

Was ist ein Trauma?

Trauma ist das Erlebnis der direkten, individuellen Todesbedrohung oder die Verletzung (griech. „Trauma“) der körperlich-sexuellen Unversehrtheit und Selbstbestimmung (z.B. sexuelle Gewalterfahrung, Verstümmelung, Folter) eines Menschen, die kurz- oder langfristige ganz bestimmte psychische Reaktionsmuster hervorrufen.

Andere Erfahrungen wie körperliche Misshandlungen, Vernachlässigung, häusliche Gewalt und sexueller Missbrauch werden in der medizinischen Psychologie „Aversiv-Ereignisse“ (engl. „Adversities“, „Critical Life Events“) und nicht „Trauma“ genannt, weil sie qualitativ andere Stressreaktionen auslösen (Maercker 2017).

Einteilung von Traumata

	Typ I (einmaliges Ereignis)	Typ II (wiederholt, länger andauernd)
Zufällig	schwere Verkehrsunfälle, berufsbedingte Traumata (z. B. Rettungskräfte), kurz andauernde Katastrophen (z.B. Brand, Erdbeben)	länger andauernde Naturkatastrophen mit Lebensgefahr (z.B. Überschwemmung, Dürre)
Willkürlich, von Menschen gemacht	sexuelle Übergriffe, kriminelle/ körperliche Gewalt, ziviles Gewalterleben (z.B. Banküberfall)	sexuelle/ körperliche Gewalt, Kriegserlebnisse, Geiselnhaft, politische Inhaftierung, Folter

(nach: Leonie C. Terr, Childhood traumas. An outline and overview. Am J Psychiatry. 1991; 148:10-20)

Traumafolgen, Traumafolgestörungen

Traumatische Erlebnisse führen zu direkten Veränderungen im Gehirn, die sich in der Psyche auswirken. Zuerst entsteht eine gesteigerte Wachheit, die rasch in eine schockartige innere Betäubung umschlägt, in der die normale psychische Kontrolle zusammenbricht. Diese „akute Belastungsreaktion“ kann 1 bis 2 Tage andauern. Nach der „Schockstarre“ regenerieren sich die seelischen Funktionen bei den meisten Menschen. Sie behalten jedoch ein „akutes Belastungssyndrom“, bei dem die Alltagstätigkeiten von nicht steuerbaren schmerzhaften Erinnerungen oder von Gefühlen tiefer Demütigung, von Angst, Scham und Wut durchbrochen werden (bis ca. zu 2 Monaten).

Risiko- und Schutzfaktoren

Nicht alle Menschen, die etwas existenziell Bedrohliches erlebt, bzw. überlebt haben, leiden in der Folgezeit unter psychischen Beeinträchtigungen. Nach einer Vergewaltigung sind es etwa 50% der Betroffenen, die im Laufe ihres weiteren Lebens eine behandlungsbedürftige „posttraumatische Belastungsstörung“ entwickeln, nach Kriegstraumata etwa 20% und nach Verkehrsunfällen ca. 10%. In großen Übersichtsarbeiten, die die aktuelle Forschung zusammenfassen, werden als wichtige Risiko- und Schutzfaktoren unter anderen genannt:

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> - Ausmaß der Lebensgefahr - traditionelle Wertorientierung, Konformität - wenig soziale Kontakte, Isolation, - unangepasster, bevormundender Kommunikationsstil 	<ul style="list-style-type: none"> - Anerkennung als Überlebende*r - Bildung, moderne Wertorientierung - soziale Unterstützung im persönlichen Umfeld - empathischer Kommunikationsstil

Diagnostik einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung müssen eine bestimmte Belastungsschwelle überschreiten, um eine gesicherte Diagnose zu stellen. Als Hauptsymptome gelten (1.) die „Intrusion“ (Eindringung, Verinnerlichung), das ungewollte Wiedererleben des verletzenden Ereignisses (oder Teilen davon), so als wäre das Ereignis zeitlich nicht abgeschlossen, (2.) die Vermeidung und (3.) die gesteigerte Erregbarkeit.

Das Wiedererleben geschieht in häufigen nächtlichen Alpträumen (Schlafstörungen!), kann aber auch tagsüber durch sogenannte Schlüsselreize („Trigger“) ausgelöst werden, wie z.B. Geräusche, optische Reize (Uniformen, Farben), Nachrichtenfragmente oder räumliche Enge, die auch nur „unbewusst“ wahrgenommen werden können.

Nicht an das Trauma denken zu wollen, alle Möglichkeiten der Erinnerung zu umgehen, dieses Verhalten verfestigt sich zu einer deutlich spürbaren Behinderung im Alltag. Die gesteigerte Erregung zeigt sich in extremer Wachsamkeit und Empfindlichkeit bis zu einem Verfolgungswahn. Das ärztliche Diagnoseregister (ICD 11) nennt die Beeinträchtigung von drei zentralen Funktionen: Störung der Gefühlsregulation, der Selbstwahrnehmung („*Ich bin zerbrochen, nichts mehr wert!*“) und der Beziehungsgestaltung („*Ihr habt es nicht erlebt, könnt es nicht nachvollziehen!*“). Daraus ergibt sich das Bild einer schweren psychischen Störung mit immer unsicheren Gefühlen, häufigen Missverständnissen und Fehlreaktionen und die Neigung in veränderte Bewusstseinszustände (Dissoziationen) zu fallen.

Therapie einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Eine Gruppe von Fachleuten¹ empfiehlt heute folgende fünf Prinzipien für die Akutversorgung traumatisierter Menschen: (1.) Sicherheit vermitteln; (2.) beruhigen; (3.) Eigeninitiative (Selbstwirksamkeit) ermöglichen; (4.) an die Verbundenheit mit anderen Menschen erinnern; (5.) Hoffnung vermitteln (* Keine Medikamente zur Gedächtnisabschwächung usw.!).

Davon, welche Beschwerden das Alltagsleben behindern, wird es abhängen, welche Therapie zur Behandlung des individuellen Leids nötig und möglich ist. Wirksame Therapien sind in der Regel die sogenannten „traumafokussierten“ Therapien. Das sind modifizierte Verfahren aus verschiedenen Therapierichtungen wie z.B. aus der Hypnosetherapie, aus der psychodynamischen Therapie, aus der kognitiven Verhaltenstherapie und anderen. Als interessante, gut wirksame Mischformen haben sich in den letzten 20 Jahren die „EMDR“-Therapie (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) nach *Francine Shapiro*, die „Narrative Expositions-Therapie“ nach *Maggie Schauer* und die „Psychodynamisch imaginative Traumatherapie“ nach *Luise Reddemann* entwickelt. Ziel jeder Therapie wird es sein, die individuellen Kraftquellen der Überlebenden zu stärken, um die Gedächtnis- und Bewusstseinsfunktionen (wieder) selber steuern zu können.

Mit entscheidend für den Erfolg einer traumafokussierten Therapie ist vor allem die Erfahrung des / der Therapeut*in und eine wertschätzende, empathische und glaubwürdige Arbeitshaltung, die die existenzielle Beeinträchtigung des /der Patient*in anerkennt.

Zum Weiterlesen

- Zeitschrift: Psychotherapie im Dialog 20 (2019) – Heft 2: „Traumafolgestörungen“; Stuttgart: Thieme
- Maercker, Andreas (2017) Trauma und Traumafolgestörungen; München: CH Beck
- Reddemann, Luise (2010) Imagination als heilsame Kraft ... Stuttgart: Klett-Cotta
- Hermann, Judith L. (2003) Die Narben der Gewalt: traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden; Paderborn: Junfermann

¹ Hobfoll MJ, Watson P & al. (2007) Five Essential Elements Psychiatry 70, 283-315