

Trauma – was passiert in meinem Körper?

Was passiert in unserem Organismus bei einer traumatischen Situation, wann spricht man überhaupt von einem Trauma und wie entstehen sogenannte Trigger? Viele Menschen leiden unter Symptomen, die auf eine post-traumatische Belastungsstörung zurückführbar sind. Diese Menschen haben ein Trauma erlebt und konnten das Erlebte nicht komplett verarbeiten. Um die Symptome und das Verhalten Betroffener besser verstehen zu können, möchte ich im Folgenden die Abläufe im Körper bei einer traumatischen Situation erläutern. Im Anschluss gehe ich darauf ein, wie ein traumatisches Erlebnis mit therapeutischer Unterstützung verarbeitet werden kann.

Definition „Trauma“

Nach ICD 10, dem offiziellen Katalog zur Klassifizierung psychischer Symptome, ist ein Trauma ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Wesentlich sind dabei Gefühle von Hilflosigkeit, Überwältigt-Sein und schutzloser Preisgabe. Hierzu zählen Situationen mit Todesbedrohung, ernsthafter körperlicher und emotionaler Verletzung, sowie einer Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder bei anderen. Selbst das Hören oder Sehen eines Berichts über eine traumatische Situation kann traumatisierend sein. Man muss das Trauma also nicht einmal selbst erlebt haben, um traumatisiert werden zu können.

Gehirnphysiologie

Um die Abläufe im Körper bei einer traumatischen Situation verstehen zu können, möchte ich zunächst auf ein paar grundlegende Strukturen und physiologische Prozesse im Gehirn eingehen.

Unser Gehirn besteht aus einem entwicklungsgeschichtlich sehr alten Teil, der das limbische System enthält, und einem relativ jungen Teil, der Großhirnrinde.

Das limbische System liegt in der Tiefe des Gehirns und ist ein Teil des Stammhirns. Man kann es auch als emotionales Gehirn bezeichnen, denn das limbische System ist zuständig für Fühlen und Emotionen. Es steuert unsere instinktiven Reaktionen und übernimmt die Führung in lebensbedrohlichen Situationen.

Die Großhirnrinde (Neocortex) liegt im äußeren Teil des Gehirns und nimmt mit ihren typischen Windungen relativ viel Raum ein. Die Großhirnrinde, die man auch kognitives Gehirn nennen kann, ist zuständig für logisches Denken, Reflektieren, Sprache, Kommunikation, Wahrnehmung und Bewegung. Außerdem findet hier der bewusste Verarbeitungsprozess für unser Erleben statt.

Für diesen Verarbeitungsprozess benötigen wir beide Seiten der Großhirnrinde, die mehr rational arbeitende linke Gehirnhälfte und die mehr bildhaft arbeitende rechte Gehirnhälfte.

Nur wenn alle Gehirnbereiche gut miteinander verbunden sind, kann ein Ereignis verarbeitet werden, um dann am Schluss als persönliche Erfahrung und Erinnerung im Hippocampus abgespeichert werden zu können.

Die Struktur des Hippocampus liegt als Teil des Stammhirns wieder im Inneren des Gehirns. Man kann den Hippocampus auch als Gedächtnis bezeichnen, denn hier werden all unsere Erlebnisse chronologisch in Raum und Zeit eingeordnet.

Was passiert bei einer traumatischen Situation?

In einer als bedrohlich empfundenen traumatischen Situation gerät der Körper spontan in einen Alarmzustand und startet mit einer Schutzreaktion. Das limbische System übernimmt die Führung und sorgt über unser hormonales und vegetatives System dafür, dass wir reagieren können und Angst empfinden.

Jetzt kommt es zu einem typischen Ablauf, den man mit sieben „F“-Begriffen benennen kann:

1. Fright / Schreck

Zunächst findet die bekannte Schrecksekunde statt – ein kurzer Moment mit hoher Aufmerksamkeit, der dazu dient, sich schnell orientieren zu können. Hier wird auch das Bindungssystem aktiviert: wir schauen uns um, ob uns jemand helfen könnte.

2. Flight / Flucht

Wenn uns keiner zu Hilfe kommt, dann versuchen wir der bedrohlichen Situation zu entkommen, indem wir weglaufen. Wenn die Flucht nicht möglich ist, fühlen wir uns hilflos.

3. Fight / Kampf

Werden wir nun in die Enge gedrängt, versuchen wir uns zu verteidigen, wir kämpfen.

Wenn wir flüchten oder kämpfen können, bringen wir uns dadurch wieder ins Gleichgewicht und es findet keine Traumatisierung statt.

Wenn auch der Kampf nicht gelingt, dann fühlen wir uns machtlos.

Nun sind wir gefangen in einer traumatischen Zange aus Todesangst, Hilflosigkeit und Ohnmacht – die oben erwähnten Grundlagen einer traumatischen Situation.

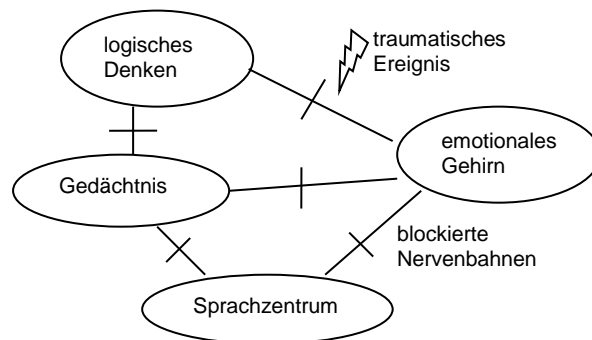
4. Freeze / Erstarrung

Unser Organismus und unser Gehirn werden überschwemmt von den Stresshormonen, die das limbische System in einer Kaskade über Hypothalamus – Hypophyse – Nebennierenrinde freisetzt, um instinktive lebenserhaltende Reaktionen ablaufen zu lassen.

Diese Stresshormone blockieren jetzt die Nervenbahnen zwischen den Hirnregionen. Die Verbindung vom kognitiven Gehirn zum limbischen System ist ebenso unterbrochen wie die Zusammenarbeit der linken und rechten Gehirnhälfte.

Die Informationsverarbeitung im Gehirn funktioniert nicht mehr, der handlungsplanende Verstand schaltet sich ab und auch das Sprachzentrum hat keine Verbindung mehr zu den anderen Gehirnregionen, so dass das Erlebte sprachlich nicht mehr ausgedrückt werden kann.

Bei diesem Prozess verändert sich unser Bewusstseinszustand. Wir spüren keine Schmerzen mehr und nehmen das Geschehen aus einer gewissen Distanz wahr. Körperlich erstarren wir.



5. Flag / Unterwerfung

Nach einiger Zeit registriert das Gehirn, dass keine Energie verbraucht wurde für Flucht oder Kampf und es ändert die Zusammensetzung des Hormoncocktails. Dadurch flaut die Übererregung ab, der Körper erschlafft.

6. Faint / körperliche Ohnmacht

Die körperliche Ohnmacht, auch bekannt unter dem Begriff Totstell-Reflex, gehört zu den letzten Schutzreflexen, um zu überleben. Er dient auch der Selbsterhaltung.

Im Tierreich zum Beispiel fällt eine Gazelle, die von einem Gepard gejagt wird, mitten im Galopp vermeintlich tot um, wenn dieser Reflex einsetzt. Der Gepard wird nicht mehr zubeißen, wenn er die Gazelle erreicht, denn für ihn erscheint sie tot. Er zerrt sie in ein Gebüsch und holt seine Jungen. Während seiner Abwesenheit kommt die Gazelle wieder zu sich, steht auf, schüttelt sich und läuft fort. Die Gazelle wird anschließend keine Traumasymptome entwickeln, denn ihr Gehirn ist weniger kompliziert aufgebaut, als das menschliche.

7. Fragmentation / Fragmentbildung

Da die Informationen im Gehirn nicht normal verarbeitet werden können, werden sie im limbischen System abgelegt, und zwar so, wie sie zum Zeitpunkt des Ereignisses erlebt wurden. D.h. das Erleben zerfällt in seine sensorische Vielfältigkeit – in ein bestimmtes Bild, ein spezielles Geräusch, vielleicht ein Geruch, usw. – und jedes dieser Fragmente wird für sich im limbischen System abgespeichert. Ebenso werden die zugehörigen Emotionen eingefroren und verbleiben im limbischen System.

Die so abgelegten Erinnerungssplitter sind damit nicht mit den Zentren für Zeit, Sprache und Logik verbunden. Für die betroffene Person bleibt die Zeit stehen und sie verliert die Verbindung zu sich selbst, zu ihrer Familie, zur Welt.

Die im limbischen System abgespeicherten Fragmente können durch Außenreize, sogenannte Trigger, jederzeit ein Wiedererleben des traumatischen Geschehens auslösen. Die Trigger sind genauso vielfältig wie die abgelegten Erinnerungssplitter. Trigger können sein:

- eine bestimmte Szene, die in einem Spielfilm gezeigt wird
- eine Körperempfindung oder Emotion, die durch ein völlig banales Ereignis ausgelöst wird
- ein bestimmter Kontext, wie der Schatten, den die Bäume werfen

- eine Tätigkeit, wie der abendliche Spaziergang.

Wird eine traumatische Situation durch einen Trigger wachgerufen, dann empfinden wir die Vergangenheit als Gegenwart, d.h. wir empfinden und verhalten uns so, als ob das traumatische Ereignis gerade im Moment passieren würde.

Unser Organismus verbleibt nach einem nicht verarbeiteten traumatischen Erlebnis im Alarmzustand und reagiert im Bedrohungsmodus, als ob die bedrohliche Situation immer noch fortbestehen würde. Die ursprünglich bereitgestellte Energie für Flucht und Angriff bleibt abgespalten und unser System sucht eine Gelegenheit, um die Situation, bei der es zu diesem Energiestau kam, zu Ende zu bringen, und die Stressenergie zu entladen.

Dadurch geraten wir immer wieder in ähnliche Situationen und wiederholen das Trauma gewissermaßen mit dem Ziel, dass es endlich ein gutes Ende nimmt. Da wir jedoch in der Regel nach den immer gleichen Mustern agieren, führen diese Wiederholungen eher zu einer Retraumatisierung, als zu einer Aufarbeitung.

Arten von Traumata

Nach Ursache differenziert unterscheiden wir zwei grundlegende Arten von Traumata:

Die erste Gruppe umfasst die sogenannten Monotraumata, also einmalige, außergewöhnliche Ereignisse, wie z.B. Unfälle, Naturkatastrophen, Verbrechen oder das Miterleben des Todes eines Menschen. Das Risiko, nach einem Monotrauma eine Traumafolgestörung zu entwickeln, liegt bei 2-10%.

Die zweite Gruppe bezeichnet man als chronische bzw. Komplex-Traumata. Hierbei dauert die traumatische Erfahrung über einen längeren Zeitraum an. Von Komplex-Traumata spricht man bei länger dauernden zwischenmenschlichen Gewalterfahrungen sowie bei chronischen Beziehungstraumatisierungen, sexuellem Missbrauch, Vergewaltigung, Folter, Kindesmisshandlung oder auch Vernachlässigung. Das Risiko einer Traumafolgestörung beträgt bei dieser Gruppe 50%.

Resilienz

Ob es nach einem traumatischen Erlebnis zur Ausbildung von Traumafolgestörungen kommt, hat viel mit der persönlichen Widerstandsfähigkeit, der sogenannten Resilienz, zu tun. Diese individuelle Fähigkeit, sich gegen erheblichen Druck von außen zu behaupten, ist dafür verantwortlich, dass ein und dasselbe traumatische Erlebnis bei dem einen Menschen zur Entwicklung von Traumasymptomen führt, während es bei einem anderen Menschen problemlos verarbeitet werden kann.

Entscheidende Resilienzfaktoren sind Anpassungsfähigkeit, positives Selbstwertgefühl, Flexibilität, stabile emotionale Beziehungen, traumatische Vorerfahrungen und individuelle Erfahrungen während der Entwicklungsstadien im Reifungsprozess des Nervensystems.

Aber auch das Alter spielt eine große Rolle. Ein Kind von 6 Jahren wird beispielsweise verängstigt reagieren, wenn es nachts aufwacht und die Eltern nicht zu Hause

sind. 10 Jahre später würde das Kind in derselben Situation unter Umständen überlegen, was es mit der sturmfreien Bude anstellen könnte.

Je früher und komplexer die traumatische Erfahrung war, desto existentieller wird sie erlebt und desto schwerer sind die Krankheiten, die sich als Traumafolgestörungen daraus entwickeln können.

Dazu kommt, dass bei der Reifung des Gehirns die Entwicklung des Hippocampus erst mit ca. 5 Jahren abgeschlossen ist. Eine traumatische Erfahrung zwischen dem dritten und dem fünften Lebensjahr führt vermehrt zur Bildung von Rezeptoren für Stresshormone. Stress wird also besonders gut wahrgenommen und der Hippocampus reagiert bereits auf kleine Reize. Zudem sind die Erinnerungsfunktion und die Wahrnehmung von Raum und Zeit gestört, wenn während der Reifungszeit des Gehirns traumatische Erlebnisse stattfanden.

Die Erkenntnis, dass man als traumatisierter Mensch auf Situationen anders reagiert als ein Nichttraumatisierter, kann Betroffene entlasten.

Posttraumatische Belastungsstörung

Was sind nun diese Traumafolgestörungen, die noch Jahre später nach einem traumatischen Erlebnis vorhanden sein können?

Traumasympptome entstehen nicht direkt aus dem traumatischen Ereignis. Sie können verstanden werden als körperliche Erinnerung an emotionale Zustände, die nicht mit dem Verstand erfasst werden können, sondern auf der körperlichen Ebene verbleiben.

Diese Symptome, die auch als posttraumatische Belastungsstörung bekannt sind, sind sehr vielfältig.

Zeichen vegetativer Überkoppelung wären Unruhe, Hyperaktivität, Reizbarkeit, Aggressivität, Übervorsichtigkeit, erhöhte Wachsamkeit, akutes Bedrohungsgefühl, Schreckhaftigkeit, Zittern, Angst, Panikattacken.

Zu den Zeichen vegetativer Unterkoppelung gehören Depressionen, dissoziative Zustände, Vermeidungsverhalten bis hin zu Suchtverhalten, sozialer Rückzug, Gefühlsabstumpfung, andauerndes Gefühl des Betäubt-Seins, Gleichgültigkeit, Konzentrationsstörung, Erschöpfung.

Daneben können Schlafstörungen auftreten, sowie Wiedererleben in Form von Flashbacks oder Alpträumen; plötzliche Schweißausbrüche, Schwindel, Herzrasen, Blutdruckkrisen; körperliche Symptome wie Schmerzen, Magen-/Darmprobleme, Appetitstörungen.

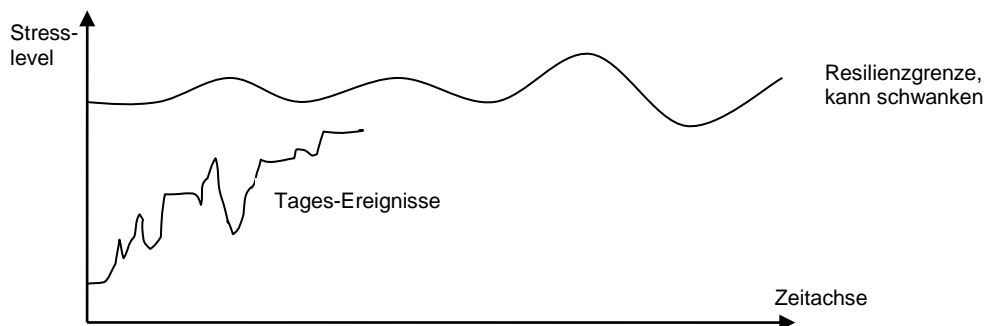
In schweren Fällen können sich Psychosomatosen entwickeln wie z.B. Asthma bronchiale, Magengeschwüre, Neurodermitis oder auch Psychosen und Persönlichkeitsveränderungen.

Typische Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung, kurz PTBS, sind ein verzögerter Beginn der Beschwerden (häufig erst nach mehreren Monaten), ein vorangegangenes traumatisches Ereignis und ein Anhalten der Symptome über mehr als einen Monat.

Verarbeitungsprozess

Bis zu einem gewissen Grad schafft unser Nervensystem es, eine belastende Erfahrung zu verarbeiten. Dabei kommt es zu einer sogenannten akuten Belastungsreaktion mit Bewusstseinsengung, eingeschränkter Aufmerksamkeit und Desorientiertheit, gefolgt von Rückzug, Unruhe oder Überaktivität. Solch eine akute Belastungsreaktion tritt in der Regel innerhalb von Minuten auf und geht nach dem belastenden Ereignis innerhalb von Tagen wieder zurück.

Der normale Verarbeitungsprozess des Tagesgeschehens findet nachts in der REM-Phase im Schlaf statt. Während dieser Phase, die auch mit einer schnellen Augenbewegung einhergeht, ist das Gehirn hochaktiv, die einzelnen Bereiche des Gehirns sind miteinander verbunden und Stress wird abgebaut. Das Nervensystem greift sich, auch aus einer traumatischen Situation, die nützliche Information, die Lektion, heraus und verarbeitet die Gefühle und Gedanken. Wenn das Erleben verarbeitet ist, wird es im Gedächtnis gespeichert, ist damit nicht mehr im limbischen System und die Ur-Emotion kann nicht mehr durch Trigger aktiviert werden.



Erlebnisse eines normalen Tages werden, solange sie unter der Resilienzgrenze bleiben, nachts wieder abgebaut

Dieser Prozess funktioniert, solange das Erleben unter unserer individuellen Resilienzgrenze liegt, d.h. der Grenze dessen, was wir mit unseren persönlichen Fähigkeiten verarbeiten können. Geht der Stress über die Resilienzgrenze hinaus, wie es bei einer traumatischen Situation der Fall ist, dann funktioniert der Stressabbau nachts nicht mehr. Therapeutische Unterstützung ist nötig, um den damit verbundenen Energiestau abbauen zu können.

Man kann diesen Verarbeitungsprozess im Gehirn auch mit dem Zimmerservice eines Hotels vergleichen. Da gibt es eine Reihe von Zimmern, die Nacht für Nacht gereinigt werden müssen, was die Aufgabe des Reinigungsdienstes ist. Der schafft das auch normalerweise jede Nacht. Wenn nun jedoch in einem Zimmer etwas vorgefallen ist, die Vorhänge zerrissen, die Stühle zerbrochen, undefinierbare Flecken auf dem Teppich und die Wände beschmiert sind, hat der Reinigungsdienst ein Problem. Er wird die Tür zu diesem Zimmer zwar öffnen und sich das Chaos anschauen, aber er weiß, dass er seine Aufgabe, nämlich in einer Nacht alle Zimmer des Hotels zu säubern, nicht schaffen wird, wenn er sich um dieses spezielle Zimmer kümmert. Und da er das weiß, wird er die Tür zu dem Zimmer wieder schließen und sich den anderen Zimmern zuwenden. In der folgenden Nacht wiederholt sich das. Irgendwann wird es dann zur Gewohnheit, dass dieses eine Zimmer so unordentlich ist, und der Reinigungsdienst macht die Türen erst gar nicht mehr auf.

Übertragen auf den Heilungsprozess nach einem traumatischen Erlebnis ist es also notwendig, mit einer geeigneten Technik in dieses Zimmer zu gehen. Hier hat sich in meiner Praxis EMDR in Kombination mit dem systemischen Therapieansatz bewährt.

EMDR als Traumabewältigung

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) nach F. Shapiro ist eine Technik, die sich zur Traumabewältigung einsetzen lässt. Beim EMDR findet eine wechselseitige Stimulation der beiden Gehirnhälften statt. Diese Stimulation kann über eine Augenbewegung erfolgen, also ähnlich der REM-Phase beim Schlafen. Es hat sich jedoch gezeigt, dass eine abwechselnde Berührung auf der linken und der rechten Körperseite, wie z.B. das Tippen auf die Knie, ebenso wirksam ist. Alternativ kann man auch das Gehör einsetzen und im Wechsel links und rechts ein Geräusch hören lassen.

Durch diese wechselseitige Stimulation werden die blockierten Nervenbahnen im Gehirn wieder aktiviert. Wenn der Patient mit seiner Aufmerksamkeit und seinen Empfindungen bei einem bisher unverarbeiteten belastenden Erlebnis ist, dann können die im emotionalen Gehirnbereich gespeicherten Fragmente verarbeitet werden. Im Idealfall landet das Erlebnis als Erinnerung im Gedächtnis, wo es seine Einordnung in Raum und Zeit findet. Es ist dann ein Teil der Vergangenheit und kann als Erfahrung, die zur Entstehung der heutigen Persönlichkeit beigetragen hat, akzeptiert werden.

Während einer solchen EMDR-Sitzung tauchen häufig verschiedene Situationen auf, an denen ich dann mit dem Betroffenen arbeite. Hierbei lasse ich die ressourcenorientierten Phantasie Reisen nach L. Reddemann ebenso einfließen, wie Elemente aus der Aufstellungsarbeit und andere Techniken. Die Erinnerungen lassen sich in der Regel gut mit Ressourcen beeinflussen, so dass das Erlebnis in der Phantasie endlich einen besseren Ausgang findet.

Ein schlimmes Erlebnis verliert durch das Verarbeiten seinen Trigger, das bedeutet, dass Situationen, die zuvor den hilflosen, ausgelieferten Zustand hervorgerufen haben, nun neutral erlebt werden. Dem Betroffenen ist bewusst, dass dieser Vorfall in der Vergangenheit passiert ist und dass es damals schlimm war. Aber das Schlimme ist vorbei und nur noch eine Erinnerung.

Die zuvor abgespaltene Energie wird integriert und der Organismus muss keine Kraft mehr aufwenden, um die Emotionen in Schach zu halten. Diese Kraft steht nun wieder dem Leben und der Zukunft zur Verfügung. Erfahrungsgemäß erleben Betroffene nach solch eines Verarbeitungsprozesses eine Steigerung ihrer Lebensqualität.

Verfasserin: Kerstin Noll, Heilpraktikerin