürfnisse eines Kindes

2.5 Kindesmisshandlung

Kindesmisshandlung kommt seit dem Beginn der Zivilisation vor. Im Mittelalter wurden Kinder als Sklaven verkauft, in der Industrialisierung in den Fabriken bis zur Erschöpfung ausgebeutet. Schon in der Römerzeit wurden Kinder verstümmelt, um als Bettler eingesetzt zu werden. In China wurden im Sinne eines kulturellen Schönheitsideals die Füße der Mädchen verstümmelt. Sexuelle Kontakte mit Kindern waren in der Antike sehr verbreitet, wenn auch im alten Griechenland erst ab 12 Jahren legal.

Schläge durch Lehrer

Erst seit den 1960 Jahren wird das Problem in seiner Breite wahrgenommen (Kempe et al. 1962, „Child abuse“, schilderte das *battered child syndrome*). Davor sah man Misshandlungen als seltene Einzelfälle. Die sexuelle Gewalt wurde speziell und länger tabuisiert. Die ersten 2/3 des 20. Jahrhunderts wurde als Ära der Verleugnung bezeichnet. Äußerst niedere Prävalenzzahlen wurden für glaubhaft gehalten. Missbrauchsberichte wurden oft auch mit Skepsis und Misstrauen betrachtet. Psychoanalytiker und Psychiater legitimierten ihr Desinteresse am sexuellen Missbrauch durch Freuds Revision seiner Verführungstheorie. Obwohl Freud wohl lebenslang die Bedeutung realer Traumatisierungen anerkannte blieb in der psychoanalytischen Welt viele Jahrzehnte lang eine gewisse Tabuisierung von sexuellem Missbrauch bestehen.

Eine Veränderung brachte zunächst die internationale Frauenbewegung, die seit den 1960er Jahren auf die Bedeutung von sexualisierter Gewalt hinwies. Die Ära der Anerkennung begann Ende der 60er Jahre, nicht zuletzt auch im Zusammenhang mit dem Deutlichwerden posttraumatischer Störungsbilder durch den vergangenen Krieg.

Die weiterbestehende Gefahr der Verleugnung und Vermeidung zeigte sich in der „false memory“-Debatte in den USA in den 1990er Jahren.

2.6 Prävalenz von Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend

Die wahre Prävalenz soll 10x größer sein als die kriminalstatistische.

Traumatische Erlebnisse unterliegen der Amnesie oder werden aus Scham verschwiegen. Es gibt auch dissoziierte Erinnerungen, die nur in bestimmten Zuständen zugänglich sind. Zwischen 1982 und 1990 wurden jährlich etwa 1200 Fälle von Kindesmisshandlung gemeldet. Die Dunkelzifferschätzung geht davon aus, dass in Deutschland 5 bis 10% aller Kinder misshandelt werden. Schwere Misshandlungen dürften bei 1 - 1,5% vorkommen (Engfer 1990).

Bis zu einem Drittel alle weiblichen Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren haben nicht gewollten sexuelle Erfahrungen (Finkelhor et al. 1990). Richter-Appelt (1994) fand bei weiblichen Studentinnen 25% sexuell traumatisierte Personen, 26% körperlich misshandelte und 12% die beides aufwiesen. Bei diesen Zahlen sind sexuelle Traumatisierungen durch Geschwister oder andere Kinder nicht berücksichtigt, da üblicherweise ein Altersabstand von 5 Jahren zugrunde gelegt wird.

Bei Anwendung eines engen Missbrauchsbegriffs fand eine Dunkelfeldstudie an 3289 Erwachsenen, dass 20-25% der Frauen Opfer eines sexuellen Übergriffs vor dem Alter von 16 Jahren gewesen waren.

2.7 Modelle zur Entstehung von Misshandlungssituationen

Aktuelle Modelle gehen von einer komplexen Genese aus. Unterschieden werden dabei:

- Persönlichkeitseigenschaften: Empirisch haben sich v.a. zwei Faktoren bestätigen lassen, nämlich eine Geschichte eigener Missbrauchserfahrungen und eine Neigung zu Gefühlen der Einsamkeit und Isolation. Bei Inzestvorfällen erweist sich häufig die ganze Familie als isoliert.
 - Misshandelnde Eltern empfinden mehr Ärger und weniger Sympathie bei der Betrachtung von Video-Bändern schreiender Kinder (Frodi & Lamb 1980).
 - Sie haben mehr Schwierigkeiten, experimentell dargebotene kindliche Affektausdrücke korrekt zuzuordnen (Kropp & Haynes 1987).
 - Sie unterstellen den eigenen Kindern mehr böartige Motive als anderen Kindern (Bauer & Tweentryman 1985).
 - Selbst misshandelte Erwachsene bagatellisieren Gewalthandlungen gegen Kinder häufiger und rationalisieren sie als notwendige Erziehungsmaßnahme.
 - Sie beschreiben ihre eigene Kindheit als glücklich und idealisieren ihre Eltern. Je mehr dies der Fall ist, umso wahrscheinlicher kommt es zu einer transgenerationalen Weitergabe von Misshandlungserfahrungen (Hunter & Kilstrom 1979).
 - Parentifizierung: Kinder werden von selbst misshandelten Eltern zur Kompensation eigener Versorgungswünsche missbraucht. Die Kinder werden mit den misshandelnden Eltern identifiziert.
- Familiendynamik: Häufig besteht eine Rivalität zwischen den Eltern um die Frage, wer den größeren Anspruch hat, versorgt zu werden. Wer hier „verliert“ und sich vom Partner nicht versorgt fühlt, wendet sich dann häufig an das Kind um Versorgung. Dies kann zu sexueller Ausbeutung führen oder zu körperlichen Misshandlungen in denen sich Enttäuschungswut ausdrückt.
 - Häufig bestehen Koalitionen zwischen einem Elternteil und dem Kind gegen den anderen Elternteil. Oder beide Eltern koalieren und machen das Kind zum Sündenbock.
- Soziale Belastungsfaktoren: Arbeitslosigkeit, Kinderreichtum u.a. Faktoren, die sozialen Stress auslösen. Unterschichtspezifische Einflüsse und Normen spielen v.a. bei gewalttätiger Misshandlung eine Rolle.
- Situative Faktoren: Fehlverhalten des Kindes etc., Lebenskrise des Täters.

2.8 Direkte Folgen physischer, sexualisierter und emotionaler Gewalt

Körperlich misshandelte Kinder zeigen Verhaltensauffälligkeiten wie

- Passiver Rückzug
- Provokantes, impulsives oder aggressives Verhalten
- Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen, Mobbinggefahr
- Niedriges Selbstwertgefühl
- Depressivität und Suizidalität
- Schlechtere Schulleistungen und IQ-Befunde

Sexuell missbrauchte Kinder zeigen (nach Finkelhor 1986)

- Ängste und Depressionen
- Schulschwierigkeiten
- Ärgerlichkeit, Aggressivität und Feindseligkeit
- Inadäquates sexualisiertes Verhalten
- Weglauftendenzen und Delinquenz

Bei emotional traumatisierten Kinder finden sich

- Ängstlichkeit, Irritierbarkeit, anklammerndes Verhalten
- Aggressivität und Feindseligkeit
- Das Gefühl, ungeliebt, ungewollt und eine Belastung zu sein; niedriges Selbstwertgefühl
- Negative Weltsicht und Pessimismus
- Misstrauen
- Selbstdestruktives Verhalten
- Lügen und Stehlen
- Enuresis und Enkopresis

Emotionale (und/oder physische) Vernachlässigung

- Bindungslosigkeit (da die Eltern nicht einmal eine negative/schädliche Zuwendung geben)
- Massive Gefühlsunterdrückung
- Verminderte Fähigkeit zur Empathie
- Neigung zu Gewalt und Delinquenz
- Verminderte kognitive Leistungsfähigkeit

2.9 Langzeitfolgen psychischer Traumatisierungen

Traumafolgestörungen sind empirisch nur mit großen Unsicherheiten abzusichern:

- Kernsymptomatik der PTBS

Als Ko-Faktoren spielen Traumatisierungen vermutlich eine Rolle bei

- Depressive Erkrankungen
- Störungen der Emotionsregulierung
- Dissoziative Phänomene
- Somatisierungsstörungen
- Funktionelle Sexualstörungen
- Körperliche Erkrankungen
- Angststörungen und Panikattacken
- Essstörungen
- Substanzmissbrauch

Es scheint, dass zahlreiche Verhaltens- und psychische Symptome, die bei sexuell Missbrauchten gefunden werden, nicht spezifisch sind, sondern sogar besser durch instabile Familienstrukturen und emotionale Vernachlässigung vorausgesagt werden.

Elterliche Unterstützung vs Vernachlässigung ist offenbar eine wichtige Dimension für die Vorhersage von Psychopathologie, sexuelle Traumatisierung trägt jedoch unabhängig davon auch zur Vorhersage bei (Drajer 1990).

Die Metaanalyse von Fossati et al (1999), die 21 Studien zwischen 1980 und 1995 zusammenfasste, konnte die These nicht bestätigen, dass sexueller Missbrauch durch einen nahen Verwandten schwerere Folgen als sexuelle Übergriffe durch Nicht-Verwandte habe.

Auch die Annahme dass zwischen jüngerem Lebensalter und Schwere der Langzeitfolgen ein Zusammenhang bestehe konnte nicht bestätigt werden. Interessanterweise zeigten Missbrauchserlebnisse in der Latenzzeit die schwersten Folgen, gefolgt von der Adoleszenz und erst an dritter Stelle kam die frühe Kindheit.

2.10 Erschütterte Grundannahmen

Traumatisches Erleben erschüttert oder zerstört die Grundüberzeugungen von Sicherheit und Geborgenheit, ebenso wie die Überzeugung, dass es eine sinnvolle Ordnung im Leben gibt. Die Grundannahmen können sogar ins Gegenteil verkehrt sein: Die Welt wird dann als von Grund auf schlecht angesehen.

2.11 Die Rolle von Abwehr und Schutzfaktoren

„*Resilience*“: Fähigkeit, ein hohes psychisches Funktionsniveau aufrecht zu erhalten, trotz ernsthafter bestehender Risikofaktoren.

Es gibt auch bestimmte Familieninteraktionen, die Opfer davor bewahren, Symptome zu entwickeln.

Um das unsymbolisierte „schwarze Loch“ organisieren sich Schutz- und Abwehrformen, die die psychische Kontrolle wieder herstellen wollen. Traumafolgen können mittels entsprechender Abwehrmechanismen lange Zeit kompensiert werden. Die Manifestationen einer PTBS können so erst Jahre nach dem Ereignis offen auftreten, z.B. wenn eine vergleichsweise geringe traumatische Belastung zusätzlich auftritt.