

Sybille Jatzko

Nicht jede Trauer ist ein Trauma

AGUS Schriftenreihe: Hilfe in der Trauer nach Suizid



Inhaltsverzeichnis

Was ist ein Trauma	4
Die Definitionen von Trauma	6
Historie der PTBS	7
Matratze der seelischen Belastbarkeit	8
Lebenskreise – Beziehungsgeflecht	10
Darstellung des Gehirns mit normalem Reizleitungssystem	13
Darstellung der Reizleitungen im Gehirn bei Trauma	15
Das Gedächtnis bei PTBS	16
Zusammenfassung neurobiologischer Befunde bei PTBS	17
Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung	18
Trauer nach DSM	25
Reaktionen der Trauer	26
Trauerverarbeitung	27
Komplizierte Trauer – PTBS	28
Wann gehen traumatisierte Betroffene zur Therapie?	32
Behandlung der PTBS	33



Gefördert aus der Selbsthilfeförderung nach §20h SGB V durch die KKH Kaufmännische Krankenkasse. Für die Inhalte dieser Veröffentlichung übernimmt die KKH keine Gewähr.

Herausgeber:

AGUS e.V. Bundesgeschäftsstelle
Kreuz 40 · 95445 Bayreuth

Autorin: Sybille Jatzko

1. Auflage 3/2021

Vorwort

Obwohl die Sensibilität Suizidtrauernden gegenüber in den letzten Jahren stetig zunimmt, bleibt dennoch oftmals eine pauschale Zuschreibung: Sie sind traumatisiert und benötigen professionell-psychologische Hilfe! Doch ist dem wirklich so? Wie ging es Ihnen nach dem Verlust?

Trauer und Trauma – zwei Begriffe, die oft synonym verwendet werden, aber meinen sie auch das gleiche? Ist Trauer nicht eher eine natürliche Reaktion der Seele und des Körpers auf einen Verlust? Und verursacht ein Trauma nicht eher ein dauerhaftes Störungsbild des Körpers und der Seele? Was und wie kann man die Unterschiede erkennen?

Es ist hilfreich, diesen und anderen Fragen nachzugehen und einen differenzierten Blick einzunehmen.

Sybille Jatzko hat dies im Rahmen der AGUS-Jahrestagung 2019 als Fachreferentin getan. Aus ihrem Vortrag ist diese Broschüre entstanden. Frau Jatzko verfügt über eine jahrzehntelange Erfahrung und gilt als Pionierin auf dem Gebiet der Katastrophennachsorge: angefangen vom Flugzeug-Unglück Ramstein 1988 über die Brandkatastrophe der Seilbahn Kaprun 2000, den Amoklauf eines Schülers an einem Erfurter Gymnasium 2002, dem Tsunami in Südostasien 2004, dem Unglück bei der Loveparade 2010 in Duisburg oder der Amokfahrt in Trier im Jahr 2020.

Ihre Erkenntnisse aus Theorie und Praxis bilden die Grundlage für diese Broschüre. Möge sie zusammen mit den anderen AGUS-Themenbroschüren ein weiterer wichtiger Bestandteil der Selbsthilfe für Menschen sein, die einen nahestehenden Angehörigen durch Suizid verloren haben. Interessierte und Helferinnen und Helfer in professionellen und ehrenamtlichen Bereichen finden hierin hoffentlich ebenfalls wichtige und hilfreiche Informationen.

Jörg Schmidt
Leiter der AGUS-Bundesgeschäftsstelle

Nicht jede Trauer ist ein Trauma

von Sybille Jatzko

Was ist ein Trauma

„Auf das allgemeine Lebensrisiko haben wir nur begrenzt Einfluss. Wie wir aber nach einem belastenden Ereignis mit den Menschen, die betroffen sind, umgehen, unterliegt unserem Einfluss, und gibt Auskunft über die Haltungen derer, die diese Hilfe ausüben.“

S. Jatzko 1996

Der Begriff Trauma (griech.: Wunde) lässt sich bildhaft auch als eine „seelische Verletzung“ verstehen, zu der es bei einer Überforderung der psychischen Schutzmechanismen durch ein traumatisierendes Erlebnis kommen kann. Als traumatisierend werden im allgemeinen Ereignisse wie schwere Unfälle, Erkrankungen und Naturkatastrophen, aber auch Erfahrungen erheblicher psychischer, körperlicher und sexualisierter Gewalt sowie schwere Verlust- und Vernachlässigungserfahrungen bezeichnet.

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) tritt nach einem massiven traumatischen Ereignis auf, das zu langjährigen bis lebenslangen psychosozialen Beeinträchtigungen mit tiefgreifenden Begleiterkrankungen (beispielsweise Alkoholismus, Depression, Angst- und Zwangsstörungen) bis hin zu Suiziden führen kann. Dies wurde in vielen wissenschaftlichen Langzeitbeobachtungen beschrieben (siehe z.B. Flatten et al., 2004; Perkonig, Kessler, Storz/Wittchen, 2000; Steil/Ehlers, 2000; Jatzko/ Hinckers, 2006). Ein Trauma ist eine Verletzung des neurobiologischen Netzwerkes der Seele, welches zu unterschiedlichen „Narben“ und dauerhaften Beeinträchtigungen führen kann, je nach der Schwere dieser Verletzung. Dieses entspricht einer körperlichen Verletzung, d.h. es führt zu einer dauerhaften hirnganischen Veränderung. Der Unterschied zwischen Trauma und Belastung liegt im Mitbetroffensein des vegetativen Nervensystems, das seinerseits autonom reagiert. Die traumatische Reizüberflutung wurde in

tiefere(n) (älteren) Hirnregionen abgespeichert. Trauma hinterlässt eine mangelnde neuronale Vernetzung des Erlebten mit der bewussten Wahrnehmung, den Gefühlen sowie dem Sprachzentrum. Diese mangelnde Vernetzung führt zu Steuerungsbeeinträchtigungen der Affekte und Gefühle.

Ein lebensbedrohliches Ereignis löst nicht zwangsläufig ein Trauma aus. Es löst fast immer, je nach Schwere des Ereignisses und wie es erlebt wurde, eine akute Belastungsstörung oder eine Anpassungsstörung aus. Aus einer akuten Belastungsstörung kann sich eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln. Es ist ein Schutzmechanismus, welcher warnt, nicht noch einmal in diese Gefahr zu kommen.

Eine Anpassungsstörung kann ebenfalls zu vielfältigen Störungen führen, jedoch ist hier kein erlebtes Trauma die Ursache. Die Vielfältigkeit dieser Möglichkeiten gibt auch Auskunft darüber, wie wichtig eine gute Diagnostik ist und wie differenziert diese Störungen zu sehen sind, woraus sich die Behandlung entwickelt. Sie sehen an diesem Beispiel, dass die Posttraumatische Belastungsstörung am Ende des Weges zu Persönlichkeitsveränderungen führt. Es ist ein tiefer Einschnitt in das Leben. Eine Veränderung, die erkannt, akzeptiert und bewältigt werden will.

Nun hat sich gezeigt, dass Personen, die ein traumatisches Ereignis überstanden haben, eine höhere Suizidalität aufweisen als Menschen ohne ein Trauma. Die Kraft, die betroffenen Menschen zur Verfügung steht, um die Depressionen zu bewältigen, ist deutlich eingeschränkter als ohne die Erfahrung des Traumas.

In der Allgemeinbevölkerung und in den Medien wird der Begriff „Trauma“ unpräzise und inflationär verwendet. Medien sprechen zum Beispiel davon, wenn ein Fußballverein bei ein paar Spielen sieglos bleibt oder wenn Firmen ihre Produkte zurückrufen müssen. Diese verallgemeinerte, sehr weit gefasste Verwendung des Begriffs hat weitreichende Konsequenzen für diejenigen, die tatsächlich schwere traumatische Erfahrungen machen mussten und unter Traumafolgestörungen leiden. In der öffentlichen Wahrnehmung wird die Verwendung des Wortes „Trauma“ dem Leid der Betroffenen von Traumafolgestörungen nicht gerecht.

Ein Trauma ist eine schwerwiegende seelische Verletzung, die durch mindestens ein (traumatisches) Erlebnis von außergewöhnlicher Bedrohung entsteht.

Die Definitionen von Trauma

DEFINITION DER DEGPT

Die DeGPT (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie) definiert den Begriff „Trauma“ folgendermaßen:

Der Begriff Trauma (griech.: Wunde) lässt sich bildhaft als eine „see-lische Verletzung“ verstehen, zu der es bei einer Überforderung der psychischen Schutzmechanismen durch ein traumatisierendes Erlebnis kommen kann.

DIAGNOSTISCHE EINTEILUNG (DSM IV) DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS 1994

Akute Belastungsreaktion

Wenn die Symptomatik länger als 2 Tage bis zu 1 Monat anhält

Akute posttraumatische Belastungsstörung

Wenn die Symptomatik länger als 1 Monat, jedoch nicht länger als 3 Monate anhält

Chronische posttraumatische Belastungsstörung

Dauer der Symptome mindestens 3 Monate oder länger

Verzögerter Beginn einer posttraumatischen Belastungsstörung

Wenn die Symptomatik erst nach mindestens 6 Monaten nach dem Trauma auftritt

DEFINITION IM DSM-V

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2011 Definition im US-amerikanischen Diagnosehandbuch DSM-5 der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft APA: Ausgesetzt sein von tatsächlichem oder drohendem Tod, schwerer Verletzung oder sexuellem Missbrauch als Opfer oder Zeuge.

Historie der PTBS

Wenn man sich die Historie der Posttraumatischen Belastungsstörung ansieht, kann man erkennen, wie lange es gedauert hat, bis die Wissenschaft sich dieses Themas angenommen hatte.

Noch im Ersten Weltkrieg nannte man die gravierenden Kriegssymptome nach traumatischem Erleben Kriegsneurose infolge des Artilleriebeschusses (Granat-Schock, auf Englisch Shell-Shock) oder Kriegszittern. Diese Symptome wurden als männliche Hysterie eingeschätzt und man behandelte sie mit Isolation sowie Elektroschocks.

1926 wurde die Entschädigungsberechtigung abgeschafft, nur unmittelbare Schockreaktionen wurden als vorübergehendes Phänomen anerkannt.

Im Zweiten Weltkrieg waren die Psychiater in vielen Kriegsabschnitten eingesetzt. Es gab eine Meldepflicht für psychische Auffälligkeiten. Die Behandlung erfolgte mit Medikamenten sowie Psychotherapie und Elektroschocks. Bei Weiterbestehen wurden die Opfer in Neurotikerlazarette gebracht bis hin zu Anstalten und Konzentrationslagern. Viele der dort tätigen Psychiater erstellten nach dem Krieg Gutachten.

In der neueren Trauma-Forschung der 1970er Jahre wurde im Zuge des Vietnamkriegs die Post Traumatische Belastungsstörung eingeführt (DSM III 1980 DSM IV 1994 DSM V 2011, wie in der Definition erklärt)

Matratze der seelischen Belastbarkeit

In der deutschen Gesetzgebung sind nun dauerhafte psychologische Folgen eines traumatischen Ereignisses anerkannt.

Die historische Entwicklung der PTBS lässt erkennen, dass dieses Störungsbild lange Zeit nicht verstanden wurde. 1988 nach der Flugtags-Katastrophe von Ramstein (im Rahmen der Militärischen Flugschau stießen drei italienische Flugzeuge zusammen und eine Maschine rollte brennend in die Zuschauermenge, 70 Menschen starben und ca. 1000 wurden zum Teil schwer verletzt in 43 Kliniken eingewiesen) konnte die Krankenkasse einem betroffenen Feuerwehrmann, der traumatisiert war, keine angemessene Auskunft und Behandlung anbieten, da sie seine Symptome nicht zuordnen konnten. Bis heute werden bei manchen forensischen Begutachtungen die Folgen eines Traumas bagatellisiert. Es werden die langanhaltenden und umfänglichen Symptome nicht in Bezug zum Trauma gesetzt. Das führt zu Missverständnissen. Für das Verständnis von Trauma, den Symptomen und was dieses Krankheitsbild von anderen schweren Belastungsreaktionen unterscheidet, möchte ich mit der einfachen Metapher „die Matratze der seelischen Belastbarkeit“ beginnen.

Matratze der seelischen Belastbarkeit

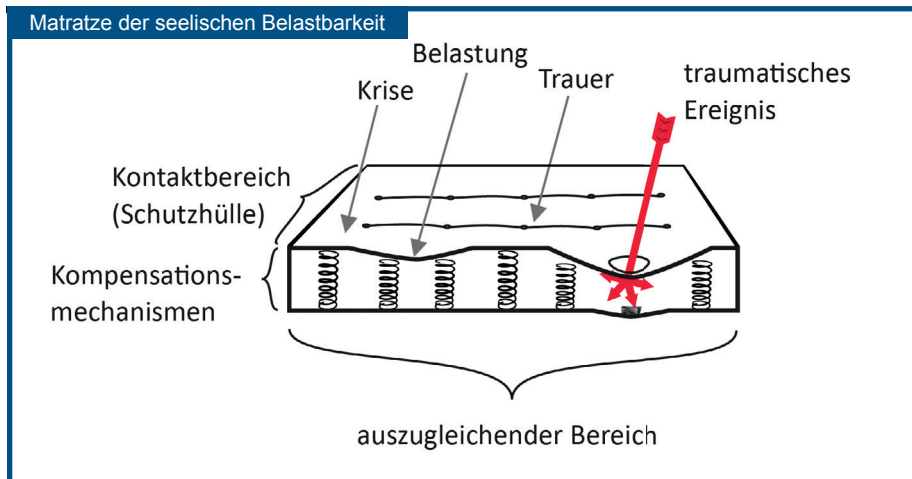


Abb. 1 © Sybille Jatzko

Dieses Metapher-Modell versucht den Unterschied zwischen Trauma und Belastungen zu erklären.

Die Matratze symbolisiert unsere Seele und ihre seelische Belastbarkeit. Die Federn geben unsere individuelle seelische Stärke und eventuelle Ressourcen wieder. Die Größe der Matratze ist unser gesamter Kontaktbereich. Die Stärke der Federn geben unsere Kompensationsfähigkeit wieder. Diese Federn sind mit einer Schutzschicht umgeben, auf die sich die Belastungen, Trauer und Krisen legen und die Federn eindrücken. Um die Matratze lange gebrauchsfähig zu halten, identifizieren wir die Belastungen. Je nach Veranlagung und/oder gelernter Bewältigungsfähigkeit räumen wir diese von der Matratze herunter und die Federn gehen zur Ausgangsposition zurück. Bei schneller Entlastung ist die Matratze lange gebrauchsfähig. Liegen die Belastungen jedoch zu lange auf der Matratze, werden die Federn auf Dauer geschädigt und wir büßen an Lebensvitalität ein. Wir können dieses auch die Einbuße der gesamten Belastbarkeit nach zu langer Stressbelastung nennen.

Bei Trauer nach dem plötzlichen Verlust eines Angehörigen werden fast alle Federn der Matratze heruntergedrückt (es ist eine Belastung für fast alle Bereiche unseres Lebens). Die Muskelspannung nimmt zu, die Erregbarkeit ist deutlich schneller, und die Selbstberuhigung ist erschwert. Es bedarf großer Anstrengung und längerer Zeit, Bewältigungsmechanismen zu finden.

Ein traumatisches Erleben aber durchschlägt die Schutzschicht dieser seelischen Matratze und schädigt eine Feder. Diese Feder bleibt nun zerstört. Je nach Lage und Bedeutung für die Stabilität der Matratze hat diese Schädigung fundamentale Auswirkungen auf unser Leben. Ist es nur ein kleiner Bereich, so kann dieser Ausfall schneller kompensiert werden. Im nahen Umkreis der geschädigten Feder ist die seelische Stabilität ebenfalls eingeschränkt. Abgespeichert ist das traumatische Erlebnis in den Sinnen, die mit dem Trauma verknüpft die Flashbacks auslösen.

Die geschädigte Feder können wir nicht reparieren. Die neue Erfahrung ist wie eingebrannt. Wir können jedoch das Beschädigte integrieren und kompensieren. Belastung und Trauma sind also weitreichende Unterschiede, welche sich auch neurophysiologisch bildgebend (MRT) nachweisen lassen.

Lebenskreise – Beziehungsgeflecht

Bei mehrfach, auch berufsbedingten Traumata können mehrere Federn in dieser symbolischen Matratze zerstört werden. So wird die Gesamt-Belastbarkeit zunehmend eingeschränkt. Das wiederum kann zur vorzeitigen Berentung/ Pensionierung führen, (z.B. in den Risikoberufsgruppen Bundeswehr, Polizei, Feuerwehr).

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 Gewaltsamkeit der Todesart Suizid kann besonders schwer zu verkraften sein. Alle Federn dieser Matratze werden nach unten gedrückt und es sind kaum noch Ressourcen zur Bewältigung vorhanden.

Lebenskreise – Beziehungsgeflecht

An diesem bildhaften Beispiel möchte ich den Unterschied von Trauer und Trauma erläutern.

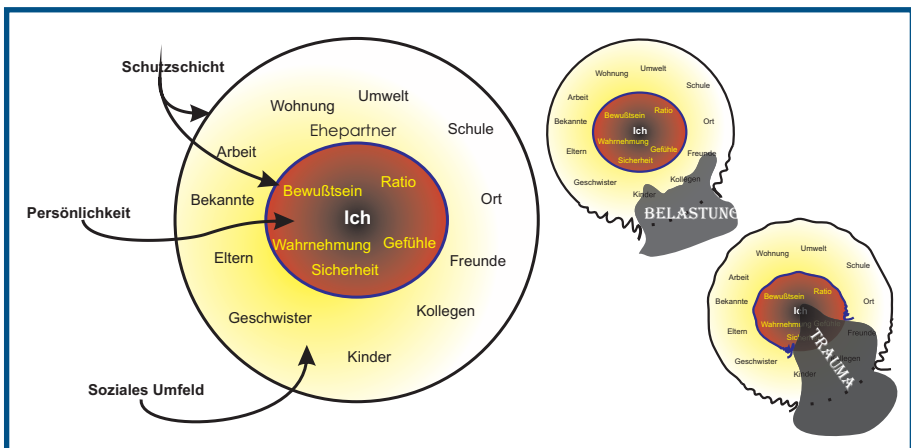


Abb. 2 © Sybille Jatzko

Die Kreise vermitteln die verschiedenen Schichten unserer Persönlichkeit. Eine innere Schicht und eine äußere, die unsere Persönlichkeit prägen. Wenn es „rund läuft“ sind wir in einem ausgewogenen synchronisierten Zustand.

Die Trauer reißt ein großes Loch in diesen äußeren Kreis. Die innere Persönlichkeit reagiert darauf mit Störungen und einer Anpassung an die neue Situation.

Das Trauma durchschlägt den äußeren und inneren Kreis. Dieser innere Kreis hat nun keine Lebenssicherheit mehr. Die Unversehrtheit ist verloren gegangen und somit auch der bisher vorhandene Halt des Lebens. Diese Sicherheit muss als erstes erkannt und bewältigt werden, die daraus resultierenden Störungen und wiederkehrenden Erinnerungen benötigen die volle Aufmerksamkeit und Behandlung. Erst danach beginnt die Reparatur des äußeren Kreises. Spürbar wird in der traumatischen Trauer: die Betroffenen können in der ersten Zeit nach dem Vorkommnis kaum Gefühle der Trauer empfinden. Die Gefühle wurden im traumatischen Ereignis blockiert, und bei Erinnerung an das Trauma immer wieder erneut blockiert.

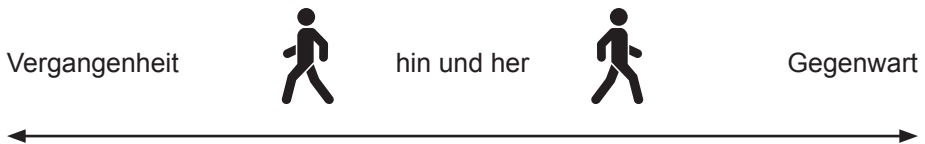
Menschen, die eine Katastrophe miterlebt und dort einen Angehörigen verloren hatten, waren den Symptomen der traumatischen Trauer wie Flashbacks oder Intrusionen ausgesetzt, wie z.B. beim Tsunami in Südostasien 2004, dem Absturz der Germanwings-Maschine 2016 oder der Amokfahrt in Trier 2020. Bei dem Aufsuchen der Unglücksstelle konnten Traumatisierte nicht mitgehen, die Erinnerungen an das eigene Trauma sowie an den Verlust erzeugten Flashbacks und konnten schwer ausgehalten werden. Die Hinterbliebenen, die nicht vor Ort gewesen waren, sahen einen besonderen Wert an der Begehung der Unglücksstelle, um vor Ort dem Angehörigen besonders nah sein zu können. Suizidhinterbliebene haben oftmals ein ähnlich ambivalentes Verhältnis zum Ort des Todes.

Der Unterschied liegt in der Veränderung der neuronalen Bahnen im Gehirn. Trauer ist tief belastend, aber lässt sich steuern und die Betroffenen entwickeln in der Trauer andere Bedürfnisse als die Betroffenen mit traumatischer Trauer. Das erlebte Trauma ist separat abgespeichert und bei einem Flashback entsteht erneut Todesangst und diese lässt sich nicht steuern.

Während der Erinnerungen in einer Trauerreaktion ist die bewusste Wahrnehmung und Entscheidungsfähigkeit bei Trauernden aktiv. Bei Flashbacks nach traumatischen Ereignissen hingegen ist die bewusste Steuerung inaktiv und wird heruntergefahren.

Auf den Suizid eines Angehörigen kann man sich nicht vorbereiten, er trifft mitten ins Herz. Und er erschüttert die selbstverständliche Annahme, dass wir und die Menschen um uns herum leben und nicht sterben wollen. Der Suizid zerreißt den Lebenskreis jäh und unmittelbar, und auf einmal ist nichts mehr so, wie es war. Symbolisch gesehen beginnt die Reparatur der entstandenen Kreisverletzungen.

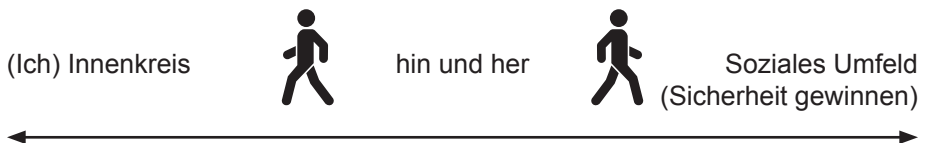
Bei Trauer reparieren wir wie folgt:



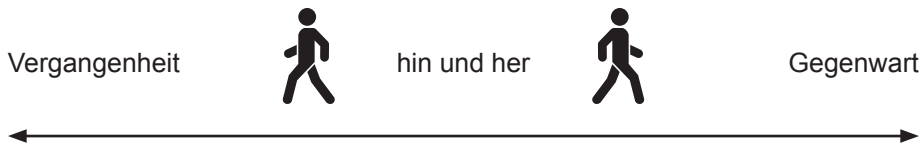
Dieses Hin- und Hergehen ist wie bei einem Teppich, den man webt, es repariert das entstandene Loch. Dieses Hin- und Hergehen braucht ein Hinterbliebener für sich so lange, wie es nötig ist, um die Situation zu begreifen und zu verarbeiten. Die Gegenbewegung ist die innere Reaktion auf das Ereignis.

Wie ein Angehöriger ums Leben gekommen ist, lässt uns innerlich darauf reagieren. War das Unglück ein Flugzeugabsturz, so ist erst einmal Angst da. Ein Flugzeug zu besteigen macht Angst und fällt schwer. Diese Angst lässt sich dann mit oder ohne Hilfe überwinden. Nach Verarbeitung läuft alles wieder „rund.“ Dieses reparierte Loch wird man wie eine Narbe lebenslänglich sehen und manchmal wird es dünn wie Eis, man droht einzubrechen.

Nach einem traumatischen Erlebnis reparieren wir wie folgt:



Die seelische Verletzung, die Lebensunsicherheit, der Halt, das Vertrauen in das Leben wird als erstes repariert, soweit es geht. Ist dieses Trauma durch das Miterleben eines Suizides entstanden, verzögert sich die Reparatur der Wahrnehmung und Verarbeitung der Trauer. Sie wird als untergeordnet ausgehalten, obwohl die Symptomatik zunimmt und es im besonderen Maße den Angehörigen schlecht geht. Angehörige ziehen sich besonders zurück, können nicht schlafen, haben ständig wiederkehrende Alpträume, Herzrasen, Schweißausbrüche und zunehmend körperliche Schmerzen. Dies ist eine schwerwiegende Zeit der seelischen Auseinandersetzungen.



Verzögert beginnt die Trauer. Vielen Betroffenen fehlt es an menschlichem Entgegenkommen und an Verständnis der Umgebung. Durch das verzögerte Auftreten der Trauer wird gesellschaftlich die Symptomatik nicht mehr verstanden und so manches Mal pathologisiert, oder sie werden als Verdränger bezeichnet. Dieses wiegt besonders schwer in einer Situation von tiefsitzendem Schock, Verunsicherung und vielen quälenden Fragen. Nun kann durch das Kennenlernen des Reizleitungssystems im Gehirn einmal dargestellt werden wie diese Reize im Gehirn verlaufen. Diese Darstellung kann das Verständnis fördern, warum es nach traumatischem Erleben zu Veränderungen in diesem System kommt, was wiederum zu den Symptomen führt.

Darstellung des Gehirns mit normalem Reizleitungssystem

Diese Darstellung (Abb.3) des Verlaufes der Reize im Gehirn zeigt an, wie wir normalerweise Reize aufnehmen und wie sie im Gehirn verarbeitet werden. Ein schwarzer Pfeil zeigt den Leitungsweg vom Auge in die Schaltzentrale (Thalamus) und das Bewertungszentrum für Angst, Aggression und Gefahr (Amygdala) an.

Darstellung des Gehirns mit normalem Reizleitungssystem

Die roten Pfeile geben die Verteilung aus der Amygdala im Gehirn wieder. Diese Hirnareale erhalten Reize und reagieren je nach Bewertung heftig oder weniger heftig.

Der grüne Weg gibt wieder, wie die Reize einmal die Bahn in der Hirnrinde nehmen, um mit Gedanken, Gefühlen, dem Sprachzentrum und Erinnerungen verknüpft zu werden, um eine Reaktion ausführen zu können.

Der Thalamus (Schaltzentrale) im Zusammenspiel mit der Gedächtniszentrale (Hippocampus) sowie der Amygdala bemüht sich um Synchronisation (blau).

Dieses feine, aufeinander abgestimmte, vernetzte Reizsystem verknüpft sich in einem unglaublichen Tempo. So haben wir schnell die Möglichkeit auf Erinnerungen zuzugreifen, die uns angemessen reagieren lassen.

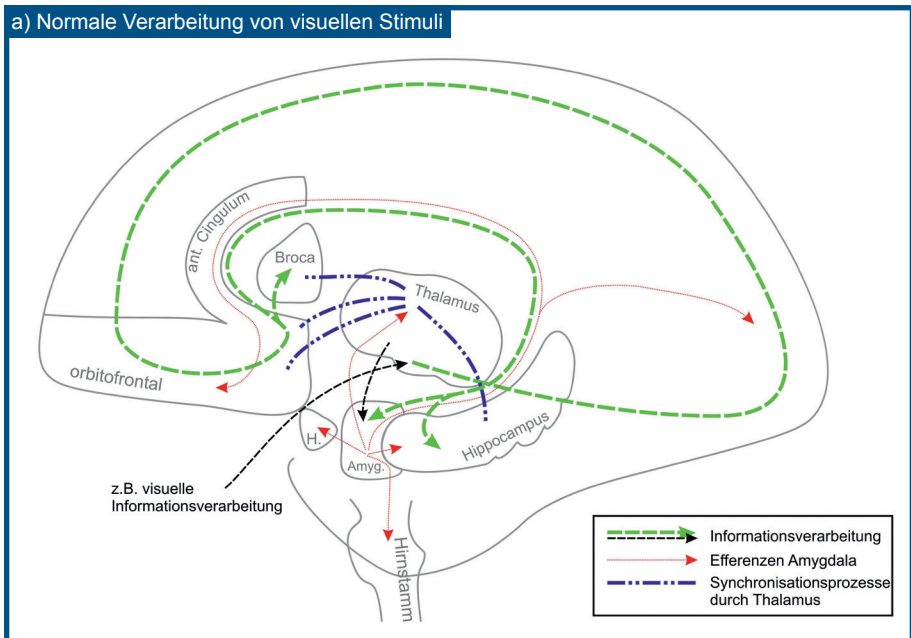


Abb. 3, © Dr. med. Alexander Jatzko

Darstellung der Reizleitungen im Gehirn bei Trauma

Während eines traumatischen Ereignisses verändert sich nun die Reizweiterleitung im Gehirn. Ein Reiz der Hilflosigkeit, des Ekels, der Scham und des Ausgeliefertseins blockiert die sofortige Beantwortung des Reizes. Es ist wie ein Suchen nach einer Lösung. Gleichzeitig ist aber eine schnelle Reaktion notwendig, da das Leben bedroht ist. Das führt zu einer Reizüberflutung. Die Amygdala ist hoch aktiviert und diese Vermittlung von Angst lässt einige Hirnareale herunterschalten, da sie untergeordnet sind.

Das Gedächtnis kann so schnell keine Antwort finden und einige Hirnareale schalten ab (bewusste Wahrnehmung, Gefühle, Sprachzentrum). Der grüne Weg zeigt an, dass eine neuronale Verknüpfung nicht stattfindet. Die Schalt-

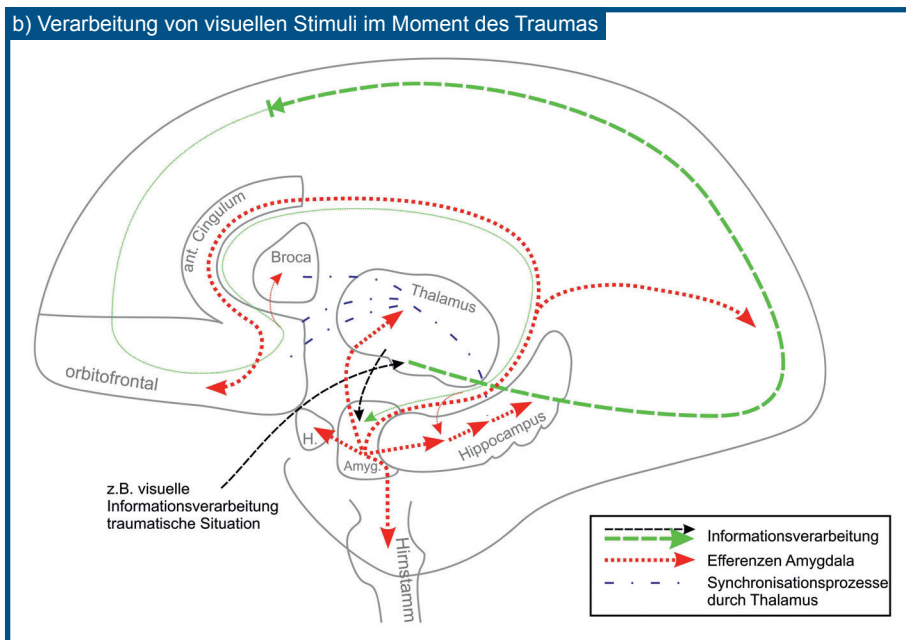


Abb. 4, © Dr. med. Alexander Jatzko

zentrale zusammen mit Gedächtnis kann nicht mehr synchronisieren. Alles, was zusammen mit der traumatischen Situation fragmentarisch wahrgenommen wird, wie Sinnesreize (Geruch, Geschmack, Bilder taktile Reize) wird nun separat im Gehirn abgespeichert. Die normale Vernetzung aller Hirnareale ist durch die Inaktivität der Hirnrinde nicht gegeben.

Bei zu hoher Aktivierung kann Information nicht räumlich und zeitlich positioniert werden. Bruchstücke haben isolierte Existenz, ohne integriert zu werden. Einmalige intensive Stimulation der Amygdala bedingt dauerhafte Veränderung der neuronalen Erregbarkeit. Die Amygdala ist sehr schnell, aber dafür ungenau. Ihre Reaktion ist nun schneller auf gefährdende Reize, die dem traumatischen Reiz ähnlich sind. Die Amygdala kann nicht vergessen (LeDoux, 1991) (wie in der Matratze der seelischen Belastbarkeit beschrieben die defekte Feder).

Nach einem Trauma-Erlebnis ist die Kontrolle der Emotionen sowie der Affekte gestört und suizidale Impulse können schlecht und manchmal gar nicht beherrscht werden. Sind suizidale Impulse innerlich vorhanden, kann so ein vollendeter Suizid eines bekannten Menschen ein Vorbild sein und senkt die Schranke, diese Impulse zu beherrschen. Die Gefahr, einen Suizid umzusetzen, vergrößert sich.

Das Gedächtnis bei PTBS

Nach einem traumatischen Erlebnis ist das Gedächtnis dissoziiert (abgespalten), und nur somatosensorische Intrusionen (Herzklopfen, Schweißausbrüche, Unruhe, Ängstlichkeit, starke Übererregung und plötzlich innere Bilder) sind vorhanden. Die Geschichte kann nur selten oder gar nicht wiedergegeben werden. Der Grund dafür ist die Abspaltung und die separate Abspeicherung. Da auch das Broca-Zentrum (Sprachzentrum) nicht mit vernetzt ist, können schwer und manchmal gar nicht die richtigen Worte gefunden werden. Menschen, die einmal gestottert haben oder stottern, tun dieses erneut, mitunter sehr heftig. Die mangelhafte Vernetzung traumatischer Erlebnisse verhindert die Verarbeitung in den höheren kognitiven Zentren.

Wenn die bewusste Wahrnehmung wieder vernetzt ist, kann die Kontrolle über das Trauma erreicht werden.

Wenn wir diese Veränderungen sehen, die durch ein traumatisches Erleben entstanden sind und die normale Verarbeitung blockieren, sie erschweren, ja manchmal sogar verhindern, kann man sich vorstellen, wie schwer die seelische Arbeit ist, um für diese vielen neu erlebten Symptome und angestoßenen Fragen Antworten zu finden. Die Verarbeitung und das Wahrnehmen nach einem Suizid werden erschwert durch die Tatsache, dass dieser Mensch seinen Tod selbst herbeigeführt hat.

Manche Hinterbliebene können und wollen das nicht wahrhaben. Durch die Blockierung der Gefühlswelt entsteht ein Nicht-Wahrnehmen-Können. Für viele ist es sehr schwierig und dauert lange, bis sie begreifen, dass der Suizid wirklich geschehen ist. Haben Angehörige dieses miterlebt oder den Angehörigen gefunden und sie sind dabei traumatisiert worden, wirkt die Abspaltung durch das Trauma noch erschwerend, um diese Wahrheiten und Tatsachen wahrnehmen zu können.

Für Hinterbliebene beginnt ein sehr schmerzhafter Prozess des Wahrnehmens und Begreifens, was durchaus auch für manche eine Überforderung darstellt.

Zusammenfassung neurobiologischer Befunde bei PTBS

- Die generelle Informationsverarbeitung im Gehirn ist verändert.
- Alles wird nun daraufhin abgeglichen, ob die Situation potentiell gefährlich ist.
- Auf zukünftige gefährliche Reize (Stimuli) wird überreagiert.
- Normale Stimuli können nur mit größeren Anstrengungen adäquat beantwortet werden.
- Traumatisierte fühlen sich wie abgestumpft. Es gibt eine verminderte Emotionalität.
- Die Umgebung wird ständig beobachtet, ob gefährliche Situationen vorhanden sind.
- Traumatisierten Menschen fällt es zeitweise schwer, innere Vorgänge in Worte zu fassen.

Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung

Nachfolgend werden nun die wichtigsten Symptome, die durch ein traumatisches Erlebnis entstehen, beschrieben. Durch diese Auflistung der verschiedenen Symptome können Sie die weitreichende Veränderung kennenlernen und gegebenenfalls mit eigenem Empfinden abgleichen.

GEFÜHL DER GEFAHR

Die unmittelbarste Reaktion nach einem traumatischen Erlebnis ist das Gefühl, dass Gefahr droht. Man hat Angst oder macht sich Sorgen. Nach einem traumatischen Erlebnis wird das Gefühl, dass Gefahr droht, vor allem auf drei Weisen erlebt:

1. durch ungewolltes Wiedererleben von Teilen des traumatischen Ereignisses,
2. durch körperliche Unruhe, Schreckhaftigkeit und erhöhte Wachsamkeit,
3. durch ein häufig langanhaltendes Bangegefühl.

Das Gefühl der Gefahr hat zwei Quellen. Zum einen ist es eine direkte Folge davon, dass man selbst oder andere Personen einer gefährlichen oder lebensbedrohlichen Situation ausgesetzt waren. Wenn bestimmte Auslöser oder Reize an das traumatische Erlebnis erinnern, wird man automatisch das Gefühl der Gefahr bekommen, und zum Beispiel wieder innere bruchstückhafte Bilder von dem Ereignis vor sich sehen oder entsprechende körperliche Reaktionen bekommen. Bei manchen Reizen ist dieses offensichtlich, weil sie stark an das ursprüngliche traumatische Ereignis erinnern, z. B. wenn man an den Ort zurückkehrt, an dem das Trauma geschah.

Andere jedoch mögen unsinnig erscheinen und erinnern nur entfernt oder vage oder gar nicht an das traumatische Erleben, z. B. das Aufblitzen einer bestimmten Farbe, oder ein bestimmter Geruch, oder ein ähnliches Geräusch, Lichtveränderungen oder eine Temperaturveränderung. Solche Reize sind oft schwer als Auslöser von Erinnerungen zu erkennen, und die Erinnerung, die körperliche Erregung oder die Angstgefühle scheinen aus heiterem Himmel

zu kommen. Wenn man die Auslöser erst einmal erkannt hat, kann man die eigene automatische Reaktion viel besser verstehen, um sie zu beherrschen bzw. aushalten zu lernen.

Zum anderen entsteht das Gefühl von Gefahr dadurch, dass viele Menschen die Welt nach einem Trauma anders wahrnehmen. Sie haben ein verändertes Gefühl davon, was sicher ist und was nicht. Es dauert oft einige Zeit, ehe sie sich wieder sicher fühlen. So haben auch Sie das Gefühl, dass das Leben voller Gefahren ist, und dass man nie weiß, wann wieder ein Unglück passiert. Es bleibt eine innere Bereitschaft, ständig „auf der Hut zu sein.“

WIEDERERLEBEN

Nach einem Trauma erleben Menschen oft einzelne Teile des traumatischen Erlebnisses immer wieder. So kommen ihnen vielleicht plötzlich unerwartet Bilder, Geräusche und Gerüche aus dem Ereignis in den Kopf, oder spüren die gleichen körperlichen Symptome – vielleicht zittern sogar die Hände oder Beine. Oder sie haben die gleichen Gedanken, die sie während des traumatischen Erlebnisses auch hatten.

Manchmal ist das Wiedererleben so heftig und genau und lebendig, dass sie das Gefühl haben, sie müssten dieses noch einmal durchleben. Vielleicht kommen die bedrohlichen Gefühle oder Bilder in den Träumen wieder, es kommen Alpträume mit heftigen Schweißausbrüchen und stören die Nachtruhe. Dieses Wiedererleben kommt, wann es will. Sie werden spüren, dass Sie darüber keine Kontrolle haben. Dieses kann bei Tag und bei Nacht passieren. Das Erlebnis ist manchmal nur bruchstückhaft im Bewusstsein gespeichert. Die Speicherung und der Versuch der inneren Welt, all das Erlebte in die Erinnerung zu holen, ist anders als bei normalen Belastungen und Erlebnissen.

Aus diesem Grunde helfen auch die normal üblichen, erlernten Bewältigungsmechanismen nicht. Hier müssen neue Wege gelernt werden.

Das Wiedererleben wird weniger lebhaft und seltener, wenn das Erlebte durchgesprochen werden kann und mit dem Einordnen und Bewerten der Erinnerungen beginnt eine Integration in die Lebensgeschichte.

KÖRPERLICHE ERREGUNGEN

Eine weitere häufige Reaktion auf ein Trauma ist eine körperliche Erregung, mit Nervosität, erhöhter Wachsamkeit, Zittern, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit oder Schlafstörungen, plötzlichen Kopfschmerzen, Herzklopfen oder ein Druckempfinden in der Brust. Die inneren Bilder mit diesen körperlichen Symptomen können dazu führen, dass traumatisierte Menschen schlecht einschlafen. Wenn sie dann übermüdet eingeschlafen sind, wachen viele nach zwei bis drei Stunden wieder auf, sind müde und doch wach und eine „Gedankenmühle“ im Kopf beginnt. Auch können immer wieder Alpträume vorkommen.

Durch diese ständige Anspannung bekommen sie keine Erholung im Schlaf. Es entsteht langsam Reizbarkeit als Ausdruck verminderter Belastbarkeit und so manches Mal werden sie sich ungeduldig erleben, besonders im Kreise der Familie.

Hier ist es hilfreich für zwei bis drei Wochen ein kurz wirksames Schlafmittel zu nehmen, einmal um einen kurzen erholsamen Schlaf einzuleiten, und um die manchmal beginnende Furcht vor dem Schlafengehen und den Alpträumen abzubauen.

Der Körper befindet sich ständig noch in Alarmbereitschaft, obwohl dieses nun nicht mehr nötig ist. Traumatisierte Menschen müssen der inneren Welt erst wieder beibringen, dass diese Gefahr vorüber ist.

Besonders vermehrte Erregung wird spürbar, wenn Situationen, Menschen oder Reize auftauchen, die an das traumatische Erlebnis erinnern.

VERMEIDUNG

Das Gefühl der Gefahr, das Wiedererleben von inneren Bildern des Traumas und die körperlichen Reaktionen sind belastend. Deswegen versuchen viele Menschen sie dadurch in den Griff zu bekommen, dass sie alles vermeiden, was an das traumatische Erlebnis erinnern könnte (z. B. Orte, Personen, Fernsehsendungen) oder sie versuchen, nicht daran zu denken. Viele bemühen sich, diese Erinnerungen und Gedanken, die mit dem Trauma verbunden sind, zu unterdrücken oder zu vermeiden.

Andere versuchen mit diesen schmerzhaften Gefühlen und Gedanken an das Trauma dadurch fertig zu werden, indem sie ihre Gefühle (z. B. mit Alkohol) zu betäuben versuchen. Die Vermeidung ist ein Weg, um sich vor Dingen zu schützen, die jetzt gefährlich erscheinen und die übermäßig beeinträchtigen. Vermeidung ist oft ein gutes Mittel, um kurzfristig die Belastung zu verringern. Wenn sie funktioniert, reduziert die Vermeidung unangenehme Gefühle. Dafür ist ein sicherer Ort bzw. eine schützende Umwelt nötig.

Langfristig gesehen ist diese Strategie nicht hilfreich, um ein Trauma zu integrieren und zu bewältigen. Erstens ist es schwer, die eigenen Gedanken und Gefühle ganz und gar zu vermeiden. Sie kehren immer wieder zurück, besonders in den Situationen, wo man sich entspannen möchte. Es kann eine ständige Beschäftigung mit der Unterdrückung dieser Gedanken und Gefühle entstehen. Zweitens kommen im späteren Leben die erlittenen Traumata ins Bewusstsein. Dadurch kann erneut heftiges Leid ausgelöst werden.

GEFÜHLSTAUBHEIT/ NIEDERGESCHLAGENHEIT

Manche Menschen fühlen sich unwirklich oder wie losgelöst von ihrer Umgebung, wenn sie an das traumatische Ereignis erinnert werden.

Eine solche Gefühlstäubheit kann zum Beispiel dazu führen, dass man sich von den Menschen, die einem nahestehen, entfremdet fühlt. Viele Menschen spüren, dass diese vertrauten Personen nicht verstehen können, was die Betroffenen durchgemacht haben, weil sie es nicht selbst erlebt haben. Dieses spricht für die Außergewöhnlichkeit des Erlebnisses.

Weitere übliche Reaktionen auf ein traumatisches Erlebnis sind Niedergeschlagenheit, Traurigkeit oder Depression.

Häufiges Weinen und das Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung treten vermehrt auf. Der Verlust von Hoffnung, Interesse und Freude an anderen Menschen und an den bekannten Aktivitäten, die sonst Freude gemacht hatten, ist eine normale Folge des traumatischen Erlebnisses.

Nichts macht mehr Spaß, das Leben erscheint nicht mehr lebenswert und die Zukunftspläne scheinen nicht mehr sinnvoll, wichtig und richtig zu sein.

Verbunden mit dem Gefühl der Gefühlstaubheit und Niedergeschlagenheit geben viele Menschen nach einem traumatischen Erlebnis Beziehungen zu anderen Menschen oder früher bedeutsame Aktivitäten auf.

KONZENTRATIONSSCHWIERIGKEITEN

Viele Betroffene haben nach einem traumatischen Erlebnis Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren. Dies ist auch eine übliche Reaktion auf ein traumatisches Erlebnis. Es ist frustrierend und beunruhigend, wenn man sich nicht darauf konzentrieren kann, was um einen herum geschieht.

Dieser Konzentrationsmangel ist Ausdruck einer traumatischen Netzwerkstörung der Nervenleitungen im Gehirn. Ebenfalls kostet es viel Kraft und Konzentration, die Erinnerung an das Ereignis ständig aus dem Kopf zu drängen. Je mehr das traumatische Ereignis integriert worden ist, desto mehr kehrt die Konzentration wieder zurück.

KONTROLLVERLUST

Die meisten Menschen hatten während des traumatischen Erlebnisses das Gefühl, dass sie überhaupt nichts tun konnten, um das Schlimmste zu verhindern. Viele empfinden, dass sie jegliche Kontrolle über ihre Gefühle, ihren Körper, ihre körperliche Sicherheit oder über ihr Leben verloren haben. Diese neue Erfahrung ist nun mit diesem Ereignis zusammen im Gehirn als dauerhafte Warnung gespeichert. Das Gefühl des Kontrollverlustes kann so intensiv sein, dass Befürchtungen, wie: „ich werde verrückt, oder ich drehe durch“ entstehen.

Hinzu kommt noch, dass die Gedanken und Gefühle ungewollt auftreten können. Dies verstärkt das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren. Wenn die Gedanken und Gefühle mit Gewalt unterdrückt werden, können sie überraschend und heftig auftreten und das Gefühl des Kontrollverlustes verstärken („ich fühle mich diesen Gedanken ausgeliefert“).

SCHULD- UND SCHAMGEFÜHL

In den Wochen nach einem traumatischen Erlebnis kommt es vor, dass Menschen immer wieder darüber nachdenken, was passiert ist und wie sie den Verlauf der

Dinge hätten beeinflussen können. Viele machen sich Vorwürfe, dass sie bestimmte Dinge getan oder nicht getan haben, oder dass sie anders hätten reagieren sollen. Das ist mit Schuld- oder Schamgefühl verbunden. Es ist so, als versuchen die Gedanken nach dem Ereignis das Ausgeliefertsein verändern zu wollen. So manche eigene Reaktion erscheint einem als fremd und unverständlich.

Viele machen sich auch Vorwürfe, dass sie so ein traumatisches Ereignis noch nicht überstanden haben. Sie betrachten es als persönliche Schwäche oder Unzulänglichkeit und nicht als normale menschliche Reaktion auf ein unnormales Ereignis.

Leider tragen Verwandte, Bekannte, Kollegen und Vorgesetzte häufig zu solchen Selbstvorwürfen bei. Es passiert doch immer wieder, dass einem Opfer die Mitschuld gegeben wird und nicht dem Täter. Oder sie machen den Vorschlag, man müsse sich nur zusammenreißen und das Ganze einfach vergessen.

Selbstvorwürfe verstärken das geringe Selbstwertgefühl und hemmen die Auseinandersetzung mit dem traumatischen Erleben.

ÄRGER

Eine weitere verbreitete Reaktion auf ein Trauma ist der Ärger. Dieser bezieht sich oft auf die Personen, die verantwortlich dafür sind, dass man verletzt, missbraucht oder in seinem Leben beeinträchtigt wurde. Ärger kann auch ausgelöst werden, wenn man durch bestimmte Personen oder Situationen an das Trauma erinnert wird, auch wenn diese nichts damit zu tun haben.

So bemerken viele, dass nahestehende Personen (Ehepartner, Familie, Kinder, Freunde) sie ärgerlich machen. Manchmal haben sie auch Wutausbrüche gegenüber den Menschen, die ihnen am meisten etwas bedeuten. Das ist verwirrend: warum ist man so ärgerlich auf diejenigen, die man gerne hat? Dies liegt teilweise daran, dass man sich durch das Trauma in einem Zustand hoher Erregung befindet und deswegen nicht mehr belastbar ist und gelassen reagieren kann. Auch kann es sein, dass man im Umgang mit nahestehenden Personen Gefühle von Abhängigkeit, Verletzlichkeit und Hilflosigkeit erlebt, die einen an das Trauma erinnern und deswegen ärgerlich machen. Häufig kommt noch das Gefühl hinzu, von der Familie nicht ver-

standen zu werden. Manchmal kommt es sogar vor, dass man sich so ärgerlich fühlt, dass man laut fluchen oder um sich schlagen könnte. Wer das nicht von sich kennt, kommt sich fremd vor und weiß auch nicht, wie man mit diesem Ärger umgehen soll. Hier ist es wichtig zu wissen, dass dieser Ärger eine normale Reaktion ist und mit der Zeit und mit Hilfe auch wieder zurückgehen wird.

Teilweise hängt der Ärger auch damit zusammen, dass man sich dagegen auflehnt, und es unfair findet, dass man das Trauma erlebt hat und andere eventuell besser weggekommen sind.

SELBSTBILD

Traumatische Erlebnisse können zu negativen Veränderungen im Selbstbild führen. Sowohl das traumatische Erlebnis als auch die darauffolgenden Gefühle können Anlass für Selbstkritik und Selbstzweifel sein. Viele Menschen sagen: „Nichts ist, wie es einmal war! Vor dem Trauma wurde ich mit allen Belastungen des Alltags fertig, heute kann ich mit kleinen Belastungen nicht mehr umgehen und habe schnell Angst.“ Es ist wichtig diese Wahrnehmungen im Gespräch zu klären, um neue Einstellungen zu gewinnen.

MISSTRAUEN

Nach einem traumatischen Erlebnis fühlen viele Menschen Misstrauen gegenüber Menschen und der Welt. Die Welt, die vorher sicher erschien, ist plötzlich gefährlich und unsicher geworden. Es wird nun ständig aufgepasst, die Kontrolle für sich zu behalten und diese nicht zu verlieren. Hier sind vertrauensvolle Gespräche hilfreich, um Vertrauen wieder zu gewinnen.

ERINNERUNGEN AN DIE VERGANGENHEIT

Schließlich kann ein traumatisches Erlebnis auch Erinnerungen an ähnliche Ereignisse in der Vergangenheit hervorrufen. So erinnert man sich plötzlich wieder lebhaft an Geschehnisse, die man schon vergessen oder hinter sich gelassen glaubte, die ebenso erschütternd sein können, wie das vor kurzem erlittene Trauma. Was einen während des Traumas an diese früheren Erlebnisse erinnert, können ähnliche Eindrücke und Empfindungen (Geräusch, Geruch, Geschmack, Hitze oder Kälte), oder ähnliche Bedeutungen der Situation (z. B. bei denen man

sich verletzlich, ausgeliefert, hilflos oder in Lebensgefahr wähnte) sein. Dieses neu Erlebte scheint in unserem Gehirn den dafür zuständigen Speicher zu öffnen und alles „Alte“ kann wieder erlebt werden.

SCHLUSSFOLGERUNG

Gefühle, Gedanken und körperliche Reaktionen, die empfunden werden, sind normale Reaktionen auf ein traumatisches Erleben. Sie stellen eine natürliche instinktive Reaktion auf eine Lebensbedrohung dar.

(Entwickelt von Prof. Dr. Anke Ehlers, 1999, verändert und erweitert S. Jatzko, H. Jatzko 2000)

Trauer nach DSM

Der Verlust einer nahestehenden Person hat in der Regel einen normalen und nicht pathologisch verlaufenden Trauerprozess zur Folge. Die Reaktionen auf einen Verlust können sowohl kulturell als auch individuell sehr unterschiedlich erlebt werden und nur ein kleiner Teil der Trauernden zeigt eine pathologische Symptomatik, welche zu einer Einschränkung in sozialen und anderen wichtigen Lebensbereichen führt.

Die Aufhebung der Trauer als Exklusionskriterium bei der Depression im DSM-5 hat eine kritische Diskussion initiiert. Für die neue Ausgabe der ICD-11 wird aktuell die Aufnahme der langanhaltenden Trauer als eigenständiges Krankheitsbild geplant, welches sich von der Depression, posttraumatischen Belastungsstörung oder Anpassungsstörung unterscheidet. Ab wann ist Trauer eine psychische Erkrankung? Inwieweit unterscheiden sich normale von pathologischen Trauerverläufen?

Während man sich auf der einen Seite uneinig ist, inwieweit sich eine pathologische Trauerreaktion von einer normalen Trauer abgrenzt, zeigt die mühevolle Suche nach einem Terminus für einen nicht normalen Trauerverlauf, wie schwierig es ist, die Diagnose in richtige Begrifflichkeiten zu fassen.

Es sind sich die meisten darüber einig, dass es betroffene Trauernde gibt, welche selbst nach vielen Jahren nach wie vor in ihrer intensiven Trauersymp-

tomatik verhaftet sind. Häufig sind dies Patienten, welche schon vor dem Tod eine konfliktreiche Beziehung zur verstorbenen Person aufzeigten oder bei denen unverarbeitete traumatische Aspekte eine graduelle Trauerverarbeitung verhinderten. Für diese Patienten ist es wichtig, geeignete Messinstrumente und verbesserte Behandlungsoptionen zu entwickeln. Der aktuelle Forschungsstand zeigt allerdings auch die Lücken auf, für die es noch weiteren Forschungsbedarf gibt. Dies betrifft insbesondere das Zeitkriterium von sechs bis zwölf Monaten und die Normierung von normaler Trauer abhängig vom soziokulturellen Hintergrund.

(Prof Dr. Birgit Wagner: Wann ist Trauer eine psychische Erkrankung, Psychotherapeuten Journal 3/2016)

ZEITEN DER TRAUER NACH DSM DSM (DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDER)

DSM – 3 (1980)	1 Jahr
DSM – 4 (2000)	2 Monate
DSM – 5 (2014)	2 Wochen

Keine festen Grenzen zwischen Trauer und Depression
Über zwei Wochen = Depression

Prolongierte Trauer, d.h. über ein Jahr
Ca. 15% der deutschen leiden darunter.

Reaktionen der Trauer

Einige der häufigsten Reaktionen auf Trauer sind:

- **Im Verhalten:** sozialer Rückzug, Intoleranz gegenüber anderen Menschen, Reizbarkeit, Verlust des Interesses an anderen Menschen und Aktivitäten, Weinen, Unruhe
- **Kognitiv:** Verwirrung, Vergesslichkeit, rasende Gedanken, schlechte Konzentration, Entscheidungsschwäche, Gefühl der Unwirklichkeit, Taubheit, Alpträume, manchmal bedrohliche Gedanken

- **Emotional:** Schock, Unglauben, Traurigkeit, Verzweiflung, Scham, Schuld, Versagen (dass man es nicht verhindern konnte), Taubheit, Angst, Furcht, Reue, Wut, Hilflosigkeit, Suizidgefährdung, Gefühl der Verlassenheit, Gefühl von Ablehnung, Wut auf die Person, die Suizid begangen hat
- **Körperlich:** veränderter Appetit, veränderter Schlafrhythmus, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Kältegefühl
- **Geistig:** Sinnverlust, Orientierungslosigkeit, ständig das Bedürfnis einen Sinn zu finden, das Geschehen zu begreifen, Hinterfragen des Glaubens beziehungsweise der Überzeugungen, Wunsch nach Verständnis, Hinterfragen des bisherigen Lebens und der eigenen Wertvorstellungen

Trauerverarbeitung

Wenn man eine Todesnachricht hört, ohne zu sehen, wo und wie es geschah, müssen in der Vorstellung Hirnareale koordiniert aktiv sein, um sich Dinge vorstellen zu können.

Schockphase (wird mit Trauma Dissoziation häufig gleichgesetzt):

- Als Schutz vor der Gefühlsüberflutung werden diese Zentren massiv gehemmt. Es geschieht keine Fehlverarbeitung wie bei Trauma. Die Natur ermöglicht dem Betroffenen so, dosiert mit den belastenden vielfältigen Gefühlen umzugehen.
- Gefühle sind unterdrückt, um anderen helfen zu können, um Pflichten zu erfüllen, um äußere Anforderungen beantworten zu können.

Kontrollierte Phase

(alles läuft ohne Emotionen, als wäre es im Film; eine Blockierung der Gefühlswahrnehmung, die nach und nach wieder ins Bewusstsein kommt):

- Dieser Zeitabschnitt kann positiv sowie negativ sein, aber es geschieht ohne Einfluss nehmen zu können.
- Die gefühlsmäßigen Reaktionen beginnen erst später bis sehr viel später.

Regressionsphase:

- In der Phase der Adaption können die Gedächtnisspuren neu verknüpft werden.

Komplizierte Trauer – PTBS

Wenn einem Menschen die Nachricht überbracht wird, dass ein Angehöriger durch einen Suizid ums Leben gekommen ist, nimmt er diese Nachricht über das Gehör auf. Je nach Veranlagung reagieren Betroffene unterschiedlich. Bei vielen erleben wir zuerst einen seelischen Schock. Man ist gleichsam starr vor Schreck - eine der schwersten Belastungen, die eine Belastungsreaktion zur Folge hat. Die innere Welt erlebt eine Überflutung und reagiert mit einer Gefühls-taubheit, oder mit motorischer Unruhe bis hin zum Raptus (Zerstörungswut). Für den unter Schock stehenden Menschen benötigt es nun Zeit und Beistand, um die blockierten Gefühle und Gedanken einzuordnen. Das geschieht in einem Prozess des langsamen Zulassens. Da dieses kein Trauma ist, bleiben keine Reizleitungsveränderungen des Gehirns zurück.

Um sich ein Bild zu machen von dem, was die Verstorbenen erlitten haben, und oder auch dem Wunsch, Nähe zum Verstorbenen zu spüren, entsteht ein Sog, an den Ort des Geschehens zu gehen. Unsere Seele möchte das Geschehene

Differentialdiagnose: Komplizierte Trauer – PTBS

	Komplizierte Trauer	PTBS
Angstreaktion	Trennungsangst in Bezug auf die verstorbene Person Zukunftsangst ohne die verstorbene Person	Angst in Bezug auf das traumatische Ereignis und durch Erinnerungen an das Trauma
Sicherheitsgefühl	Normalerweise nicht beeinträchtigt	Häufig stark beeinträchtigt
Traurigkeit	Häufige und tiefe Traurigkeit	Kein wichtiges Merkmal
Entsetzen, Horror	Kann bei traumatischen Todesfällen erfüllt sein	Muss als Traumakriterium erfüllt sein
Sehnen, Verlangen	Häufig stark vorhanden Sehnen nach der verstorbenen Person Starker Wunsch, dass die verstorbene Person zurückkehrt	Nicht vorhanden
Intrusionen	Negative, als auch positive In der Regel Intrusionen von der verstorbenen Person	Negative Intrusionen in Bezug auf das traumatische Ereignis
Vermeidung	Personen, Orte, Gespräche, die mit der verstorbenen Person in Verbindung stehen, werden vermieden; Vermeiden von Triggern, die an das Fehlen der verstorbenen Person erinnern	Personen, Orte, Gespräche, die an das traumatische Ereignis erinnern, werden vermieden
Trennungsangst	Wichtiges Symptom	Nicht vorhanden

Abb. 5 Hansjörg Znoj, Universität Bern

nachvollziehen können. Das Sehen ist unsere wichtigste Wahrnehmungsebene, und hierüber nehmen wir die Realität auf. Diese Bilder beginnen dem Gefühlslieben die bittere Wahrheit zu vermitteln, um den inneren Widerstand, der das alles gar nicht wahrhaben will, zu überwinden. Die eigenen Phantasiebilder werden oft als viel schlimmer empfunden. Sind die Angehörigen jedoch vermisst, dann können die Augen diese Bilder nicht aufnehmen, und der innere Widerstand des „Nicht-Wahrhaben-Wollens“ kämpft mit dem Gefühl, „dass es wohl doch wahr ist“. Daraus entsteht die Kompromisslösung „Vermisstenstatus“. Diesen Status können wir heute noch auf den Kriegsdenkmälern sehen, wo die Vermissten separat nach den Gefallenen genannt werden.

Die Zeit nach dem Verlust eines nahen Angehörigen ist eine sehr außergewöhnliche Zeit. Viele Angehörige bestätigen mysteriöse Begegnungen. Sie erleben besondere Situationen, die im Zusammenhang mit dem Verstorbenen so gedeutet werden und Signale in sich verbergen. Angehörige nach einem Suizid empfinden häufig eine Schuld und versuchen herauszufinden, wann und wo sie diese Situation hätten wahrnehmen müssen. Der Trauernde fühlt sich aufgehoben und kann den eigenen Trauerprozess eher annehmen, wenn die Unterstützung der Angehörigen warm und achtend ist, nicht frömmelnd-überstülpend oder bewertend und besserwissend, was nun gut für den Trauernden sei.

Ist der Angehörige jedoch traumatisiert, ist dieser normale Ablauf einer Trauerverarbeitung verändert. Über einen längeren Zeitraum können Trauergefühle nicht wahrgenommen werden. Der Ort, an dem das Trauma entstanden war, konnte nicht aufgesucht werden, da die Symptome des Traumas erneut aktualisiert wurden. Die generelle Informationsverarbeitung der Reize im Gehirn ist verändert. Es ist eine permanente Überreaktion auf potenzielle gefährliche Stimuli und löst große Angst mit Zittern sowie Schweißausbrüchen aus. Die Emotionen wie Trauer, Schuld und Scham sind vermindert. Der Angehörige ist ständig unter Spannung und überprüft die Umgebung auf Gefahr. Die inneren Zustände können nicht richtig ausgedrückt werden. So entwickelt sich ein Konflikt zwischen Wunsch nach Nähe zum Verstorbenen am Ort des Geschehens und der eigenen Vermeidung, Flashbacks erleben zu müssen.

Durch eine Traumatherapie und das Erlangen der Kontrolle über die Reizauslöser und Flashbacks kann zum Beispiel der Unglücksort aufgesucht werden. Das Trauergefühl wird nun eher gespürt und damit die Trauerverarbeitung eingeleitet.

Die Abbildung 5 beschreibt Gefühle, die der komplizierten Trauer oder der PTBS zugeordnet werden, um die Störungsbilder differenzieren zu können. Da häufig ähnliche Symptome in einer akuten Belastungsreaktion auftreten, differenziert sich erst nach zwei bis drei Wochen diese Symptomatik. So ist zum Beispiel nach sehr schlimmen Ereignissen grundsätzlich Angst eine normale Reaktion. Diese Angst klingt nach zwei bis drei Wochen langsam ab. War das Ereignis aber traumatisierend, so klingt diese Angst nicht ab. Sie ist immer wieder bei Auslösern oder in Träumen mit heftigen körperlichen Symptomen vorhanden und kann fast gar nicht gesteuert werden.

Besondere Charakteristika bei Trauerreaktionen von Suizidangehörigen (Jordan 2000)

	Verhalten
Traueraspekte	<ul style="list-style-type: none">Unverständnis bezüglich der Motivation des SuizidentenEigene Schuldzuschreibung und VersagenMitverantwortung am Tod durch KonflikteGefühl der VermeidbarkeitSchuldgefühleSelbstvorwürfeSchwierigkeiten einer Sinnfrage
Soziales Netzwerk	<ul style="list-style-type: none">Sozialer Rückzug durch AndereSuizidangehörige werden durch Andere negativ wahrgenommenStigmatisierung durch AndereSelbststigmatisierungErhalten weniger soziale UnterstützungErfragen seltener soziale UnterstützungSozialer Rückzug aus Schamgefühlen
Familiensystem	<ul style="list-style-type: none">Grössere emotionale Distanz zu anderen FamilienmitgliedernDysfunktionale KommunikationsmusterSuizid wird als Familiengeheimnis behandeltSchuldzuweisungenGestörte RollenzuteilungenDestabilisierung der FamilienkohäsionHöhere Gefahr für weitere SuizideFamilie war vor dem Suizid bereits dysfunktional und belastet

Abb. 6 Prof. Dr. med. Heinz Böker Universität Zürich

Was wäre gewesen, wenn...? Mit dieser Frage im Kopf spielen Hinterbliebene die verschiedensten Szenarien und Möglichkeiten durch. „Wenn ich so oder so gehandelt hätte, dann wäre er/sie vielleicht noch am Leben...?“ Diese Gedanken sind einerseits sehr quälend, sie haben aber auch den Effekt, Hinterbliebene vor der Wucht und der Endgültigkeit ihres Verlusts noch etwas zu schützen. Sie machen den Suizid in der Vorstellung noch einmal ungeschehen und halten ihn so ein wenig fern.

Schuldgefühle können sehr lange anhalten. Bei manchen Menschen führen sie zu großen Einschränkungen der eigenen Lebensqualität. Sie meinen dann, keine Freude empfinden zu dürfen und das Leiden verdient zu haben. Auch Tendenzen zur Selbstbestrafung sind keine Seltenheit.

Da nach einem Trauma Schuld und Scham besonders heftig als Traumafolge erlebt wird, sind durch den Suizid eines Angehörigen diese Gefühle von Schuld und Scham manchmal schwer auszuhalten. Die separat abgespeicherten Traumaintrusionen erschweren die Steuerung dieser Wahrnehmungen. Erst nachdem diese Gefühle im normalen Netzwerk des Gehirns integriert wurden, kann sich die Heftigkeit dieses Gefühls vermindern (z. B., was „Schuld“ in diesem Zusammenhang bedeutet und wofür sie bei den Betroffenen steht). Sich mit diesem Gefühl auseinandersetzen und die Schuld Schritt für Schritt vermindern.

Es ist nicht ungewöhnlich, nach dem Suizid eines nahe stehenden Menschen selbst suizidal zu werden. Der Grund dafür ist häufig eine Mischung aus unerträglichem Leid, Hilfslosigkeit, dem meist unbewussten Wunsch nach Selbstbestrafung und dem Wunsch, dem Verstorbenen nahe zu sein. Zum Glück kommt es nicht sehr häufig zu suizidalen Handlungen Hinterbliebener. Angehörige von Suizidenten gelten allerdings grundsätzlich als Risikogruppe für einen Suizid.

(Zitat aus: Das Erbe des Suizids von Mag. Regina Seibl,
Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention www.suizidpraevention.at)

Wann gehen traumatisierte Betroffene zur Therapie?

Viele Menschen fühlen sich nach einem psychischen Trauma verändert und sind häufig hierüber frustriert. Sie sind ängstlicher und schreckhafter geworden, haben das Gefühl, dass wieder etwas passieren könnte. Sie sind schneller überfordert und reagieren häufig impulsiver und aggressiver. Somit wird das Leben anstrengender, die Betroffenen können häufig nicht mehr richtig differenzieren, was wichtig und was nicht wichtig ist. Alltagsaktivitäten werden immer anstrengender. Da auch die Angehörigen mit diesen Veränderungen häufig nicht zurechtkommen, fühlt sich der Betroffene oft nicht mehr verstanden. Somit nehmen insgesamt die psychischen Belastungen zu. Dennoch wird häufig diese Veränderung als kurzzeitiger Übergang erlebt und Betroffene glauben, allein damit fertig zu werden. Da gerade am Anfang für diese Menschen nicht klar ist, 1. warum sie so reagieren, 2. worauf sie reagieren und 3. wie sie ihre Emotionen wieder unter Kontrolle bringen können, besteht hier die Gefahr der Generalisierung, auf alle möglichen potenziell gefährlichen Situationen mit Flucht, Starre oder Ohnmacht zu reagieren. Das Vermeidungsverhalten breitet sich häufig hierdurch aus. Einige bleiben lieber zu Hause, wo ein Sicherheitsgefühl eher spürbar ist. Die Veränderung und Auswirkungen, die durch die geringere Belastbarkeit entstehen, werden am stärksten im privaten familiären Umkreis wahrgenommen. Die Unterschiedlichkeit der Trauerreaktionen innerhalb einer Familie führt häufig zu familiären Auseinandersetzungen, die dann als Anstoß genommen werden, therapeutische Hilfen anzunehmen.

Wird die Hilfe nach einem traumatischen Ereignis schnell angeboten, lernt der Betroffene, auf welche Trigger er reagiert, die er in den Momenten der traumatischen Situation und danach verknüpft und nicht koordiniert abgespeichert hat. Denn hirmphysiologisch sind zumeist nur einzelne Geräusche, Gerüche, optische oder taktile Wahrnehmungen oder Gefühle mit der traumatischen Situation direkt verknüpft. Es ist möglich, wenn die Betroffenen diese Trigger kennenlernen, dass sie wieder im Umgang mit ihrer Umwelt sicherer werden und sich nur noch auf die Vermeidung dieser speziellen Trigger konzentrieren müssen. Viele erleben hierdurch wieder mehr Kontrolle in ihrem Leben und können mit der Gesamtsituation etwas besser umgehen. Ziel einer Traumatherapie wäre es natürlich, die traumatischen Gedächtnisinhalte wieder so integrieren zu können, dass das Frontalhirn direkten Einfluss auf die Gedächtnispfade des Traumas hat, dass kei-

ne große Erregung hierdurch mehr hervorgerufen wird. Jedoch ist dies häufig nur bei einfachen singulären Traumata in der Gänze möglich. Bei komplexen Ereignissen ist es notwendig, die direkten Zugangswege (Trigger) zu den Traumagedächtnisinhalten zu lernen und spezifisch zu vermeiden. So lernt der Betroffene, die Gedächtnisinhalte mehr unter Kontrolle zu haben und diese in der ständigen Verminderung des Antriggerns abzuschwächen. Zum einen ist es wichtig zu wissen, wie man sich vor Auslösern schützt, Ablenkung zu finden, die beruhigend ist, zum anderen aber auch wie man sich eine schützende Umgebung gestalten kann, dass Trigger dem Betroffenen nicht mehr so viel ausmachen.

Beispiel: Nachdem ein Auto in eine Menschenmenge gefahren war, litten die Überlebenden besonders unter den Motorgeräuschen der herannahenden Autos. Diese Trigger lösten Panikattacken, Herzklopfen, Schweißausbrüche und völlige Starre aus. Nun wurde gemeinsam besprochen, wie man sich ablenken kann und was man tun kann, dass diese Geräusche nicht mehr überwältigende Flashbacks auslösen. Einmal, wenn das Geräusch gehört wird, von 100 an rückwärts zählen, zum anderen anfangen laut zu sprechen oder zu singen. Man kann sich auch abwechselnd auf die Oberschenkel klopfen. Wird diese Ablenkung mehrfach angewendet können langsam die Trigger abgeschwächt werden. „Man nimmt das Heft des Handelns wieder in seine Hand.“

Behandlung der PTBS

Die Behandlung der PTBS basiert auch in ihren unterschiedlichen Verfahren auf einer Grundlage. Diese Grundlage basiert auf den Erfahrungen von Pierre Janet, der als Begründer der modernen dynamischen Psychiatrie gilt. Er entwickelte bereits 1889 eine bis heute gültige Theorie über die Verarbeitungsprozesse traumatischer Erfahrungen.

Sie wird eingeteilt in drei Phasen:

1. PHASE: STABILISIERUNGSPHASE

hier werden die augenblicklichen Symptome behandelt und Entlastung gegeben. Die verschiedenen Intrusionen müssen kennengelernt werden und für jede dieser Beeinträchtigungen eine Bewältigung erarbeitet werden. Diese Stabilisierungsphase kann sehr lange dauern.

2. PHASE: TRAUMAEXPOSITIONSPHASE

Nach dem Wiederfinden der Stabilität kann in einem langsamen Tempo (des Patienten angemessen) mit dem Kennenlernen des traumatischen Ereignisses begonnen werden. Da die Erinnerungen meist nur fragmentär vorhanden sind, sollte langsam die Erinnerung aufgenommen werden. Es ist sehr wichtig darauf zu achten, dass kein Flashback dabei entsteht, da sonst der neue im Gehirn verankerte Traumaweg trainiert wird. Mit jedem Flashback verfestigt sich ein Trauma.

3. PHASE: INTEGRATIONSPHASE

In dieser Phase wird die Erinnerung in das Denken integriert und miteinander durchgegangen, wie man sich verhalten könnte, wenn etwas ähnliches wieder passiert. Das Erlebte bekommt in dieser Phase langsam den Status der Vergangenheit und dann kann eine Sinnfindung den Abschluss unterstützen.

Geleitete Selbsthilfe in der Katastrophen-Nachsorge mit dem Ansatz der Personenzentrierten multimodalen Psychotherapie nach Reinhard Tausch (Professor für Psychologie an der Universität Hamburg (1921 – 2013))

Hierzu zählte er u.a. Methoden der Verhaltenstherapie, Entspannungstraining, Methoden der Stressbewältigung, das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Motivational Interviewing, Informationen über die Entstehung und die Therapie psychischer Störungen oder zusätzliche unterstützende Maßnahmen wie körperliches Training. Eine selbst entwickelte Form einer Kombination von klientenzentrierten Gesprächen und Visualisierungen belastender Situationen untersuchte er selbst z. B. für folgende Bereiche: Angst vor Sterben und Tod, Bewältigung einer Trennung vom Partner und Bewältigung schwerer seelischer Verletzungen und schwerer Schuldgefühle.

(Quelle: Reinhard Tausch: Titel: Klientenzentrierte multimodale Psychotherapie |Sammelwerk=Zeitschrift für Sozialpsychologie und Gruppendynamik |Band=15 |Nummer=3 |Datum=1990 |ISSN=0254-928X |Seiten=28–41)

Selbstöffnung: Der Einzelne äußert wichtige gefühlsmäßige Erfahrungen und Gedanken, die für seine Person bedeutsam sind oder waren, z.B. Trauer oder Belastungen. Er fasst seine Gedanken, Gefühle und Erfahrungen in Worte, seine Ängste sowie seine Hoffnungen. Dieses In-Worte-Fassen und Aussprechen führt nachweislich zu mehr Entspannung und Klärung. Unterstützt wird das dadurch, dass der Sprechende von anderen verstanden wird, dass sie ihm mitteilen, was und wie sie sein Inneres verstanden haben. Tief verstanden zu werden ist eine nicht häufige Erfahrung im Leben; sie führt zu positiven Gefühlen und Entspannung. Dies hilft, sich selbst besser zu verstehen, sich selbst klarer wahrzunehmen. Der Sprechende hört aus dem Munde anderer, gleichsam von außen, was in ihm ist oder war. Entscheidend ist, dass jemand von anderen nicht nur oberflächlich, sondern in vollem Umfang verstanden wird, aber dass dabei seine Person und seine Äußerungen nicht bewertet werden. In dem Sprechenden tritt allmählich eine größere Freiheit von Fassaden ein, er braucht sich nicht mehr zu verstecken, er macht die Erfahrung, angenommen zu werden. Dieses Akzeptiert werden führt auch dazu, dass jemand seine eigene Trauer annimmt und sich weniger beunruhigt. Durch die Abnahme von Fassadenhaftigkeit werden wir echter.

Traumatisierte Teilnehmer einer Selbsthilfegemeinschaft haben in dieser Gruppe eine Chance, das eigene Tempo der Traumaintegration zu bestimmen. Durch das Hören der anderen kann langsameres eigenes Erinnern entstehen, in dem die inneren Bilder nicht so überwältigend sind. Durch wiederholtes Erzählen beginnt die innere Integration. Von großer Bedeutung ist dabei das Gefühl, verstanden zu werden. In den Beziehungen, die in der Gruppe entstehen, werden die Rückzugstendenzen der Traumatisierten abgemildert. Sehr häufig entstehen durch permanentes Telefonieren und neuerdings social Media Kontakte eine andere Form von Selbsthilfe. Diese Kontakte mit ähnlich betroffenen Hinterbliebenen geben das Gefühl, verstanden zu sein und nicht alleine mit den Sorgen und Nöten zurechtkommen zu müssen. In der Gruppe können die Betroffenen aktuelle Lebenssituationen und die beginnenden Veränderungen besprechen. Für andere Gruppenteilnehmer kann sich in solchen Aussprachen die Chance entwickeln, Helfer für andere zu sein, um Lösungen zu finden. Das lässt die Kraft für die eigene Bewältigung wachsen und Betroffene fühlen sich nicht nur als Opfer.

DAS POSTTRAUMATISCHE WACHSTUM

Mitte der 90er haben die Psychologen Richard G. Tedeschi und Lawrence G. Calhoun posttraumatisches Wachstum unter Anwendung des Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) untersucht. Sie fanden heraus, dass 90% der Menschen, die ein traumatisches Ereignis erlebt haben, und auch den Schmerz, der damit einhergeht, mindestens ein Anzeichen für posttraumatisches Wachstum zeigen.

Zitat aus: 2021 Gedankenwelt | Blog über Meinungen und Informationen zum Thema Psychologie, Philosophie und Kunst.



Abb. 7: Dieses Bild wurde von einer Gruppenteilnehmerin 1978 gemalt, und zur Verfügung gestellt. Leider ist der Name der Teilnehmerin nicht mehr bekannt.

Die fünf Säulen des PTGI (Posttraumatic Growth Inventory) sind folgende:

- Das Verlangen danach, sich neuen Möglichkeiten gegenüber zu öffnen
- Eine bessere Verbindung zu anderen schaffen, die sich in gesteigerter Empathie für das Leid anderer zeigt.

- Ein deutliches Gefühl der Selbstständigkeit, dem Glauben, alles erreichen zu können, wenn diese Hürde überwunden wurde
- Mehr Dankbarkeit für das Leben im Allgemeinen, genauso wie auch eine höhere Wertschätzung jener Dinge, die wir zuvor als selbstverständlich betrachtet haben
- Ein tieferer Sinn oder eine spirituelle Wandlung, die eine Veränderung oder Neudefinition des Glaubenssystems beinhalten kann

In der Therapie wird das veränderte Leben kennen und akzeptieren gelernt. Es werden Lösungsmöglichkeiten gesucht, mit dem Neuen umzugehen. Die Bedeutung, die dieses Trauma in der Lebensgeschichte einnehmen wird, wird herausgefunden. Immer mehr wird das Erlebte gelebte Geschichte, wobei die Beeinträchtigungen abnehmen und das Leben häufiger wieder befriedigend wird.

Schließlich wird man über die einstmals gemachte traumatische Erfahrung berichten können, wie über viele besondere Ereignisse in ihrem Leben. Es wird nicht mehr überwältigend sein, sondern es wird zu einem seelisch bedeutsamen Reifeschritt seinen Beitrag geleistet haben.

Zur Person:

Sybille Jatzko, geb. 22.03.1950 in Hamburg



Gesprächstherapeutin, Traumatherapie, EMDR, Trauerbegleitung, Katastrophennachsorge, Trägerin des Landesverdienstkreuzes und Bundesverdienstkreuzes. Verleihung der Bayerischen Staatsmedaille Stern der Sicherheit. Seit über 30 Jahren in der Begleitung und Therapie von Opfern und Hinterbliebenen tätig: Gründung von Schicksals- und Hinterbliebenengemeinschaften nach größeren Schadensereignissen und Katastrophen. Gründung einer Stiftung Katastrophen-Nachsorge www.jatzko.de www.katastrophen-nachsorge.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 (Chris Paul)
2. Erklärungsmodelle – die Zeit vor dem Suizid (Prof. Manfred Wolfersdorf)
3. Schuld – im Trauerprozess nach Suizid (Chris Paul)
4. Trauer nach Suizid – (k)eine Trauer wie jede andere (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. Hört das denn nie auf? Trauer nach Suizid und Zeit (Chris Paul)
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 – ein schwieriger, aber heilsamer Weg! (Jörg Dittmar)
12. Von der Angst verlassen zu werden. Wie Suizid ein Leben prägen kann (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. Fanciska Illes)
17. Nicht jede Trauer ist ein Trauma (Sybille Jatzko)

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 knapp über 80 Selbsthilfegruppen in ganz Deutschland Möglichkeiten der Beratung und Betreuung. Im Internetforum der Homepage 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.



Manchmal

Begreifst du, dass es ein Wandel in dir ist.
Langsam spürst du, die Seele vergisst nicht,
Die Gedanken haben alles genau aufgezeichnet.
Aber das beginnende Wohlfühlen geschieht
mit dem Einverständnis des Verlorenen;
Langsam darfst du lernen, ohne das Verlorene zu Leben.

Sybille Jatzko

AGUS-Schriftenreihe: Hilfen in der Trauer nach Suizid

ISBN-Nr: 978-3-941059-15-3

Bezug über Bundesgeschäftsstelle AGUS e.V.
Kreuz 40 · 95445 Bayreuth
Tel.: 0921/1500380 · Fax: 0921/1500879
www.agus-selbsthilfe.de