

Jo Eckardt



EDITION **Leid**faden

Wenn Trauma und Trauer aufeinandertreffen

Betroffenen helfen,
neuen Lebensmut zu finden

V&R



EDITION **Leid**faden

Hrsg. von Monika Müller

Die Buchreihe *Edition Leidfaden* ist Teil des Programmschwerpunkts »Trauerbegleitung« bei Vandenhoeck & Ruprecht, in dessen Zentrum seit 2012 die Zeitschrift »Leidfaden – Fachmagazin für Krisen, Leid, Trauer« steht. Die Edition bietet Grundlagen zu wichtigen Einzelthemen und Fragestellungen im (semi-)professionellen Umgang mit Trauernden.

Jo Eckardt

Wenn Trauma und Trauer aufeinandertreffen

Betroffenen helfen, neuen Lebensmut
zu finden

Vandenhoeck & Ruprecht

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.

ISBN 978-3-647-40280-2

Weitere Ausgaben und Online-Angebote sind erhältlich unter: www.v-r.de

Umschlagabbildung: capicua/photocase.de

© 2017, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG,
Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen /
Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.
www.v-r.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich
geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen
Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Inhalt

Einführung	7
 Teil 1: Diagnostische Unterscheidung zwischen	
Trauer und Trauma	11
Trauer	12
Trauma	16
 Teil 2: Die therapeutische Arbeit mit	
Trauer-Trauma-Kombinationen	25
Was Betroffene unmittelbar nach einem	
traumatischen Erlebnis brauchen	27
Der Beginn einer Therapie oder Beratung	31
Das Geschehene begreifen	39
Symptome erkennen und bearbeiten	46
Flooding	49
Kognitive Verhaltenstherapie	50
Gruppentherapie	52
Neuroplastizität	53
Körperorientierte Ansätze	57
Somatic Experiencing nach Peter Levine	58
Video- oder auch Bildschirmmethode	59
Stopp-Methode	59
Der leere Stuhl	60
Ego-State-Therapie und die komplex-systemische	
Traumatherapie	61
EMDR	63

Symbolische Hilfsmittel	66
Systemischer Ansatz	67
Hypnose	69
Medikamente	70
Trauerarbeit mit Menschen, die eine traumatische Kindheit hatten	71
Sich der Trauer stellen	82
Die Stellung in der Gesellschaft finden	85
Aktivitäten und Resilienz aufbauen	92
Auflösen von Schuldgefühlen, Wiederentdecken von Lebensfreude	97
Integration und Sinnfindung	102
Teil 3: Materialien für die therapeutische Arbeit	107
Skala zur Selbsteinschätzung	107
Erdung	110
Der Sichere Ort	111
Grautöne finden	113
Achtsamkeitsübung/Körperwahrnehmung	114
Ein besonderes Kartenspiel	117
Resilienztraining/Sich selbst schützen	119
Liste mit Ressourcen	121
Literatur	125

Einführung

Trauer und Trauma, diese zwei Begriffe werden oft im gleichen Atemzug genannt. Sie haben ja auch in der Tat einige Gemeinsamkeiten. Viele Todesfälle sind auf traumatische Unfälle oder Katastrophen zurückzuführen, sodass sich hier für die Überlebenden und Hinterbliebenen Trauer und traumatisches Erleben ganz automatisch vermischen. Oder aber ein Lebensereignis wühlt die Betroffenen so auf, dass frühere Trauer oder traumatische Erfahrungen reaktiviert werden. Beide Phänomene stellen an die Betroffenen ganz ähnliche Aufgaben, selbst wenn sie unabhängig voneinander auftreten. Ob ein Mensch unter einem Trauma leidet oder ob er trauert: Immer geht es darum, mit einer plötzlichen Wende im Leben zurechtzukommen und das Trauma bzw. den Todesfall als Teil des eigenen Lebens zu begreifen und in die Gesamtbiografie zu integrieren. Meist durchlaufen die Betroffenen bestimmte Phasen, die sich ähneln und auch zu vergleichbaren Gefühlen führen. In beiden Fällen sind Fragen nach dem Warum und nach dem Sinn des Erlebten von Bedeutung.

Doch es gibt auch Unterschiede! Ein traumatisches Ereignis löst in den betroffenen Menschen physiologische und neurobiologische Reaktionen aus, die so in einer unkomplizierten Trauer nicht auftreten. Einige Symptome sind traumaspezifisch und spielen für Trauernde keine große Rolle: so zum Beispiel die Hypervigilanz, das Vermeiden von Triggern, Veränderungen der Persönlichkeit und besonders auch die Dissoziation (mehr zu diesen Begriffen und Themen im ersten Teil dieses Buches).

Für die Praxis bedeutet dies, dass professionelle oder auch ehrenamtliche Berater¹ und Begleiter über beide Phänomene Bescheid wissen sollten, auch wenn sie sich auf eines der Themen spezialisiert haben. Trauerbegleiter sollten also genug Wissen haben, um traumatische Reaktionen einordnen und verstehen zu können, Traumaexperten wiederum sollten sich mit den Erscheinungsformen und Folgen von Trauer auskennen. Dies heißt aber nicht, dass alle Berater alle Fälle von traumatischer Trauer abdecken können. Patienten, die dramatische Traumafolgen erleben oder aber aufgrund von einem frühkindlichen Beziehungstrauma unter einer massiven Persönlichkeitsstörung leiden, sowie Patienten, die entweder akut suizidgefährdet sind oder sich bzw. andere Personen verletzen, sollten auch eine spezifische Therapie bekommen mit Experten, die in einem ganzheitlichen Ansatz situationsangepasst arbeiten können. Hier bieten sich spezielle Fachpersonen an, die gezielte Traumatherapien durchführen. Sowohl die stationäre als auch die ambulante Therapie können relativ schnell zu einer Linderung der akuten Traumafolgestörungen führen.

In diesem Buch geht es vorrangig um die Arbeit mit Patienten, die sich einerseits in einem durch traumatische Erfahrungen erschwerten Trauerprozess befinden, die aber andererseits noch so weit in der Realität verankert sind, dass sie sich auf eine ambulante Beratungssituation oder auch Gesprächstherapie einlassen können. Dieses Buch richtet sich vornehmlich an ehrenamtliche und professionelle Therapeuten, Berater und Begleiter, die in ihrer Praxis mit trauernden Personen zu tun haben, denn ganz sicherlich wird früher oder später auch das Thema Trauma eine Rolle spielen.

1 Zwecks besserer Lesbarkeit werden die männlichen grammatischen Formen verwendet. Es sind selbstverständlich generell die weiblichen mitgemeint.

Im ersten Teil des Buches betrachten wir, wie sich Trauer bzw. Trauma äußert und welche Erscheinungsformen es gibt. Welche Diagnosen muss man im Zusammenhang mit Trauma und Trauer kennen? Welche Veränderungen im Gehirn werden von einem traumatischen Ereignis hervorgerufen? Wann ist eine Trauer »erschwert« und welche Faktoren bergen das Risiko für eine erhöhte Traumatisierung?

Der zweite Teil des Buches widmet sich der Frage, wie die praktische therapeutische oder beratende Arbeit mit Betroffenen aussehen kann. Die verschiedenen Phasen einer Beratung bzw. Therapie werden beschrieben und verschiedene Techniken, die den Patienten helfen können, vorgestellt.

Im abschließenden dritten Teil werden einige praktische Anregungen und Vorlagen für die Arbeit mit Betroffenen gegeben. Einige der Übungen lassen sich auch von den Helfern selbst ausprobieren. Zum einen lassen sich Dinge besser vermitteln, wenn man sie aus eigener Erfahrung kennt, zum anderen kann man so der Gefahr einer sekundären Traumatisierung, die immer besteht, wenn man mit traumatisierten Menschen zusammenkommt, entgegenwirken.

Teil 1: Diagnostische Unterscheidung zwischen Trauer und Trauma

Während manche Berater, Heilpraktiker und Seelsorger in der glücklichen Lage sind, keine Diagnosen und Anträge auf Kostenübernahme stellen zu müssen, stehen zugelassenen Ärzte und Therapeuten natürlich in der Pflicht, jedes einzelne Schicksal und jeden einzelnen Patienten zu diagnostizieren, um mit der Krankenkasse abrechnen zu können. Dies kann ein Fluch sein, weil dieser Vorgang kostbare Zeit dauert und trotz großer Sorgfalt oft ein ungutes Gefühl hinterlässt: Habe ich die Störung richtig eingeschätzt? Wird diese Diagnose für den Patienten eine Belastung darstellen? Andererseits zwingt diese Notwendigkeit die behandelnden Personen, sich umfassende Gedanken über die Natur der jeweiligen Störung zu machen und genau abzuwägen, welche Erklärungen infrage kommen. Für die Patienten selbst kann die Diagnose eine Bereicherung sein: Wenn nämlich dabei klar wird, dass sie nicht verrückt oder krank sind, sondern eine verifizierbare Störung entwickelt haben aufgrund von erkennbaren widrigen Umständen und Erfahrungen. Zudem gibt es auch für jede bekannte Diagnose vielversprechende Behandlungsmöglichkeiten, sodass die Festlegung der Diagnose oft der erste Schritt auf dem Weg der Heilung ist.

Lassen Sie uns nun betrachten, welche Diagnosen nach einem Trauma bzw. Trauerfall möglich sind. Ich werde mich hier hauptsächlich auf das ICD-10 beschränken, also das internationale Diagnose-Klassifikationshandbuch für medizinische und psychiatrische Störungen, das auch in Deutschland verwendet wird.

Trauer

Wenn ein geliebter Mensch stirbt, trauern die Hinterbliebenen, das ist selbstverständlich. Auch wenn es den Betroffenen so erscheint, als breche die Welt zusammen, als sei ein Teil von ihnen selbst gestorben, auch wenn sie sich im Moment nicht vorstellen können, jemals wieder Lebensfreude empfinden zu können, so reagieren sie doch völlig normal.

Genauso normal wie die Trauer ist auch die Tatsache, dass Betroffene Unterstützung brauchen in dieser schweren Zeit. In früheren Zeiten wurden Trauernde in einer familiären oder dörflichen Gemeinschaft aufgefangen und unterstützt, ohne dass sie ihr Leid verstecken mussten. Heute sind Hinterbliebene nur zu oft auf sich allein gestellt und müssen sich in einer Gesellschaft zurechtfinden, die für den Tod keine Zeit und keinen Platz hat. In dieser Situation können Trauerbegleiter, Ärzte oder Therapeuten helfen. Dabei, und das möchte ich noch einmal betonen, liegt keine »Störung« im Sinne eines pathologischen Befundes vor.

Natürlich hört erst einmal die Welt auf sich zu drehen, wenn der Ehepartner, ein Kind oder eine andere geliebte Person plötzlich stirbt. Man ist im Schock, man möchte am liebsten die Wahrheit nicht wahrhaben, man bricht zusammen, wütet oder erstarrt. Man kann nicht mehr essen, nicht mehr schlafen, nicht mehr arbeiten – oder man isst zu viel, schläft den ganzen Tag oder funktioniert perfekt. Alles ist möglich. Manche weinen nur, andere vergießen keine einzige Träne. Das Immunsystem wackelt, Krankheitserreger finden einen idealen Nährboden und rauben auch noch die letzten Kräfte. Mangelerscheinungen, Depressionen und zuweilen auch Angstzustände oder auch psychotisch anmutende Wahnvorstellungen kommen vor.

Daher ist es durchaus verständlich, sinnvoll und auch wünschenswert, wenn Betroffene sich medizinische oder therapeutische Hilfe suchen. Was die Notwendigkeit hervorruft, für eine

normale Trauerreaktion eine pathologisierende Diagnose finden zu müssen! Üblicherweise wird in diesem Fall die Diagnose »Anpassungsstörung« (F43.2) verwendet. Es gibt auch die akute Belastungsstörung (F43.0), doch da hiermit Symptome erfasst werden sollen, die nach einem belastenden Ereignis auftreten und nach einigen Tagen wieder abklingen, passt diese Diagnose im Fall einer Trauerreaktion nicht. Die allgemeine Anpassungsstörung setzt ein Ereignis voraus, dass die betroffene Person subjektiv und emotional beeinträchtigt im Sinne von einer Lebensveränderung, eines belastenden Ereignisses oder einer Krise. Anzeichen können eine depressive Verstimmung, Angst, Sorge und/oder ein verändertes Sozialverhalten sein. Auch das Gefühl, mit dem Alltag nicht mehr zurechtzukommen, und die Unfähigkeit, Zukunft planen zu können, gehören zum Erscheinungsbild. Ein Ausschlusskriterium ist allerdings, dass die Störung länger als sechs Monate anhält. Doch Trauer ist selten nach sechs Monaten abgeklungen.

Mit anderen Worten: Sechs Monate nach dem Todesfall muss eine andere Diagnose gefunden werden. Dies kann die länger andauernde Anpassungsstörung (F43.21) sein. Sehr häufig wird in diesem Fall aber auch eine Depression festgestellt. In der Tat liegt der Eindruck nahe, dass trauernde Menschen depressiv sind. Sie sind oft freudlos, machen keine Pläne, sind lethargisch und ohne Hoffnung. Doch gibt es in diesem Fall ja einen realen Grund für die Traurigkeit. Überhaupt ist die Diagnose einer Depression immer etwas schwierig. Gibt es nicht doch einen organischen Grund? Sind Hormone oder neurobiologische Vorgänge verantwortlich? Oder reagiert der Patient auf reale Vorkommnisse in seinem Leben? Antworten auf diese Fragen sind wichtig, um die richtige Behandlung für eine Depression zu wählen.

Manchmal sind es aber andere Symptome, die Trauernde quälen. Dann lautet die Diagnose vielleicht: nicht-organische Schlafstörung (F51.0 oder F51.2), Essstörung (F50.–), somato-

forme Störung (F45.–, darunter zählen auch Schmerzstörungen) oder Angststörung (F40.– und F41.–). Die Frage stellt sich: Gäbe es innerhalb des ICD-10 eine Diagnose, die »normale Trauerreaktion« hieße und all solche Symptome wie Hoffnungslosigkeit, Grübeln, Trauer, somatische Schmerzen, Freudlosigkeit, emotionale Erstarrung oder auch Unbeständigkeit beinhaltete, und dies ohne eine zeitliche Vorgabe, wie lange solche Symptome anhalten, würden dann weniger Menschen mit den oben genannten Diagnosen bedacht?

In einer Gesellschaft, die sich nur punktuell mit Tod und Trauer beschäftigen mag und in der Trauernde keine Unterstützung finden, wird es natürlich weniger »Trauernde« geben und mehr Menschen mit Depressionen oder anderen psychischen Störungen. Dazu kommen die vielen Menschen, die psychosomatische Erkrankungen und Schmerzen entwickeln. Wer würde nicht lieber über Rückenschmerzen klagen als darüber, den Tod einer Familienangehörigen nicht verwinden zu können? Abschließend muss daher festgestellt werden, dass das ICD-10 keine zufriedenstellende Diagnose bietet, die trauernden Patienten gerecht wird.

Glücklicherweise gibt es aber Fachleute, die das Kind beim Namen nennen. Insbesondere der Bundesverband Trauerbegleitung e. V. (BVT) hat sich mit der Frage beschäftigt, wie man Trauer und Trauerprozesse benennen kann. Das Ergebnis, das 2010 von einer Arbeitsgruppe vorgelegt wurde, umfasst vier Erscheinungsformen von Trauer:

1. nicht-erschwerte Trauer
2. erschwerte Trauer
3. traumatische Trauer
4. komplizierte Trauer

Mit nicht-erschwerter Trauer ist die normale Trauer gemeint, die zu oben beschriebenen Symptomen führt und bis zu zwei Jahre

dauern kann. Warum sagt man also nicht »normale Trauer«? Die Mitglieder der genannten Arbeitsgruppe wollten den Eindruck vermeiden, dass andere Formen von Trauer als »nicht normal« dargestellt werden. Die nicht-erschwerte Trauer ist aber normal insofern, als dass ein großer Teil der Trauernden (ca. 80 Prozent) diese Art der Trauer erleben. Sie trauern natürlich auch noch nach zwei Jahren um die geliebte Person, nehmen aber wieder am alltäglichen Leben teil, können wieder Freude empfinden und haben den Verlust als ein Puzzleteil der eigenen Biografie integriert.

Erschwerte Trauer will ausdrücken, dass Betroffene mit erschwerenden Umständen zu tun haben, die das Risiko in sich bergen, den Trauerprozess zu komplizieren. Vielleicht haben die Betroffenen einen besonders schlimmen Todesfall zu verarbeiten (Tod durch Gewaltanwendung, Tod eines jungen Kindes oder Ähnliches), müssen ohne soziale Unterstützung auskommen, sind durch andere Lebensumstände ohnehin in einer kritischen Situation, oder aber sie haben durch frühere Erfahrungen ein geringes Vertrauen in sich und die Welt. Es steht dann zu erwarten, dass sich der Trauerprozess schwierig gestalten wird und es nur spät oder eventuell gar nicht gelingen wird, die Balance wiederzufinden. Auch wenn eine konfliktreiche Partnerschaft durch den Tod unterbrochen wird, führt dies meist im überlebenden Partner zu einer erschwerten Trauer.

Traumatische Trauer ist eine Trauer, in der sich beide Phänomene vermischen, sei es, dass der Todesfall traumatisch war, oder dass die Trauernden frühere traumatische Erfahrungen gemacht haben, die nun reaktiviert werden: Die Betroffenen zeigen deutliche Symptome einer traumatischen Belastungsstörung. Das können Flashbacks sein, Überflutung, Vermeidungsverhalten oder auch Dissoziation (mehr dazu Seite 20 ff.). Da eine Posttraumatische Belastungsstörung erst sechs Monate nach dem traumatischen Erlebnis diagnostiziert wird, sollte

auch eine traumatische Trauer erst nach sechs Monaten festgestellt werden.

Die komplizierte Trauer wird auch verlängerte Trauerstörung genannt. Es handelt sich hierbei um eine Trauer, bei der die anfängliche »normale« Verzweiflung und Freudlosigkeit, die unstillbare Sehnsucht nach der verlorenen Person und die Unfähigkeit, sich auf ein Leben ohne diese Person einzulassen, auch nach langer Zeit (mindestens 13 Monate) noch anhält. Gründe dafür können darin liegen, dass es frühere, nicht verarbeitete Trauer oder Traumata gab, dass die Betroffenen andere, möglicherweise nicht erkannte psychische Störungen haben oder dass sie mit anderen Belastungen im Leben nicht zurechtkommen.

Es geht in diesem Buch also vornehmlich um die erschwerte, die traumatische und auch die komplizierte Trauer, also die Art von Trauer, in der Symptome von Trauer sich mit Symptomen einer Traumatisierung vermischen. Lassen Sie uns daher als Nächstes einen Blick auf die Symptomatik und Diagnosemöglichkeiten nach einem Trauma werfen.

Trauma

Ein Trauma ist ein schreckliches Erlebnis, das von den Betroffenen als Einschnitt gesehen wird, der das Leben nachhaltig negativ verändert. Ganz wesentliche Bedingung, damit ein solches Ereignis als Trauma aufgefasst wird, ist die subjektive Überforderung. Mit anderen Worten, die Bewältigungsmechanismen, die jedem Menschen zur Verfügung stehen, reichen in diesem Fall nicht aus, um mit dem Geschehen »fertig« zu werden. Und da jeder Mensch unterschiedliche Fähigkeiten, Veranlagungen und Bewältigungsmechanismen hat, passiert es immer wieder, dass ähnliche Erlebnisse ganz unterschiedliche Auswirkungen auf die einzelnen Personen haben.

Allerdings gibt es auch noch andere Faktoren, die darüber entscheiden, wie gut jemand mit einem traumatischen Erlebnis zurechtkommt. Alter und frühere Erfahrungen der Betroffenen spielen dabei eine Rolle, die soziale Eingebundenheit und solidarische Unterstützung von außen, aber auch Art, Ausmaß und Dauer des Erlebnisses und der Grad der Hilflosigkeit bzw. die Möglichkeit, sich selbst zu helfen, zählen zu den wesentlichen Faktoren. So ist es für Menschen, die gefangen, eingesperrt und physisch einfach nicht in der Lage waren, an ihrer Situation etwas zu ändern, sehr viel schwerer nach einem solchen Erlebnis wieder Fuß zu fassen, als für Menschen, die aus eigener Kraft einen Ausweg aus ihrer Lage finden konnten. Auch Opfer, die von anderen Menschen willentlich und gezielt mishandelt wurden, oder Kinder und Jugendliche, die noch keine ausgereifte Persönlichkeit haben, sind einem größeren Risiko ausgesetzt, hinterher an einer Belastungsstörung zu erkranken. Das heißt natürlich nicht, dass die Opfer einer Naturkatastrophe oder rundum gefestigte Menschen nicht auch unter den Folgen ihres Erlebnisses zu leiden haben.

Aus diesem Grund ist in der Arbeit mit Betroffenen Vorsicht geboten: Niemand sollte das Gefühl bekommen, das persönlich erlebte Trauma sei irgendwie »weniger wert« oder »nicht so schlimm« auf einer imaginären Skala der schlimmsten Traumata. Doch kann es Betroffene entlasten, wenn man ihnen erklärt, dass bestimmte Faktoren in ihrem speziellen Fall die Traumaverarbeitung erschweren. Es liegen also kein persönliches Versagen vor, keine charakterliche Schwäche oder Krankheit, sondern es ist ganz natürlich, dass eine Anhäufung von erschwerenden Umständen auch dazu führt, dass die Symptome gravierender sind.

Weiterhin unterscheidet man verschiedene Formen von Traumata. Es gibt plötzliche Traumata in Form von Unfällen, Naturkatastrophen und Gewalterfahrungen. Und es gibt lange

andauernde Traumata, etwa Kriegserfahrungen, Gefangenschaft, Folter, Mobbing oder sexueller oder gewalttätiger Missbrauch, der über einen längeren Zeitraum hinaus andauert. In der Fachliteratur wird in diesem Zusammenhang oft von Traumata Typ I (Kurzzeittrauma) und Typ II (chronisches Trauma) geredet. Allerdings gibt es auch eine dritte Art von Trauma, nämlich das Entwicklungs-trauma (auch Beziehungs- oder Verlassenheitstrauma genannt). Dies betrifft Menschen, die als Kinder vernachlässigt, misshandelt oder missbraucht wurden. Oder die mit Menschen aufwuchsen, die nicht bindungsfähig waren und daher dem Kind nicht das geben konnten, was es gebraucht hätte, um soziale und psychische Fertigkeiten zu lernen und das eigene Selbst reifen zu lassen.

Was haben all diese verschiedenen Formen von Trauma gemein? Die Tatsache, dass etwas Schreckliches passiert, was die eigene Existenz infrage stellt und zudem die eigenen Bewältigungsmechanismen überfordert, führt zu einer Art Kurzschluss im Gehirn. Das Gehirn, das ja sonst gut koordiniert Geschehnisse wahrnimmt, analysiert und bewertet, um daraufhin eine passende Reaktion zu wählen und im Anschluss daran alles gewissenhaft als Erinnerung abzuspeichern, um eventuell in Zukunft darüber lachen oder auch davon lernen zu können, ist bei einem Trauma völlig überfordert. Die Amygdala, quasi die Alarmanlage des Gehirns, springt an, Adrenalin wird ausgeschüttet, was zu verminderter Durchblutung des Gehirns führt, die Atmung wird flach, das Sprachzentrum wird vorübergehend ausgeschaltet und das Stammhirn übernimmt die Kontrolle. Das Stammhirn, auch Reptilienhirn genannt, stammt aus der Urzeit der Wirbeltiere, aus einer Zeit, als wir noch Reptilien waren, und kennt im Grunde nur zwei Möglichkeiten: wegrennen oder kämpfen. Wenn weder das eine noch das andere möglich ist, bleibt noch die Schockstarre. Der Mensch erstarrt, das Gehirn friert ein. Bilder brennen sich ein, die später immer wieder-

kehren werden. Die Gefühle werden entweder so riesig, dass sie alles überlagern, oder aber sie werden vollständig abgespalten, sodass sie auch einfrieren. Alle Eindrücke werden zusammen abgespeichert, sodass später ein einzelner Auslöser (sogenannte Trigger: ein Geräusch, eine Farbe, ein Geruch, ein Wort) genügt, um die ganze Erinnerung wieder abzuspielen. Oder aber: Alle Eindrücke werden isoliert, sodass sich Betroffene vielleicht an ein Bild erinnern, aber nicht zuordnen können, was vorher passierte, was nachher geschah oder welche Gefühle eine Rolle spielten. Vor allem: Das Geschehen kann nicht als Einzelbaustein der eigenen Biografie in die Lebensgeschichte eingebettet werden. Es sticht hervor, ragt heraus, was vorher war, gilt nicht mehr, was nachher kommt, kann sich nicht aus dem Schatten, den das Trauma wirft, herauslösen. Es entsteht ein Bruch, den die Betroffenen oft nicht aus eigener Kraft kitten können.

Bevor ich im Folgenden die häufigsten Diagnosen vorstellen möchte, die im Zusammenhang mit traumatischen Erlebnissen gestellt werden, möchte ich betonen: Die Auswirkungen, die ein Trauma auf einen Menschen hat, sind nicht nur psychisch! Wir reden zwar von »psychischen Störungen«, doch die Psyche reagiert auf Störungen, die im Grunde im körperlichen, also physiologischen Bereich auftreten. Denn Stress hat Auswirkungen auf das Gehirn, auf das Nervensystem, auf den Stoffwechsel, auf Muskelspannung, auf das Immunsystem. Viele dieser Auswirkungen sind empirisch nachweisbar: Im Blutbild lassen sich vermehrte Stresshormone nachweisen, ein EEG (Messung der elektrischen Aktivität des Gehirns) oder FMRI (bildgebendes Verfahren zur Darstellung physiologischer Körperfunktionen) macht Veränderungen im Hirn sichtbar, Puls und Blutdruck lassen sich messen und Muskelverspannungen sind mit der bloßen Hand erspürbar. Diese Erkenntnis kann auch Betroffene entlasten: Es ist nicht ihre geringe Belastbarkeit oder ihre charakterliche Schwäche, die für die Traumasympomatik verantwortlich

ist, so wie auch ein Mensch mit Herzinfarkt nicht Schuld ist an seiner Erkrankung.

Gibt es eine Diagnose, die die eben beschriebenen Symptome abdeckt? Am nächsten liegend ist sicherlich die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Sie wurde erstmals im Jahr 1972 ins amerikanische Manual DSM aufgenommen, das heute in der Version DSM-5 geläufig ist. Im ICD-10 hat es die Nummer F43.1. Als Auslöser wird hier eine katastrophale Situation oder Bedrohung genannt, »die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde«. Als Merkmale tauchen auf: wiederholtes Erleben des Traumas, Betäubtheit und emotionale Stumpfheit, Freudlosigkeit, Vermeidung von Aktivitäten oder Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Ferner die vegetative Übererregtheit, also Vigilanzsteigerung, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen und eventuell auch Angst und Depression.

Während früher die PTBS als Angststörung klassifiziert wurde, ist heute sowohl im DSM-5 als auch im ICD-10 die PTBS eine generelle Traumafolgeerkrankung, die eventuell Angstelemente umfasst, aber nicht auf diese beschränkt ist. Man geht davon aus, dass ein bis sieben Prozent der Bevölkerung während ihres Lebens einmal eine PTBS entwickeln. Nach gewissen Erlebnissen steigt das Risiko natürlich. Am höchsten ist die Gefahr nach Kriegs- und Foltererlebnissen sowie nach Vergewaltigungen (fast 50 Prozent). Auch Intensivpatienten (besonders solche, die künstlich beatmet werden mussten), Opfer von Gewaltverbrechen oder Beteiligte an einem Verkehrsunfall haben ein deutlich erhöhtes Risiko (10–35 Prozent), an einer PTBS zu erkranken. Diese wird übrigens frühestens sechs Monate nach dem traumatischen Erlebnis diagnostiziert, da alle Symptome, die unmittelbar nach einem Trauma erlebt werden, noch als natürliche und gesunde Reaktion auf das Erlebnis bewertet werden.

Obwohl die PTBS also eine sehr gängige und allumfassende Diagnose ist, gibt es auch einiges an ihr auszusetzen. So werden Kinder und Jugendliche nicht sehr gut mit ihr bedient, denn sie reagieren anders auf Traumata als Erwachsene: nämlich vor allem durch Regression, Aggressivität und Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder schulische Leistungen zu erbringen. Es wäre daher dringend erforderlich, eine spezielle Diagnose für Kinder und Jugendliche zu entwickeln. Die »Reaktive Bindungsstörung« hilft hier nicht weiter, denn eine Bindungsstörung entwickelt sich aus fehlenden positiven Bindungserfahrungen heraus und deckt somit nur einen Teil von möglichen traumatischen Erfahrungen ab, die Kinder und Jugendliche machen können.

Weiterhin werden Erwachsene, die in der Kindheit traumatisiert wurden, die also ein Entwicklungs- oder Erziehungstrauma erlebt haben, mit einer PTBS-Diagnose in ein Muster gepresst, das nicht wirklich passt. Denn dadurch, dass sie während der psychischen Reifung und Selbstfindung gehemmt, vernachlässigt oder misshandelt wurden, haben sich sehr spezifische Symptome entwickelt. Niedriges Selbstwertgefühl, Scham- und Schuldgefühle und vor allem dissoziative Störungen sind hier vorrangig. Statt Hyperarousal und Vermeidungshaltung stehen bei Kindern andere Symptome im Vordergrund, darunter Regression (Daumenlutschen, Babysprache), Aggressivität, Konzentrations- und Lernschwierigkeiten, Schlafstörungen (Alpträume), Hoffnungslosigkeit, Klammern, selbstverletzendes Verhalten. Viele Experten fordern daher, eine spezifische Diagnose, nämlich die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (nach Judith Herman, 2014) bzw. entwicklungsbezogene Traumafolgestörung (nach van der Kolk, 2015), in das DSM und ICD aufzunehmen. Und obwohl dies bisher noch nicht erfolgt ist, benutzen viele Spezialisten diese Diagnosen bereits.

Lassen Sie mich im Folgenden noch einige andere Störungen aufführen, die als Folge einer traumatischen Belastung auftreten können.

Als Persönlichkeitsstörungen sind vor allem die Borderline sowie die narzisstische Persönlichkeitsstörung bekannt. Daneben gibt es aber auch weitere Varianten, zum Beispiel die paranoide, schizoide, zwanghafte (anankastische) und abhängige Persönlichkeitsstörung. Alle haben gemein, dass die Betroffenen ihre Umwelt auf besondere Art und Weise wahrnehmen und immer wieder mit ihr in Konflikt geraten. Sei es, dass sie überängstlich sind, ichbezogen und unfähig, für andere Menschen Empathie zu empfinden, so gut wie keine Impulskontrolle haben, oder dass sie sich selbst immer wieder in Gefahr bringen. Erklärbar sind solche Symptome dadurch, dass frühkindliche Traumata die Entwicklung einer gesunden, bindungsfähigen Persönlichkeit ver- oder zumindest behindert haben. Sehr häufig findet man im elterlichen Umfeld von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen Erwachsene, die ihrerseits traumatische Kindheiten hatten. Man spricht in diesem Fall von transgenerationaler Traumatisierung. Das Trauma wird also quasi vererbt. Das geschieht zum einen durch genetische Vererbung (das Feld der Epigenetik beschäftigt sich mit der Frage, welche Auswirkungen Traumata auf das Erbgut von Menschen haben und durch mehrere Generationen weitergegeben werden können), zum anderen aber natürlich auch durch soziale Einflüsse und defizitäre Erziehung. Menschen, die aufgrund einer schwierigen Kindheit unsichere Bindungen haben, von Verlustängsten getrieben werden und leicht in Wut geraten, können ihren Kindern schwerlich zu einem gesunden Bindungsverhalten verhelfen: Der Teufelskreis setzt sich fort.

Persönlichkeitsstörungen sind also fast immer ein Hinweis auf frühkindliche Traumata. Einmalige Traumata, die in das Erwachsenenalter fallen, können eine bestehende Persönlich-

keit nicht mehr so massiv verändern, dass es zu einer solchen Störung kommt. Allerdings können chronische Traumata, also beispielsweise jahrelange Gefangenschaft und Folter, durchaus persönlichkeitsverändernde Auswirkungen haben.

Neben der Posttraumatischen Belastungsstörung und der Persönlichkeitsstörung gibt es noch eine dritte Diagnose, die klar darauf hinweist, dass die Betroffenen unter den Folgen eines Traumas leiden: die dissoziative Störung. Unter Dissoziation versteht man das Abkoppeln des Gefühlserlebens. Man befindet sich zwar körperlich im Hier und Jetzt, nimmt dieses jedoch nicht vollständig oder im Extremfall überhaupt nicht wahr. Wenn ein Kind ganz in Trance versunken vor dem Bildschirm sitzt, hört es vielleicht nicht die Mutter rufen und reagiert auch dann nicht, wenn die Mutter es sanft antippt. Eine leichte Form der Dissoziation ist also ganz normal und wird auch gern von Erwachsenen genutzt, um zum Beispiel während eines langweiligen Vortrages in schönere Fantasien zu fliehen. Doch wenn Kinder misshandelt oder sexuell missbraucht werden und diesen unbeschreiblichen und nicht fassbaren Verrat bzw. die körperlichen Schmerzen nicht aushalten können, dann beginnen sie oft ganz unbewusst und automatisch zu dissoziieren: Sie schalten die Schmerzempfindung und ihr Gefühlserleben einfach aus. Sie haben dann vielleicht das Gefühl, abseits zu stehen, das Geschehen von außen zu betrachten oder an einem anderen Ort zu sein. Wenn eine solche totale Dissoziation öfter zum Einsatz kommt, wird sie als »normale« Reaktionsweise auf unangenehme Situationen ins Verhaltensrepertoire aufgenommen. Die Umwelt bemerkt oft nicht, dass Kinder oder auch Erwachsene dissoziieren. Sie vermuten, die Betroffenen seien verträumt, oft abgelenkt oder einfach nur sehr »stark«, weil sie ohne Gefühlsregungen über schreckliche Dinge erzählen können. Auch die Betroffenen selbst sind sich oft nicht darüber klar, dass sie einen großen Teil ihres Lebens nicht wirklich mitbekommen, quasi unter einer Käseglocke leben.

Therapeutische oder beratende Begleiter sollten auf folgende Symptome achten: Berichten Patienten über schreckliche Erinnerungen, ohne dabei angemessene Gefühle (wie Horror, Angst, Empathie) zu zeigen? Berichten Patienten darüber, oft längere Zeiträume zu »verpassen« (Erinnerungslücken)? Fällt es Patienten schwer, eigene Gefühle zu erkennen bzw. zu wissen, ob sie glücklich oder traurig sind? Haben Patienten selbstschädigende Verhaltensweisen entwickelt: Fügen Sie sich zum Beispiel Schmerzen zu, um ihren Körper zu spüren? Berichten sie über Ausfälle von Sinneswahrnehmungen (Hör- oder Sehverlust) oder auch Taubheitsgefühle an verschiedenen Stellen des Körpers, für die keine medizinische oder organische Erklärung vorliegt? Benutzen sie Wörter wie »unreal« und »nicht wirklich«, wenn sie über ihre Wahrnehmung reden? Gegebenenfalls könnten hier Hinweise auf eine dissoziative Störung vorliegen, die wiederum darauf schließen lassen, dass die Betroffenen unter einem nicht verarbeiteten Trauma leiden.

Zum Abschluss möchte ich noch einige Symptome erwähnen, die von einem Trauma ausgelöst werden können, genauso gut aber auch andere Ursachen haben können. Angst- und Panikstörungen (Ängste vor bestimmten Dingen, Situationen oder Menschen, Phobien bis hin zu regelrechten Panikattacken, bei denen Betroffene glauben zu sterben), Somatisierungsstörungen (Schmerzen oder Erkrankungen, die keine organischen Ursachen haben, oft auch »psychosomatische« Erkrankungen genannt) und affektive Störungen (also Depressionen, Burnout und in seltenen Fällen Manien), Essstörungen und Suchtverhalten – dies sind Symptome, die als Folge einer Traumatisierung möglich sind, jedoch auch andere Ursachen haben können. Es gilt hier also genau hinzuschauen und mögliche Ursachen abzuwägen.

Teil 2: Die therapeutische Arbeit mit Trauer-Trauma-Kombinationen

Die Beschreibung und Diagnostik von Trauer und Trauma zeigt bereits, wie viel Ähnlichkeit zwischen beiden psychischen Phänomenen liegt. In beiden Fällen wird der Auslöser, also eine Katastrophe bzw. ein Todesfall, als Einschnitt erlebt, der das Leben nachhaltig verändert. Bis zu einem halben Jahr sind Verzweiflung und Verstörtheit als normal, also gesund und folgerichtig, anzusehen. Erst danach kann überhaupt die Diagnose einer »Störung« gestellt werden. Die erste Reaktion ist in jedem Fall Schock, also ein Neben-sich-Stehen gepaart mit eventuellen Funktionsausfällen. Freudlosigkeit, Hoffnungslosigkeit bis hin zu Depression und Suizidalität können folgen, und auch das Symptom wiederkehrender Erinnerung ist in beiden Fällen möglich.

Gleichzeitig haben sich einige Unterschiede herauskristallisiert: Nur bei traumatischen Ereignissen schaltet das Gehirn ins Notfallprogramm um, bei dem das Geschehen nicht mehr richtig prozessiert wird und einige Gehirnteile praktisch abgeschnitten werden. Dissoziation ist eine Symptomatik, die fast immer auf ein vorausgegangenes Trauma deutet. Auch Flashbacks und Intrusionen weisen auf ein traumatisches Ereignis hin. Diese Symptome verlangen nach einer besonderen Herangehensweise. Gezielte Interventionen können helfen, die gespeicherten und eingefrorenen Erinnerungen wieder aufzutauen, um die verschiedenen Gehirnteile wieder miteinander in Verbindung zu setzen. Und zu guter Letzt sind Persönlichkeitsstörungen ein