

# Bin ich verrückt?

- Eine Information für Betroffene von Traumatisierungen  
und deren Angehörige -

**Autorin:** Dipl. med. Ulrike Ludwig, Ärztin ([www.ludwig-ulrike.de](http://www.ludwig-ulrike.de))

**Copyright:** Alle Rechte vorbehalten. Die Autorin behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Vervielfältigung, photomechanischer Wiedergabe und Wiedergabe auf Tonträgern vor. Nachdruck ist nur unter genauer Quellenangabe und mit schriftlicher Zustimmung der Autorin gestattet.

## ***Liebe Leserin, lieber Leser***

Immer wieder erlebe ich in meiner Arbeit, dass es nicht so einfach ist, medizinisches Wissen in einfach verständlicher Form an Betroffene weiterzugeben. Dies ist natürlich auch bei Symptomen und Erkrankungen so, die im Zusammenhang mit einem Trauma stehen. Natürlich gibt es viele gute Bücher, für die ich auch keine Konkurrenz sein möchte. Ich erinnere mich aber noch gut, als ich anfing, mich mit dem Thema Trauma und Trauma-Erkrankungen zu beschäftigen. Obwohl ich Medizinerin bin, verstand ich am Anfang nur sehr wenig. Mittlerweile ist mir vieles klarer und ich habe eine Strategie gefunden, wie ich meinen Patienten die Zusammenhänge gut erklären kann. Diese Möglichkeit möchte ich auch Ihnen zur Verfügung stellen.

Ich halte es für absolut wichtig, dass jeder Betroffene eine möglichst genaue Vorstellung von seiner Erkrankung hat. Nur so kann er gut damit umgehen, neue Lebensstrategien entwickeln und hoffentlich auch genesen.

Da es hier um ein sehr ernstes und teilweise auch sehr belastendes Kapitel menschlichen Lebens geht, werde ich viel in Bildern und Vergleichen beschreiben und vielleicht bringen die Vergleiche auch manchen zum Schmunzeln - Humor ist eine der besten Arzneien. Fallbeschreibungen werde ich eher vermeiden, um möglichst wenige Anlässe zum triggern zu geben.

Und noch eine Anmerkung: Der Artikel sammelt und bereitet das Wissen, welches ich aus Büchern, Weiterbildungen und meiner persönlichen Erfahrung als Therapeutin erarbeitet habe, auf. Das Wissen der Fachleute um Traumatisierung und seine Folgen entwickelt sich ständig weiter. Bei einigen Aspekten weiß man genau, wie es abläuft - bei vielen Themen gibt es eher Hinweise, dass etwas so ist oder sein könnte. Da „streiten sich die Geister“ also noch. Um das Lesen nicht unbedingt zu erschweren, verzichte dennoch auf ständige Formulierungen wie „man nimmt an, dass ...“ oder „es scheint so, dass ...“.

Wer schon Bücher zur Traumalogie kennt, wird sicher einiges Bekanntes wieder finden und dies ist durchaus beabsichtigt. Ich erhebe nicht den Anspruch, dieses Wissen selbst erforscht zu haben. Mein Ziel ist es einen möglichst einfachen Einstieg in das Thema zur Verfügung zu stellen.

## ***Was ist ein Trauma?***

Ein Trauma ist abzugrenzen von einem belastenden Lebensereignis (z. B. schwere Kränkung). Nicht jede beängstigende und bedrohliche Situation ist gleich ein Trauma. Ein Trauma ist eine plötzlich einsetzende oder lang anhaltende Situation, in der ein Mensch Ereignissen ausgesetzt ist, die ihn heftig und intensiv bedrohen und eine Überflutung mit Stress bewirken. Sie führt bei dem Betroffenen zu einer starken Angst-Schreck-Schock-Reaktion. Sie löst Gefühle von Todesangst, Ohnmacht und Schutzlosigkeit aus. Häufig ist die Situation verbunden mit körperlichen Verletzungen und Schmerz.

Der Betroffene kommt also in eine Situation maximaler Bedrohung. Gleichzeitig kann er weder weglaufen noch kämpfen (das sind unsere genetisch verankerten Reaktionsformen auf existenzielle Bedrohung). Er kann sich auf die Situation nicht einstellen, sondern wird von ihr sozusagen „überrollt“. Die Situation überfordert die gewohnten menschlichen Strategien mit Bedrohung umzugehen und ist damit schlimmer, als ein Mensch seelisch verkraften und verarbeiten kann.

Folgende Situationen können potentiell traumatisieren (keine Vollständigkeit, genannt werden nur die Wichtigsten):

- Körperliche Gewalt durch andere Menschen (insbesondere sexualisierte Gewalt, körperliche Misshandlung, Folter, Raubüberfälle, Mord, Kidnapping)

- Seelische Misshandlung und schwere Vernachlässigung im Kindesalter
- Schwere Unfälle
- Lebensbedrohliche Erkrankungen, Operationen
- Naturkatastrophen
- Kriegssituationen
- Plötzlicher Verlust eines sehr wichtigen Menschen

Durch solche traumatisierenden Situationen können sowohl der direkt Betroffene, aber auch die Augenzeugen traumatisiert werden. Ebenso kann ein Mensch durch das Erzählen (sehr emotionale Zuhören) solcher Situationen traumatisiert werden. Letzteres nennt man „sekundäre Traumatisierung“.

In ihrer Auswirkung sind einmalige Traumata (Monotrauma) von wiederholten, lang andauernden Traumatisierungen (z. B. über Jahre) zu unterscheiden. Darauf wird später unter dem Kapitel Trauma-Erkrankungen eingegangen. Man kann sagen: Trifft ein Trauma auf einen bereits traumatisierten Menschen, sind die negativen Auswirkung deutlich stärker als bei einem bisher Gesunden.

Verschiedene Menschen werden von der gleichen Situation nicht unbedingt gleich traumatisiert. Manche entwickeln vielleicht sogar nicht mal Symptome, wo ein Anderer an einer schweren Posttraumatischen Belastungsreaktion erkrankt. Das hat verschiedene Ursachen, die mittlerweile teilweise bekannt sind (Lebensalter, vorausgegangene Traumata, Art der Bedrohung u.v.m.).

Eine m. E. gut verständliche Beschreibung der Traumasituation findet sich bei Michaela Huber – die so genannte Traumazange: Entsteht eine Situation mit Angst, Verzweiflung und Schmerz, wird unser internes Furchtsystem aktiviert, welches dafür verantwortlich ist, uns aus gefährlichen Situationen durch Kampf oder Flucht zu retten. In der Traumasituation ist weder Flucht möglich (No Flight, ein Schenkel der Zange), was ein tiefes Gefühl von Hilflosigkeit erzeugt; noch ist Kampf möglich (No Fight, anderer Schenkel der Zange), was Ohnmacht auslöst. Dies aktiviert unser internes Paniksystem, was beim Betroffenen zu einer extremen Schocksituation mit dem Gefühl ausgeliefert oder verloren zu sein und zu erstarren (Freeze) führt. Erstarrung ist ähnlich dem Todstellreflex von Tieren (z. B. die Maus erstarrt vor der Schlange). Manchmal ist dies zur Rettung sinnvoll - dann nämlich, wenn der Angreifer dadurch das Interesse verliert (der Jagdinstinkt von Raubtieren ist oft gekoppelt an die Wahrnehmung von Bewegung). In der Erstarrungssituation (Freeze) schaltet unser Gehirn den Kontakt nach außen ab. Informationen und Reize können so nicht mehr zu dem Betroffenen vordringen. So rettet sich unser Gehirn vor einer weiteren Reizüberflutung von außen.

Reicht Freeze nicht aus um innerlich die Bedrohung aushalten zu können, schaltet unser Gehirn zusätzlich noch die Verbindung nach innen ab. Diese geschieht durch den Mechanismus der Dissoziation (siehe später). Er ist sozusagen der Akt der Unterwerfung unter das Geschehen und erlaubt weiterzuleben, ohne (zumindest für die Zeit der Dissoziation) das Ausmaß der Panik und Bedrohung in aller Klarheit wahrzunehmen. Auch der Mechanismus der Unterwerfung kann den Betroffenen unmittelbar in der Gefahrensituation retten. In diesem Zustand sind nur noch die entwicklungsgeschichtlich alten Hirnbereiche (Stammhirn) aktiv. Bereiche wie z. B. das Stirnhirn (Speicherort unseres „Verstandes“ und unserer normaler Weise vorhandenen Bewältigungsmechanismen) sind inaktiviert und damit nicht benutzbar.

Erstarrung und Dissoziation sind somit Versuche der Rettung aus existenziellen Gefahren. Viele traumatisierte Menschen quälen sich nach dem Ereignis mit starken Schuldgefühle, weil sie in der bedrohlichen Situation erstarrt sind, sich nicht bewegen/wehren/fortlaufen/schreien konnten. Diesen Menschen sei explizit noch mal gesagt, dass die Reaktionen Kampf, Flucht, Erstarrung und Unterwerfung genetisch festgelegte Verhaltensmuster aller Menschen und nicht willentlich steuerbar sind! Durch die automatische Inaktivierung gerade solcher Bereiche wie des Stirnhirns ist es in Traumasituationen biolo-

gisch/neuronal nicht möglich, auf unsere gewohnten Alltagsreaktionen und Kompetenzen zuzugreifen.

Zusammenfassen ist klar zu sagen: Nicht jede schlimme und bedrohliche Situation ist ein Trauma. Sie wird erst als Trauma bezeichnet, wenn das Erleben des Betroffenen geprägt ist von überflutender Angst und Bedrohung, bei gleichzeitig fehlenden Flucht- oder Kampfmöglichkeit. Außerdem führt nicht jedes Erleben eines Traumas zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer anderen Traumafolge-Erkrankung. Um von einer solchen Erkrankung zu sprechen, müssen bestimmte Symptome vorliegen und über eine festgelegte Dauer anhalten. Welche Symptome das sind und welche Dauer der Symptomatik vorliegen muss, um z. B. die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung stellen zu können, wird in den entsprechenden Kapiteln weiter unten beschrieben.

### **Was passiert im Gehirn während eines Traumas?**

Damit dieses wichtige aber komplexe Kapitel besser verständlich wird, erkläre ich den für dieses Thema wichtigen Teil der Arbeit des Gehirns in vereinfachter Form, mit einfachen Bildern und Beispielen und dreimal hintereinander für verschiedene Lebenssituationen:

1. Informationsverarbeitung in einer normalen, nichtstressigen Situation (z. B. Sie sitzen auf einer Wiese im Sonnenschein)
2. Informationsverarbeitung in einer normal stressigen Situation (z. B. Sie sind Mutter/Vater dreier kleiner Kinder und versuchen sie gerade pünktlich aus dem Haus zu bringen)
3. Informationsverarbeitung in einer traumatisierenden Situation (z. B. Autounfall)

Als Bild für die komplexen Vorgänge im Gehirn benutze ich (man möge mir die Vereinfachung und den Vergleich verzeihen) den Vergleich mit einer Behörde (z. B. dem Finanzamt), die verschiedene Abteilungen hat. Jede Abteilung sitzt an einem anderen Ort im Haus und jede hat eine andere Aufgabe.

Beteiligte:

- 1 **Das Amt für Informationsverarbeitung** – Sinnbild für das Gehirn des Menschen als Ganzes
- 2 Mehrere **Informanten** für jeweils unterschiedliche Informationsqualitäten (z. B. Bilder, Sprache/Wörter, Geruch, Geschmack, Sinnesempfindungen wie heiß/kalt oder weich/rau) – Sinnbilder für die Sinnesorgane wie Auge, Ohren, Nase, Mund, Haut
- 3 **Pförtner** - Sinnbild für ein Kerngebiet im Gehirn, welches Thalamus genannt wird. Er nimmt die eingehenden Informationen auf, filtert sie und gibt sie an Mandelkern und Hirnrinde weiter.
- 4 **Abteilung für Gefühle** - Sinnbild für ein Kerngebiet im Gehirn, welches Mandelkern oder Amygdala genannt wird. Der Mandelkern überprüft die emotionale Bedeutung der Informationen und startet bei Bedarf das Stresshormonsystem. Er ist sozusagen der „Feuermelder“ oder „Erdbebensensor“ unseres Gehirns. Bei leichter Erregung (z. B. bei Neugier) fördert er die Leistungsfähigkeit des Langzeitgedächtnisses.
- 5 **Abteilung für Informationsabgleich** - Sinnbild für ein Kerngebiet im Gehirn, welches Hippocampus (Seepferdchen) genannt wird. Dieser transferiert die emotional gewichteten Informationen (aus dem Mandelkern) ins Langzeitgedächtnis. Er gleicht sie untereinander ab (z. B. räumliche und zeitliche Einordnung – was war zuerst, danach, am Ende; wo war es) und vergleicht mit bekanntem Wissen (z. B. woher kenne ich das). Er bildet mit der Hirnrinde unser sog. explizites Gedächtnis.

6 **Archiv** - Sinnbild für die Hirnrinde, Sitz des expliziten Gedächtnisses  
Unterschiedliche Informationsqualitäten (z. B. Bilder, Sprache, Körpergefühl) werden an unterschiedlichen Orten in der Hirnrinde abgespeichert (z. B. Sprachzentrum, Sehzentrum).

7 **Interne Abteilung für Stressverarbeitung** - Sinnbild für ein komplexes System aus mehreren Zentren, welches für die Stressabwicklung hauptverantwortlich ist (besteht aus Hypothalamus, Hypophyse, Nebennierenrinde)

8 **Abteilung für Betäubungsmittel** - Sinnbild für das Opiatsystem  
Es dient der Ausschüttung von Substanzen, die wie Betäubungs-/Beruhigungsmittel Schmerz und Aufmerksamkeit bremsen oder ausschalten.

9 **Briefe** – Sinnbild für Informations-/Datenpakete, die zwischen den Hirnarealen über bestimmte Nervenzellen zum nächsten Areal weitergeleitet werden

## 1. Informationsverarbeitung in einer normalen, nichtstressigen Situation Abb. 1

Alle Reize werden über unsere Sinnesorgane (z. B. Nase, Mund, Ohren, Augen, Tastsinn) aufgenommen und an unser Gehirn in Form von Informationspaketen (wie kleine Briefe, die einem Amt zugeleitet werden) weitergeleitet. Ich lade Sie ein, für einen Moment wahrzunehmen, wie Sie im Moment gerade lesen, was Sie dabei denken, in einem Stuhl sitzen, wie der Raum um Sie herum aussieht, welche Gefühle gerade da sind. Dies alles wird zeitgleich Ihrem Gehirn zugeleitet.

Im Amt kommen die Briefe zunächst beim **Pförtner** (Thalamus) an. Dieser sammelt alle Briefe, sortiert sie, stellt Verweise zu anderen Briefen desselben Sachverhalts (selbe Situation) her. Einiges (als unbedeutend eingeschätztes) filtert er gleich aus. Dann schickt er eine Express-Nachricht an die Abteilung für Gefühle (Mandelkern).

Die **Abteilung für Gefühle** prüft nun ihren Posteingang: Welche gefühlshafte Bedeutungen haben die einzelnen Briefe – bedrohlich (z. B. Rechnung), beängstigend (z. B. Prüfungsergebnisse), erfreulich (z. B. Lottogewinn) oder andere. Ist eine Information nicht weiter positiv oder negativ „aufregend“, also nicht anregend für den Mandelkern, reicht die Abteilung für Gefühle die Briefe mit ihrer Anmerkung bezüglich der Gefühle weiter an die Abteilung für Informationsabgleich (Hippocampus).

Die **Abteilung für Informationsabgleich** transferiert die emotional gewichteten Briefe ins Langzeitgedächtnis. Gleichzeitig vergleicht sie die Informationen in den Briefen mit früheren Erfahrungen (z. B. „Ich erkenne einen Stuhl“ oder „Hier war ich doch schon mal“). Und natürlich sorgt diese Abteilung auch dafür, dass die Informationen räumlich und zeitlich sortiert und eingeordnet werden (z. B. erst habe ich Wasser heiß gemacht – dann die Spaghetti hineingetan – dann gegessen – lecker!). Die nun erneut überarbeiteten und sortierten Briefe schickt die Abteilung für Informationsabgleich nun an das Archiv (Hirnrinde).

Nun war der Pförtner (Thalamus) in der Zwischenzeit auch nicht faul. Er hat gleichzeitig ebenso Briefe an die Hirnrinde geschickt. Diese Briefe enthalten Informationen wie Bilder, Worte, Gerüche. Die zu der gerade erlebten Situation gehören.

Im **Archiv** werden die Informationen sozusagen mit einem Zeitstempel versehen und je nach Qualität (z. B. Sprache) an unterschiedlichen Orten abgelegt (z. B. Sprachzentrum). Man kann es sich wie ein Archiv mit vielen Aktenordnern und Verzeichnissen vorstellen. Die Abteilung für Informationsabgleich verfügt hierfür über das Inhaltsverzeichnis. Sie „weiß“ welche „Akten“ aus den unterschiedlichen Großhirnrindenverzeichnissen zu einer Situation gehören. Das kann man sich wie einen Index vorstellen, den alle Informationen bekommen (z. B. Vorgang XA946745 vom 25.08.2012). Dadurch kann sie die Erinnerungen wie Bilder, Worte, Gefühle, zeitlicher und räumlicher Ablauf zu einer komplett erinnerten Situation „zusammenbauen“ und wir erleben und erzählen sie als frühere Geschichte, Teil unserer Bio-

graphie (so war es damals). Wir können uns bewusst daran erinnern – deshalb auch „explizites“ Gedächtnis. Erinnern wir uns an eine belastende Situation, die nicht als Trauma verarbeitet wurde, erinnern wir uns natürlich auch an die unangenehmen Gefühle. Im Gegensatz zum Trauma spüren wir aber deutlich „Das war damals.“.

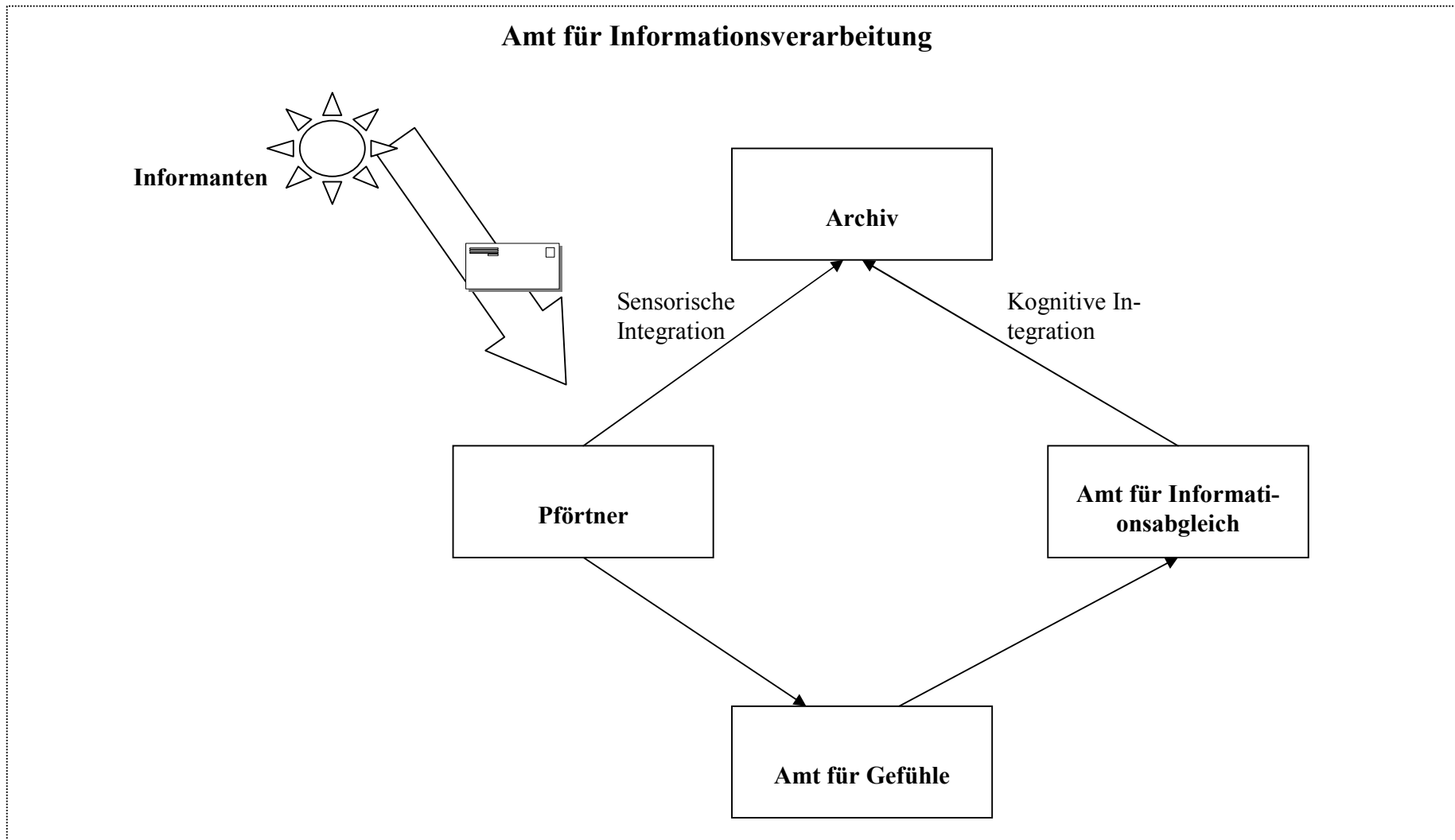


Abbildung 1: Informationsverarbeitung in einer normalen, nichtstressigen Situation

## 2. Informationsverarbeitung in einer normalen, stressigen Situation Abb. 2

Grundsätzlich läuft in dieser Situation im Gehirn alles genauso ab, wie unter 1. für die Situation ohne Stress beschrieben. Es kommen allerdings zwei zusätzliche Mechanismen ins Spiel. Einer ist die Einschränkung der Informationsüberleitung vom Pförtner zum Archiv. In einer sehr konzentrierten und aufmerksamen Situation ist die Menge der Informationen, die in der Hirnrinde abgespeichert werden, reduziert. Der „Briefträger“ verliert sozusagen Briefe auf dem Weg zum Archiv, weil er anderweitig „beschäftigt“ ist. Das kennt man z. B. aus angelegten Gesprächen. Dann „vergisst man alles um sich herum“. Diesen Mechanismus nennt man **Absorption**.

Der zweite Mechanismus ist die sog. genannte Stresskaskade. Stellt der Mandelkern fest, dass die aktuell erlebte Situation ängstigend oder stressend ist, sendet er eine schnelle Information an die **Interne Abteilung für Stressverarbeitung** (Stresssystem). Dies bewirkt eine Ausschüttung von Stresshormonen (zunächst vor allem **Adrenalin** und **Noradrenalin**). Diese Hormone führen im Körper zu schnellen Veränderungen wie Erhöhung von Blutdruck, Herzfrequenz, Atmungsfrequenz und Ausschüttung von Glukose in den Muskeln (Energie für diese). Es werden dadurch Voraussetzung geschaffen, um zu fliehen, zu kämpfen oder anderweitig zu reagieren, um die Situation meistern zu können. Kommt der Körper dann in Bewegung, nimmt der Adrenalin- und Noradrenalin-Spiegel im Blut wieder ab (deshalb hilft z. B. auch Joggen bei innerer Anspannung).

Mit geringer Verspätung schüttet das Stresssystem noch ein weiteres Hormon aus – **Cortisol**. Dieses Hormon ist sozusagen unsere „Stressbremse“. Es signalisiert den Akteuren im Stresssystem und dem Mandelkern, dass sie mit der Ausschüttung von Stresshormonen stoppen können. Er signalisiert gewissermaßen: „Regt euch ab.“. Diese Mechanismen führen zur Beendigung des Stresszustandes und zur inneren Beruhigung.



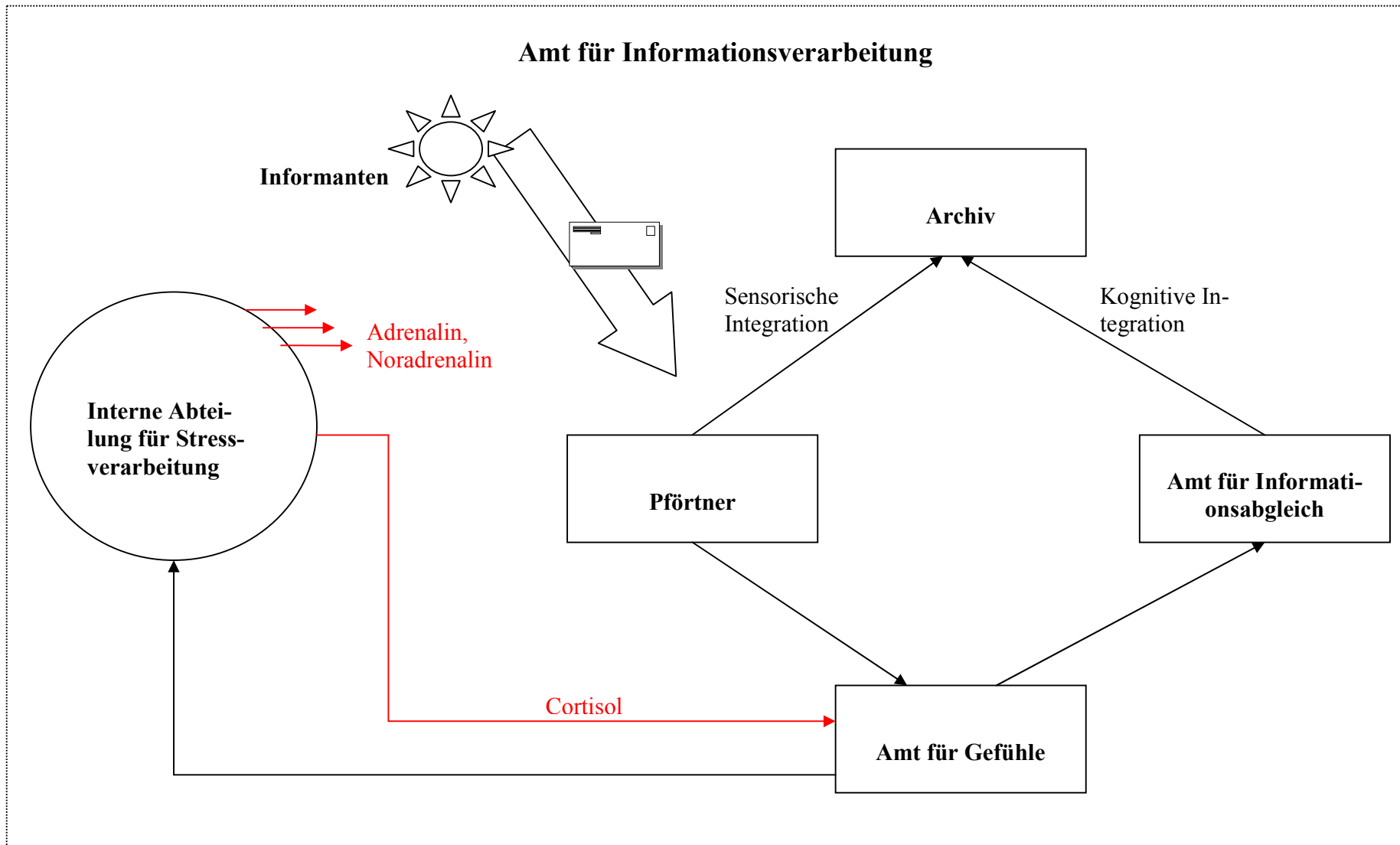


Abbildung 2: Informationsverarbeitung in einer normalen, stressigen Situation

### 3. Informationsverarbeitung in einer traumatisierenden Situation Abb. 3

Auch hier läuft zunächst alles wie oben beschrieben ab. Die Informationen kommen beim Pförtner (Thalamus) an. Dieser sendet eine schnelle Nachfrage zur Abteilung für Gefühle. Hier stellen die „Mitarbeiter“ fest: Gefahr!! und lösen einen Alarmzustand aus (sozusagen „Code red“). Das Stresssystem fängt an zu arbeiten und schüttet maximal Adrenalin, Noradrenalin und Cortisol aus. Und nun kommt es zu einem Problem. Sind weder Kampf noch Flucht möglich, kommt es zum immer weiteren Anstieg von Adrenalin, Noradrenalin, Cortisol und Glutamat (letzteres ist auch ein Botenstoff im Gehirn und wirkt im ganzen Körper).

Die Cortisolrezeptoren des Hippocampus werden mit Cortisol übersättigt (man könnte sagen, zu viele Briefe kommen gleichzeitig im Fach Cortisol an). Und wie das auf dem Amt so ist – die Abteilung wird wegen „Überlastung“ vorübergehend geschlossen. Im Gehirn heißt das, der Hippocampus schaltet sich ab. Letztendlich ist das auch richtig und nachvollziehbar. Ehe man die Briefe falsch zuordnet (Informationen falsch abspeichert) macht man den Schalter lieber zu. Dies schützt den betroffenen Menschen vor Informationen, die er zum aktuellen Zeitpunkt nicht in der Lage wäre zu verarbeiten oder auszuhalten.

Gleichzeitig wird das körpereigene **Opiatsystem** aktiviert. Es schüttet Substanzen aus (Endorphine), die (wie Betäubungs- oder Beruhigungsmittel) Schmerz und Aufmerksamkeit bremsen oder ausschalten. Gleichzeitig wird dadurch die Tätigkeit der Hirnrinde (des Archivs) blockiert. Es kommt zum Erstarren (Freeze), welches ein Zustand maximaler innerer Erregung ist (hohe Herzfrequenz, Atemfrequenz und Muskelspannung, hoher Blutdruck und Pegel der Aufmerksamkeit) bei gleichzeitiger körperlicher „Lähmung“ und Abschaltung wichtiger Zentren im Gehirn wie zum Beispiel des Sprachzentrums (umgangssprachlich: „Es hat mir die Sprache verschlagen.“). Dies ist ein maximal Energie verbrauchender Zustand des Körpers, was auf längere Dauer gefährlich wäre.

Hält deshalb dieser Zustand maximaler innerer Erregung zu lange ohne dass die Gefahr endet, schaltet das Gehirn in den nächst stärkeren Notfallmechanismus – nämlich die Dissoziation. Hier schaltet das Gehirn nicht nur die Reizzufuhr von außen ab, sondern auch die von innen (man verliert sozusagen den Kontakt zu sich selbst). Man könnte sagen, der Organismus schaltet auf absolute Sparflamme um sich und die verbliebenen Energiereserven zu retten. In diesem Zustand ist trotz extrem hohem Adrenalin-Pegel die Herz- und Atemfrequenz, Muskelspannung sowie der Blutdruck und Pegel der Aufmerksamkeit sehr niedrig (also energiesparend). In diesem Zustand schaltet das Gehirn wesentliche Bereiche aus (z. B. das Stirnhirn) und geht in einen entwicklungs geschichtlich alten Arbeitszustand (Stammhirn). Diese Rückschaltung auf unsere frühesten Instinkte dient dem Schutz des Gehirns, hat aber auch den Vorteil, dass alle Mechanismen viel schneller ablaufen können (Denken dauert zu lang in der Gefahr). Der Preis ist allerdings, dass wir auf unsere Alltagsfähigkeiten und Kompetenzen nicht mehr zugreifen können.

Wie fühlt sich das nun im Betroffenen an? Viele Menschen berichten, dass sie sich erstarrt, gelähmt und sprachlos fühlten. Manchmal spüren sie keinen Schmerzen mehr und haben keine Angst. Das Zeitgefühl ist verändert. Manche haben das Gefühl, die Situation ginge sie überhaupt nichts an, es wäre nur ein Film (**Derealisation**). Viele berichten, sie hätten dem ganzen Geschehen zugesehen, als ob sie aus seinem Körper herausgetreten und nun nur noch ein Zuschauer wären (**Depersonalisation**). Oder sie fielen einfach in Ohnmacht und können sich danach an nichts erinnern. Diesen Gesamtzustand nennt man **„peritraumatische Dissoziation“**. Es ist ein normaler (genetisch bedingter) Schutzmechanismus des Menschen für unnormale Belastungen. Die einzig mögliche (aber nicht erstrebenswerte) Alternative zum „Abschalten“ ist es, in eine Psychose zu rutschen (also „verrückt zu werden“) oder zu sterben.

Was bedeutet das nun aber für die Abspeicherung im Gehirn und die Möglichkeit, das Erlebte

später zu verarbeiten und sich daran zu erinnern? Solange Hippocampus und Hirnrinde nicht aktiv sind, können alle Informationen nur in der Abteilung für Gefühle (Mandelkern) gespeichert werden. Diese Informationen sind (wie beschrieben) implizit und leicht triggerbar, nicht richtig in Worten beschreibbar und fühlen sich beim „Erinnern“ an, als ob es gerade passiert. Die räumliche und zeitliche Einordnung sowie der Abgleich mit vorhandenem Wissen (auch Beschreibung in Worten) ist erschwert oder unmöglich. Dadurch kann die erlebte Situation nicht in die Lebensgeschichte des Menschen eingewebt/verarbeitet werden und lebt in der Gegenwart fort. Die Erinnerungen sind oft willentlich nicht abrufbar oder verdrängbar und quälen den Betroffenen in triggernden Situationen in Form von Intrusionen oder Flashbacks. Derjenige weiß dann häufig nicht, woher die beängstigenden Gefühle kommen – macht sich vielleicht Vorwürfe („Ich stelle mich an“).

Nun sind die Abteilung für Informationsabgleich und das Archiv nicht unbedingt während der gesamten Traumasituation außer Funktion. Immer wieder versuchen sie, mit ihrer Arbeit fortzufahren (den Schalter zu öffnen). D. h. immer wieder funktionieren Mandelkern, Hippocampus und Hirnrinde gleichzeitig, wie unter normalen Umständen. Dadurch passiert es, dass manchmal einige Bilder oder Teilsequenzen eines „Films“ ohne ausreichenden Bezug zur Gesamtsituation, zu den beteiligten Gefühlen oder Gedanken in der Hirnrinde gespeichert werden (fragmentiert, zersplittert). Dann erinnert sich der Betroffene vielleicht später bewusst an Teile der bedrohlichen Situation, erzählt dies aber ohne Gefühle (so, als ob es wenig mit ihm zu tun hat: „Das war wirklich alles nicht so schlimm.“)

Lutz Besser, ein bekannter Traumatherapeut, beschreibt die Vorgänge im Gehirn in der Traumasituation mit dem Sinnbild eines Spiegel. Normaler Weise werden erlebte Situationen wie ein Spiegelbild im Gehirn gespeichert. In einer Traumasituation zerbricht der Spiegel und viele Spiegelscherben werden isoliert bzw. dissoziiert abgespeichert. Die weitere Verarbeitung der Splitter scheint für das Gehirn nicht möglich zu sein. Es ist quasi blockiert oder „eingefroren“. An den Spiegelscherben sieht man, dass etwas Schlimmes passiert ist, kann aber nicht mehr unbedingt erkennen, was da war. Manchmal versucht das Gehirn auch nachts die Scherben eines Spiegels „zusammen zu puzzeln“. Das erlebt der Betroffene dann in Albträumen, die letztendlich auch Intrusionen sind.

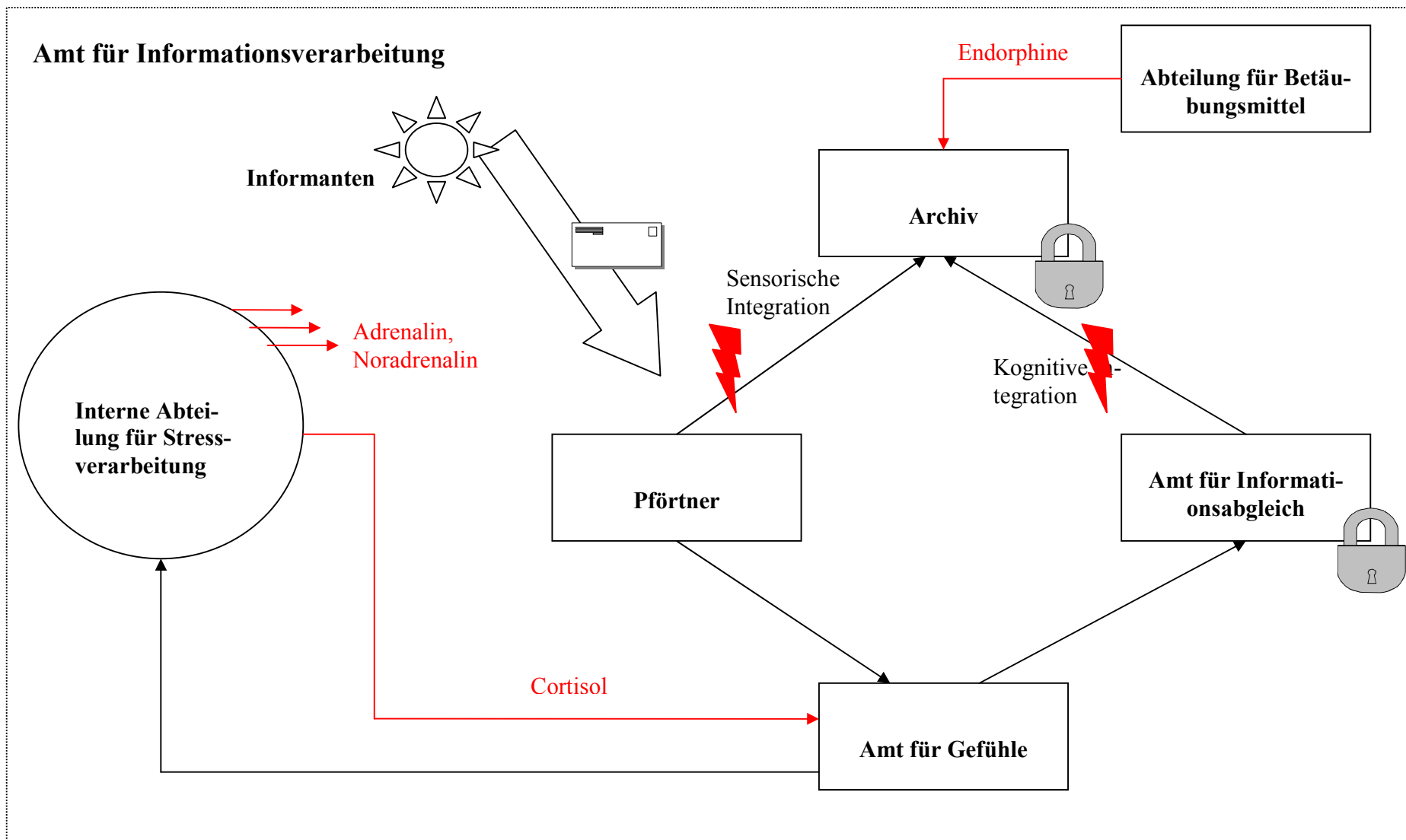


Abbildung 3: Informationsverarbeitung in einer traumatisierenden Situation

### **Einige traumarelevante Anmerkungen zur Entwicklung des Gehirns**

Das Gehirn eines Menschen ist bei der Geburt noch nicht vollständig ausgereift. Der Hippocampus (Abteilung für Informationsabgleich) ist bei der Geburt zwar schon da, aber noch unfertig und damit noch nicht funktionstüchtig. Erst ca. zwischen dem 2. und 3. Lebensjahr beginnt er zu arbeiten und erst im 10. bis 12. Lebensjahr ist er voll ausgereift und uneingeschränkt funktionstüchtig.

Da der Hippocampus erst so spät in die Speicherung von Wissen eingreifen kann, müssen zunächst alle (auch gefühlsmäßig nicht stressende) Informationen ausschließlich über den Mandelkern (Abteilung für Gefühle) gespeichert werden. Man nimmt an, dass sich deshalb Menschen in der Regel nicht bewusst an ihre ersten 3 Lebensjahre erinnern können.

Treten nun bereits in sehr jungen Jahren Traumatisierungen auf (z. B. körperliche Gewaltanwendung oder sexuelle Traumatisierung), steht dem Gehirn noch nicht die Unterstützung des Hippocampus zur Verfügung. Die Informationen werden nur im impliziten Gedächtnis gespeichert, sind nicht bewusst erinnerbar und durch ähnliche Situationen (z. B. lautstarke Auseinandersetzung mit einem anderen Menschen oder Sexualität in der Partnerschaft) auch im Erwachsenenalter leicht triggerbar. Das Gehirn eines Kindes ist also noch sehr „irritierbar“. Deshalb führen bedrohliche Situationen mit größerer Wahrscheinlichkeit zu einer Traumafolge-Erkrankung, je jünger der Mensch ist.

Ein anderer Aspekt ist ebenso wichtig zu bedenken. Man hat festgestellt, dass Menschen, die sehr früh und wiederholt traumatisiert wurden, charakteristische dauerhafte Veränderungen im Gehirn aufweisen:

- **Interne Abteilung für Stressverarbeitung:** Das Stresssystem ist dauerhaft deutlich „feinfühlicher“ und irritierbarer als bei nicht traumatisierten Menschen. Es reagiert sozusagen wie ein Erdbebensensor, der schon Alarm schlägt, wenn eine Fliege vorbeifliegt.
- **Abteilung für Informationsabgleich:** Der linkshirnige Hippocampus hat oft ein kleineres Volumen als bei anderen Menschen.
- **Abteilung für Gefühle:** Der rechtshirnige Mandelkern ist oft deutlich größer als bei nicht traumatisierten Menschen.

Eine Erklärung hierfür ist, dass ein Bereich, der häufig benutzt wird (wie ein häufig benutzter Muskel) größer und „stärker“ wird und der Körper ihn auch häufiger wiederbenutzt. Umgekehrt „schrumpft“ ein Bereich, der nicht oft genug benutzt wird. Sind Sie z. B. Rechtshänder, sind Ihre Oberarmmuskeln rechts etwas kräftiger und dicker als links. Brechen Sie sich dann zum Beispiel den rechten Arm (er wird eingegipst), benutzen Sie gezwungenermaßen mehr den linken Arm. Die Muskeln links werden dadurch stärker. Wird der Gips dann nach ein paar Wochen abgenommen, sehen Sie, dass die Muskeln des rechten Arms teilweise „geschrumpft“ (atrophiert) sind. Vielleicht fällt Ihnen auch auf, dass Sie manche Tätigkeiten des täglichen Lebens plötzlich weiter mit links machen – obwohl der Gips rechts doch ab ist.

Diese Fähigkeit zu Veränderung und Anpassung an die „Art der Benutzung“ nennt man Neuroplastizität. Sie ist die Grundlage dafür, dass wir Neues lernen und uns an veränderte Bedingungen anpassen können. Sie ist bis ins hohe Lebensalter vorhanden und die neurobiologische Basis von Psychotherapie und Heilung. Durch das Erlernen und regelmäßige Üben von Stabilisierungstechniken kann das Gehirn wieder neue Nervenbahnen und Verknüpfungen aufbauen (genauso wie die Muskeln Ihres rechten Arms bei regelmäßiger Krankengymnastik und Training wieder wachsen/erstarken). Deshalb ist es für den Erfolg einer Psychotherapie absolut entscheidend, wie aktiv und regelmäßig sie die erlernten Techniken in Ihrem Alltag anwenden und trainieren. Therapie und Veränderung passiert somit weniger in den Therapiesitzungen, sondern vor allem in der Zeit dazwischen.

Als weiteres Erklärungsmodell für die o. g. traumatisch bedingten Langzeitveränderungen im Gehirn nimmt man an, dass die dauerhafte und häufige Ausschüttungen von extremen Mengen an Cortisol und Glutamat besonders beim noch wachsenden Gehirn eines Kindes eine neurotoxische (also die Nervenzellen vergiftende) Wirkung hat.

Man hat im Übrigen auch festgestellt, dass früh und komplex traumatisierte Menschen oft Lernschwierigkeiten haben, was aus den neurobiologischen Veränderungen gut erklärbar ist.

### **Welche Symptome können durch ein Trauma entstehen?**

Alle stressigen Situationen lösen als Kompensationsmechanismus im Körper typische Sofortveränderungen aus (z. B. Anstieg von Blutdruck, Herzfrequenz, Atmungsfrequenz). Das ist zunächst kein Symptom einer Traumatisierung. Für traumatischen Stress ist charakteristisch, dass diese körperlichen Stressreaktionen nicht zeitnah abklingen, sondern weiter bestehen bleiben. Von einer Traumafolge-Krankheit (siehe später) spricht man auch dann noch nicht. Eine solche Erkrankung ist es erst, wenn die Symptome ein bestimmtes Ausmaß angenommen und eine bestimmte Zeit angehalten haben. Es gibt unterschiedliche medizinische Klassifikationen (z. B. ICD-10, DSM-IV), die genau beschreiben, ab wann z. B. von einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gesprochen werden kann.

Die möglichen Symptome in Folge einer Traumatisierung lassen sich in mehrere große Gruppen einteilen. Nicht alle Symptome sind bei allen traumatisierten Menschen in gleichem Maß vorhanden. Außerdem können einzelne der beschriebenen Symptome auch im Rahmen anderer Erkrankungen auftreten, die nichts mit einer Traumatisierung zu tun haben (z. B. Angsterkrankungen). D. h. aus einzelnen Symptomen kann man nicht unbedingt auf eine Traumatisierung oder eine Traumafolge-Erkrankung rückschließen!!!

Vielleicht möchten Sie beim Lesen dieses Kapitels kennzeichnen, welche Symptome Sie bei sich wieder erkennen. Dies könnte eine gute Grundlage sein, um Ihre individuelle Situation mit Ihrer Therapeutin zu besprechen. Sie werden dann genauere Erklärungen für Symptome oder Zustände erhalten. Mit dieser Hilfe kann die Therapeutin eine fundierte Diagnose stellen.

#### **➤ Intrusionen:**

Plötzliches, wiederholtes Auftreten von Zuständen, in denen ungewollt Teile des Traumas wiedererlebt werden (Bilder und Filmsequenzen, Gefühle, Körpergefühle, Sinneswahrnehmung). Intrusionen kann man als permanenten Versuch des Gehirns verstehen, die nicht sauber abgespeicherten Daten doch noch korrekt zu ordnen und abzulegen.

Wie ich oben beschrieben habe, werden die Erinnerungen an das Trauma vor allem in der Abteilung für Gefühle (Mandelkern) als Gefühle und Körpererinnerungen und bruchstückhaft im Archiv (Hirnrinde) sowie in der Abteilung für Informationsabgleich (Hippocampus) als Bilder oder „Filmsequenzen“ gespeichert. Wird der Betroffene durch eine ähnliche Situation oder das Erleben ähnlicher Gefühle/Wahrnehmungen getriggert (sagen wir mal „erinnert“), werden die Erinnerungsbruchstücke im Gehirn aktiviert und abgespielt, ohne dass der Betreffende es direkt verhindern und unter Umständen sich erklären kann. Er erlebt dann z. B. plötzlich Gefühle wie Todesangst und Schmerzen, ohne dass sich dies durch die aktuelle, reale Situation begründen ließe. Ebenso kann es sein, dass er plötzlich Bilder oder Sequenzen der Traumasituation sieht, Geräusche hört, Gerüche wahrnimmt, die nicht zur aktuellen Situation gehören. Gleichzeitig fühlen sich die Wahrnehmungen aber ganz real im Hier und Jetzt an - als wäre die Bedrohung gerade jetzt. In schweren Fällen kann es sogar so sein, dass die betroffene Person völlig den Bezug zur Realität verliert, sich selbst an dem gefährlichen Ort erlebt und z. B. Anwesende als Täter erkennt (Flashback). Durch die Plötzlichkeit und scheinbare Willkürlichkeit der Intrusionen, entsteht bei vielen traumatisierten Menschen die Befürchtung und das Gefühl, keine Kontrolle mehr über sich, eigene Gedanken und Gefühle zu haben,

was leider sein ohnehin erschüttertes Selbstgefühl und die Erfahrung von fehlender Eigenkontrolle verstärkt.

Am häufigsten treten Intrusionen als Albträume oder Flashbacks (alte Filme) auf. Unter diese Rubrik sind auch Körpererinnerungen (Body memories) einzuordnen. Einige traumatisierte Menschen berichten z. B. von zunächst unerklärlichen Schmerzzuständen, die sich im Therapieverlauf als Erinnerungen des Körpers zu erkennen geben (z. B. wiederkehrende Unterbauchschmerzen, chronische Rückenschmerzen). Auch plötzlich auftretende Erregungszustände/Panikattacken können als Körpererinnerungen erklärt werden.

Beispiel für eine triggernde Situation, die Intrusionen hervorrufen kann:

Wurde ein Erwachsener als Kind häufig geschlagen und angeschrien, kann es ausreichen, dass in seiner Nähe ein anderer Mensch laut schimpft. Dann treten plötzlich Gefühle von Bedrohung, Todesangst, Fluchtgedanken und Schmerzen auf. Vielleicht sieht er alte Bilder oder Filmsequenzen in denen ein Kind geschlagen wird. Der Betroffene kann sich vielleicht nicht erklären, woher das kommt. Die aktuelle Situation hat doch mit ihm nichts zu tun! Er ist doch gar nicht in Gefahr und trotzdem fühlt er sich persönlich bedroht. Evtl. verliert er in der Situation den Kontakt zur Realität, verkennt die anwesenden Menschen und flüchtet sich z. B. unter den Tisch und ruft um Hilfe. Klassischer Auslöser solcher oft in Form von Panikattacken auftretender Symptome sind Konfliktsituationen im Hier und Jetzt.

#### ➤ **Vermeidung und Betäubung:**

Traumatisierte Menschen versuchen häufig alle Situationen zu vermeiden, die in irgendeiner Weise an das Geschehene erinnern könnten. Sie meiden Orte, Personen, Tätigkeiten, Gesprächsthemen, Kleidungsstücke. Sie versuchen Gedanken und „überflutende“ Gefühle wegzuschieben/abzuschalten. Sie fühlen sich dann wie gefühlstaub (Numbing). Für andere Menschen (z. B. Partner, Freunde, Kollegen) erscheinen sie oft gefühlsmäßig abgestumpft und apathisch. Sie ziehen sich zurück, brechen den Kontakt zu Mitmenschen ab. Manche Betroffene beschreiben wiederkehrende Phänomene, die in der Fachsprache „Dissoziation“ genannt werden (siehe auch Kapitel über Dissoziative Erkrankungen). Die Patienten berichten, dass sie sich unwirklich fühlen (z. B. wie neben sich stehen) oder das Gefühl haben, ihre Umgebung sei unwirklich (wie in einem Film). In schweren Fällen treten Ohnmachtsanfälle, Umnachtungszustände und psychosomatisch bedingte Krampfanfälle auf.

Viele versuchen diese quälenden Gefühle und Spannungszustände bewusst zu betäuben (Alkohol, Schlaf- und Beruhigungsmitteln, Drogen). Oft entsteht in der Folge eine Suchterkrankung. Auch andere Folgekrankheiten wie Depressionen, Angsterkrankungen, Essstörungen und Zwänge können im Zusammenhang mit Traumata entstehen.

Der Betroffene fühlt sich traurig, niedergeschlagen, hoffnungslos. Für nichts kann er sich mehr interessieren, an nichts mehr Freude haben (auch nicht an Dingen, die ihm sonst immer Freude gemacht haben). Häufig tauchen lebensmüde Gedanken auf oder auch Phantasien, sich selbst verletzen zu müssen. Dies führt dann wiederum zu Scham- und Schuldgefühlen gegenüber Partner, Kindern, Therapeuten usw., was den inneren Druck weiter erhöht. Dieser „Teufelskreis“ führt immer tiefer in die Depression, wenn er nicht durchbrochen werden kann.

Betroffenen fällt es in der Regel ausgesprochen schwer sich zu konzentrieren. Sie können z. B. die Zeitung nicht mehr lesen, Gesprächen können sie nicht mehr lange folgen usw. Diese Konzentrationsschwierigkeiten verstärken oft das Gefühl, nichts mehr unter Kontrolle zu haben, zerstört zu sein und „verrückt“ zu werden.

#### ➤ **Hyperarousal:** Zustand anhaltender vegetativer Übererregung und Gespanntheit mit Steigerung der Wachsamkeit

Eines der quälendsten Symptome nach einem Trauma ist der Tag und Nacht anhaltende innere Spannungszustand. Der Betroffene ist permanent unter innerem Stress, fühlen

sich unruhig und getrieben, übermäßig schreckhaft, leicht reizbar mit Neigung zu aggressiven Impulsen (z. B. zuschlagen, anschreien) und plötzlichem Weinen. Normale Alltagssituationen können ihn völlig überfordern und „aus der Bahn werfen“. Häufig führt das zu starken Schuldgefühlen, besonders wenn immer wieder Situationen von gereiztem „aus der Haut fahren“ auftreten.

Der Betroffene kann sich nicht mehr entspannen. Nachts kann er wegen der inneren Unruhe und Spannung nicht schlafen. Albträume quälen ihn und verstärken durch die Angst davor die Schlafstörungen. Auch am Tag hat er häufig das Gefühl in Gefahr zu sein, obwohl er "verstandesmäßig" weiß, dass er in Sicherheit ist. Dies kommt zum einen von dem oben beschriebenen chronisch erhöhten Erregungsniveau des Gehirns, zum anderen aber dadurch, dass traumatisierte Menschen häufig eine veränderte Einstellung zur Welt und ihrer Gefährlichkeit haben (siehe Punkt 5).

### **Schuld- und Schamgefühle:**

Viele traumatisierte Menschen plagen sich Wochen bis Jahre nach dem Ereignis mit der Frage, ob sie das, was passiert ist, hätten verhindern können – ob sie etwas übersehen haben („Ich hätte es wissen müssen.“), etwas gemacht haben um die Situation herauf zu beschwören („Habe ich was getan, was den Täter ermuntert hat?“), etwas nicht oder nicht genug gemacht haben, was die Situation hätte verhindern können („Habe ich laut genug Nein gesagt?“, „Habe ich stark genug gebremst?“). Viele machen sich Vorwürfe, dass sie in der Situation „erstarrt“ sind und sich so weder gewehrt, noch um Hilfe gerufen haben und auch nicht weggelaufen sind (siehe hierzu Kapitel „Was ist ein Trauma“). Einige Menschen machen sich auch Vorwürfe, dass sie nicht schnell genug „über die Sache hinwegkommen“.

Gerade das Kapitel Schuld- und Schamgefühle ist ein besonders trauriges Kapitel, da diese Selbstvorwürfe häufig auch von der Umwelt (Familienmitglieder, Arbeitskollegen, Nachbarn, Nachrichten in Funk, Fernsehen und Presse) und natürlich auch durch die Täter bestärkt werden.

Vielleicht hilft es Ihnen zu verstehen, dass Schuldgefühle oft ein unbewusster Kompensationsversuch der Seele ist, mit den nicht aushaltbaren Gefühlen von Ohnmacht umzugehen. Wenn man schuldig ist, verbleibt einem ja das Gefühl, man hätte irgendetwas anders machen können. Auch wenn Schuldgefühle weiß Gott keine schönen Gefühle sind, sind sie doch noch besser auszuhalten als absolute Ohnmacht.

### **➤ Grundsätzliche Veränderung der Einstellung zu sich und der Welt:**

Viele Menschen berichten nach einem Trauma, dass nun nichts mehr sei, wie es mal war – das ihr Leben dauerhaft zerstört sei, das Vertrauen in die eigene Sicherheit und „das Gute im Menschen und in der Welt“ verloren sei. Sätze wie „Die Welt ist schlecht.“, „Andere Menschen sind gefährlich.“, „Man kann keinem trauen.“, „Hinter jeder Ecke kann eine Katastrophe lauern.“, „Mein Leben ist zerstört.“ sind typisch für traumatisierte Menschen.

Auch das Selbstbild des Menschen kann sich verändern. Hier tauchen viele Selbstvorwürfe, Selbstverurteilungen und Sätze wie „Mir ist das passiert, weil ich schlecht bin.“ auf.

## ***Welche Erkrankungen können sich in Folge eines Traumas entwickeln?***

In diesem Kapitel möchte ich vor allem auf die Traumafolge-Erkrankungen im engeren Sinne eingehen. Wie oben beschrieben, können neben Trauma-Erkrankungen im engeren Sinne (z. B. Posttraumatische Belastungsstörung) auch sekundäre, eigenständige Krankheitsbilder auftreten (Sucherkrankungen, Depressionen, Angsterkrankungen, Essstörungen, Zwangserkrankungen, Somatisierungsstörungen, chronische Schmerzsyndrome, Persönlichkeitsstörungen). Oft kommen Patienten wegen solcher Erkrankungen (ohne offensichtliche Trau-



masymptome im engeren Sinn) in eine Psychotherapie und im Verlauf stellt man fest, dass die Ursache der Erkrankung keine „einfachen“ Konflikte und Belastungen sind, sondern Traumatisierungen zu Grunde liegen. Diese Erkenntnis ist dann sehr wichtig, da man in diesem Fall unter Umständen andere oder ergänzende Therapietechniken einsetzen muss. Auf diese Erkrankungen soll hier allerdings nicht näher eingegangen werden.

Es gibt zwei zentrale Klassifikationen, in denen versucht wurde, Erkrankungen und Symptome zu ordnen und zu beschreiben. Im deutschen Gesundheitswesen stützt man sich vorwiegend auf die ICD 10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme - 10. Revision). Eine Weiterentwicklung sowohl der ICD als auch des DSM ist gerade in Arbeit. Hier sind gerade im Kapitel der Trauma-Erkrankungen einige Veränderungen zu erwarten. Das DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen) ordnet und definiert psychische Erkrankungen in anderer Weise als die ICD 10 und wird vor allem in der Psychotherapieforschung benutzt. Ich werde mich im Folgenden vorwiegend auf die ICD 10 beziehen und die wichtigsten Diagnosen kurz beschreiben.

➤ **Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS oder PTSD) (ICD 10: F43.1)**

Die PTBS wird in der ICD dem Kapitel "Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen" zugeordnet. Sie ist eine "verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde". Die Diagnose wird gestellt, wenn die Symptome innerhalb von 6 Monaten nach dem Trauma auftreten. Von einer PTBS muss man auch ausgehen, wenn der Zeitraum zwischen Ereignis und Auftreten von Symptomen deutlich größer als 6 Monate ist, allerdings die Symptome typisch für die PTBS sind. Das plötzliche Auftreten schwerer PTBS-Symptome erst Jahre oder Jahrzehnte nach dem Trauma ist keine Seltenheit (z. B. tauchen Folgen von Traumata aus dem 2. Weltkrieg manchmal erst auf, wenn der Betroffene in Rente geht).

Typische Merkmale der PTBS sind:

- wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines anhaltenden Gefühls von Betäubt sein und emotionaler Stumpfheit auftreten
- Gleichgültigkeit, Teilnahmslosigkeit, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen können
- anhaltender Zustand vegetativer Übererregbarkeit mit Steigerung der Aufmerksamkeit, übermäßiger Schreckhaftigkeit und Reizbarkeit sowie Schlafstörung
- Depression, Angst und häufiges Auftreten von suizidalen Gedanken

An weiteren Beschwerden treten häufig Fremdheitsgefühlen bezüglich der Umgebung oder zum eigenen Körper (Derealisation, Depersonalisation), Erinnerungslücken zum Trauma (Amnesie), Gefühle der Entfremdung zu anderen Menschen, Veränderung grundsätzlicher Einstellungen zum Leben, zu sich selbst, seiner Zukunft und Verlust von Spiritualität auf.

➤ **Anpassungsstörung (F43.2)**

Diese Diagnose ist sozusagen „die kleine Schwester“ der PTBS. Sie wird von den Praktikern gern genutzt für die Patienten, deren belastendes Lebensereignis oder „Trauma“ nicht den Fachkriterien der Traumadefinition entsprechen (z. B. Trennung, Arbeitsplatzverlust, schwere Demütigung). Die Symptomatik (gedankliches verhaftet sein, Vermeidung, Fehlanpassung, Angst, Depression, Impulskontrollprobleme) hat nicht den Schweregrad einer PTBS oder anderen psychischen Erkrankung wie Angststörung oder Depression. Die Dauer wird mit 6 Monaten bis 2 Jahren angesetzt.

### ➤ **Persönlichkeitsstörungen**

Späte und chronifizierte Folgen von Traumatisierung werden in der ICD unter dem Begriff der "Andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung" (ICD 10: F62.0) eingeordnet. Treten Extremtraumatisierungen lang anhaltend und/oder in sehr frühem Lebensalter ein, kann dies zu tief greifenden Veränderungen und Störungen insbesondere der Beziehungsfähigkeit bei dem Betroffenen führen (Fähigkeit, Beziehungen zu anderen Menschen aufzunehmen und aufrecht zu erhalten). Typisch sind unter anderem eine große Angst vor und Misstrauen gegenüber anderen Menschen (sie werden aus der Lebenserfahrung heraus als gefährlich erlebt), sozialer Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, anhaltende Anspannung (wie bei ständiger Bedrohung) sowie Entfremdungsgefühle.

Viele der o. g. Symptome, Beziehungsprobleme und Verhaltensmuster sind auch typisch für andere Persönlichkeitsstörungen. Besonders zu nennen ist dabei die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung (emotional instabile Persönlichkeitsstörung). Aber auch die anderen Persönlichkeitsstörungen beschreiben z. T. ähnliche Symptome. Mittlerweile nimmt man an, dass wahrscheinlich ein großer Teil der Patienten mit der Diagnose "Persönlichkeitsstörung", Traumata in ihrer Vergangenheit erlebt haben und dies die Ursache ihrer Auffälligkeiten ist. Leider hat sich dieses Wissen noch nicht ausreichend durchgesetzt und leider ist die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (besonders der Borderline-Diagnose) für den Betroffenen häufig sehr stigmatisierend. Aus meiner Sicht wird diese Diagnose häufig Menschen "verpasst", die in ihrem Verhalten zu anderen Menschen "schwierig" und wechselhaft sind, sehr misstrauisch und teilweise aggressiv. Dies wird oft nicht als Symptom einer lang anhaltenden Traumatisierung (in der Regel Bindungstraumatisierung) und dadurch auch nicht als Traumafolge erkannt.

### ➤ **Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung**

Für die Beschreibung von Veränderungen durch lang anhaltende und frühe Traumatisierung eignet sich diese Bezeichnung deutlich besser. Leider gibt es sie in der ICD nicht, allerdings im DSM-IV als DESNOS (das heißt ins Deutsche übersetzt "Störung durch Extrembelastung nicht anders qualifizierbar"). Diese Diagnose beschreibt ein Erkrankungsbild, welches auf der Grundlage lang anhaltender Extremtraumatisierungen entstanden und nur teilweise mit den Symptomen einer PTBS zu beschreiben ist. Für Veränderungen, die durch frühe Traumatisierungen entstanden sind (Kindheit) wird für die neue ICD die Diagnose „Entwicklungs-trauma-Störung“ diskutiert. Ich verzichte an dieser Stelle auf die genauere Beschreibung der Charakteristika dieser Diagnose, da für Deutschland wie gesagt die aktuelle ICD 10 als Klassifikation festgelegt ist.

### ➤ **Dissoziative Störungen**

Dissoziation ist streng genommen das Gegenteil von Assoziation. Normalerweise werden alle Informationen einer Situation gemeinsam (assoziiert) betrachtet, auf dem Hintergrund der Vergangenheit (Erfahrungen) verarbeitet und im Gehirn abgespeichert. Bei Dissoziation im Rahmen eines Traumas kommt es zu keiner integrierten Verarbeitung und Abspeicherung des Erlebten.

Man unterscheidet bei der Dissoziation die Alltagsdissoziation (z. B. Trancezustände und Tagträume) von der pathologischen Dissoziation (im und nach einem Trauma). Nur bei letzterer kommt es zu weitgreifenden Störungen der normalerweise integrativen Funktion des Gehirns. In diesem Kapitel soll es ausschließlich um die dissoziativen Phänomene gehen, die unter Extrembelastung (Traumata) auftreten, in ihrer Auswirkung länger anhalten und das Leben des Betroffenen meist erheblich beeinträchtigen. Sie können die Wahrnehmung von sich selbst und der Umwelt, das Gedächtnis und das Selbstempfinden (Identitätsgefühl) betreffen. Sie zeigen sich als Symptome wie Depersonalisation, Depersonalisation, Amnesie oder Störung des normalerweise einheitlichen Identitätsgefühls. Das Ausmaß der Dissoziation kann sehr unterschiedlich sein.

Alltagsdissoziation und traumatische Dissoziation sind keine unnormalen Mechanismen,

sondern sie sind zwei qualitativ und quantitativ unterschiedliche Schutzmechanismen der Seele, die den meisten Menschen mehr oder weniger zur Verfügung stehen, um mit belastenden und überlastenden Situationen fertig zu werden.

Die wichtigsten dissoziativen Störungen in der ICD 10 sind folgende :

- Dissoziative Amnesie (F44.0)

Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen aus der Biographie zu erinnern. Meist betrifft das "nicht erinnern können" belastende oder traumatisierende Erlebnisse. Das Ausmaß geht über eine normale Vergesslichkeit hinaus.

- Dissoziative Fugue (F44.1)

Plötzliches und unerwartetes Weglaufen z.B. von zu Hause oder dem Arbeitsplatz, mit der gleichzeitigen Unfähigkeit, sich an die Vergangenheit zu erinnern. Ebenso besteht eine Verwirrung über die eigene Identität oder eine neue Identität wird angenommen.

- Dissoziative Identitätsstörung (DIS, Multiple Persönlichkeitsstörung) (F44.81)

Dies ist die schwerste Störung, die in Folge lang anhaltender Extremtraumatisierungen entstehen kann. Charakteristisch für diese Störung ist das Vorhandensein von zwei oder mehr unterscheidbaren Identitäten oder Persönlichkeitszuständen. Diese übernehmen wechselnd die Kontrolle des Körpers. Die Persönlichkeitszustände haben individuelle Wesenseigenschaften, Fähigkeiten, Ausdrucksmöglichkeiten, einen eigenen Willen und auf der Grundlage unterschiedlicher Lebenserfahrungen auch eigene Ziele. Sie und der Wechsel zwischen ihnen (Switch-Vorgänge) sind durch unterschiedliche „Beobachter“ (z. B. Therapeuten, Angehörige) direkt und wiederholt beobachtbar. Hinweise auf das Vorliegen dieser Erkrankung sind große und gehäufte Wissenslücken bezüglich der eigenen Biographie und auch aktueller Lebensereignisse (wenn das Ausmaß stärker ist, als durch normale Vergesslichkeit erklärbar). Für die Betroffenen ist das meist sehr beängstigend und mit großen Scham- und Schuldgefühlen verbunden. Häufig haben diese Menschen schon eine lange „Karriere“ und einen langen Leidensweg in der Psychiatrie hinter sich. Sie erhielten oft viele unterschiedliche Diagnosen (vor allem Diagnosen zu Persönlichkeitsstörung und schizophrenen Erkrankungen), die Behandlungsverläufe waren kompliziert und die Ergebnisse nicht zufrieden stellend.

Leider ist diese Diagnose in den letzten Jahren sehr in Verruf gekommen und viele Ärzte und Therapeuten leugnen bis heute die Möglichkeit so schwerer Verletzungen der Persönlichkeit. Damit leugnen sie aber auch die Realität der Lebensgeschichten der betroffenen Menschen, die geprägt ist von schweren, langjährigen, frühkindlichen Traumatisierung durch sexuellen, psychischen und physischen Missbrauch, oft im eigenen Elternhaus der Betroffenen.

- Depersonalisations-/Derealisationssyndrom (F48.1)

Diese Erkrankung ist dadurch charakterisiert, dass der Betroffene andauernde oder immer wiederkehrende Episoden von Depersonalisation oder Derealisation erlebt. Depersonalisation ist, das Erleben von Fremdheit oder Getrenntheit vom eigenen Körper oder der eigenen Person. Es fühlt sich vielleicht so an wie in einem Traum. Man beobachtet sich selbst - was man tut, was man denkt, was man fühlt – ohne, dass man sich direkt selbst betroffen fühlt. Vielleicht fühlt sich der Betroffene auch phasenweise wie ein Roboter – funktioniert einfach ohne zu spüren. Der Bezug zur Realität bleibt dabei erhalten.

Ähnliches gilt für die Derealisationsphänomene. Hier zeigt sich allerdings das Fremdheits- und Getrenntgefühl gegenüber der Umwelt, ebenfalls bei erhaltenem Realitätsgefühl. Was um den Betroffenen herum passiert, fühlt sich für ihn „nicht echt“ an (z. B. wie in einem Film oder als ob eine Glasscheibe zwischen dem Betroffenen und der Welt sei). Viele sagen: „Ich bin gar nicht richtig da.“

Depersonalisation und Derealisation sind häufige Phänomene in überlastenden Situationen und auch Symptom bei vielen anderen psychischen Erkrankungen. Die o. g. Diagnose darf deshalb erst gestellt werden, wenn das Ausmaß erheblich ist und es dadurch zu einem bedeutsamen Gefühl von Leid und einer erheblichen Beeinträchtigung in den wichtigen Lebensbereichen führt. Außerdem dürfen sie nicht ausschließlich im Verlauf anderer psychischer Erkrankungen (z. B. Schizophrenie, Panikstörung) auftreten, oder durch Drogen, Medikamente oder körperliche Erkrankungen (z. B. Anfallsleiden) verursacht sein.

- Dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindungen (F44.4 bis F44.7)

Diese Rubrik beinhaltet dissoziative Bewegungsstörungen (z. B. psychogene Gangstörung) und Krampfanfälle. Außerdem enthalten sind die dissoziativen Störungen von Empfindung und Sensibilität (z. B. Taubheitsgefühle in den Extremitäten, Sehstörungen, Hörstörungen, Geruchsstörungen).

- Dissoziative Störung nicht näher bezeichnet (F44.9)

Hinter dieser etwas allgemein formulierten Diagnose verbergen sich alle dissoziativen Störungen, die nicht durch die o. g. eindeutig beschreibbar sind, wobei ich persönlich glaube, dass sie deutlich häufiger zu stellen wäre, als z. B. die Diagnose DIS. Hier runter zählt unter anderem die in der DSM-IV benannte Diagnose DDNOS (stark dissoziative Persönlichkeit, nicht multipel) sowie das auch in der DSM-IV noch nicht separat benannte sog. „Ego-State-Disorder“. Über die Diagnose „Dissoziative Störung nicht näher bezeichnet“ beschreibt man alle die dissoziativen Störungen, bei denen ein Muster dauerhaften dissoziativen Funktionierens mit unzureichender Fähigkeit, große Teile des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Wahrnehmung und der Identität in die eigene Person zu integrieren vorliegt. Auch hier existieren zwei oder mehrere unterscheidbare Ich-Zustände, die immer wieder die Kontrolle übernehmen. Erst wenn alle Merkmale nachweisbar sind, würde man von einer DIS sprechen. Alle Störungsvarianten, die nur einen Teil der Merkmale zeigen, sind mit der o. g. Diagnose zu verschlüsseln. Übrigens kämpfen die Fachgesellschaften aktuell für die Aufnahme differenzierter Diagnosen für dissoziative Störungen in die DSM-IV.

### ***Und was habe ich?***

Liebe Leserin, lieber Leser. Nachdem Sie sich nun durch meine Erklärungen „durchgearbeitet“ haben, fragen Sie sich vielleicht nicht zum ersten Mal: „Was habe ich denn nun?“ Vermutlich haben Sie einige oder sogar viele der Symptome wieder erkannt. Vielleicht (und hoffentlich) haben Sie an diesen Stellen gedacht: „Ach so ist das! Deshalb verhalte ich mich so!“. Und vielleicht haben Sie durch das Gelesene auch etwas mehr Verständnis und Nachsicht für sich, Ihre Gefühle und Verhaltensweisen gefunden. Welche Diagnose Sie persönlich haben, kann und will dieser Artikel nicht beantworten. Er soll Anregungen und Erklärungen geben. Das Stellen der Diagnose ist ein wichtiger Prozess, der nur im persönlichen Kontakt von Patient und Therapeut stattfinden kann. Es muss sorgfältig und vorsichtig auf der Basis eines guten gegenseitigen Vertrauensverhältnisses ablaufen.

Dabei genügt es meist nicht, das Krankheitsbild eines Patienten mit nur einer Diagnose zu beschreiben. In der Regel treten die Symptome und Erkrankungen kombiniert auf, was ja auch nicht verwundert. Wie im Kapitel über die neurobiologischen Vorgänge bei Traumata beschrieben, basieren sie auf einem gemeinsamen Auslöser (Trauma) und sind Ausdruck eines komplexen (normalen) Reaktionsversuches des Gehirns, mit einer unnormalen Belastung umzugehen. Außerdem entwickeln sich häufig in Folge der chronischen Belastung durch die Symptome der Trauma-Erkrankung zusätzliche psychische Erkrankungen (Suchterkrankungen, Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Zwangserkrankungen, somatoforme Schmerzstörungen, selbstverletzendes Verhalten), die ebenfalls in der Diag-

nostik und Therapie Beachtung finden müssen.

Im Rahmen der Diagnostik sind außerdem vor dem Festlegen der Diagnose einer Traumafolge-Erkrankung sehr genau andere Ursachen der auftretenden Symptome auszuschließen (z. B. Hirntumoren, Anfallsleiden, Alkohol- und Drogenintoxikation, Stoffwechsel-Erkrankungen). Die aktuell zu beobachtende Tendenz, alles als „Trauma“ zu definieren schadet leider sowohl dem betroffenen Patienten selbst (er wird sozusagen auf die falsche Spur geschickt), aber auch den wirklich traumatisierten Menschen erheblich.

### **Ausblick**

Die Ausgangsfrage für meinen Artikel war: „Bin ich verrückt?“. Ich hoffe, Sie konnten durch den Artikel einige Erklärungen für das finden, was Sie erleben. Ich hoffe, Ihnen ist deutlich geworden, dass alles was Sie wahrnehmen auch wahr ist und aus dem erklärbar, was Ihnen in Ihrem Leben widerfahren ist. Es sind Versuche ihrer Seele und Ihres Körpers, Erlebnisse zu verarbeiten, die schlimmer sind, als ein Mensch verkraften kann, da sie unsere biologischen, menschlichen Fähigkeiten, Belastungen zu ertragen, deutlich überfordern.

Eine der ersten Fragen, die ich nach meinen Erklärungen meist gestellt bekomme ist: „Bleiben die Schäden in meinem Gehirn nun immer so? Kann das wieder heilen?“

Wir wissen mittlerweile, dass das Gehirn bis ins hohe Alter hinein ein sehr gutes Potential zu Veränderung und Wachstum hat (Neuroplastizität). Die Erfahrung zeigt, dass viele heilende Prozesse im Gehirn angestoßen werden können und so Symptome und Erkrankungen einer Traumatisierung gelindert oder sogar geheilt werden können. Natürlich gibt es Unterschiede im möglichen Ausmaß der Genesung und der erforderlichen Dauer des Heilungsprozesses. Hier spielen viele Faktoren eine Rolle, wie Art und Schwere des Traumas, Zeitpunkt (Lebensalter), Art und Schwere der Symptome, Vorhandensein von sekundären Erkrankungen (z. B. Sucht), verfügbare eigene Ressourcen beim betroffenen Menschen, aktuelles Umfeld und aktuelle Belastungen. Gerade frühe und mehrfache Traumatisierungen erfordern i. d. R. eine mehrmonatige bis mehrjährige Therapie, wogegen einmalige Traumatisierungen (z. B. durch einen Verkehrsunfall als Erwachsener) bei einem sonst gesunden und geschützt aufgewachsenen Menschen häufig innerhalb weniger Therapiestunden verarbeitet werden kann. Von entscheidender Bedeutung ist meiner Ansicht aber immer, ob es Patienten und Therapeuten gelingt, ein gutes gegenseitiges Vertrauensverhältnis aufzubauen, welches von beidseitiger Akzeptanz und Achtung geprägt ist. Und – wie bereits gesagt: Für Ausmaß und Schnelligkeit der Heilung ist Ihre eigene Therapie- und Veränderungsmotivation sowie der Grad Ihrer Mitarbeit absolut entscheidend. Wie aktiv und regelmäßig sie die erlernten Techniken in Ihrem Alltag anwenden und trainieren, können nur Sie entscheiden. Also: Therapie und Heilung passieren nur eingeschränkt in den Therapiesitzungen selbst, sondern vielmehr in der Zeit dazwischen.

Ich hoffe, dass Ihnen meine Erklärungen eine Hilfestellung zum Einstieg sind. Es gibt inzwischen viele gute Fachbücher und Ratgeber für Patienten und ihre Angehörigen, welche die einzelnen Themen weiter vertiefen. Zusätzlich empfehle ich Ihnen aber unbedingt, viel mit Ihrem Therapeuten zu besprechen und immer wieder nachzufragen, wenn etwas unklar oder beunruhigend ist. Was in der Therapie passiert, welche Ziele Sie erreichen wollen und auf welchem Weg / mit welchen Methoden, dass beeinflussen Sie als Patient in entscheidendem Maß. Ihr Therapeut kann Ihnen nur ein kompetenter Begleiter und Ratgeber sein. Er kann Ihnen eine hilfreiche Hand reichen. Die Hand anzunehmen und loszugehen – das können nur Sie. Für den Weg wünsche ich Ihnen ganz viel Kraft und Erfolg.

Ulrike Ludwig

