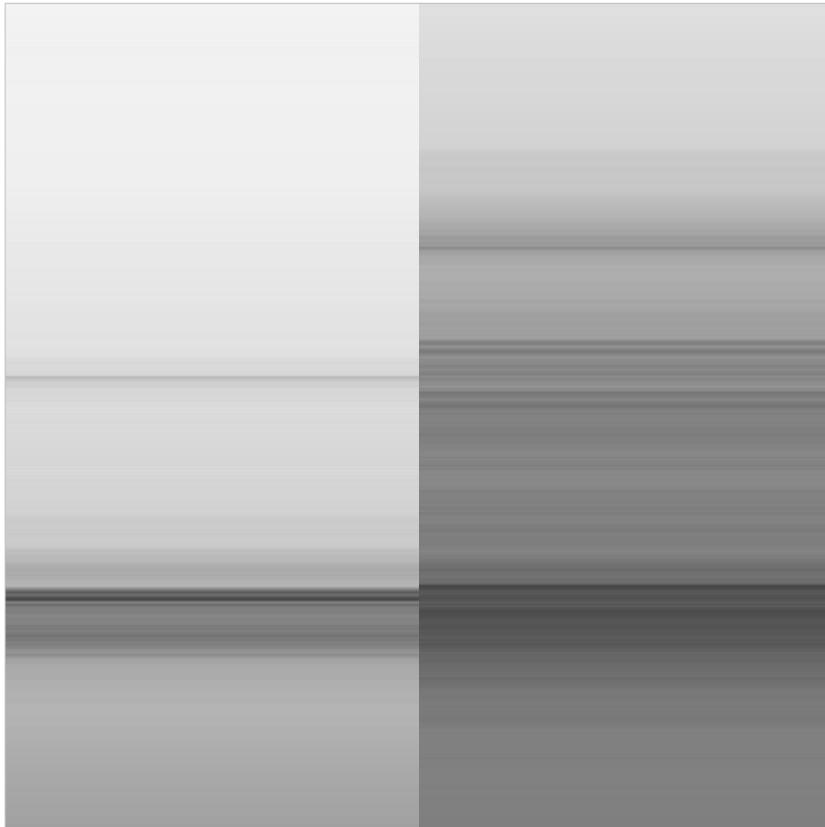


Bin ich verrückt?

Information für Betroffene von Traumatisierungen und deren Angehörige



Autorin: Dipl. med. Ulrike Ludwig, Ärztin (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.

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	3
2. Was ist ein Trauma?	4
3. Was passiert im Gehirn während eines Traumas?	6
a. Informationsverarbeitung einer normalen, nichtstressigen Situation (Abb. 1)	7
b. Informationsverarbeitung einer normalen, stressigen Situation (siehe Abb. 2)	9
c. Informationsverarbeitung einer traumatisierenden Situation (siehe Abb. 3)	11
4. Einige traumarelevante Anmerkungen zur Entwicklung des Gehirns	14
5. Welche Symptome können durch ein Trauma entstehen?	15
6. Welche Erkrankungen können sich in Folge eines Traumas entwickeln?	18
7. Und was habe ich?	22
8. Ausblick	23
9. Literatur	24

1. Einführung

Immer wieder erlebe ich in meiner Arbeit als Ärztin und Therapeutin, dass es nicht so einfach ist, medizinisches Wissen in einfach verständlicher Form, an Betroffene weiterzugeben. Dies ist auch bei Symptomen und Erkrankungen so, die in Zusammenhang mit einem psychischen Trauma stehen. Ich erinnere mich noch gut an die Zeit, als ich anfing, mich selbst mit dem Thema Trauma und Trauma-Erkrankungen zu beschäftigen. Obwohl ich Medizinerin bin, verstand ich am Anfang nur sehr wenig, war verwirrt von den vielen Studien und den teilweise sich widersprechenden Ergebnissen.

In der täglichen Arbeit mit traumatisierten Menschen habe ich vereinfachte und dennoch wissenschaftlich fundierte Erklärungsmodelle gefunden, mit Hilfe derer ich meinen Patienten die Zusammenhänge gut erklären kann. Diese Möglichkeit möchte ich Ihnen hier zur Verfügung stellen. Natürlich entwickelt sich unsere wissenschaftliche Forschung immer weiter und täglich verstehen wir mehr. Vieles wissen wir noch detaillierter. Für die tägliche Arbeit mit Betroffenen scheint sich bis jetzt dennoch an dem grundsätzlichen Modell nichts Wesentliches geändert zu haben.

Ich halte es für sehr wichtig, dass jeder Betroffene eine möglichst genaue Vorstellung von seiner Erkrankung hat. Nur so kann er sich selbst und seine Reaktionen besser verstehen und damit alles als normale Reaktion auf ein unnormales Lebensereignis einordnen. Viele traumatisierte Menschen berichten, dass sie sich selbst und ihre Reaktionen nicht verstehen und sich dafür entwerfen. Sie glauben, „verrückt zu sein“ oder „sich anzustellen“. Oft darf ich erleben, dass viel Spannung und Angst vergeht, wenn ein Betroffener plötzlich versteht, was mit ihm los ist.

Wir haben ein angeborenes Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle. Nach Traumatisierungen ist dies oft schwer erschüttert. Verständnis für die eigenen Reaktionen gibt einen Teil von Orientierung und damit Kontrolle zurück. Verstehe ich, was mit mir auch hirnbioologisch und im Stresssystem passiert, kann ich Lösungsmöglichkeiten eher entwickeln und annehmen. Kann ich verstehen, dass psychische Traumatisierung zu einer neurobiologischen Veränderung der Stressverarbeitung führt, kann ich auch leichter nachvollziehen, dass alle Techniken der Verbesserung der Stressregulation essentiell auf dem Weg der Heilung sind. Dann werde ich sie auch anwenden.

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

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 ...“

2. Was ist ein Trauma?

Ein Trauma ist zunächst von einem belastenden Lebensereignis abzugrenzen. Nicht jede beängstigende und bedrohliche Situation hat zwangsläufig eine traumatisierende Wirkung. Interessanterweise ist in den letzten Jahren leider ein Phänomen zu beobachten. Aus verschiedenen Gründen (nicht zuletzt aufgrund der extremen Zunahme von Forschungen und Veröffentlichungen im Bereich Psychotraumatologie) neigen Menschen zunehmend häufiger dazu, Herausforderung und Schwierigkeiten im Leben, insbesondere Erfahrungen von Kränkung und Mangel, als Trauma zu interpretieren. Unsere Alltagssprache ist heute durchdrungen von Begriffen wie „Traumatisierung“ und „Trigger“. Ich höre immer wieder die Aussage „Sind wir nicht alle mehr oder weniger traumatisiert?“. Ich halte das für eine sehr ungünstige Haltung, die sich in der Behandlung oft als eine ausgesprochen hartnäckige Blockade erweist, die Heilung und Veränderung behindert.

Warum ist das so? Die zu starke Fixierung auf das Modell psychischer Traumatisierungen ist oft emotional auf Defizit und Verletzung ausgerichtet. Sie verleitet unbewusst nicht selten zur Identifikation als heute noch hilfloser, traumatisierter Mensch. Dadurch begrenzt sie die Wahrnehmung des eigenen Gestaltungs- und Heilungspotentials, der eigenen Ressourcen und der ebenso erlebten positiven Lebenserfahrungen. Sie lässt manchmal vergessen, dass wir mehr sind als unsere Biographie und die Zuschreibungen destruktiv handelnder Menschen.

Zudem ist die Sichtweise, alles als Trauma zu definieren, eine Entwertung der Bedeutung „nicht-traumatischer“ Erfahrungen. Es wirkt, als ob heute nur noch das Erleben traumatischer Situationen Leid und Krankheit verursachen dürften, die zu unserem Mitgefühl berechtigen. Zunehmend häufiger berichten Patienten, dass sie ja eigentlich kein Recht dazu hätten, so zu leiden und therapeutische Hilfe zu brauchen, da sie sich doch an kein Trauma erinnern können. Ich halte es für hilfreicher, sehr genau im Einzelfall zu unterscheiden (auch wenn das nicht in jedem Fall so präzise möglich ist) und den Betroffenen nicht nur das Erklärungs- und Behandlungskonzept „Trauma“ als Lösung und Schublade anzubieten. Ich habe gute Erfahrungen mit einer eher engeren Traumadefinition gemacht.

Eine traumatische Situation im psychotherapeutischen Verständnis 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 Strategien des Menschen mit Bedrohung umzugehen und können deshalb von ihm nicht seelisch verkräftet und verarbeitet werden.

Situationen, die potentiell traumatisieren können sind z.B. 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 und plötzlicher Verlust eines sehr wichtigen Menschen. Auch Augenzeugen einer solchen Erfahrung können dadurch traumatisiert werden. Ebenso kann ein Mensch, der sehr emotional offen zuhört und empathisch mitfühlt, durch das Hören der Erzählung einer solchen Situation 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. Trifft eine traumatisierende Situation auf einen bereits traumatisierten Menschen, sind die negativen Auswirkungen oft deutlich stärker als bei einem bisher emotional Gesunden. Menschen werden von der gleichen (potentiell traumatisierenden) Situation nicht zwangsläufig traumatisiert und nicht im gleichen Ausmaß. Manche entwickeln vielleicht sogar nicht einmal Symptome, wo ein anderer an einer schweren Posttraumatischen Belastungsreaktion erkrankt. Das hat verschiedene Ursachen wie Lebensalter, vorausgegangene Traumata, Art der Bedrohung. Erst wenn eine emotionale und neurobiologische Beschädigung stattgefunden hat, sprechen wir im engeren Sinne von Trauma. Trauma ist also die Wunde und nicht das Ereignis.

Eine m. E. gut verständliche Beschreibung einer 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. Die 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 mit der Bedrohung zurechtzukommen, 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 entwicklungs geschichtlich 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. Das macht Sinn. Die entwicklungs geschichtlich jüngeren Teile unseres Gehirns arbeiten dtl. langsamer und in der Gefahrensituation muss es in der Regel sehr schnell gehen. Heute wissen wir auch schon viel mehr über die Rolle des Vagusnerves und seiner verschiedenen Anteile in diesem Zusammenhang.

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 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 (langsamer arbeitenden) Stirnhirns, ist es in der Traumasituationen biologisch/neuronal nicht möglich, auf unsere gewohnten Alltagsreaktionen und Kompetenzen zuzugreifen.

3. 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 einer Metapher und jeweils für drei verschiedene Lebenssituationen:

- Informationsverarbeitung in einer normalen, nichtstressigen Situation (z. B. Sie sitzen auf einer Wiese im Sonnenschein)
- 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)
- 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:

- Das **Amt für Informationsverarbeitung** – Sinnbild für das Gehirn des Menschen als Ganzes
- 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
- **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.
- **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.
- **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.
- **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).
- **Interne Abteilung für Stressverarbeitung** - Sinnbild für ein komplexes System aus mehreren Zentren, welches für die Stressabwicklung hauptverantwortlich ist (besteht aus Hypothalamus, Hypophyse, Nebennierenrinde)
- **Abteilung für Betäubungsmittel** - Sinnbild für das Opiatsystem
Es dient der Ausschüttung von Substanzen, die wie Betäubungs-/Beruhigungsmittel Schmerz

und Aufmerksamkeit bremsen oder ausschalten.

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

a. Informationsverarbeitung 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 diese Informationspakete wie 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 Expressnachricht an die Abteilung für Gefühle (Mandelkern).

Die **Abteilung für Gefühle** prüft nun ihren Posteingang: Welche gefühlshafte Bedeutung 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 Biographie (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.“.

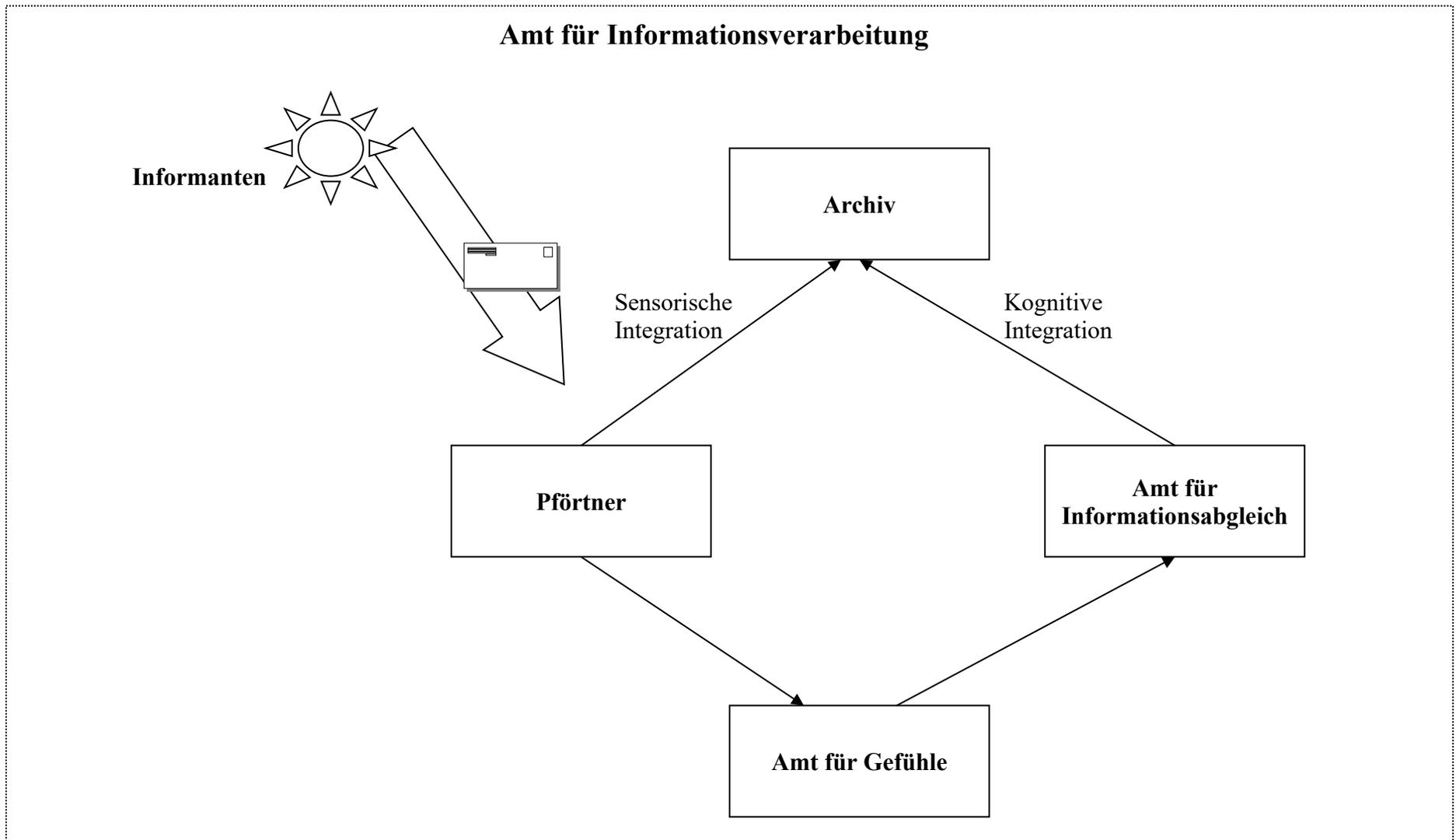


Abbildung 1: Informationsverarbeitung in einer normalen, nichtstressigen Situation

b. Informationsverarbeitung einer normalen, stressigen Situation (siehe Abb. 2)

Grundsätzlich läuft in dieser Situation im Gehirn alles genauso ab, wie unter a. 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 angeregten 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 Voraussetzungen 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.

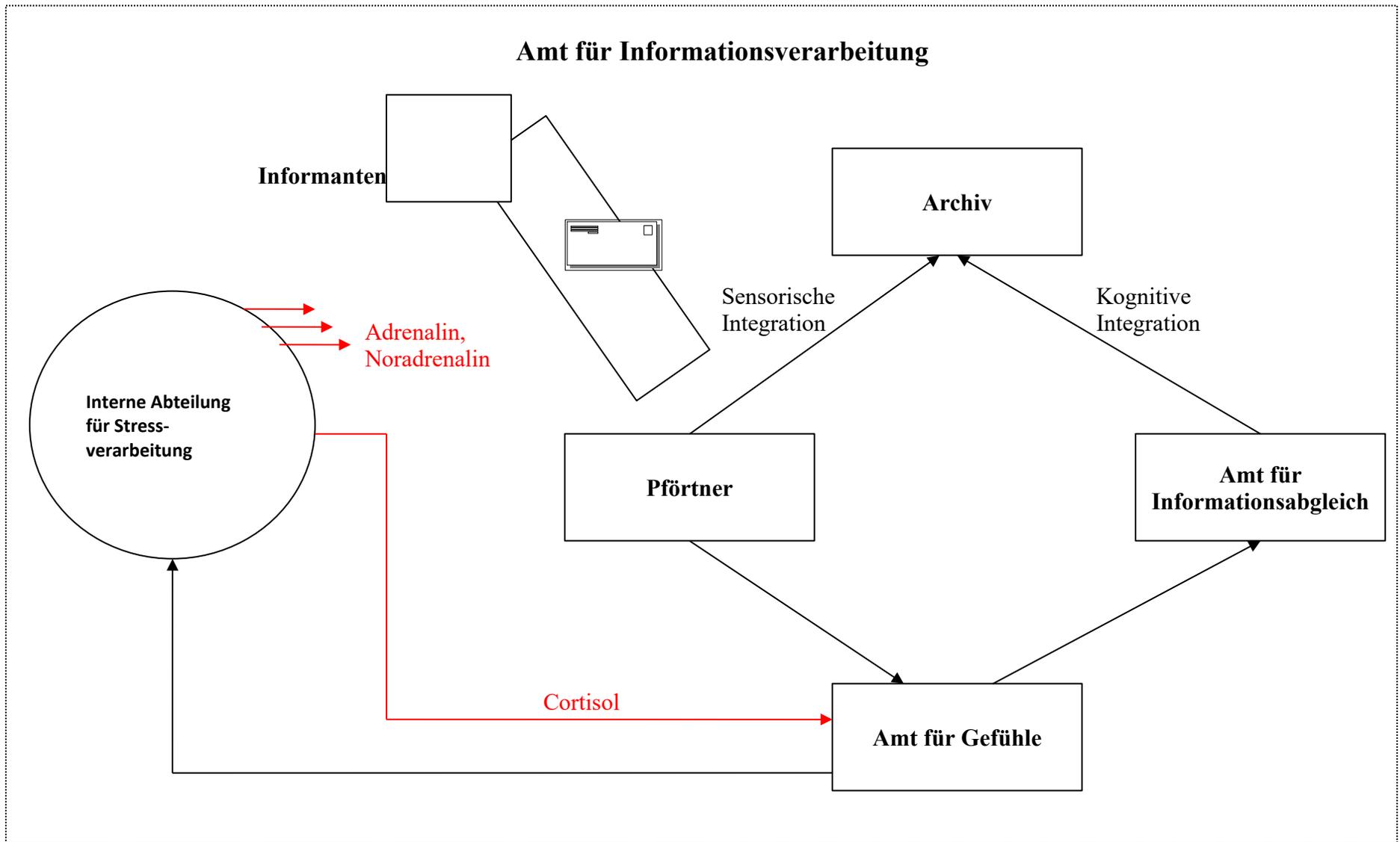


Abbildung 2: Informationsverarbeitung in einer normalen, stressigen Situation

c. Informationsverarbeitung einer traumatisierenden Situation (siehe 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, steigen Adrenalin, Noradrenalin, Cortisol und Glutamat (letzteres ist auch ein Botenstoff im Gehirn und wirkt im ganzen Körper) stetig weiter an.

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, der auf längere Dauer gefährlich ist.

Hält deshalb dieser Zustand maximaler innerer Erregung zu lange an, 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 Adrenalinpegel 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 ihrem Körper herausgetreten und nun nur noch ein Zuschauer wären (**Depersonalisation**). Oder sie fielen einfach in Ohnmacht und können sich danach an nichts erinnern. Diese Zustände nennt man „**peritraumatische Dissoziation**“. Es ist ein normaler (gene-

tisch 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.

Lutz Besser, ein bekannter Traumatherapeut, beschreibt die Vorgänge im Gehirn in der Traumasituation mit dem Sinnbild eines Spiegel. Normalerweise 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 war. Manchmal versucht das Gehirn auch nachts die Scherben eines Spiegels „zusammen zu puzzeln“. Das erlebt der Betroffene dann in Alpträumen, die letztendlich auch Intrusionen sind.

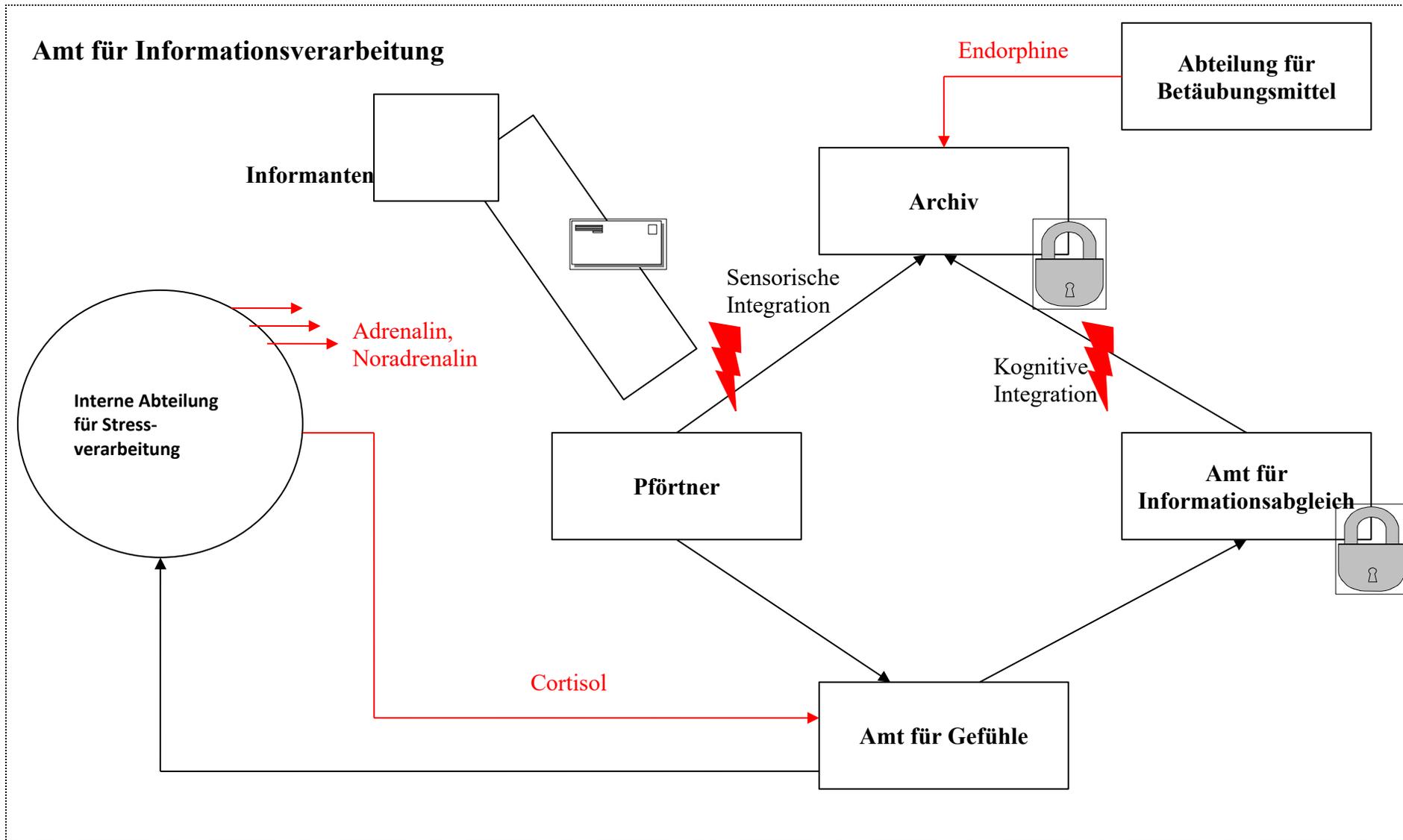


Abbildung 3: Informationsverarbeitung in einer traumatisierenden Situation

4. 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 nicht ausgereift und damit noch nicht vollständig funktionstüchtig. Der Reifungsprozess beginnt zwischen dem 2. und 3. Lebensjahr. 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 drei 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 und dauerhafte Veränderungen im Gehirn aufweisen: Es verändert sich Stresssystem mit seinen Hormonen. Es ist danach deutlich „feinfühlicher“ und irritierbarer als bei nicht traumatisierten Menschen. Es reagiert sozusagen wie ein Erdbebensensor, der schon Alarm schlägt, wenn eine Fliege vorbeifliegt. Auch kann sich das System nicht mehr so einfach herunterfahren und beruhigen. Festgestellt wurde auch, dass der linkshirnige Hippocampus oft ein kleineres Volumen hat als bei anderen Menschen und der rechtshirnige Mandelkern oft deutlich größer ist als bei nicht traumatisierten Menschen. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass ein Bereich, der häufig benutzt wird (wie ein häufig benutzter Muskel) größer und „stärker“ wird und der Körper ihn auch häufiger wieder benutzt. 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.

Heute schließen die Erklärungsmodelle der Traumatologie auch immer mehr die langfristigen Veränderungen des Vagusnerven mit seinen Anteilen ein (siehe Polyvagaltheorie). Wir haben in traumatischen Situationen einerseits die Aktivierung des Sympathikus als „Gefahrenmodus“, welcher die Funktion der inneren Organe und Muskeln bei einer Kampf- oder Fluchtreaktion unterstützt. Andererseits vermittelt der hintere (dorsale) Teil des Nervus Vagus, der evolutionär am ältesten ist, Immobilisation (Freeze), Dissoziation und Todstellreflex. Langfristig kommt es vermutlich zu einem Ungleichgewicht des Zusammenspiels zwischen den verschiedenen aktivierenden, hemmenden und ausgleichenden Anteilen des vegetativen Nervensystems.

5. 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. 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. sind dissoziative Symptome auch ein klassisches Symptom bei nichttraumatischen Panikattacken und für ein nicht vollständiges Erinnern an die Kindheit gibt es auch andere Ursachen als Traumatisierungen. D. h. aus einzelnen Symptomen kann nicht zwangsläufig auf eine Traumatisierung oder eine Traumafolge-Erkrankung zurückgeschlossen werden.

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 ihr 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). Auch plötzlich auftretende Erregungszustände/Panikattacken können manchmal als Traumaerinnerungen identifiziert werden.

Wurde ein Erwachsener z.B. 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, erkennt 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. Aber auch hier: nicht jeder Mensch, der Angst vor Konflikten hat, ist traumatisiert.

➤ **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. Sie berichten, dass sie sich unwirklich fühlen (z. B. wie neben sich stehen) oder das Gefühl haben, ihre Umgebung sei unwirklich (wie in einem Film). Viele berichten, in hohen Anspannungssituationen nicht richtig zu fühlen. Z.B. spüren sie ihren Körper dann nicht richtig, hören „wie durch Watte“ oder können nicht mehr gut sehen, obwohl ihre Augen in Ordnung sind. In schweren Fällen treten Ohnmachtsanfälle, Umnachtungszustände und psychosomatisch bedingte Lähmungen und 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 in 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, fühlt 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. Alpträume 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 im 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 sind, 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.

6. Welche Erkrankungen können sich in Folge eines Traumas entwickeln?

In diesem Kapitel möchte ich vor allem auf die Trauma-Folge-Erkrankungen im engeren Sinne eingehen. Wie oben beschrieben, können neben diesen Trauma-Erkrankungen im engeren Sinne auch sekundäre, eigenständige Krankheitsbilder auftreten (Suchterkrankungen, Depressionen, Angsterkrankungen, Essstörungen, Zwangserkrankungen, Somatisierungsstörungen, chronische Schmerzsyndrome, Persönlichkeitsstörung). Oft kommen Patienten wegen solcher Erkrankungen (ohne Traumasymptome 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.

Es gibt in Deutschland zwei zentrale Klassifikationen, mit Hilfe derer versucht wurde, Erkrankungen und Symptome zu ordnen und zu beschreiben. Wir stützen uns aktuell noch vorwiegend auf die ICD 10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme - 10. Revision). Eine Weiterentwicklung (ICD 11) ist gerade in Arbeit. Hier sind gerade im Kapitel der Traumaerkrankungen einige Veränderungen zu erwarten. Das DSM-V (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 (Nachhallenerinnerung, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines anhaltenden Gefühls von Betäubtsein 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 Fremdheitsgefühle 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.

➤ **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 tiefgreifenden 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. Aber auch die anderen Persönlichkeitsstörungen beschreiben z. T. ähnliche Symptome. Mittlerweile zeigen viele Studien, dass wahrscheinlich ein großer Teil der Patienten mit der Diagnose "Persönlichkeitsstörung", Traumata in ihrer Vergangenheit erlebt haben und dies eine Mitursache ihrer Auffälligkeiten sein kann.

➤ **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-V 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. Die Erkrankung hat sehr starke Überschneidungen, gerade mit den Symptomen einer Borderline-Störung, und erfordert dadurch oft genauere differentialdiagnostische Überlegungen und Diagnostik. Vergleicht man beide, findet man allerdings doch oft charakteristische Unterschiede: Menschen mit Borderline-Störung bemühen sich z.B. anhaltend Verlassenwerden zu vermeiden, während komplex traumatisierte Menschen sich eher zurückziehen.

➤ **Dissoziative Störungen**

Dissoziation ist streng genommen das Gegenteil von Assoziation. Normalerweise werden alle Informationen einer Situation gemeinsam (assoziiert) betrachtet, vor 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, Derealisation, 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:

- 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 dort viele unterschiedliche Diagnosen (vor allem Diagnosen zu Persönlichkeitsstörung und schizophrenen Erkrankungen), die Behandlungsverläufe waren kompliziert und die Ergebnisse nicht zufriedenstellend.

Leider ist diese Diagnose in den letzten Jahren sehr in Verruf gekommen und manche Ärzte und Therapeuten leugnen bis heute die Möglichkeit so schwerer Verletzungen der Persönlichkeit. Damit leugnen sie leider 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 Realitätssinn. 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 Symptome 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. Hierrunter zählt unter anderem die in der DSM-V benannte Diagnose DDNOS (dissoziative Persönlichkeit, nicht multipel) sowie das auch in der DSM-V noch nicht separat benannte sog. „Ego-State-Disorder“. Über die Diagnose „Dissoziative Störung nicht näher bezeichnet“ beschreibt man alle 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.

7. 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 haben Sie an diesen Stellen gedacht: „Ach so ist das! Deshalb verhalte ich mich so!“. Mein Ziel war es, dass Sie durch das Gelesene etwas mehr Verständnis und Nachsicht für sich, Ihre Gefühle und Verhaltensweisen finden. 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 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, schweren Belastung durch die Symptome der Trauma-Erkrankung zusätzliche psychische Erkrankungen (Suchterkrankungen, Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Zwangserkrankungen, somatoforme Schmerzstörungen, selbstverletzendes Verhalten), die ebenfalls in der Diagnostik und Therapie Beachtung finden müssen.

Im Rahmen der Diagnostik sind außerdem vor dem Festlegen der Diagnose einer Trauma- Folge-Erkrankung sehr genau andere Ursachen der auftretenden Symptome auszuschließen. Zu nennen sind hier andere psychische Erkrankungen und somatische Krankheiten wie Hirntumoren, Anfallsleiden, Alkohol- und Drogenintoxikation und Stoffwechselerkrankungen.

Vergessen Sie aber beim Thema der Diagnosen bitte nicht: Letztendlich sind Diagnosen nur „Etikette“ für Konzepte, mit denen wir Ärzte und Therapeuten versuchen, komplexen Geschehen einen Namen zu geben, um besser damit arbeiten und sich verständigen zu können. Dafür hat man sich in umfangreichen Diskussionsprozessen, auf der Basis der jeweils aktuellen Forschung, geeignet, bestimmte Gruppen von Symptomen zu „Erkrankungen“ zusammenzufassen. Es ist nachvollziehbar, dass auch aktuell, bedingt durch das neue neurobiologische Wissen, diese „Etikette“ neu diskutiert und gefasst werden. In der neuen Version der ICD wird es gerade beim Thema der Trauma-Folge-Erkrankungen einige Änderungen geben. Letztendlich geht es darum, das Konzept zu finden, was sich am besten für die Erklärung eines bestimmten Symptomkomplexes bei einem Menschen eignet und demjenigen am besten hilft, Lösungen zu finden.

8. Ausblick

Die Ausgangsfrage für meinen Artikel war: „Bin ich verrückt?“. Sie konnten durch den Artikel einige Erklärungen für das finden, was Sie erleben. Ihnen ist verstehbar geworden, dass alles, was Sie wahrnehmen, aus dem erklärbar ist, 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. Zudem hat unsere Seele ein unglaubliches Selbstheilungs- und Wachstumspotential.

Welche der unzähligen Traumatherapiemethoden für Sie geeignet sind, kann ich nicht sagen. Prüfen Sie für sich selbst sehr gut, welche Techniken und dahinterliegenden Konzepte für Sie wirklich stimmig sind. Beobachten Sie, wie sie auf Ihren Körper, Geist und Seele wirken und überprüfen Sie immer wieder, ob Sie noch auf dem richtigen Weg sind. Verhilft Ihnen die Arbeit zu einem glücklicheren, aktiveren und erfüllteren Leben? Gelingt es Ihnen besser, mit sich selbst und Ihren Beziehungen im Hier und Jetzt umzugehen? Gehen Sie offener und mit mehr Vertrauen in die Welt?

Zum Abschluss möchte ich nochmal einen wesentlichen Aspekt vom Anfang aufgreifen. Wir Menschen neigen dazu, das, was uns passiert ist, damit zu verwechseln, wer wir sind. Erlebte Traumatisierungen, mögen sie auch schwer gewesen sein, müssen kein dauerhaftes Lebensschicksal sein. Wir sind viel mehr als das, was uns passiert ist. Wir sind viel mehr als unsere Verletzungen und Narben. Wenn es uns gelingt, das zu erkennen, ist der Weg zur Heilung weit offen.

Ulrike Ludwig

9. Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (1996): *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen – DSM IV*. Übersetzt nach der 4. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der APA. Göttingen: Hogrefe
- Brisch, Karl Heinz, Hellbrügge, Theodor (Hrsg.) (2003): *Bindung und Trauma – Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Deistler, Imke & Vogler, Angelika (2002): *Einführung in die Dissoziative Identitätsstörung – Multiple Persönlichkeit. Therapeutische Begleitung von schwer traumatisierten Menschen*. Paderborn: Jungfermann
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1992): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber, 3. Auflage (1999)
- Driesen, M., Beblo, T., Rau, H., Lange, W., Silva, A., Berea, R.C., Wulff, H., Ratzka, S. (2002): *Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung?* In: *Der Nervenarzt*, 73:820-829
- Dulz, Birger, Sachsse, Ulrich (2002): *Dissoziative Phänomene: vom Tagtraum über die Multiple Persönlichkeitsstörung zur Dissoziative Identitätsstörung*, in: Kernberg et al., a.a.O., S. 237-257
- Ehlers, Anke (1999): *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe
- Fiedler, Peter (1999): *Dissoziative Identitätsstörung und Konversion*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 2. vollständig überarbeitete Auflage 2001
- Fischer, G. & Riedesser, P. (Hrsg.) (1998): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: UTB
- Fischer, G., Reddemann, L., Barwinski-Fäh, R., Behring, R. (2003): *Traumaadaptierte tiefenpsychologische fundierte und analytische Psychotherapie. Definition und Leitlinien*, in: *Psychotherapeut*, 48:199-209
- Herman, Judith Lewis (1994): *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*, München: Kindler
- Hoffmann, A., Ebner, E., Rost, C. (1997): *EMDR in der Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung*. In: *Fundamenta Psychiatrica*, 11: 74-78
- Huber, Michaela (2003): *Trauma und die Folgen Teil 1 und 2*, Paderborn: Jungfermann Verlag
- Huber, Michaela (1995): *Multiple Persönlichkeitsstörung – Überlebende extremer Gewalt*. Frankfurt: Fischer
- Hüther, Gerald (1999): *Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Hüther, Gerald (2002/2001): *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 3. Auflage 2002
- Kunzke, Dieter, Güls, Frank (2003): *Diagnostik einfacher und komplexer posttraumatischer Störungen im Erwachsenenalter. Eine Übersicht für die Praxis*. In: *Psychotherapeut* (2003), 48:50-70
- Overkamp, Bettina, Hoffmann, Arne, Huber, Michaela, Dammann, Gerhard (1997): *Dissoziative Identitätsstörung (DIS) – eine Persönlichkeitsstörung?* In: *Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie*, S. 74-84
- Putnam, Frank W. (1989, deutsch 2003): *Diagnose und Behandlung Dissoziativer Identitätsstörungen*, Paderborn: Jungfermann
- Reddemann, Luise (2004): *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Reddemann, Luise (2001): *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Klett-Cotta, 5. Auflage (2002)
- Reemtsma, J.P. (1997): *Im Keller*, Hamburg: Hamburger Edition
- Röhr, Heinz-Peter (1998): *Ich traue meiner Wahrnehmung – Sexueller und emotionaler Missbrauch oder Das Allerleirauh-Schicksal*. Düsseldorf, Zürich: Walter Verlag, 3. Auflage (2001)
- Rothschild, Babette (2002): *Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung*, Essen: Synthesis
- Sachsse, Ulrich (1996): *Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik – Psychotherapie. Das Trauma, Dissoziation und ihre Behandlung*, 3. überarbeitete Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Sachsse, Ulrich, Özkan, Ibrahim & Streeck-Fischer, Annette (2002): *Traumatherapie - Was ist erfolgreich?* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Streeck-Fischer, Annette, Sachsse, Ulrich & Özkan, Ibrahim (Hrsg.)(2001): *Körper – Seele – Trauma. Biologie, Klinik und Praxis*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2. durchgesehene Auflage (2002)
- Terr, Leonore (1995): *Schreckliches Vergessen, heilsames Erinnern. Traumatische Erfahrungen drängen ans Licht*. München: Kindler

