



Dr. Andrea Groß

Alles Trauma - oder was?

Nicht jede Trauer ist ein Trauma

AGUS-Schriftenreihe: Hilfe in der Trauer nach Suizid



Inhaltsverzeichnis

Alles Trauma – oder was?	4
Kennzeichen einer PTBS	12
Neurobiologische Grundlagen – aber warum?	18
Was nun, was tun?	28
Trauma und Trauer	40
Literaturempfehlungen	48



Diese Broschüre wird im Rahmen der Selbsthilfeförderung nach § 20 h Sozialgesetzbuch V finanziert durch die BKK-Dachverband. Gewährleistungs- oder Leistungsansprüche gegenüber der Krankenkasse können daraus nicht erwachsen. Für die Inhalte und Gestaltung ist AGUS e. V. verantwortlich. Herzlichen Dank für die Unterstützung.

Herausgeber: AGUS e.V.
Autorin: Dr. Andrea Groß

1. Auflage 12/2024

Vorwort

Wenn man das Wort „Trauma“ bei Google eingibt, erhält man die Mitteilung, dass unvorstellbare 1,45 Milliarden Ergebnisse mit diesem Begriff gefunden wurden. Bei „Trauer“ sind es lediglich 80 Millionen Treffer. Anscheinend ist also Trauma viel weiter verbreitet als Trauer und wird auch viel öfter thematisiert und besprochen.

So wirkt es auch fast, wenn man diese beiden Begriffe auf die Situation nach einem Suizid überträgt. Außenstehende haben oftmals eher die Assoziation, dass die Betroffenen automatisch traumatisiert sind anhand des schwerwiegenden Verlusts eines nahestehenden Angehörigen. Doch ist dem wirklich so? Erleiden Suizidtrauernde immer ein Trauma?

Hier ist es wohl hilfreich, sich grundsätzlich mit dem Begriff Trauma auseinanderzusetzen und zu verstehen, was damit gemeint ist und was auch nicht. Ein inflationärer Gebrauch wird der komplexen Situation von Betroffenen nicht gerecht.

Dies ist wesentliches Ziel dieser Broschüre.

Die Autorin Dr. Andrea Groß ist Fachärztin für Psychiatrie aus Karlsruhe und sie arbeitet seit vielen Jahren mit Menschen, die unter einer Traumafolgestörung leiden. So kann sie aus dieser Praxis vieles weitergeben. Frau Dr. Groß benutzt dabei eine gut verständliche und bildhafte Sprache, die auch medizinische Sachverhalte gut verstehen lässt. Sie gibt dabei auch konkrete Hinweise im Umgang mit schwer belastenden Situationen.

So wird diese Broschüre eine wichtige Unterstützung für Menschen in der Trauer um nahestehenden Angehörigen sein, die sich vielleicht – wie der Titel eines Unterkapitels dieser Broschüre lautet – auch die Frage stellen: „Bin ich noch normal?“

Jörg Schmidt M.A.
Leiter der AGUS-Bundesgeschäftsstelle



Frau Doktor, ich brauche eine Traumatherapie, ich hab da was erlebt, damit werde ich einfach nicht fertig.

Sehr oft höre ich diesen Satz, wenn Menschen sich an mich wenden, weil sie Hilfe und einen Therapieplatz suchen.

Warum sucht ein Mensch Hilfe? Es ist völlig richtig, legitim und wichtig, Hilfe in Anspruch zu nehmen, wo man allein nicht mehr weiterkommt. Wenn ich ein neues Sofa gekauft habe und in meine Wohnung tragen will, bin ich auf Hilfe angewiesen. Wenn ich ohne Vorerfahrung eine Torte backen will, ist es sinnvoll, eine erfahrene Freundin zu fragen. Wenn ich Skifahren lernen will, sollte ich mir einen Lehrer nehmen. Wenn ich extreme Schmerzen habe, ist es geradezu leichtfertig, nicht zum Arzt zu gehen. Warum sollte man also versuchen, eine seelische Belastung allein zu tragen?

Aber: ist wirklich jede seelische Last auch ein Trauma? Der Begriff wird heutzutage sehr inflationär verwendet. Vor 30 Jahren kannte fast niemand diesen Begriff im Zusammenhang mit seelischem Leid.

Jeder Mensch erlebt Situationen, in denen er überfordert ist. Oft sind das typische **Übergangssituationen**, die jeder irgendwann erlebt und die uns trotzdem an unsere Grenzen bringen können. Das kann der Auszug aus dem Elternhaus, die Geburt des ersten Kindes o.ä. sein. In meiner Praxis sehe ich z.B. immer wieder Studierende, die sich so darauf gefreut hatten, endlich in einer neuen Stadt durchzustarten. Und dann fühlen sie sich plötzlich nur fremd und einsam, statt den ganzen Tag mit anderen Party zu feiern und ihre neue Freiheit zu genießen. Das kann ein ganz schöner Schock sein. Oder die verstörende Erfahrung, dass das Leben mit dem ersehnten Kind unerwartet anstrengend ist. Wenn man Tag und Nacht nicht mehr zur Ruhe kommt, und der kleine Fratz nicht nur süß, sondern oft sehr fordernd ist, kann man schnell an die eigenen Grenzen kommen. Bin ich deshalb ein schrecklicher Mensch?

Daneben gibt es noch **kritische Lebensereignisse**, auf die man sich nicht einstellen kann, z.B. das Scheitern einer Beziehung, der Verlust des Arbeitsplatzes, eine schwere Erkrankung, eine Beschämung u.a.

Das sind schlimme Ereignisse, die einen Menschen sehr aus der Bahn werfen können. Wie man sie verkraftet, hängt ab vom Ausmaß der psychosozialen Unterstützung durch andere, der Schwere des Ereignisses, der aktuellen Lebenssituation, der primären Persönlichkeit, der biographischen Vorerfahrungen usw. In der Alltagssprache wird der Begriff „Trauma“ dafür zunehmend inflationär verwendet und damit oft eine als unangenehm erlebte Situation bezeichnet, z.B. eine Beschämung oder unangenehme Überraschung.

Mein Chef hat mich vor den Kollegen lächerlich gemacht, mein Mann hat mich mit meiner besten Freundin betrogen, mein Kind wurde beim Stehlen erwischt. Solche Situationen können sich unerträglich anfühlen. Ich liebe das altmodische Wort „Herzeleid“, denn genau so fühlt es sich oft an: der ganze Körper reagiert mit und ist in Aufruhr, das Essen will entweder gar nicht mehr schmecken oder gegen das innere Loch und die Leere helfen nur unzählige Chipstüten und Schokoladetafeln.

Ein Glückspilz, wer in solch einer inneren Not Menschen zur Seite hat, die mitweinen, mitschimpfen, die wechselnden Stimmungen ertragen und vielleicht auch den einen oder anderen guten Rat geben können. Andere brauchen keine Hilfe von außen. Sie finden wieder ins Gleichgewicht, weil sie einen spirituellen Halt haben, ein Hobby, das ihnen ein Gefühl von Sinn und Wert gibt, ein Haustier, das sie umsorgen können und von dem sie sich geliebt erleben. Und wieder andere suchen sich Begleitung in einer Psychotherapie.

Was ist denn aber dann ein Trauma?

Das griechische Wort „Trauma“ bedeutet „Wunde“ und meint zunächst eine (in der Regel schwere) körperliche Verletzung. In einer Klinik heißt die unfallchirurgische Abteilung deshalb oft „Trauma-Chirurgie“.

Im Bereich der Psyche ist damit ein seelischer Schock, eine starke seelische Erschütterung gemeint, eine *„Wirkung von äußerst schmerzhaften Erlebnissen, die wegen ihrer Intensität und/oder Plötzlichkeit nicht verarbeitet werden können“* (Verena Kast).

Ein **Trauma** ist per Definition *„eine Erfahrung, die von jedem Menschen als extrem bedrohlich oder katastrophal erlebt wird“*.

Das international gültige medizinische Klassifikationssystem ICD-10 und die zugehörigen diagnostischen Anleitungen beschreiben das Trauma-Kriterium als: „[...] ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“. Der neue ICD-11 spricht von einem „extrem bedrohlichen oder entsetzlichen Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen“. Dabei muss man nicht selbst betroffen sein, sondern kann auch als Angehöriger oder als Zeuge darunter leiden.

Zu den Diagnosekriterien für ein Trauma gehört also ein Auslöser, der „normale Schrecknisse“ übersteigt. Das sind Erfahrungen, die unsere üblichen psychischen Schutzmechanismen überfordern. Der Suizid eines geliebten Menschen kann so ein Auslöser sein, der unsere innere Welt buchstäblich aus den Angeln hebt. Oder ein schwerer Unfall, eine Naturkatastrophe, ein Eisenbahnunglück,

ein Terror-Anschlag, den ich miterleben musste oder bei dem ich einen geliebten Menschen verloren habe. Das Erleben von Ohnmacht und Hilflosigkeit ist für unsere Psyche kaum zu ertragen. Am schlimmsten sind aber „man-made-Disaster“, d.h. Erfahrungen von Gewalt und Bösartigkeit durch andere Menschen.

Wie geht es Personen, die solch eine traumatische Erfahrung machen mussten? Erstaunlich viele Menschen kommen nach einer Zeit des Aufgewühlt-Seins, der Wut und Trauer ganz gut damit zurecht. Es gelingt ihnen irgendwie, das schlimme Ereignis in ihre Lebensgeschichte einzuordnen und sich nicht davon bestimmen zu lassen. Diese Menschen haben oft hilfreiche Rahmenbedingungen wie ein stabiles soziales Netz, einen funktionierenden Alltag und Lebenserfahrungen, die ihnen helfen, sich nicht im Schrecken zu verlieren.

Andere entwickeln leider verschiedene Formen psychischer Erkrankungen, wie eine Depression, Angststörung, chronische Schmerzstörung oder eine Suchterkrankung. Oder schlimmstenfalls gleich eine Mischung verschiedener Störungen. Oft stehen dann diese Störungsbilder mit ihren quälenden Symptomen im Vordergrund und der eigentliche Auslöser, die traumatische Erfahrung, gerät in den Hintergrund und wird nicht bearbeitet.

Alle reden von PTBS, was ist denn das?

Als Folge einer überwältigenden traumatischen Erfahrung kann sich das Störungsbild der **Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)** entwickeln. Um diese Diagnose stellen zu können, muss als Ursache eine Trauma-Erfahrung vorliegen. Außerdem gibt es noch drei weitere wichtige Diagnosekriterien: Flashbacks oder Intrusionen, Hyperarousal und Vermeidungsverhalten. Darauf gehen wir detaillierter im nächsten Kapitel ein.

In jedem Leben gibt es große und kleine Schrecknisse, die wir normalerweise gut verarbeiten und in unser Weltbild und unser Selbstbild integrieren können. Schwierig wird es jedoch, wenn es zu viele solcher Ereignisse sind. Stellen Sie sich Ihr Leben mal als eine Art Schnur vor. Jedes überfordernde Erlebnis macht einen kleinen Knoten in diese Schnur. Je nachdem, wie viele Knoten wie dicht aufeinander kommen, wird die Schnur zunehmend davon geprägt, bis die Knoten anfangen, sich zu überlagern.

Manche Menschen haben es im Leben wirklich von Kindheit an sehr schwer. Sie sind vielleicht schwerer körperlicher oder sogar sexueller Gewalt über einen langen Zeitraum ausgeliefert und/oder haben keine erwachsene Person, die sich einfühlsam um sie kümmert und sie angemessen tröstet. Diese Menschen lernen oft nicht, gut für sich zu sorgen, und werden auch später oft Opfer von verschiedenen Arten von Gewalt. Dann leiden sie nicht nur an den Erinnerungen an die konkrete traumatische Erfahrung, sondern sind auch unfähig, ein positives Bild von sich selbst zu entwickeln, sich selbst angemessen zu beruhigen, wenn sie aufgeregt sind, Nähe zu anderen Menschen zuzulassen und dem Leben zu vertrauen. Möglicherweise entwickeln sie das Bild einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung.

Früher haben die Menschen sich nicht so angestellt!

Das stimmt so nicht. Seit Beginn der überlieferten Menschheitsgeschichten gibt es auch Geschichten von Menschen, die an schlimmen Erlebnissen zerbrochen sind. Vor 4.000 Jahren wurde in Mesopotamien, einer der ersten Hochkulturen, von der wir Aufzeichnungen haben, die Keilschrift erfunden. Auf den uralten Keilschrifttafeln wird bereits beschrieben, dass Soldaten aus Kriegen verändert zurückgekommen sind, mit Schlafstörungen, Alpträumen, Depressionen, Konzentrationsstörungen und der Vorstellung, noch immer im Krieg zu sein. Damals glaubte man, sie seien von bösen Geistern verhext.

In der Bibel wird immer wieder von Menschen erzählt, die Furchtbares erleben mussten. Es gibt in der Bibel sogar ein „Buch der Klagelieder“, eindrucksvolle Texte voller Schmerz, Wut, Hoffnung und Trost. In der Kunst entwickelte sich aus der Geschichte von Maria, die ihren toten Sohn Jesus im Arm hält, das Motiv der Pietà, das durch die Jahrhunderte immer wieder dargestellt wurde und offenbar von Menschen als tröstlich erlebt wird.

Shakespeare beschreibt in seinen Texten wiederholt die Auswirkungen von Gewaltverletzungen auf Menschen. Lady Macbeth verliert den Verstand, nachdem sie ihren Mann zum Königsmord getrieben hat. Lady Percy wirft ihrem Mann Hotspur vor, nach seiner Teilnahme an verschiedenen Schlachten ein ganz

anderer Mann geworden zu sein, der nicht mehr schlafen kann und in seinem ganzen Wesen verändert ist (Heinrich IV., 2. Akt).

Bis ins 19. Jahrhundert waren psychische Probleme und Nöte ein Fall für die Priester. Erst zu diesem Zeitpunkt kam die Psychiatrie als medizinisches Fachgebiet auf. Pierre Janet und Jean-Martin Charcot gingen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts an, in Paris am berühmten Hôpital Salpêtrière zum Krankheitsbild der Hysterie zu forschen. Damals war man noch von einer körperlichen Ursache psychischer Störungen überzeugt. Sigmund Freud lernte bei ihnen und entwickelte später seine bahnbrechenden neuen Gedanken von einer Psyche, die unabhängig vom Körper erkranken kann. Dieser Gedanke ist für uns heute so selbstverständlich, dass wir gar nicht mehr nachvollziehen können, wie bahnbrechend und neu Freuds Thesen in jener Zeit waren. Damals herrschte noch ein Menschenbild, in dem die Frau schwach und der Mann edel und stark war. Psychische Schwäche war demnach ein Ausdruck mangelnder Männlichkeit und moralischer Stärke, eine Charakterschwäche.

Im Ersten Weltkrieg erlebten erstmals Millionen von Soldaten über Jahre hinweg die Schrecken eines modernen Krieges in den Schützengräben, ohne Möglichkeit zu fliehen, oft verschüttet nach Granateinschlägen, ständig in Lebensgefahr, immerzu Zeuge von fürchterlichen Todesumständen ihrer Freunde. Hunderttausende wurden in der Folge zu „Kriegszitterern“. Das passte nicht ins Männlichkeitsbild, weshalb sie ausgegrenzt und oft mit sadistischen Pseudotherapien gequält wurden. Die Diagnose „traumatische Neurose“ war stigmatisierend und sollte auf eine schwächliche Charakterkonstitution und erbliche Schädigung hinweisen.

Im Zweiten Weltkrieg wurde langsam verstanden, dass Kriegseinsätze zu psychischen Schäden führen können. Der Psychiater Abram Kardiner schrieb schon 1941 ein Buch über die „Traumatic Neuroses of War“, aber es dauerte dennoch lange, bis sich der Umgang mit Betroffenen langsam veränderte. Der verlustreiche Vietnam-Krieg wurde zum US-amerikanischen gesellschaftlichen Trauma. Hunderttausende junger Männer kehrten kriegstraumatisiert, körperlich und psychisch am Ende, in die Heimat zurück. Viele von ihnen fanden nie wieder zurück in die Gesellschaft, wie im Film „Forrest Gump“ eindrücklich dargestellt wird. 1972 prägte der Psychiater Chaim Shatan den Begriff „Post-Vietnam Syndrom“ für diese Kriegsheimkehrer und in den USA begann die

intensive wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Störungsbild. 1980 wurde der Begriff der „posttraumatischen Belastungsstörung“ entwickelt und 1992 in den ICD, das international anerkannte Klassifizierungssystem für Krankheiten, aufgenommen.



Ist das also nur eine Krankheit von Männern?

Wie so oft in der von Männern geschriebenen Geschichte wird das Leid der Frauen unterschlagen. Wenn sie mit etwas nicht zurechtkommen und „seltsam“ werden, nicht mehr ins System passen, gelten sie als „hysterisch“. Dieser Begriff hat dabei einen negativen Beigeschmack, die Frauen werden belächelt und in ihrer Verzweiflung und inneren Not nicht ernst genommen. Wenn einer Gesellschaft die Soldaten ausgingen, war das offenbar bedeutsamer, als wenn die Frauen unglücklich waren. In patriarchalen Gesellschaftssystemen ist Gewalt gegen Frauen, die nicht „funktionieren“, wenig sanktioniert. Dadurch blieb in der Geschichtsschreibung ihr vielfältiges Leid eher unsichtbar. In der Bibel ist die Geschichte von Lots Frau beschrieben. Mit ihrem Mann und ihren Kindern flieht sie aus der Stadt Sodom, die gerade durch eine furchtbare Naturkatastrophe zerstört wird. Entgegen der göttlichen Warnung blickt sie zurück – und erstarrt zur Salzsäule. Offenbar ist sie unfähig, weiter zu fliehen, und wird zurückgelassen, ihr Schicksal wird als Strafe interpretiert.



Woher weiß ich, dass ich eine posttraumatische Belastungsstörung habe?

Es ist völlig normal, nach einem schrecklichen Erlebnis eine Zeit lang ganz durcheinander zu sein. Das Erlebte beschäftigt mich übermäßig, ich muss immer wieder daran denken, habe dauernd die schrecklichen Bilder vor Augen und grübele immerzu, ob ich mich anders hätte verhalten können. Vielleicht kann ich mich schlecht konzentrieren, nur schwer einschlafen und schreke nachts immer wieder auf. Unser ganzes System ist aus dem Gleichgewicht. Zum Glück gelingt es vielen Menschen, sich allmählich wieder zu beruhigen und Abstand zu ihren Erlebnissen zu gewinnen. Diese normale Zeit für die Verarbeitung darf mehrere Monate dauern. Das ist nicht krankhaft, sondern gehört zu unserem Menschsein. Schließlich sind wir keine Maschinen und auch nicht aus Holz. Je empfindsamer ein Mensch ist, desto mehr kommt er durch eine schreckliche Erfahrung aus dem Gleichgewicht. Dafür muss man sich nicht schämen. Mediziner sprechen von einer akuten Belastungsreaktion, die einige

Wochen, manchmal einige Monate andauern kann, bis das psychophysische System sich wieder beruhigt hat. Das ist keine Krankheit, sondern völlig normal, wenn man etwas so Überforderndes erlebt. Erst wenn das innere Durcheinander länger als sechs Monate anhält, kann man von einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sprechen. Dabei ist der Begriff „Störung“ eigentlich irreführend. Denn mit all diesen Symptomen (die oft vor allem die Umgebung stören), versucht die Psyche, sich selbst zu heilen und irgendwie weiterzumachen.

Bei einer posttraumatischen Belastungsstörung entwickeln die Betroffenen typischerweise Symptome aus drei unterschiedlichen Kategorien: Flashbacks bzw. Intrusionen, Hyperarousal und Vermeidungsverhalten.

1. Flashbacks und Intrusionen

Einzelne Bilder, Geräusche, Gerüche oder ähnliches drängen sich plötzlich immer wieder mit großer Intensität auf. Für Betroffene kann sich das so anfühlen, als wären sie wieder mitten in der schrecklichen Situation, obwohl sie eigentlich ganz genau wissen, dass sie in Sicherheit sind. Manche Menschen spüren einzelne Aspekte der Trauma-Situation körperlich wieder, z.B. eine unerwünschte Berührung, obwohl sie gerade gar niemand berührt. Auslöser dafür können kleine, eigentlich harmlose Alltagserlebnisse sein. Vielleicht aktiviert der Geruch des Grills die Erinnerung an den schrecklichen Brand, das Aftershave eines anderen Kunden in der Warteschlange beim Bäcker erinnert an einen Täter, das Signalhorn eines Rettungswagens ruft alle Bilder der Intensivstation wach. Solche Auslöser nennt man Trigger.

Manfred hat seine Frau mit aufgeschnittenen Pulsadern in der Badewanne gefunden. Obwohl sie überlebt hat, lässt dieses Bild ihn nicht los. Beruflich muss er oft in Hotels übernachten. Kürzlich hatte sein Badezimmer im Hotel eine Badewanne und er brach zitternd zusammen und konnte seine Geschäftsreise nicht fortsetzen.

Man kann sich gut vorstellen, wie belastend es ist, im Alltag immer wieder und unvorhersehbar von diesen **Flashbacks** oder Intrusionen überfallen zu wer-

den. Flashback nennt man das plötzlich auftretende Wiedererleben der traumatischen Situation, so, als wäre man wieder dort. Intrusionen sind etwas weniger stark ausgeprägt. Dabei ist oft das Wissen erhalten, dass es eigentlich unreal ist, obwohl es sich grad genauso anfühlt. Dieses plötzliche Wiedererleben kommt, wann es will, die Betroffenen haben keine Kontrolle darüber und sind diesem Wiedererleben ähnlich hilflos ausgeliefert wie damals der traumatischen Situation. Manche haben immer wieder quälende Alpträume, aus denen sie noch Jahrzehnte später schweißgebadet und desorientiert erwachen. Manche Betroffene können das, was sie da gerade erleben, einigermaßen vor anderen verbergen. Andere erstarren, wie Lots Frau. Weil sie den Schrecken, den sie gerade erleben, nicht in Worte fassen können, und andere nicht nachvollziehen können, dass ihnen wider besseres Wissen die Realität entgleitet, stoßen sie oft auf Unverständnis oder Vorwürfe. In schlimmen Fällen entwickelt sich eine dissoziative Störung, d.h. das Erlebte ist für die Psyche so unerträglich, dass ein Teil der Persönlichkeit sich absplattet, damit der andere Teil so tun kann, als wäre nichts passiert.

Nach dem Zweiten Weltkrieg kamen viele Männer erst Jahre später aus der Gefangenschaft zurück. Sie hatten die Gräueltaten des Krieges erlebt und waren danach in den Gefangenenlagern Furchtbarem ausgeliefert - besonders in Sibirien. Viele konnten sich nie mehr in das normale bürgerliche Leben eingliedern, aber in der Nachkriegs-Wirtschaftswunder-Gesellschaft wollte man nichts von ihren Erlebnissen hören und sie blieben vereinsamt und isoliert in ihrem Schrecken gefangen.

2. Hyperarousal

Ein traumatisches Erlebnis aktiviert alle Fluchtimpulse. Instinktiv wird unser Fluchtsystem alarmiert. Alle Sinne sind angespannt und nach außen gerichtet, der Blutdruck ist erhöht, das Herz klopft schneller, die Atmung ist beschleunigt, die Muskeln sind angespannt, der ganze Körper ist im Alarmzustand.

Unser Körper und damit auch unser Nervensystem sind für die Steinzeit „designt“, in der es immer darum ging, die nächste kritische Situation zu überleben. Da war es sinnvoll, permanent die Umgebung auf Gefahren zu überprüfen. Wir modernen Menschen leben eigentlich unter sehr berechenbaren

Rahmenbedingungen. Wer aber in einer traumatischen Situation die Erfahrung völligen Ausgeliefertseins und absoluter Unberechenbarkeit gemacht hat, hat vielleicht dieses grundlegende Vertrauen in die Welt und das Gefühl von Sicherheit verloren und sein Körper ist dauernd im Hab-acht-Modus. Der Körper befindet sich in ständiger Alarmbereitschaft und hat irgendwie nicht begriffen, dass der Mensch eigentlich längst in Sicherheit ist.

Diese ständige Übererregtheit führt zu muskulären Verspannungen, hohem Blutdruck, Verdauungsstörungen, und anderen körperlichen Schwierigkeiten. Manchmal beginnt auch der Körper plötzlich zu zittern. Das Entspannen fällt schwer und damit auch das Einschlafen. Oft kommen gerade in der Phase der Entspannung die erschreckenden Erinnerungen wieder. Oder jemand schreckt nach ein bis zwei Stunden immer wieder aus dem Schlaf auf und findet nicht in den Schlaf zurück. Dann ist er im Alltag immer übermüdet und alles fällt schwer, er ist weniger geduldig und kann sich schlechter konzentrieren. Wer sich immerzu in Gefahr fühlt, prüft vielleicht automatisch beim Betreten eines Raumes potenzielle Fluchtwege, sitzt lieber mit dem Rücken zur Wand, kann nicht mit Genuss essen, ist schnell überreizt, nervös und aufbrausend. Es ist nachvollziehbar, wie erschöpfend ein solcher Zustand ist. Auch die Arbeitsleistung ist oft beeinträchtigt, die Konzentration verschlechtert, das Verhalten verändert. Die früher freundliche Kollegin ist plötzlich ungeduldig, hört nicht richtig zu und lässt keine Nähe mehr zu.

Wer unter einem Hyperarousal leidet, erlebt oft, dass andere sich voller Vorwürfe zurückziehen.

3. Vermeidungsverhalten

Wenn jemand von einem Hund gebissen wurde und deshalb Hunden aus dem Weg geht, findet er in der Regel viel Verständnis. Vermeidungsverhalten nach einer schlechten Erfahrung ist nachvollziehbar und erscheint zunächst vernünftig. Aber in aller Regel ist damit eine erhebliche Einengung des persönlichen Lebens verbunden. Dahinter steht oft eine Art magischer Vorstellung, sein Schicksal quasi herauszufordern, wenn man sich noch einmal in eine Situation begibt, in der man bereits etwas Schreckliches erlebt hat. Damit bleibt das innere Erleben, die Überzeugung über die eigene Person jedoch auf die Rolle

des Opfers eingeengt. Es werden keine Bewältigungsstrategien entwickelt und der persönliche Raum wird immer kleiner. Wer nach einem Autounfall aufs Autofahren verzichtet, muss vielleicht in der Konsequenz seinen Arbeitsplatz wechseln, weil er ihn nicht mehr mit vertretbarem Aufwand erreichen kann. Wer sich nicht mehr allein abends aus dem Haus wagt, wird vielleicht vereinsamen. Die Herausforderung besteht darin, normale Lebensrisiken realistisch einschätzen zu können. Wie wahrscheinlich ist es, dass mir das wieder passiert? Kann ich mich vorbereiten und besser schützen? Vermeidungsverhalten hat leider die Tendenz, sich auszuweiten. Da wird zunächst die Fahrt mit dem Auto vermieden, später jede motorisierte Fahrt. Das Leben wird enger. Und leider sind diese Verhaltensweisen oft wenig auffällig oder mit einem Witz überspielbar, so dass die Umgebung sie lange gar nicht richtig bemerkt. Das Vermeiden bezieht sich dabei nicht nur auf Orte oder bestimmte Verhaltensweisen, sondern auch auf Gedanken und Erinnerungen. Im Fernsehen wird sofort der Sender gewechselt, wenn in einem Film eine Szene eine Erinnerung weckt oder ein Thema angesprochen wird, das in irgendeiner Weise mit dem Trauma assoziiert ist.

Auch Drogen, Medikamente oder Alkohol können zur Vermeidung von Erinnerungen und Gefühlen missbraucht werden und führen schnell zu einer Abhängigkeit. Wer eine Suchterkrankung entwickelt, hat es aber noch schwerer, die traumatische Erfahrung jemals bearbeiten und in die eigene Lebensgeschichte integrieren zu können.

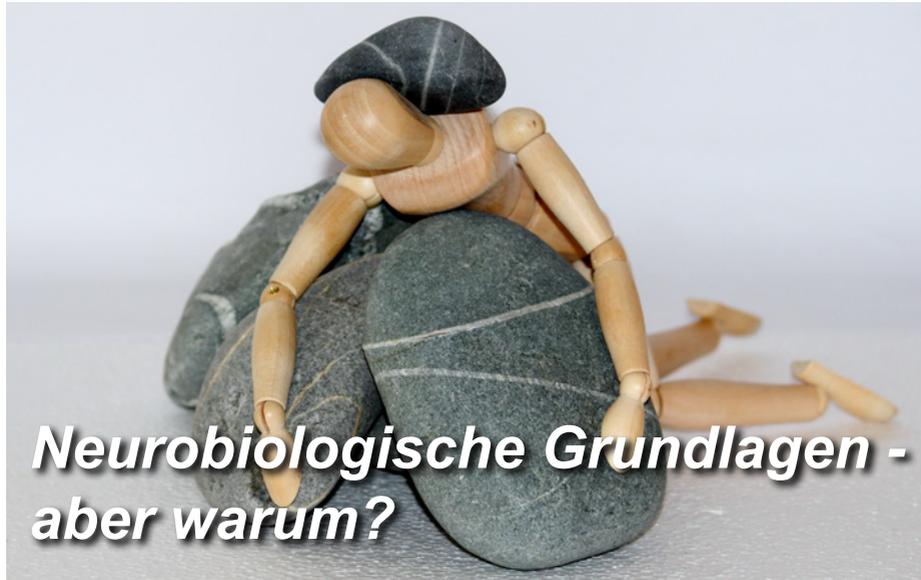
4. Weitere typische Symptome

Neben diesen drei typischen Kennzeichen kann eine traumatische Erfahrung einen Menschen noch in anderer Weise verändern. Möglicherweise verändert sich seine Sicht auf die Welt und das Leben insgesamt. Nichts macht mehr Spaß, frühere Lebensziele verlieren an Bedeutung. Die Umgebung ist unverändert und erscheint dadurch entfremdet. Aus einem heiteren, offenen Menschen wird vielleicht ein nörgelnder, pessimistischer Griesgram. Das Gehirn ist so sehr damit beschäftigt, die schlimmen Bilder und Gefühle auf Distanz zu halten, dass im Alltag die Konzentration für die Arbeit fehlt, die Geduld im Umgang mit anderen, vor allem mit Kindern oder Hilfsbedürftigen. Frühere Hobbys werden vernachlässigt, die kleinen Freuden des Alltags können nicht mehr gesehen

werden. Körperliche Nähe ist plötzlich unangenehm. Da fühlt sich ein früher so geduldiger Mensch jetzt durch die Mücke an der Wand gestört. Jemand, der eigentlich immer ganz friedlich war, schreit plötzlich herum und gebärdet sich aggressiv. Man entfremdet sich voneinander. Alle gut gemeinten Hilfen werden abgelehnt.

Der Kontrollverlust während der traumatischen Erfahrung, in der man weder sich noch andere ausreichend schützen konnte, kann manchmal zu einem bleibenden Gefühl werden. Dann scheint nichts im Leben mehr sicher. Nicht wenige plagen sich auch mit ständigen Schuld- und Scham-Gefühlen, besonders, wenn sie andere nicht schützen konnten. Dazu kommt manchmal eine Art „Überlebensschuld“: „warum ich und nicht die andere?“

Durch den ständig erhöhten Spiegel an Stresshormonen wird der Körper anfälliger für Infekte, oft entwickeln sich auch chronische Schmerzen, für die sich keine rechte Erklärung finden lässt. Manchmal verändert sich das Verhältnis zur Körperpflege, zur Ernährung, zur Bewegung. Die einen ziehen sich auf die Couch zurück, andere treiben exzessiv Sport, um die Spannung aus dem Körper zu bekommen und in der Hoffnung, wenigstens aus Erschöpfung einschlafen zu können. Aber dieser Schlaf ist oft nicht erholsam und von Alpträumen unterbrochen. Und manch eine bzw. einer sucht Vergessen im Alkohol oder mit Tabletten. In schlimmen Fällen kann so die wirtschaftliche und soziale Existenz gefährdet sein. Aus dieser Spirale kommt man ohne Hilfe eigentlich kaum mehr heraus.



Und warum reagieren wir so?

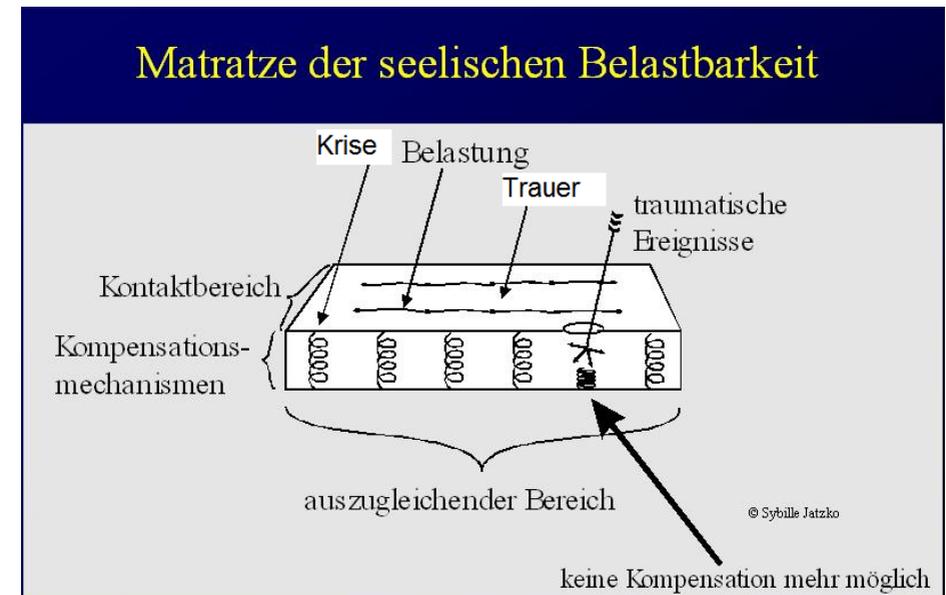
Es ist falsch zu glauben, nur „Schwächlinge“ würden eine Traumafolgestörung entwickeln. So hat man ja schon die traumatisierten Soldaten entwertet und nicht ernst genommen. Auch der psychisch stabilste und gesundeste Mensch kann unter extremen Bedingungen mit einer Erfahrung überfordert sein und psychisch dekompensieren.

Ein traumatisches Erlebnis wird immer von Gefühlen intensiver Angst, Bedrohung, Überforderung, Ausgeliefert- und Verlassen-Sein begleitet und bedeutet absoluten Kontrollverlust über das Geschehen. Das hinterlässt Spuren. Wenn danach wieder Sicherheit eintritt und das Erlebte verarbeitet werden kann, können diese Spuren verblassen, aber ganz verschwinden werden sie nie mehr. Noch Jahre später können durch ein anderes überwältigendes Ereignis wie aus dem Nichts der alte Schrecken und die alten Gefühle reaktiviert werden, obwohl das auslösende Ereignis selbst völlig in Vergessenheit geraten ist.

Unter normalen Bedingungen reguliert unser vegetatives Nervensystem alle unbewussten Prozesse unseres Körpers sehr gut. In entspanntem Zustand, bei einem Gefühl von Sicherheit und Vertrauen, ist das parasympathische Nervensystem besonders aktiv. Es reguliert u.a. die Verdauung, körperliche Heilungsprozesse, ermöglicht Lernerfahrungen und Kreativität. Bei jeder Art von Erregung übernimmt jedoch das sympathische Nervensystem das Steuer, das auf Reize von außen reagiert und den gesamten Organismus in einen Verteidigungsmodus versetzt.

„Die Matratze der seelischen Belastbarkeit“

Sibylle Jatzko, die diesen Ratgeber in seiner 1. Auflage verfasst hat, hat die Metapher der „**Matratze der seelischen Belastbarkeit**“ entwickelt:



Stellen Sie sich eine schöne, große Federkernmatratze vor. Sie ist das Symbol für Ihre Seele und Ihre psychische Belastbarkeit. Die Federn in der Matratze stellen Ihre individuellen Stärken und Ressourcen dar, also das Maß Ihrer Kompensationsfähigkeit. Die eine Feder könnte z.B. für Ihre Fähigkeit stehen, mit anderen in befriedigende Beziehungen zu kommen. Eine andere Feder könnte Ihre Fähigkeit, sich selbst zu beruhigen, darstellen, die nächste Ihren Humor, Ihre Freude an der Natur, Ihr Interesse für Kunst, Ihre Liebe zu Ihren Kindern. Die Matratzenhülle schützt die Federn. Belastungen, Krisen und Trauer drücken jeweils einzelne Federn ein. Um Ihre Matratze lange gebrauchsfähig zu halten, versuchen Sie im Rahmen Ihrer Veranlagung und Ihrer Möglichkeiten diese Belastungen von Ihrer Matratze zu entfernen und so die Federn wieder zu regenerieren. Dazu lernen Sie im Laufe Ihres Lebens mehr oder weniger gute Methoden und bekommen mehr oder weniger Unterstützung von anderen. Bei schneller Entlastung ist die Matratze lange gebrauchsfähig. Wenn die Belastungen jedoch lange anhalten, werden die Federn auf Dauer geschädigt und Sie büßen an Vitalität und Flexibilität ein. Mit anderen Worten: langanhaltende Stressbelastung vermindert Ihre psychophysische Belastbarkeit und Lebensfreude.



Eine Krise im zwischenmenschlichen Bereich, zum Beispiel eine schwere Enttäuschung in einer Freundschaft, können Sie so durch Ihre Liebe zur Natur oder die Freude an Ihrem Hund ausgleichen, bis Sie die Enttäuschung verarbeitet haben und die Feder im Bild sich entspannen konnte.

Manche Belastungen betreffen fast alle Bereiche unseres Lebens. So kann die Trauer nach dem plötzlichen Tod eines wichtigen Menschen fast alle Federn der Matratze herunterdrücken. Nichts macht mehr Freude, nichts gibt mehr ein Gefühl von Sinn. Der ganze Körper leidet, die Wahrnehmungen richten sich nach innen, der Kontakt zur Umwelt lässt nach. Die Selbstberuhigung ist erschwert. Es braucht Zeit und Anstrengung, oft auch viel Unterstützung und Zuspruch von außen, um Bewältigungsmechanismen zu entwickeln und zu neuer Spannkraft zu finden. Möglicherweise bleibt in der Matratze eine Delle zurück, nicht alle Federn erholen sich komplett.

Ein traumatisches Erleben durchschlägt die Schutzschicht der seelischen Matratze und zerstört eine Feder teilweise oder ganz. Je nach Lage der Feder in der Matratze und dem Zustand der umgebenden Federn sind die Auswirkungen auf unser Leben mehr oder weniger katastrophal. Wenn nur ein kleiner Bereich betroffen ist, kann er möglicherweise kompensiert werden. Immer wird das traumatische Erlebnis in den Sinnen abgespeichert, die mit dem Trauma verknüpft sind und Flashbacks auslösen.

Die geschädigte Feder können wir in der Regel nicht reparieren. Die traumatische Erfahrung ist wie eingeebrannt. Aber wir können das Beschädigte integrieren und kompensieren. Und manchmal werden durch die Trauma-Erfahrung psychische Entwicklungsprozesse angestoßen, die für unsere Psyche sonst einfach nicht nötig gewesen wären und die im besten Fall unser Leben erweitern.

Frau Jatzko schreibt weiter: *„Bei mehrfachen, auch berufsbedingten Traumata können mehrere Federn in dieser symbolischen Matratze zerstört werden. So wird die Gesamtbelastbarkeit zunehmend eingeschränkt. Das wiederum kann zu vorzeitiger Berentung führen (z.B. in den Risikoberufsgruppen Bundeswehr, Polizei, Feuerwehr oder Rettungswesen).“*

Wir können davon ausgehen, dass viele Menschen nach einem plötzlichen Todesfall einen psychischen Schock erleiden. Das ist keine ungewöhnliche Reaktion auf den Verlust eines nahestehenden Menschen. Wenn dieser Mensch durch Suizid ums Leben kam, trifft es die Hinterbliebenen mit vermehrter Wucht. Manche von ihnen haben den Verstorbenen sogar aufgefunden. Die unmittelbare Konfrontation mit der Unnatürlichkeit und Gewalttätigkeit der Todesart Suizid kann besonders schwer verkraftet werden. Alle Federn dieser Matratze werden nach unten gedrückt und es sind kaum noch Ressourcen zur Bewältigung vorhanden.“

In der ersten Zeit nach einem traumatischen Ereignis sind oft kaum Gefühle von Trauer möglich, sie sind komplett blockiert. Wenn wir nicht selbst Zeugen eines schrecklichen Ereignisses waren, z.B. eines Eisenbahn-Unglücks, aber dabei liebe Menschen verloren haben, ist es uns oft ein Bedürfnis, den Ort des Geschehens aufzusuchen und unserer Trauer, Wut oder Schmerz dort Ausdruck zu verleihen, z.B. durch das Ablegen von Blumen, Kerzen oder Kuschtieren, um so eine Art Verbindung zu haben und den schrecklichen Verlust zu verarbeiten (deshalb ist es so schlimm und unerträglich, wenn es keine solchen Orte gibt, z.B. nach einem Schiffsunglück). Aus den Medien kennen wir alle das spontane Entstehen solcher Gedenkstätten.

Wer jedoch selbst direkter Zeuge oder gar Betroffener des Unglücksereignisses war, kann diese Orte oft gar nicht mehr aufsuchen, weil er dort sofort von unerträglichen Flashbacks überflutet wird.

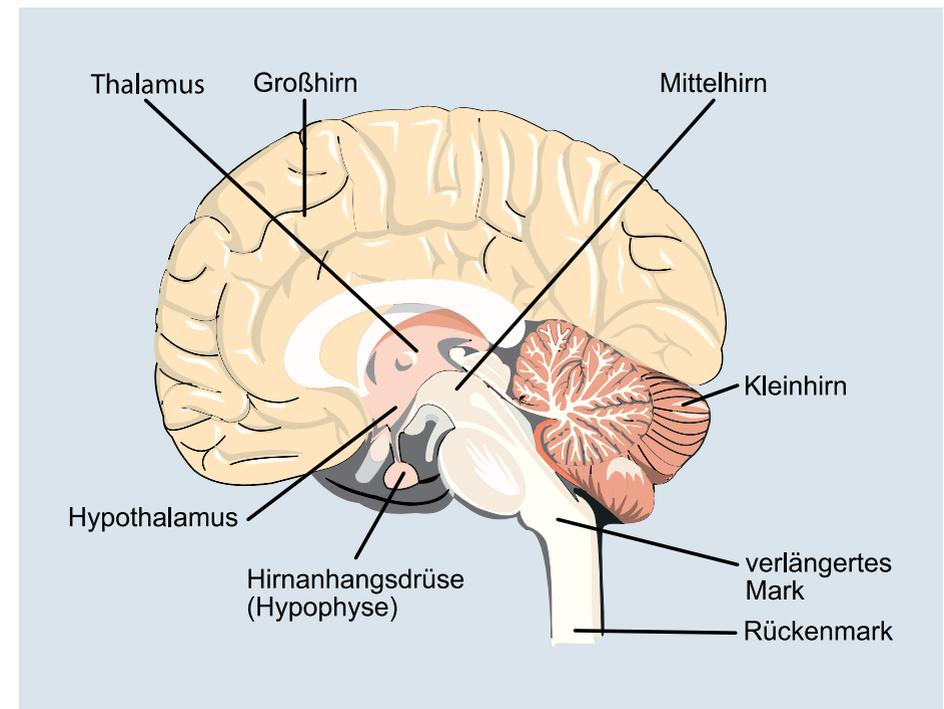
Trauer belastet, lässt sich aber in gewissem Maße steuern. Der plötzliche Tod eines wichtigen Menschen, und ganz besonders bei einem Suizid, erschüttert die Angehörigen in den Grundfesten ihres Seins. Innere Grundüberzeugungen können verloren gehen. Dadurch kann der ganze Mensch wie verändert und sich selbst entfremdet sein. Der Verarbeitungsprozess dauert bei Menschen unterschiedlich lange. Auch wenn er gelingt, bleibt eine lebenslange Narbe, die manchmal unerwartet für einige Zeit wieder aufbricht.

Ein Trauma wird im Gehirn ganz anders abgespeichert als die Trauer. Bei einem Flashback werden die Todesangst und das namenlose Entsetzen erneut ungebremst aktiviert. Ein Flashback lässt sich, anders als die Trauer, nicht steuern.

Und was passiert dabei genau im Gehirn?

Wenn wir etwas wahrnehmen, arbeiten im Gehirn immer mehrere Bereiche wie in einem Netzwerk zusammen. Das ist ein bisschen wie bei einer Behörde, wo verschiedene Abteilungen ihre Zustimmung geben müssen, bevor ein Antrag bewilligt werden kann.

Wenn wir einen Gegenstand sehen, nimmt unser Auge den optischen Eindruck auf und gibt ihn an die Sehrinde im Hinterkopf weiter, die ihn zu einem Bild zusammensetzt. Der Thalamus ist eine Struktur im Zwischenhirn, die als eine Art Chefsekretärin fungiert und das Bild an verschiedene „Abteilungen“ zur Bewertung weiterleitet. So ist der Mandelkern (die Amygdala) zuständig für heftige emotionale Reaktionen wie Angst, Aggression oder übersprudelnde Freude. Im Hippocampus werden vor allem Erinnerungen abgespeichert, also ob und



in welchem Kontext wir das Bild schon gesehen haben. Im Sprachzentrum auf der Großhirn-Rinde, dem Broca-Areal, wird nach dem richtigen Wort gesucht. Aus all diesen Rückmeldungen generiert der Thalamus eine mehr oder weniger bewusste Wahrnehmung, emotionale Bewertung und Reaktion. „Dieser Mensch ist ein Mann, es ist Fritz und wir sind gute Freunde. Es ist schön für mich, ihn zu sehen, und ich will auf ihn zugehen“. Das läuft im Bereich von Millisekunden ab, wir lächeln und setzen uns bereits in Bewegung, bevor dieser innere Prozess unser Bewusstsein erreicht hat.



Bei einem Trauma-Erlebnis sind die Eindrücke jedoch so überwältigend, dass dieser geordnete Ablauf der Reizverarbeitung nicht mehr möglich ist.

Das Gehirn wird von ungefilterten Eindrücken regelrecht überflutet. Die Amygdala, deren Aufgabe es ist, auf Gefahr zu reagieren, nimmt manche Hirnbereiche regelrecht vom Netz.

Evolutionsbiologisch ist das sehr sinnvoll. Wir dürfen nicht vergessen, dass wir für die Steinzeit designt sind. Wenn in der verlockenden Höhle plötzlich ein

Höhlenbär auftaucht, mussten unsere Vorfahren sehr schnell reagieren, um diese Situation zu überleben. Dafür war auf neuronaler Ebene ein Notfall-Fahrplan erforderlich: alle Hirnareale, die nicht für das unmittelbare Überleben wichtig waren, wurden abgeschaltet. Der Steinzeitmensch, der sich auf der Flucht mit dem Gedanken aufgehalten hat „falls ich überlebe, will ich mir merken, dass hier besonders leckere Himbeeren wachsen“, wird seine Gene vermutlich nicht weitergegeben haben.

Aufgabe der Amygdala ist es, alle Mechanismen in Gang zu setzen, die den Körper in die bestmögliche Bereitschaft zum Kämpfen und Fliehen versetzen. Dazu gehören eine veränderte Atmung (flach und schnell), ein schneller Herzschlag, Aktivierung der Schweißdrüsen, Abschalten der Verdauung u.a. Vielleicht passt ein Vergleich mit einem Kaufhaus: wenn alles seinen gewohnten

Gang geht, sind die Abläufe eingeübt und flexibel, die Mitarbeiter und Abteilungen sprechen miteinander. Bei einem Feueralarm läuft aber plötzlich ein einprogrammiertes Schema ab, das vor Ort von niemandem unterbrochen werden kann: ein Warnton schallt durch das Gebäude, Aufzüge und Rolltreppen stehen still, die Sprinkler-Anlage springt an, Brandschutztüren schließen sich. Im Gebäude entsteht eine große Aufregung, alle rennen durcheinander, niemand weiß richtig Bescheid, es gelingt keine einheitliche Kommunikation mehr.

Etwas Ähnliches passiert bei einer traumatischen Erfahrung: die Hirnareale für Erinnerung, Sprachzentrum, Logik und Gefühls-Varianten sind quasi abgeschaltet, die eintreffenden Eindrücke können nicht mehr nach Relevanz gefiltert werden.

Dadurch kommt es zu einer Überforderung der Bewältigungsmechanismen des Parasympathikus und des Sympathikus. Durch Erstarren und Fragmentierung der Wahrnehmung wird in der traumatischen Situation das Überleben des Organismus physisch und psychisch ermöglicht. Durch die Fragmentierung der Wahrnehmung ist jedoch keine Verarbeitung möglich

Während der traumatischen Erfahrung sind wir deshalb z.T. erstarrt und bewegungsunfähig, bringen keinen Ton heraus (können deshalb nicht um Hilfe schreien), oder konzentrieren uns auf eine völlig belanglose Kleinigkeit (ein Rettungsversuch des Gehirns nach Sicherheit und Kontrolle).



Im Anschluss an die traumatische Erfahrung bleiben die vielfältigen Sinneseindrücke zersplittert in Fragmente und können vom Gedächtnis nicht synchronisiert werden. Das Gehirn kann das Erlebte dadurch nicht verarbeiten und meistens auch nicht zeitlich und räumlich einordnen. Gerüche, Bilder, Geräusche, taktile Wahrnehmungen – alles bleibt isoliert. Wird nun in einer eigentlich neutralen Situation ein Aspekt der traumatischen Erfahrung reaktiviert/getriggert, z.B. Hundegebell, weil in der Situation irgendwo ein Hund gebellt hat, wird

das Gehirn erneut überschwemmt von allen unverarbeiteten Erinnerungs- und Erlebnis-Fragmenten. Die betroffene Person kann dann nicht mehr unterscheiden, ob es früher war oder im Hier und Jetzt passiert, sie ist wie zurück in ihrem schlimmsten Alptraum ohne eine Chance des Entkommens. Damit ist aber erneut keine Verarbeitung möglich.

Im Kapitel 2 habe ich die Kennzeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung beschrieben. Jetzt werden die neurobiologischen Grundlagen dafür verständlich:

- Nach einer traumatischen Erfahrung ist die Informationsverarbeitung im Gehirn langfristig verändert: die Amygdala bleibt übererregt, alle Eindrücke werden sofort darauf gescannt, ob sie irgendwie gefährlich sein könnten



(Hyperarousal). Die Amygdala bekommt so auf Dauer eine Art „Wackelkontakt“ mit der Tendenz, schon auf geringe Reize unangemessen heftig zu reagieren. Eine „normale“, angemessene Reaktion gelingt nicht mehr automatisch, sondern braucht sehr viel seelische Energie. Die Umgebung wird ständig auf potenzielle Gefahren überprüft.

- Das strengt verständlicherweise sehr an und Menschen versuchen, sich davor zu schützen (**Vermeidung**). Sie sind emotional weniger präsent, erleben sich selbst abgestumpft und ziehen sich vielleicht auch aus ganz „normalen“ Kontakten eher zurück, weil innerlich weniger Raum zur Verarbeitung zur Verfügung steht. Wer plötzlich nur noch einen Lungenflügel zum Atmen hätte, würde ja auch weniger Sport machen. Weil das innere Erleben oft so chaotisch und für die Betroffenen selbst unverständlich ist, fällt es ihnen möglicherweise schwer, es in Worte zu fassen (zur Erinnerung: in der Trauma-Situation war das Sprachzentrum abgeschaltet)
- Aus dem Nichts können sie von **Flashbacks oder Intrusionen** überfallen werden. Viele lernen, das zu überspielen. Aber der Schrecken geht nicht weg dadurch, dass man ihn geschickt verbirgt. Und wenn nur Bruchstücke des Erlebten bewusst erinnert werden können, ist die Verarbeitung besonders schwierig.



Was nun - was tun?

Ich hab etwas Schreckliches erlebt - was mach ich jetzt?

Ein großer Schock oder heftiges Erschrecken machen schwach und mutlos. Man möchte sich verkriechen, die Beine sind schwach, der ganze Körper wie gelähmt. Das ist völlig normal. In der Steinzeit war das eine sinnvolle Reaktion, um sich erstmal neu zu sortieren und einen Überblick zu verschaffen. Der Körper hat so dafür gesorgt, dass der Mensch nicht kopflos ins Nirgendwo gerannt ist.

Zunächst ist es am allerwichtigsten, dass Sie realisieren: „**Ich bin jetzt in Sicherheit.**“ Auch wenn Ihr Verstand das halbwegs weiß, ist es Ihrem Nervensystem noch lange nicht wirklich klar.

- Schauen Sie sich um und zählen Sie für sich selbst auf, was Ihnen beweist, dass Sie jetzt in Sicherheit sind.

- Beschreiben Sie sich den Ort, an dem Sie sich aufhalten, die Geräusche, den Geruch, die Farben.
- Unser Körper assoziiert Wärme mit Geborgenheit. Achten Sie darauf, dass Ihr Körper es warm hat, wickeln Sie sich in eine Decke, damit Sie auch Halt verspüren, trinken Sie etwas Warmes.
- Und sprechen Sie mit Menschen über das Erlebte, mit Angehörigen, Freunden, Vertrauenspersonen, der Telefonseelsorge.

Manche Menschen sind von einer traumatischen Erfahrung so überfordert, dass sie glauben, sie könnten sie ungeschehen machen, indem sie so tun, als sei es nie passiert. Das kann für den Augenblick den Schrecken etwas mindern, aber es verhindert die Verarbeitung. Manche betäuben sich mit Alkohol, Drogen oder Beruhigungsmitteln. Auch das ist eine ganz schlechte Idee, denn so wird das Nervensystem daran gehindert, mit dem Schrecken umzugehen.

Kann mein Körper mich wirklich unterstützen?

Die Nervenärztin, Körpertherapeutin und Psychotherapeutin Dr. Claudia Croos-Müller hat mit ihrer BODY 2 BRAIN CCM®-Methode spezielle Körperübungen entwickelt, die helfen können, wieder seelische und körperliche Stabilität zu gewinnen, wenn die Knie und die Seele nicht aufhören wollen zu zittern. In der Literatur-Liste finden Sie dazu Buch-Empfehlungen. Die Bücher sind humorvoll illustriert, leicht verständlich geschrieben und laden direkt zu verschiedenen Bewegungen ein, die helfen, seelisch wieder ins Gleichgewicht zu finden.

Wenn wir verstört und mit einer Situation überfordert sind, bleibt uns oft regelrecht „die Spucke weg“ und wir atmen eher kurz und flach ein, aber nicht mehr richtig aus.

Eine BODY 2 BRAIN CCM®-Übung könnte nun sein, die Zunge im Mund herumzubewegen und den Raum zwischen den Zähnen und der Wange zu erforschen. Das geht auch dann, wenn wir uns nicht ganz sicher sind, ob die Beine uns tragen können und der ganze Körper wie gelähmt wirkt. Durch diese kleinen Bewegungen entspannt sich der Bereich von Wangen und Lippen, der Speichelfluss wird angeregt, Sie erleben sich wacher und präsenter.

Um die Atmung wieder zu normalisieren, kann Ihnen die Ziehharmonika-Übung helfen: stellen Sie sich vor, Sie halten in Brusthöhe eine kleine Ziehharmonika. Beim Einatmen breiten Sie die Arme nach links und rechts aus und stellen sich vor, Sie ziehen dabei die Ziehharmonika weit auf. Beim Ausatmen drücken Sie die imaginäre Ziehharmonika langsam zusammen, bis Ihre Hände sich berühren. Und gleich nochmal! Alles muss raus und dann die frische Luft hinein. Mit dieser Übung geben Sie Ihrem Körper einen Impuls zur Aufrichtung, der Brustkorb darf sich entfalten und aufspannen, Ihr Gehirn wird mit Sauerstoff versorgt, die rhythmischen Bewegungen beruhigen das gesamte Nervensystem und erinnern daran: „Ich bin handlungsfähig!“

Und wenn Ihr ganzer Körper wie versteinert ist, kann es manchmal helfen, sich wie ein nasser Hund zu schütteln, den ganzen Körper schütteln, Arme und Beine und Kopf, Bauch und Becken. Den Schrecken abschütteln, die Bilder, die Erinnerungen. Aktives Schütteln ist eine gute Abreaktion bei jeder Art von Schock. Unter dem Einfluss von Stresshormonen zittert der Körper oft unkontrolliert. Durch aktives, kraftvolles Schütteln werden diese Stresshormone abgebaut und das Gefühl von Kontrolle kehrt zurück.

Eine schnelle Zwischendurch-Übung ist Gähnen. Der ganze Körper hat etwas davon. Beim Gähnen atmen Sie tief ein und aus, richten sich auf, weiten den Brustkorb. Im Kopf werden verschiedene Hirnregionen aktiviert, der Stoffwechsel angeregt, Wachsamkeit und Konzentration gefördert, das Denken unterbrochen und Sie kommen zurück ins Hier und Jetzt. Die Speichelproduktion wird angeregt und die Augen befeuchtet. Außerdem ist Gähnen ansteckend und schafft so Verbindung zu anderen Menschen, ohne dass Sie reden müssen.

Ich muss immer wieder daran denken

Manchmal ist unser Gehirn wie eine Schallplatte mit einem Sprung. Immer die gleichen Sätze und Bilder quälen, die Zeit scheint still zu stehen.

Hier kann die Tresor-Übung hilfreich sein: stellen Sie sich einen Tresor vor, der Ihnen sicher und stabil erscheint. Schauen Sie genau hin und vergewissern Sie sich, wie das Schloss funktioniert. Braucht es einen Schlüssel oder einen Zahlencode? Oder doch einen Fingerabdruck oder gar Retina-Scan? Es ist ganz

egal, es ist nur wichtig, dass Sie der einzige Mensch sind, der Zugriff auf den Inhalt dieses Tresors hat. Und dann stellen Sie sich vor, dass Sie die Bilder, die Sätze, den inneren Film quasi auf eine CD brennen oder als Aktenbündel in der Hand halten. Und jetzt öffnen Sie Ihren Tresor und legen alles in ein Fach oder Regal. Und dann schließen Sie Ihren Tresor, drehen den Schlüssel mehrfach um oder die Zahlenkombination oder was auch immer. Immer, wenn die Bilder und Sätze sich wieder einschleichen, machen Sie diese Imaginations-Übung. Sie sollen nichts verdrängen oder vergessen. Es ist dort gut aufbewahrt, bis die Zeit reif ist zur Verarbeitung. Aber jetzt, in diesem Moment, dürfen Sie sich um etwas anderes kümmern.

Bin ich noch normal?

Ein Trauma ist eine un-normale Situation, etwas, was man nicht erwartet hatte und was keinem Menschen geschehen sollte. Welche Reaktion darauf sollte denn normal sein? Sie haben alles Recht der Welt, durcheinander und verstört zu sein, schließlich wurde gerade Ihre Welt aus den Angeln gehoben.

Überraschenderweise finden viele Menschen innerhalb von Wochen bis Monaten wieder „ins Leben zurück“. In dieser Zeit geht es ihnen oft nicht gut. Der Prozess der Verarbeitung braucht Zeit, Ruhe und Verständnis der Umgebung. Es gibt keinen Trick, das Erlebte ungeschehen zu machen. Es geht darum, das Erlebte irgendwie in die eigene Lebensgeschichte zu integrieren: „das ist mir passiert, es war schlimm, aber jetzt ist es vorbei“. Oft werden die eigenen Grundannahmen und Überzeugungen infrage gestellt. Innerlich steht plötzlich alles Kopf. Das wühlt auf, tut weh und verläuft nicht geradlinig. Der Körper reagiert mit und kann kaum entspannen, der Schlaf will nicht kommen oder quält mit Alpträumen. Es ist wichtig, das alles nicht zu verbergen, darüber zu sprechen. Es ist wichtig, Alltagsrituale so gut wie möglich wieder aufzunehmen. Es ist wichtig, die Fragen zuzulassen.

Meistens nehmen die Symptome langsam ab. Der Verlauf kann auch wellenförmig sein, nach einer schon ruhigen Phase kommt alles plötzlich wieder hoch. Auch das ist normal.



Wo finde ich Hilfe?

Jeder Mensch verarbeitet Trauer und Schrecken anders. Da kann es vorkommen, dass man sich einander plötzlich fremd fühlt. Wenn das eigene Vertrauen in die Sinnhaftigkeit und die Sicherheit im Leben verloren geht, fällt es möglicherweise schwer, sich auf Nähe einzulassen. Außerdem ist das Gehirn noch damit überfordert, die überflutenden Wahrnehmungssplinter des Erlebten zu sortieren und einzuordnen. Eigentlich bedeutungslose Einzelaspekte bekommen eine übertriebene Bedeutung. Ein Alltagsgeräusch, z.B. ein hupendes Auto, kann eine Lawine von Erinnerungen und Körperreaktionen auslösen, die mit dem Hier und Jetzt nichts zu tun haben. Deshalb ist es gerade in den ersten Wochen wichtig, immer wieder über das Erlebte zu sprechen, idealerweise mit anderen Betroffenen, um die Erinnerungen zu vervollständigen und die einzelnen Wahrnehmungssplinter zu sortieren.

Wenn Sie ein halbes Jahr nach dem Ereignis noch genauso aufgewühlt und überfordert sind, kann es sinnvoll sein, sich professionelle Hilfe zu holen. Es

gibt Beratungsstellen, Trauma-Ambulanzen, Trauma-Hilfe-Zentren, in manchen Betrieben ausgebildete Ansprechpersonen, die Telefon-Seelsorge, Notfall-Nachsorge-Dienste, Selbsthilfe-Gruppen. Und es gibt speziell ausgebildete Traumatherapeutinnen und -therapeuten. Viele sind von den Krankenkassen akzeptiert, andere müssen Sie eventuell selbst bezahlen.

Sie können Ihre Krankenkasse nach einer Liste von Traumatherapeutinnen und -therapeuten fragen. Es gibt auch spezielle Ausbildungsinstitute, die nach Postleitzahlen geordnete Listen von gut ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten anbieten, z.B. die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Außerdem gibt es psychosomatische Kliniken für Menschen mit Traumafolgestörungen, wenn jemand durch sein unverarbeitetes Erlebnis so eingeschränkt ist, dass der Alltag und seine Beziehungen darunter leiden.

Und wie geht so eine Traumatherapie?

Viele kommen mit dem Wunsch in die Therapie, die schlimme Erfahrung könne irgendwie „weggemacht“ werden, als wäre sie nie oder jemand anderem passiert. Das ist leider eine unrealistische Hoffnung. Wenn das Leben eines Menschen durch eine traumatische Erfahrung völlig aus den Gleisen geraten ist, kann keine Therapie das „reparieren“. Wer z.B. einen wichtigen Menschen durch einen Suizid verloren hat, kann nie mehr so leben, als wäre das nie passiert.

Was also ist in einer Therapie realistisch erreichbar? Idealerweise kann eine eiternde, schmerzende, blutende seelische Wunde langsam heilen, der vorsichtige Weg zurück in ein Leben ohne die geliebte Person mit unsicheren Schritten gefunden werden. Die seelische Narbe wird bleiben. Und eigentlich finde ich das auch richtig, denn sie macht auch deutlich, dass wir nicht einfach zur Tagesordnung übergehen, sondern fühlende, liebesfähige Wesen sind.

Sigrid hatte auf dem Weg zur Arbeit einen Autounfall. Ein anderer Autofahrer hatte die Kontrolle über sein Fahrzeug verloren und ist frontal in ihr Auto gestrast. Sie hatte großes Glück: obwohl ihr Auto total zerstört wurde, hat sie nur ein paar Prellungen davongetragen. Das ist nun drei Monate her, aber Sigrid kann nicht mehr mit dem Auto zur Arbeit fahren. Immer wieder wacht sie nachts auf und hört wieder das schreckliche Geräusch des Aufpralls und durchlebt die Augenblicke der Todesangst. Früher war sie eine fröhliche Person und bei ihren Kolleginnen und Kollegen sehr beliebt. Jetzt fällt es ihr schwer, sich zu konzentrieren, sie kann nicht mehr lachen und starrt oft einfach nur vor sich hin. Zunächst waren alle sehr verständnisvoll, aber jetzt hört sie immer öfter den Satz, sie solle es „jetzt gut sein lassen“ und sich lieber darüber freuen, dass sie so viel Glück hatte. Zunächst hat ihr Mann sie zur Arbeit gefahren, aber mittlerweile erträgt sie es auch nicht mehr, neben ihm im Auto zu sitzen. Wenn sie an der Stelle vorbeikommen, wo der Unfall geschah, wird ihr ganz schlecht. Sie kann auch nicht mehr zu Fuß durch die Stadt gehen, weil sie zittert, sobald ein Auto schneller als Schrittgeschwindigkeit fährt. Ihr Hausarzt hat sie krankgeschrieben, jetzt sitzt sie zuhause und weiß nichts mit sich anzufangen. Die Ehe kriselt, denn ihr Mann versteht nicht, warum sie nicht endlich darüber hinwegkommt und warum sie den Haushalt nicht mehr schafft, obwohl sie doch den ganzen Tag daheim ist. Er hat zunächst versucht, sehr liebevoll zu sein, zieht sich aber jetzt zunehmend enttäuscht zurück. Sigrid hat versucht, sich mit Beruhigungsmitteln oder einem Glas Wein zu betäuben, aber das hat ihr wenig geholfen. Auf Anraten ihres Hausarztes ist sie nun in die Therapie gekommen. Zunächst hat es sie sehr entlastet, von mir zu hören, dass ihre Reaktionen nach einem solchen Erlebnis normal sind und sie nicht verrückt ist. Wir haben miteinander erarbeitet, auf welche Trigger sie reagiert und wie sie sich unterstützen kann. Dabei war auch ihr Mann in einzelnen Gesprächen dabei, der nun die seltsamen Reaktionen seiner Frau besser verstehen konnte und lernte, wie er sie unterstützen kann, sich im Hier und Jetzt zu orientieren. Dann haben wir sehr detailliert den Ablauf des Unfalls, die einzelnen Szenen und ihre Gedanken und Gefühle dabei, durchgearbeitet, bis für sie innerlich klar wurde, dass sie überlebt hat (denn ein Teil von ihr war in der Todesangst hängen geblieben). Erst dann war es möglich, dass sie sich wieder in den Verkehr wagen konnte. Sigrid ist nicht mehr „die Alte“ geworden, sie ist insgesamt ruhiger und nachdenklicher und beim Autofahren ausgesprochen defensiv, aber sie kann wieder arbeiten gehen und ihr Leben genießen.



Eine Traumatherapie verläuft in drei Phasen.

In der **Stabilisierungsphase** geht es um Entlastung im Hier und Jetzt. Einige Techniken dazu habe ich im Abschnitt „*Kann mein Körper mich wirklich unterstützen?*“ beschrieben. Die einzelnen Trigger, d.h. die Auslösereize für Flashbacks und Erstarrung, müssen identifiziert und alltagstaugliche individuelle Lösungsansätze gefunden werden. Es ist wichtig, Selbstberuhigungsmöglichkeiten zu etablieren, wenn der Schmerz und alle Emotionen plötzlich hochbranden und den gesamten Menschen überfluten.

Diese Phase ist sehr wichtig. Ohne ausreichend etablierte Stabilisierungsmöglichkeiten ist eine Traumabearbeitung nicht möglich. Der Erinnerung an das schreckliche Erlebnis kann ich mich nur stellen, wenn ich ausreichend sicher bin, dass die Gefühle und Bilder mich nicht wegspülen. Deshalb kann diese Phase in der Therapie am längsten dauern und hängt ab von der Schwere und Komplexität des Traumas und der Ausgangspersönlichkeit, die das erleben musste.

In der **Traumaexpositionsphase** wird einfühlsam und vorsichtig die Erinnerung an das Geschehen aktiviert. Oft ist diese Erinnerung nur bruchstückhaft. In dieser Phase der Therapie geht es darum, wirklich zu begreifen, was eigentlich passiert ist. Aus der Fülle an Wahrnehmungssplintern und Gedanken soll ein Narrativ geformt werden, d.h. eine komplette Geschichte mit Anfang und Ende. Es ist unmittelbar einleuchtend, dass dieser Prozess belastend und schmerzhaft sein kann und deshalb unbedingt eine erfahrene therapeutische Begleitung braucht. Meistens dauert er gar nicht so lange.

Im Anschluss kommt die **Integrationsphase**. Sie hat als Ziel, die traumatische Erfahrung in die eigene Biografie zu integrieren. „Das ist mir passiert, es war schlimm, und jetzt ist es vorbei“. Es geht darum, aus dem ständigen ungewollten Wiedererleben zu einem bewusst gesteuerten Erinnern zu kommen. Dazu kann auch gehören, dem Erlebten einen Sinn für das eigene Leben und die eigene Entwicklung zu geben. Dazu können Strategien gehören, wie man sich bei einer ähnlichen Erfahrung besser schützen könnte, den eigenen Handlungsspielraum bewusster kennenzulernen.

Manche Menschen berichten von einem **posttraumatischen Wachstum**. Ausgelöst durch die existentielle Erfahrung haben sie neue Interessen und Engagements entwickelt, hat ihre Haltung zum Leben sich verändert, ebenso ihr Wertesystem. Manche berichten von hilfreichen spirituellen Erfahrungen.

Die kolumbianische Künstlerin Doris Salcedo, die in ihrer Biographie vielfältige Arten von Gewalt miterleben musste, beschäftigt sich in ihrer künstlerischen Arbeit mit den Themen Trauma, Trauer und Verlust. In ihrer Kunst stellt sie die Perspektive des Opfers dar, dessen Leben immer von der erlebten Gewalt geprägt bleiben wird. Es ist nicht leicht, ihre Arbeiten anzuschauen, aber sie sind für mich ein Beispiel, wie ein Mensch traumatische Erfahrungen bewältigen kann. Auch wenn ein Opfer Gewalt körperlich überlebt, bleibt es oft körperlich, immer aber seelisch davon gezeichnet. In ihrem Werk „Tabula rasa“ hat sie einen Holztisch zunächst in kleinste Einzelstücke zerstört, diese dann mühsam wieder zusammengesetzt. So sieht der Tisch zunächst wie ein normaler Tisch aus. Erst bei näherem Hinsehen kann man erkennen, wie instabil und fragmentiert er ist und nicht mehr in der Lage, den normalen Belastungen eines normalen Tisches standzuhalten.



Gibt es unterschiedliche Arten von Traumatherapien?

Menschen sind verschieden, sowohl Betroffene als auch Therapeutinnen und Therapeuten. Deshalb wurden sehr unterschiedliche therapeutische Verfahren und Methoden entwickelt.

- **EMDR-Methode:** Wissenschaftlich gut erforscht und von den Krankenkassen anerkannt ist die **EMDR-Methode** (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), die von Francis Shapiro entwickelt wurde. Dabei wird das Gehirn über bilaterale (d.h. in schnellem Wechsel von links und rechts) Stimulation, z.B. über die Augen oder Geräusche oder Klopfen, angeregt, die traumatische Erfahrung zu verarbeiten und die eigene destruktive Überzeugung („ich bin schuld, ich habe versagt, ich bin zerstört, ...“) zu hinterfragen. Es ist wichtig, dass die Therapeutin wirklich erfahren und gut ausgebildet ist. Auf den Seiten der EMDR-Fachgesellschaft EMDRIA oder dem Institut für Traumatherapie finden Sie Listen mit Therapeutinnen und Therapeuten.
- **Somatic Experiencing:** Peter Levine hat die Methode des „**Somatic Experiencing**“ entwickelt. Bei dieser Methode liegt der Schwerpunkt auf den körperlichen Symptomen, den sogenannten Körpererinnerungen des traumatischen Ereignisses. Der gesamte Organismus soll sich aus dem Stress- und Alarmzustand befreien, das Nervensystem sich wieder regulieren.
- **Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie:** Luise Reddemann hat die **Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie** (PITT) entwickelt. Dabei werden innere Vorstellungsbilder (Imaginationen) genutzt, um Emotionen und die Haltung zu sich selbst zu regulieren. Die oben beschriebene Tresor-Übung ist dafür ein Beispiel.

Dies sind nur einige der bekanntesten Traumatherapie-Verfahren, ständig werden neue Verfahren oder Erweiterungen der schon bekannten entwickelt.





Erleben Menschen Trauer immer gleich?

Die Schweizer Psychotherapeutin Verena Kast hat sich in ihrer Arbeit intensiv mit dem Prozess des Trauerns beschäftigt und beschreibt vier Phasen der Trauer, die jedoch keine Anleitung für „richtiges Trauern“ sein wollen, sondern eine Verständnishilfe für die individuellen Prozesse.

Der Verlust eines nahestehenden Menschen ist immer schmerzhaft und erschüttert uns in unserem vertrauten Selbstgefühl. Das kann ganz alltäglich der Auszug des erwachsen gewordenen Kindes in eine weit entfernte Universitätsstadt sein, der die Eltern kurzzeitig aus der Bahn wirft und zwingt, ihr Leben vielleicht neu auszurichten. Das kann der lang erwartete Tod eines schwer kranken Elternteiles sein, der zwar als Erlösung willkommen geheißen wird, aber dennoch den endgültigen Abschied bedeutet. Solche Ereignisse können das Selbstgefühl unterschiedlich tief erschüttern und werden in aller Regel nach kurzer Zeit verkräftet.

Viel schlimmer ist es, einen wichtigen Menschen plötzlich und unvorbereitet zu verlieren. Das unerwartete Ende einer Beziehung, die langfristig sicher schien, ein Unfalltod, eine Naturkatastrophe, ein Gewaltverbrechen: das alles zerstört unser grundsätzliches Sicherheitsgefühl, den Glauben an irgendeine Art von Berechenbarkeit und Kontrolle. Möglicherweise erleben wir uns gelähmt, das Gehirn weigert sich, diese Wirklichkeit zu akzeptieren, alle Gefühle frieren ein. Dann kommen plötzlich der vernichtende Schmerz oder die mörderische Wut oder unerträgliche Schuldgefühle. Der ganze Körper rebelliert und stellt sich gegen das Akzeptieren der neuen Wirklichkeit. Verschiedene Gefühlszustände wechseln innerhalb kürzester Zeit und wir erleben uns uns selbst und der Welt entfremdet, abgeschnitten, verloren. In dieser seelischen Not brauchen wir das Verständnis und die praktische Unterstützung anderer Menschen, die mit uns weinen, die sich um Papierkram kümmern, die für Essen und Wärme sorgen, die Halt geben.

Viele Menschen berichten, dass sie in einer solchen Phase wie erstarrt waren, nichts um sich herum mitbekommen haben, weder Hunger noch Durst oder andere Bedürfnisse ihres Körpers verspürten. Diese Erstarrung konnte plötzlich umschlagen in heftiges Weinen oder lautes Schreien, Klagen, Schlagen.

Nur langsam ist das Gehirn bereit, sich der neuen Wirklichkeit zu stellen. Vielen hilft es, den Ort des Todes aufzusuchen, den geliebten Toten nochmals zu sehen, um die Wirklichkeit des Todes überhaupt begreifen zu können. An Straßenrändern sieht man gelegentlich kleine Kreuze oder sogar kleine Gedenkstätten mit Blumen. Solche Orte sind wichtig. Sie sind ein Aufschrei gegen die Unerbittlichkeit des Todes und des Verlustes. Dieser Mensch soll nicht vergessen werden, alle Vorbeikommenden sollen einen Moment lang an ihn erinnert werden.

Wenn es nicht möglich ist, den Ort des Todes zu besuchen oder vom Verstorbenen persönlich Abschied zu nehmen, ist es für unser Gehirn viel schwieriger, den endgültigen Abschied zu realisieren und zu akzeptieren. Es kann sein, dass es sich an eine trügerische Hoffnung klammert und dadurch vermeidet, in ein neues Leben ohne die geliebte Person zu finden.

Der Psychotherapeut Roland Kachler hat seinen Sohn durch einen Unfall verloren und über den Prozess der Trauerverarbeitung das Buch „Meine Trauer wird dich finden“ geschrieben, in dem er sich besonders mit der Frage beschäftigt, wie dieses Loslassen gelingen kann.

Was ist eine pathologische Trauer?

Manche Menschen bleiben in ihrem Schmerz und ihrer Trauer regelrecht hängen. Die Sehnsucht nach der verstorbenen Person führt dazu, dass das eigene Leben nicht mehr gelebt werden kann. Frühere Interessen verlieren an Bedeutung, alles Denken und Fühlen kreist um den verlorenen geliebten Menschen. Diese Gefühle können Trauer sein, der Schmerz des Verlustes, aber auch Wut darüber, verlassen, im Stich gelassen, zurückgelassen, überfordert zu sein. Die eigene Identität verkürzt sich zunehmend auf die widersprüchliche Beziehung zu der verstorbenen Person, das eigene Verhalten wird zunehmend unflexibel, eigene Interessen und soziale Kontakte werden nicht mehr gepflegt. Die Gründe dafür sind vielfältig. Manchmal ist es die sehnsuchtsvolle Idee, im Schmerz mit der geliebten Person verbunden zu bleiben. Würde der Tod akzeptiert und das eigene Leben ohne diesen Menschen in irgendeiner befriedigenden Weise weitergelebt, könnte sich das wie eine Schuld anfühlen, als wäre es ein Verrat. Manchmal geht es auch darum, einer gleichgültigen Umwelt, die die verstorbene Person allzu schnell vergessen hat, zu demonstrieren, dass jemand fehlt, der unersetzlich ist. Manchmal ist es eine Art Aufschrei gegen das Leben an sich, das uns solche Härten zumutet. Das Verharren im Schmerz und in der Bitterkeit erscheint eher lebbar als der Abschied von den eigenen Vorstellungen vom Leben. Den Tod zu akzeptieren und zu integrieren, eine Form der Verbindung zu finden, die das eigene Leben nicht blockiert, ist immer eine große Herausforderung und konfrontiert uns mit den tiefsten Tiefen unserer Person.

Wenn jemand nach einem Zeitraum, der in der jeweiligen Kultur, Religion oder dem sozialen Milieu angemessen erscheint, in der emotionalen Intensität der unmittelbaren Trauer verharrt und keine Zuwendung zum Leben schafft, spricht man in der Medizin von „pathologischer“, d.h. krankhafter Trauer. Der ICD 11 spricht bereits nach sechs Monaten von einer „anhaltenden Trauerstörung“. Dieses Konzept ist zu Recht umstritten. Es scheint anmaßend, Menschen vorschreiben zu wollen, wie sie zu fühlen und zu trauern haben. Dennoch gefällt mir an

dem Konzept grundsätzlich die Frage, ob meine Trauer noch dem Abschied dient oder zum Selbstzweck geworden ist, um den Abschied grade zu verhindern.

Kann der Suizid die Trauer blockieren?

Wenn ein Mensch sich selbst das Leben nimmt, ist das in der Regel eine Katastrophe für alle, die sich diesem Menschen verbunden fühlen. Besonders schlimm ist es, wenn man selbst Zeuge des Suizids war oder die tote Person auffindet. Dieses Entsetzen kann die Trauer und den Abschied blockieren. Betroffene beschreiben sich dann oft wie innerlich versteinert, eingefroren, sich selbst und der Umwelt entfremdet. Immer wieder kommen die quälenden Bilder oder die Vorstellung, wie sich der Verstorbene wohl gefühlt und gehandelt hat, was er in diesem mehr oder weniger gewaltsamen Sterben gefühlt hat, wie er wohl gelitten hat, um zu solch einer Handlung zu greifen. Quälende Schuld- und Schamgefühle sind kaum erträglich. Typischerweise wird das Aufsuchen des Todesortes vermieden, ebenso alle Trigger, die daran erinnern könnten. Der Fernseher wird sofort ausgeschaltet, wenn in einem Film auch nur die kleinste Szene Erinnerungen weckt. Krankenhäuser können nicht mehr besucht werden, bestimmte Strecken nicht mehr mit dem Auto gefahren werden usw. Während „normale“ Trauernde oft Trost darin finden, den Ort des Todes oder Orte gemeinsamen Erlebens aufzusuchen, ist genau das jetzt nicht möglich. Die Trauernden sind im Trauma gefangen. Besonders belastend ist der Gedanke, man hätte selbst irgendetwas tun können, um die suizidale Handlung zu vermeiden. Paradoxerweise liegt in diesen quälenden Selbstvorwürfen ein bizarrer Trost, denn dahinter steht eine Idee von Handlungsfähigkeit statt der schrecklichen Ohnmacht, die ansonsten ausgehalten werden muss.

Einen wichtigen Menschen durch den Tod zu verlieren, ist immer ein Schmerz und eine gewaltige Herausforderung. Hat dieser Mensch sich selbst das Leben genommen, ist das noch um ein Vielfaches schwerer. Manche Angehörige fragen sich, ob sie ihm nicht in den Tod folgen sollten, teils aus Schmerz, teils aus Schuldgefühl, teils aus der Phantasie, im Tod verbunden zu sein, teils aus dem Wunsch, sich selbst zu bestrafen. Anders als Trauernde nach einem nicht selbst verschuldeten Tod erleben sie oft weniger soziale Unterstützung, weil auch das Umfeld oft nicht mit einem Suizid zurechtkommt. Manchmal müssen sie sogar Schuldzuweisungen anderer aushalten.

Wenn die Schreckensbilder nicht abklingen, die Alpträume den Schlaf rauben, das Vermeiden die Verarbeitung blockiert, blockiert das Trauma den Trauerprozess. Dann ist zunächst eine Bearbeitung des Traumas erforderlich, um überhaupt Trauern zu ermöglichen. Im Gehirn müssen sozusagen bestimmte Bahnen erst wieder frei geschaltet werden.

Wenn das Denken und Fühlen vor allem mit der Vorstellung, was der Verstorbene wohl zuletzt erlebt hat, beschäftigt ist, ist keine Verarbeitung des eigenen Verlustes möglich. Letztlich können wir nie wissen, wie ein Mensch sein Sterben erlebt. Berichte von Menschen, die Suizidversuche überlebten, sind sehr widersprüchlich. Schlussendlich müssen wir eine Form der Akzeptanz für die Entscheidung eines Menschen finden, auch wenn wir uns etwas anderes gewünscht hätten und jetzt „auslöffeln müssen, was uns jemand eingebrockt hat“.

Karins Ehe hatte schon einige Zeit gekriselt. Ihr Mann Peter hatte sich immer mehr in sich zurückgezogen, den Abend vor dem Computer verbracht und sich für nichts mehr interessiert, was sie ihm erzählen wollte. Wenn sie das Gespräch suchte, gab es schnell Streit und gegenseitige Vorwürfe. Karin war zunehmend enttäuscht und beklagte sich bei ihren Freundinnen, die ihr zu einer Trennung oder einer Paartherapie rieten. Peter weigerte sich entschieden, zu einem „Seelenklempner“ zu gehen und warf ihr vor, aus allem ein Problem zu machen. Die Situation spitzte sich so zu, dass sie sich schließlich entschied, allein ein Wochenende nach Berlin zu fahren, um Abstand zu bekommen. Als sie nach dem schönen Wochenende beschwingt zurück nach Hause kam, fand sie ihren Mann vor, der sich im Treppenhaus erhängt hatte. An die folgenden Stunden kann sie sich nicht mehr genau erinnern. Ihre Schreie hatten Nachbarn alarmiert, die einen Rettungswagen und die Polizei riefen. Die Befragung durch die Polizei erlebte sie als Anklage gegen sich. Von der Familie glaubte sie den Vorwurf zu hören, sie habe es sich gut gehen lassen, während Peter offenbar völlig verzweifelt gewesen sei. Auch sie selbst macht sich diesen Vorwurf. Sie kann kaum noch schlafen, schreckt immer wieder hoch. Aus dem gemeinsamen Schlafzimmer ist sie schon längst ausgezogen auf die Couch. Sie vermeidet es, durch das Treppenhaus zu gehen, und denkt daran, das Haus zu verkaufen, weil es ihr wie ein Gespensterhaus vorkommt. Wenn sie das Haus verlässt, läuft sie schnell mit gesenktem Kopf, weil sie den Eindruck hat, dass

alle über sie reden und mit dem Finger auf sie zeigen. Immer wieder malt sie sich aus, was Peter wohl gefühlt hat, als sie allein weggefahren ist und grübelt, welche Zeichen sie übersehen hat. Alle Erinnerungen an die Berlin-Reise hat sie weggeworfen, als könnte sie so die Reise ungeschehen machen. Wenn eine Freundin sie daran erinnert, wie schwierig die letzten Jahre waren, reagiert sie gereizt und vorwurfsvoll und bricht den Kontakt ab. Ihre Gedanken kreisen nur noch um Peter, der dabei immer mehr zu einer Art unverstandenem Helden wird, von dem sie sich jetzt Vergebung erhofft. Wenn sie an seinem Grab steht, hat sie den Eindruck, er fordere sie auf, ihm in den Tod zu folgen und ihn nie mehr zu verlassen. Als sie einer der wenigen Freundinnen, mit denen sie überhaupt noch spricht, davon erzählt, macht die sich so große Sorgen um Karin, dass sie eine Klinikeinweisung erwirkt. In der psychiatrischen Klinik hat Karin zum ersten Mal den Raum, über alles zu sprechen, ihre Selbstanklagen, ihre inneren Bilder, ihre Alpträume. Mit verschiedenen nonverbalen Therapien wie Musiktherapie oder Kunsttherapie findet sie eine Ausdrucksmöglichkeit für den inneren Schrecken und kann sich ganz zaghaft wieder dem Leben zuwenden. Erst nachdem sie den schlimmen Anblick ihres erhängten Mannes in der Traumatherapie verarbeitet hat, kann sie sich ihrer Trauer und ihrer Wut stellen. Nach der stationären Therapie braucht es noch eine lange ambulante Therapie, bis Karin eine Haltung zu Peters Entscheidung zum Suizid finden kann, die es ihr möglich macht, an ihn zu denken ohne Wut und vernichtenden Schmerz, sondern mit leiser Trauer, dass ihnen kein anderer Weg möglich war. Eine große Hilfe ist für sie ihre Trauergruppe von anderen Angehörigen von Menschen, die sich suizidiert hatten, weil sie dort keine Anklage erlebt.

Wie geht es weiter?

Die Verarbeitung eines Suizids gelingt nur, wenn ich die tote Person gehen lasse und mich meinem Leben zuwende. Dafür ist oft die Verarbeitung des Traumas der Auffinde-situation oder der Zeugenschaft die Voraussetzung, um überhaupt in einen gesunden Trauerprozess kommen zu können. Das Ziel von Trauer ist immer der endgültige Abschied des Verstorbenen, der dennoch seinen Platz in meiner Gefühlswelt behalten darf.

Die Verarbeitung einer traumatischen Trauer kann Jahre dauern. Oft ist auch die Hilfe durch erfahrene Traumatherapeut*innen erforderlich, um sich dem scheinbar vernichtenden Schmerz überhaupt stellen zu können.

Sehr wichtig sind Selbsthilfegruppen, um sich endlich von anderen im Schmerz und im Chaos der Gefühle verstanden zu erleben und Trost annehmen zu können.



Literaturverzeichnis

Verena Kast:

Trauer. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses, Kreuz, Stuttgart, 1982, 2012

Roland Kachler:

Meine Trauer wird dich finden, Kreuz-Verlag 2005

Christine Rost, Bettina Overkamp:

Selbsthilfe bei posttraumatischen Symptomen. Junfermann-Verlag

Dr. Luise Reddemann, Dr. Cornelia Dehner-Rau:

Trauma - Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. TRIAS-Verlag

Anke Precht:

Der Trauma-Notfallkoffer. TRIAS-Verlag

Dr. Claudia Croos-Müller:

Alles gut – das kleine Überlebensbuch. Kösel-Verlag

Dr. Claudia Croos-Müller:

Kopf hoch - das kleine Überlebensbuch. Kösel-Verlag

Dr. Claudia Croos-Müller:

Nur Mut - das kleine Überlebensbuch. Kösel-Verlag

Dr. Claudia Croos-Müller:

Halt! - das kleine Überlebensbuch. Kösel-Verlag

Dr. Claudia Croos-Müller:

KRAFT – Der neue Weg zu innerer Stärke. Ein Resilienztraining Kösel-Verlag

<https://www.emdria.de>

<https://www.traumatherapie.de/>

Über mich

Dr. Andrea Groß ist Fachärztin für Psychiatrie. Sie arbeitet als ärztliche Psychotherapeutin in eigener Praxis in Karlsruhe. Dabei ist ihr fachlicher Schwerpunkt die Arbeit mit Menschen mit Traumafolgestörungen.

Frau Dr. Groß ist EMDR-Therapeutin und Ausbilderin in der BODY 2 BRAIN CCM ® Methode. Außerdem arbeitet sie gerne als Referentin zu den Themen Traumatherapie und Burnout-Prophylaxe sowie zu anderen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Fragestellungen.



AGUS e. V. – Selbsthilfe nach Suizid

AGUS steht für „Angehörige um Suizid“ und wurde als Verein 1995 in Bayreuth gegründet. Fünf Jahre zuvor fand dort auch die erste Sitzung der bundesweit ersten Selbsthilfegruppe für Angehörige statt. Die Initiatorin war Emmy Meixner-Wülker, die ihren Mann 1963 durch Suizid verloren hat.



Betroffene finden sowohl in der AGUS-Geschäftsstelle als auch in den über 110 Selbsthilfegruppen in ganz Deutschland Möglichkeiten der Beratung und Betreuung. Im Internetforum der Homepage sowie der Facebook-Trauergruppe können sie sich ebenso untereinander austauschen. Es gibt eine Wanderausstellung zu den Themen Suizid und Suizidtrauer, die schon an vielen Orten in Deutschland zu sehen war. Als Ergänzung zu den Selbsthilfegruppen bietet AGUS Wochenendseminare für Suizidtrauernde an.

Weitere Informationen ermöglicht die Website www.agus-selbsthilfe.de



Themenbroschüren

Die Themenbroschüren greifen Fragestellungen auf, die sich Betroffene immer wieder stellen. Bisher sind folgende Broschüren erschienen und über die AGUS-Geschäftsstelle zu beziehen:

1. Suizidtrauer bei Kindern und Jugendlichen angstfrei unterstützen (C. Paul)
2. Erklärungsmodelle – die Zeit vor dem Suizid (Prof. Manfred Wolfersdorf)
3. Schuld – im Trauerprozess nach Suizid (Chris Paul)
4. Trauer nach Suizid (Martina Kommescher-Dittloff und Jörg Schmidt)
5. Suizid und Recht (Lutz Weiberle)
6. Zwischen klagend schreien und getröstet sein. Hilfe durch den Glauben in der Trauer nach einem Suizid (Dr. Andrea Schmolke)
7. AGUS-Selbsthilfegruppen aufbauen und leiten (Chris Paul)
8. Trauer braucht Zeit (Jörg Schmidt)
9. AGUS – wie alles begann (Emmy Meixner-Wülker, G. Lindner, E. Brockmann) – vergriffen
10. Frauen trauern – Männer arbeiten. Ein Klischee? (Dr. David Althaus)
11. Vergebung nach einem Suizid (Dr. Jens-Uwe Martens)
12. Von der Angst verlassen zu werden (Annette Félix)
13. Symbolhandlungen und Rituale für Hinterbliebene nach einem Suizid (Christian Randegger)
14. Mein Trauertagebuch (Renate Salzbrenner)
15. AGUS ist für mich... 25 Menschen für 25 Jahre AGUS
16. Unterstützungsangebote nach Suizid im beruflichen Umfeld (Dr. F. Illes)
17. Wolle, Paul und Papas Stern (Marianne Loibl)
18. Alles Trauma - oder was? (Dr. Andrea Groß)
19. Resilienz in der Trauer nach Suizid (Dr. Jens-Uwe Martens)
20. Bis dass der Tod uns scheidet? (Martina Kommescher-Dittloff und andere)
21. Unzertrennlich? (Stefanie Leister und andere)
22. Die Liebe bleibt (Christiane Engelhardt und andere)
23. Suizid im schulischen Kontext (Ulrike Brunner, Gisela Faßbender, Jörg Schmidt, Cordula Tomberger)
24. Lebensthema (Cordula Tomberger, Dr. Nathalie Oexle)
25. Akutbegleitung nach Suizid (Katharina Hohmann)

Einen wichtigen Menschen durch den Tod zu verlieren,
ist immer schmerzlich und herausfordernd.
Jeder Mensch verarbeitet Trauer und Schrecken anders.

Wann spricht man von einem Trauma,
was passiert dabei im Körper und in der Psyche?

Und ist jede seelische Belastung auch ein Trauma?

Dr. Andrea Groß

AGUS-Schriftenreihe: Hilfe in der Trauer nach Suizid

ISBN-Nr: 978-3-941059-24-5

Bezug über AGUS e.V.

Telefon: 0921/1500380

E-Mail: kontakt@agus-selbsthilfe.de

Internet: www.agus-selbsthilfe.de