

Trauma und die Folgen - Ursachen und Auswirkungen

Diplomarbeit
zur Erlangung des Grades einer
Diplom-Sozialpädagogin/ Sozialarbeiterin

Vorgelegt von
Christa Dangendorf

Eingereicht am 12.07.2007
an der Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel
Matrikelnummer 10481596

Erstgutachterin: Prof. Dr. Ute Ingrid Haas
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Antje Reinheckel

Inhaltsangabe

1	Einleitung	1
2	Aktualität der Psychotraumatologie	4
3	Entstehung eines Traumas	7
3.1	Auslösende Faktoren	8
3.1.1	Zufällige Ereignisse	9
3.1.2	Man-made-desaster	9
3.2	Prävalenz eines Traumas	9
3.3	Erleben eines Traumas	11
3.4	Direkte Traumareaktion	13
3.5	Traumatischer Prozess	15
4	Risiko und Schutzfaktoren bei der Traumaentstehung	18
4.1	Risikofaktoren	19
4.2	Schutzfaktoren	21
5	Neurobiologische Grundlagen	23
5.1	Neuronale Netzwerke	24
5.2	Hormonelle Stressreaktion	27
5.3	Trauma und Gedächtnis	30
6	Kurzfristige Folgen eines Traumas	31
6.1	Anpassungsstörungen	32
6.2	Akute Belastungsreaktion	33

7	Langfristige Folgen eines Traumas	34
7.1	Posttraumatische Belastungsstörung	34
7.1.1	Klassifikationssysteme der PTBS	37
7.1.2	Sonderform der PTBS	39
7.1.3	Kritik der PTBS	39
7.2	Komorbide Störungen	40
7.2.1	Depressionen	41
7.2.2	Angsterkrankungen	42
7.2.3	Suchterkrankungen	42
7.2.4	Dissoziative Störungen	43
7.3	Somatoforme Störungen	44
8	Auswirkung auf sekundär Betroffene	46
8.1	Beziehungsstörungen	47
8.2	Transgenerationale Weitergabe	48
8.3	Auswirkungen auf die Gesellschaft	54
9	Therapie der PTBS	59
10	Unterstützungsmöglichkeiten durch die soziale Arbeit	61
10.1	Psychoedukation	61
10.2	Angehörigenarbeit	62
10.3	Krisenintervention	62
10.4	Beratung	63
11	Fazit	66
	Literatur	71

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Entstehung eines Traumas	8
Abb. 2:	Wechselwirkung zwischen Umweltfaktoren und subjektiven Faktoren	12
Abb. 3:	Zyklus der Traumaverarbeitung	14
Abb. 4:	Begleiterkrankungen durch den traumatischen Prozess	15
Abb. 5:	Risikofaktoren für die PTBS	20
Abb. 6:	Ablauf einer Erregungsleitung	25
Abb. 7:	Hormonelle Stressreaktion	28
Abb. 8:	Übersicht über die Traumafolgestörungen	32
Abb. 9:	PTBS im DSM IV	36
Abb. 10:	Entstehung einer Suchtstörung nach einem Trauma	43
Abb. 11:	Überblick zu bundesrechtlichen Opferansprüchen	65

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Traumaprävalenz	10
Tab. 2:	Akute Belastungsreaktion im DSM IV und im ICD 10	33
Tab. 3:	Die PTBS im DSM IV und im ICD 10	38

1. Einleitung

Über die Medien sind täglich Bilder von Gewalt und Opfern zu sehen. Grausame Ereignisse gelangen dadurch weltweit in die Wohnzimmer der Bevölkerung.

Die erschreckenden Bilder des 11. September 2001, als in New York Flugzeuge in das World Trade Center rasten, entsetzte die Welt. Die Opfer erlitten nicht nur physische sondern auch psychische Traumata. Das griechische Wort Trauma bedeutet Verletzung oder Wunde. Diese Arbeit wird sich mit den psychischen Traumata befassen.

Ein Zusammenhang zwischen einem solchen Ereignis und den darauf folgenden psychischen Symptomen wird heute nicht mehr bestritten. In der Geschichte war dies jedoch oft umstritten und zählte jahrzehntelang zu den Diskussionspunkten der Psychiatrie. Die Entstehungsgeschichte der Psychotraumatologie wird Gegenstand des zweiten Kapitels sein.

Nach dem Tsunami im Jahre 2004 gab es daher nicht nur materielle, sondern auch psychologische Hilfen. So reisten Traumapsychologen nach Sri Lanka um Schulungsprogramme zur Unterstützung der traumatisierten Bevölkerungsgruppen durchzuführen (Wehrig/Jacob 2007, 62).

Großereignisse, wie die hier genannten, genießen eine hohe Aufmerksamkeit in der Bevölkerung. Die meisten wirklich schwerwiegenden Ereignisse finden jedoch unbeachtet von der Öffentlichkeit, in Familien und nahen Beziehungsräumen statt (Maercker/Rosner 2006, 6).

Dabei sind die Auswirkungen bei den Kindern besonders schädigend. Hier blockieren traumatische Ereignisse Entwicklungsaufgaben, die zu jenem Zeitpunkt gelöst werden. Bei Säuglingen und Kleinkindern führt das zu Störungen der Hirnentwicklung¹.

Kindheitstraumata werden nicht zentraler Gegenstand dieser Arbeit sein. Die vielschichtigen Auswirkungen der Traumata in der Kindheit bedürfen einer eigenen Auseinandersetzung, die den Rahmen dieser Arbeit sprengen würden.

¹ Kühn, M. (2007): Wir können auch anders. Anmerkungen zu einem interdisziplinären Verständnis von Trauma in Kindheit und Pädagogik. Vortrag bei dem Seminar : Traumata und die Folgen – posttraumatische Belastungsstörungen als Herausforderungen in der Jugendhilfe an der Schnittstelle zur Psychiatrie vom 16. – 18.4.07 in Silberbach unter www.traumapädagogik.de vom 30.06.07, 1 - 13

Auswirkungen von Traumatisierung im Kindesalter reichen bis ins Erwachsenenalter. So zeigt eine Studie mit 17000 Personen aus der amerikanischen Mittelschicht, den engen Zusammenhang zwischen Kindheitstraumata und dem physischen und psychischen Gesundheitszustand im Erwachsenenalter (Felitti et al. 2007, 18). Bei der „Adverse Childhood Experiences (ACE) - Studie zu Kindheitstrauma und Gewalt“ wurden Belastungen im Kindesalter in 10 Kategorien eingeteilt. Dazu zählen unter anderem Kategorien wie emotionaler, körperlicher und sexueller Missbrauch sowie das Vorkommen von Sucht und häuslicher Gewalt. Je mehr Kategorien zutrafen, umso häufiger waren die Erwachsenen von Suchterkrankungen wie Nikotin, Alkohol, Drogen aber auch von Depressionen, Suizidversuchen, Adipositas (Fettsucht) und der Koronaren Herzerkrankung (KHK) betroffen (Felitti et al. 2007 22 ff).

Besonders die beiden letzten genannten sind ungewöhnlich. Bei adipösen Patienten fand sich ein hoher Anteil von Menschen, die in der Kindheit sexuell missbraucht wurden und als Schutzmechanismus dick wurden, um weiteren Missbrauch zu verhindern (Felitti 2007, 19 und 30).

Herzerkrankungen werden meistens mit ungesunder Lebensweise in Verbindung gebracht. Wenig bekannt ist, dass eine KHK auch bei Personen auftritt, die nicht zu den Risikopatienten zählen. Wendet man hingegen dort den Fragebogen der ACE-Studie an, finden sich hier hohe Werte.

Felitti et al. (2007, 23) gehen so weit, dass sie Kindheitstraumata mehr Gewicht bei der Entstehung koronarer Herzerkrankungen zuschreiben, als den klassischen Risikofaktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel und ungesunde Ernährung.

Hier zeigen psychische Traumatisierung Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit. Wie psychische Traumata Einfluss auf den Körper nehmen, wird in dieser Arbeit erläutert werden.

Bevor Traumafolgen im Einzelnen betrachtet werden können, ist es hilfreich den Mechanismus der Traumaentstehung in Kapitel 3 im Zeitverlauf zu betrachten. Bekannte Traumafolgen wie die Posttraumatische Belastungsstörung sollen mit weniger bekannten Traumafolgen dargestellt werden. Die Schwierigkeit bei den weniger bekannten Formen ist es, den Zusammenhang zum Trauma herzustellen.

Um diesen Formen mehr Raum zu geben, wurde auf eine ausführliche Darstellung von Persönlichkeitsveränderungen nach schweren Traumata verzichtet. Beispiele hierfür sind die Multiple Persönlichkeitsstörung oder die DESNOS (Disorders of Extreme Stress, not otherwise specified), die besonders nach schweren Kindheits-traumatisierungen sowie nach extremen Ereignissen wie Folter entstehen kann.

Mechanismen, die manche Opfer nach Traumata entwickeln, sollen ebenfalls nicht in dieser Arbeit thematisiert werden. Dazu zählen Mechanismen wie den engen Beziehungsaufbau zum Peiniger, auch Stockholmsyndrom genannt, sowie die Entwicklung vom anfänglichen Opfer zum späteren Täter (van der Kolk 2000, 187 f).

Ebenfalls ausgeklammert wird der Zwang, traumatische Erfahrungen zum Zwecke des Wiedererlebens zu inszenieren (Felliti et al. 2007, 29).

Intensiver betrachtet werden die Auswirkungen auf sekundär Betroffene.

Diese wurden im deutschen Film „Das Wunder von Bern“ dargestellt, der 2004 in den Kinos lief. Zwar geht es offiziell um die Fussballweltmeisterschaft 1954, viele Szenen zeigen jedoch die dysfunktionale Beziehungsgestaltung eines aus russischer Gefangenschaft traumatisierten Kriegsheimkehrer zu Frau und Kindern.

Wie häufig Traumafolgen in unserer Gesellschaft vorkommen, zeigen Untersuchungen von Polizeibeamten. Das Miterleben sowie die Zeugenschaft belastender Ereignisse führt zu einem häufigen Vorkommen Posttraumatischer Belastungsstörungen unter Polizisten (Gasch 2007, 73 f).

Zu dem gefährdeten Personenkreis zählen auch Einsatzkräfte der Feuerwehr, der Rettungsdienste, des Militärs sowie die Notfallseelsorger (Andreatta 2006, 101). Obwohl diese Gruppen ebenfalls zu den sekundär Traumatisierten zählen, werden sie in dieser Arbeit nicht gesondert betrachtet.

Diese Arbeit dient dazu, Zusammenhänge zwischen psychischen Traumata und den physischen, psychischen und sozialen Folgen aufzuzeigen. Dabei sollen sowohl physiologische als auch psychologische Erklärungsmodelle herangezogen werden.

Da soziale Arbeit sich mit Problemlagen von Menschen und seinen Beziehungen zu Einzelnen und zur Gruppe befasst, dienen Kenntnisse der Traumaentstehung,

der Schutz- und Risikofaktoren bei der Traumatisierung sowie der Traumafolgen dem Verständnis der Klienten. Daneben können diese Kenntnisse Grundlage sein, neue Handlungsansätze zu entwickeln.

Die vorliegende Arbeit soll einen Überblick über die weitreichenden Auswirkungen der Traumata auf Individuum und Gesellschaft aufzeigen. Daraus ergeben sich Überlegungen zur Verbesserung des Opferschutzes, sowie Ansätze auch außerhalb des therapeutischen Settings eine Traumaentstehung zu verhindern, beziehungsweise deren Bewältigung zu ermöglichen. Hilfen sind daher nicht auf den Bereich der Therapie beschränkt, sondern sind auch durch politisches und gesellschaftliches Handeln bereitzustellen. Zur besseren Lesbarkeit wurde auf die weibliche Personenbezeichnung verzichtet.

2. Aktualität der Psychotraumatologie

Psychotraumatologie, die Lehre von den seelischen Verletzungen gibt es in Deutschland erst seit ca. 10 Jahren als eigenständige Fachrichtung. Die Erkenntnisse aus verschiedenen Disziplinen wie beispielsweise aus der Neurophysiologie, der Psychopathologie und der Psychologie werden hier verknüpft. Sie dienen der Praxis der Medizin, der Sozialarbeit, der Psychologie, der Justiz und der Pädagogik (Von Hinckeldey/ Fischer 2002, 9).

Die Menschheit wurde seit ihrem Bestehen mit belastenden Ereignissen konfrontiert. Schon früh finden sich detaillierte Beschreibungen von Reaktionen infolge von Kriegstraumata beispielsweise in „Illias“, verfasst von Homer im 8.Jh. vor Chr. (Shay in Fischer & Riedesser 2003, 33).

Der Weg, ein belastendes Erlebnis als Auslöser für psychische und physische Störungen auch in der Gesellschaft anzuerkennen, dauerte jedoch lang .

Die Frage war, ob das Ereignis selbst Auslöser der Störungen ist oder aber andere Faktoren verantwortlich waren. Dazu zählte in der Person begründete Empfindlichkeiten, bestehende Vorerkrankungen oder sogar die Unterstellung einer Simulation (van der Kolk et al. 2000, 71 f).

Zwei Personengruppen führten immer wieder zu Untersuchungen von Traumafolgestörungen, zum einen die Kriegsheimkehrer, zum anderen sexuell misshandelte

Frauen und Kinder. Bekannteste Beschreibung für Letzteres findet sich in dem Krankheitsbild der Hysterie.

Die Hysterie, aus dem griechischen Wort *Hystera* (Gebärmutter) galt jahrelang als typisch weibliche Erscheinung und wurde mit der Simulation assoziiert.

Erst Charcot (in van der Kolk et al. 2000, 76), ein Neurologe an der Salpêtrerie in Paris, untersuchte die Symptomatik und stellte einen Zusammenhang zwischen erlebten Traumata und den Symptomen her. Damit entzog er den Boden für die vermeintliche Simulation (van der Kolk et al. 2000, 74 und 76; Herman 2003, 21 f).

Neben Charcot beschäftigten sich vor allem Janet und Freud (in van der Kolk et al. 2000, 76 f), zwei seiner Schüler intensiv mit der Hysterie. Beide kamen unabhängig zu der gleichen Schlussfolgerung, dass erlebte belastende Ereignisse zu diesen Symptomen führten. Freud widerrief jedoch nach einem Jahr diese These und ging stattdessen von Phantasien der Patientinnen aus. Dies entsprach auch eher seiner Theorie von dem Ödipuskomplex (van der Kolk et al. 2000, 76 f; Hermann 2003, 41 f und 47; Huber 2003, 25).

Janet (in van der Kolk et al. 2000, 76 ff) blieb bei der Annahme, dass traumatische Ereignisse die Auslöser sind. Viele seiner Arbeiten, die lange in Vergessenheit gerieten, zählen heute zu den Grundlagen in der Psychotraumatologie. So entdeckte er den Zusammenhang zwischen der Unfähigkeit, von traumatischen Erfahrungen zu berichten und dem Wiedererleben der Situation in Form von Bildern und Reaktionen. Als Erklärung führte er den Begriff der Dissoziation (Abspaltung) ein. Er beschreibt, dass der Verstand als Schutzmaßnahme die Erinnerungen abspaltet, dissoziiert.

Kriege und Unglücksfällen führten zu den gleichen Symptomen. Diese wurden auch hier nicht mit den belastenden Ereignissen in Verbindung gebracht. Vielmehr ging man von organischen Ursachen aus. Beispiele hierfür sind die Bezeichnungen wie „railroad-spine-syndrome“ von Erichson im Jahre 1866 (in van der Kolk et al. 2000, 72), „Traumatische Neurose“ von Oppenheim im Jahre 1889 (ebd.) sowie „irritable heart“ und „shell shock“ von Myers in den Jahren 1870 und 1915 (ebd.).

Sowohl im ersten als auch im zweiten Weltkrieg war die Anerkennung als Opfer mit Entschädigungs- bzw. Rentenansprüche schwierig. Man verdächtigte die Betroffenen zu simulieren oder feige zu sein. (Hausmann 2006, 12; van der Kolk et al. 2000, 74 ff). Dies führte in Deutschland dazu, dass die Ablehnung von Rentenansprüchen, aufgrund einer Traumatischen Neurose, in der Reichsversicherungsordnung von 1926 festgeschrieben wurde (Venzlaff in van der Kolk et al. 2000, 74 f).

Besonders unrühmlich ist die Tatsache, dass es auch für Holocaustüberlebende schwierig war, Entschädigungsansprüche durchzusetzen, da die Symptome den Erbanlagen oder der Konstitution zugeschrieben wurden (Fischer/Riedesser, 2003, 31).

Der in die USA emigrierte Psychoanalytiker Eisler (in Teegen 2003, 16) reagierte auf diese Praxis mit der Frage :

“Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben?“

(in Teegen 2003, 16)

Bis in die 80er Jahre kämpften Naziopfer um ihre Entschädigung. In einem Fall zog sich das 40 Jahre hin und war mit 21 medizinischen Untersuchungen verbunden (Löwe et al. 2006, 185).

Erst nach dem Vietnamkrieg führte das Engagement der Kriegsveteranen im Jahr 1980 zu der Aufnahme des “posttraumatischen Syndroms“ in das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III (DSM III). Damit wurde endgültig anerkannt, dass belastende Ereignisse zu kurzfristigen und langfristigen Schäden führen können (Hermann 2003, 44). Seitdem wurden Diagnosekriterien überarbeitet und finden sich heute sowohl im amerikanischen DSM IV als auch im ICD 10 (International Classification of Diseases der WHO, welche in Deutschland für die Klassifikation von Erkrankungen gültig ist).

Erst 11 Jahre nach der Einführung der Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im DSM III wurde in Deutschland der erste Artikel zu diesem Krankheitsbild von Dressing und Berger 1991 veröffentlicht (in Frommberger 2004, 412).

Seit Einführung des Symptomkomplexes fand eine enorme Weiterentwicklung statt. Das betraf beispielsweise die Erkenntnis, dass auch nach lebensbedrohlichen Erkrankungen, Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung auftreten.

Bestimmte Berufsgruppen, wie Feuerwehrleute, Polizisten, Journalisten und Sanitäter wurden als potentiell gefährdet entdeckt, eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln.

Forschungen aus der Neurobiologie zeigen die fehlgesteuerten Abläufe des Gehirns sowie der hormonellen Stressreaktion. In der psychosomatischen und der psychiatrischen Medizin wurden bei vielen Erkrankungen Traumata in der Vorgeschichte der Patienten entdeckt (Maercker/ Ehlert 2001, 12 ff).

3. Entstehung eines Traumas

In der deutschen Sprache steht verwirrenderweise für den Begriff des psychischen Traumas sowohl das Ereignis, das zum Trauma führt, als auch die Verletzung selbst. Um es auf die physische Ebene zu übertragen, gibt es keine Unterscheidung zwischen einem Unfall, also dem Geschehen und der Unfallverletzung, der Folge.

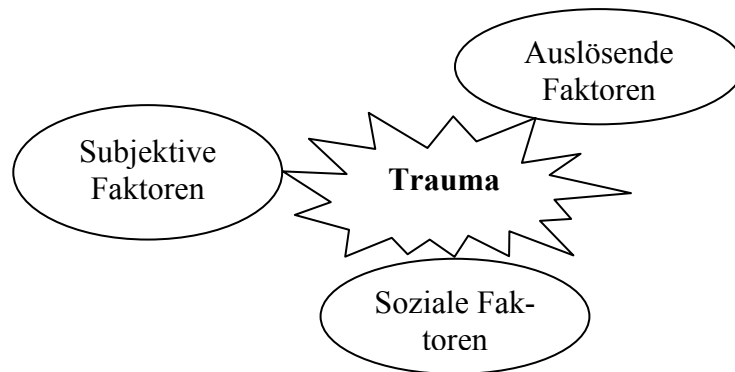
Nicht jeder Unfall führt zur Verletzung und nicht jedes Ereignis führt zum psychischen Trauma (von Hinckeldey/ Fischer 2002, 11 f). Belastende Ereignisse führen demnach nicht zwangsläufig zur seelischen Verletzung.

Die Entstehung eines Traumas hängt von mehreren Faktoren ab. Außerdem entsteht ein Trauma nicht an einem einem Zeitpunkt, sondern im Zeitverlauf.

Zu den auslösenden Faktoren müssen subjektive und soziale Faktoren hinzukommen (Fischer & Riedesser 2003, 63 f).

Auslösende Faktoren betreffen Art, Dauer und Schwere des Ereignisses. Subjektive Faktoren sind in der betroffenen Person begründet, in dem persönlichen Erleben und dem vorhandenen Handlungsrepertoire. Soziale Faktoren beziehen sich beispielsweise auf das Vorhandensein einer unterstützenden Beziehung.

Abb. 1: Entstehung eines Traumas



Quelle: eigene Darstellung

Vorraussetzung zur Entstehung ist ein belastendes Ereignis, der Auslöser. Kennzeichen eines äußerst belastenden Ereignisses ist die Unkontrollierbarkeit der Situation verbunden mit Todesangst. Sie kann nicht mit den vorhandenen Copingstrategien bewältigt werden.

Das DSM IV formuliert ein belastendes Ereignis folgendermaßen:

“Das traumatische Ereignis beinhaltet das direkte persönliche Erleben einer Situation, die mit Tod oder der Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit zu tun hat oder das Miterleben eines unerwarteten und gewaltsamen Todes, schweren Leids oder Androhung des Todes oder Verletzung eines Familienmitgliedes oder einer nahestehenden Person“ (DSM IV)

In Deutschland ist das ICD 10 gültig. Hier findet sich nachfolgende Definition:

„Ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), das fast bei jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (ICD 10)

3.1 Auslösende Ereignisse

Es gibt verschiedene Kategorien für die Ereignisse, die traumatisch wirken können. Eine Möglichkeit ist die Einteilung nach dem Zeitfaktor. Die Dauer der traumatischen Situation führt entweder zum Typ I oder Typ II Trauma. Zum Typ I, einem kurzzeitigen, einmaligen Ereignis, gehören Naturkatastrophen, technische Katastrophen oder kriminelle Gewalt. Bei Typ II handelt es sich um wiederholte oder lang andauernde Geschehen. Beispiele hierfür wären Geiselnahme, Krieg,

Kriegsgefangenschaft, Folter oder wiederholter sexueller Missbrauch (Hausmann 2006, 43).

Die Unterscheidung nach dem Verursacher ist die andere Unterscheidungsmöglichkeit. Hierbei differenziert man die zufälligen Ereignisse von den durch Menschen hervorgerufenen Ereignissen, den man-made-desastern. Die länger andauernden sowie die durch Menschen hervorgerufenen Ereignisse zeigen sich als besonders traumatisierend (Nyberg 2005, 25; Hausmann 2006, 42).

3.1.1 Zufällige Ereignisse

Kennzeichen für diese Ereignisse sind, dass diese in der Regel nicht bewusst hervorgerufen werden können. Zufällige Ereignisse sind in der Regel besser zu verkraften. Huber (2003, 76) führt dies darauf zurück, dass die Menschen offen darüber reden und die Integration ins Leben somit erleichtert wird.

Zu dieser Gruppe gehören Flutkatastrophen, Erdbeben, Brände, Stürme, Unglücksfälle wie beispielsweise das Zugunglück von Enschede im Jahre 1998.

3.1.2 Man- made-desaster

Man-made-desaster bergen eine hohe Gefahr, Traumafolgestörungen zu entwickeln. Der Grund liegt in der Zerstörung des Vertrauens in andere Menschen. Besonders schwerwiegend ist es, wenn der Täter aus der Familie oder näheren Freundeskreis kommt (Huber 2003, 76 f).

Zu dieser Kategorie zählen: Kriegserlebnisse, Folter, Attentate wie der 11.September 2001, sexueller Missbrauch, Vergewaltigung, Geiselnahme, Entführung, Überfall oder Amoklauf.

3.2 Prävalenz der Traumata

Die Prävalenz (Vorkommen) eines Traumas ist zum Teil von der Art des Ereignisses abhängig.

Verschiedene Studien untersuchten die Prävalenz eines Traumas in Bezug auf das Ereignis. Dabei zeigen bestimmte Ereignisse eine höhere Wahrscheinlichkeit eine PTBS zu entwickeln als andere.

Tab. 1: Traumaprävalenz

Ereignis	Häufigkeit des Ereignisses	Häufigkeit der PTBS	Quelle
Allgemein Erleben von mindestens einem Ereignis	61% aller Männer	8%	Kessler et al. in Hausmann 2006,42 und in Winter 2004, 1
	51% aller Frauen	20%	
Sexueller Missbrauch	4,0%	35,4% Kind 57% Erwachsene	Stieglitz 2005, 20 Resnik et al. in Bering et al. 2002b, 3
Kindesmisshandlungen		35,41	Kessler et al. in Winter 2004, 1
Vergewaltigung	5,5	über 50%	Stieglitz 2005, 20
Unfall	19,4%	7,6%	Stieglitz 2005, 20
		10%	Kuch et al. in Bering 2002b, 1
Herztransplantationen		10 – 17%	Dewet al. und Stukas in Kamolz et al. 2003, 115
Fehlgeburt		25%	Engelhard et al. in Kamolz 2003, 115
Gewalt		25%	Mc Farlane et al. in Bering 2002b, 1
Folter		50-70%	Van Velson in Trauma und Abschiebung 2004, 13
Kriegserlebnisse		38,8%	Kessler et al. in Winter 2004, 1
Erdbeben in Nordchina		24,2%	Wang et al. in Kamolz et al. 2003, 115
11.September 2001		7,5%	Galea et al. in Fujiwara/ Markowitsch 2003, 195
Erdbeben in Armenien 1988		67%	Goenijan et al. in Kamolz et al. 2003, 115

Quelle: eigene Darstellung

Den in der Tabelle fettgedruckten Zahlen ist zu entnehmen, dass erlittene Folter die höchste Wahrscheinlichkeit hat, eine Folgestörung zu verursachen, gefolgt von Kindesmisshandlungen und sexuellem Missbrauch.

Außergewöhnlich ist auch das Ergebnis von dem Erdbeben in Armenien. Es widerspricht der These, dass zufällige Ereignisse zu einer geringeren Anzahl von traumatisierten Personen führen (Kapitel 3.1). Andererseits ist die Entstehung von vielen Faktoren abhängig, was eine Erklärung für diese hohe Zahl sein könnte.

Wichtig ist auch die Erkenntnis, dass viele Menschen in ihrem Leben ein belastendes Ereignis erfahren, aber nur ein Teil von ihnen ein Trauma entwickelt. So erleben zwar 61% aller Männer ein belastendes Ereignis, jedoch sind nur 8% von den Traumafolgen betroffen. Frauen erleben zwar seltener ein belastendes Ereignis, nämlich 51%. Aber von diesen leiden dann 20% unter den Traumafolgen.

Nicht nur die Art des Traumas, sondern auch dessen Schwere und Dauer nehmen Einfluss auf die Traumaentstehung (Maercker/ Rosner 2006, 11 f; Huber 2003, 75).

3.3 Erleben eines Traumas

Zu dem objektiv nachprüfbareren Ereignis, dem Auslöser, muss eine subjektive Erlebensweise hinzukommen. Denn ein Trauma entsteht in der *“Relation von Ereignis und erlebendem Objekt“* (Fischer & Riedesser 2003, 62).

Das Ereignis allein führt nicht automatisch zur Traumatisierung. Sondern die Art und Weise wie die betroffene Person dieses Ereignis erlebt.

In einer traumatischen Situation kommt es über die Sinnesorgane zu Stressreaktionen des Körpers. Selye (in Fischer&Riedesser 2003, 81) definiert Stress als leistungssteigernde Anpassung des Körpers, der Problemlösungen möglich macht. In diesem Fall nennt er ihn „Eustress“. Länger andauernde und überdimensionale Aktivierung führt jedoch zum schädigenden „Distress“. Kennzeichen von Distress ist die Unkontrollierbarkeit. Erleben Menschen solche unkontrollierbaren Stresssituationen fühlen sie sich hilflos. Wiederholte Erfahrungen, dass jede Anstrengung umsonst ist, führt schließlich zur Resignation. Hier beginnt die erlernte Hilflosigkeit nach Seligmann (in Ruegg 2006, 83).

Die Kontrollmöglichkeit ist eines der Parameter für die Entstehung eines Traumas. Ehlers (in Ruegg 2006, 117) stellte bei ihren Untersuchungen von vergewaltigten Frauen fest, dass die Bewahrung der Kontrollmöglichkeit - wie sich wehren oder Taktik überlegen können - hilfreich für die Verarbeitung des Geschehens ist.

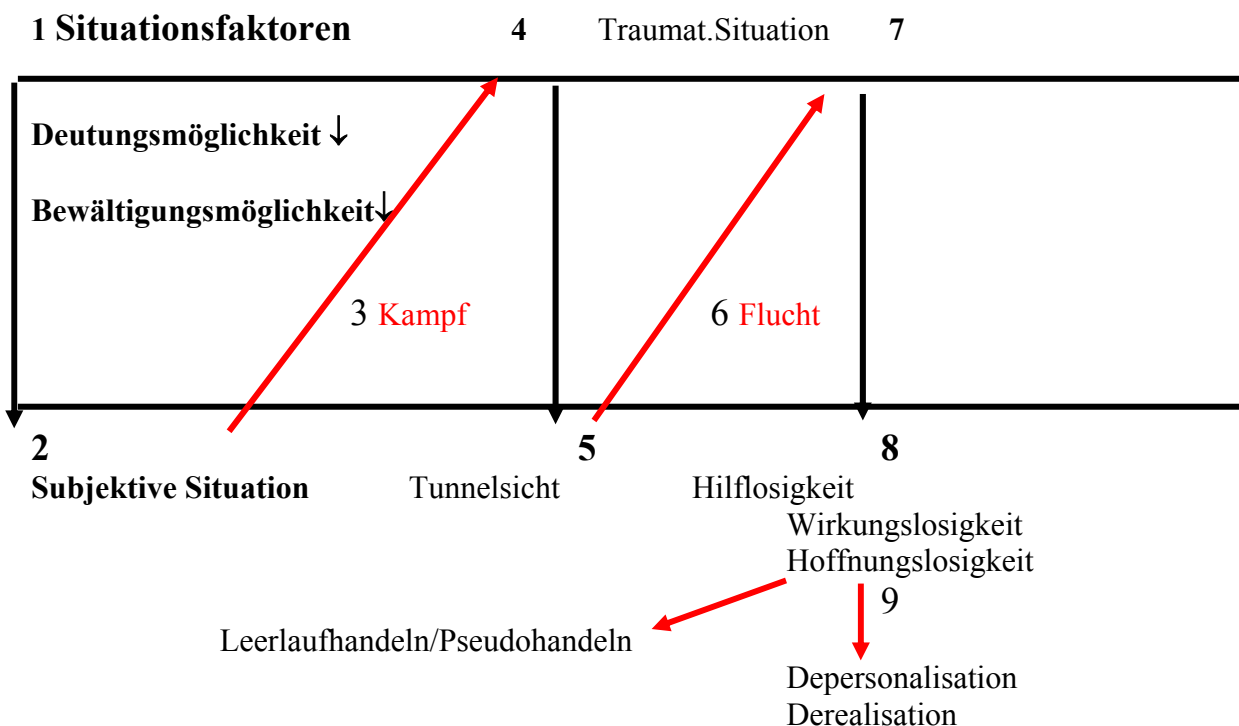
In einer Situation, in der die Betroffenen von Emotionen überrollt werden und Angst und Hilflosigkeit dominiert, entsteht die traumatische Situation. Fischer/Riedesser definieren diese folgendermaßen:

*„ vitales Diskrepanzerleben zwischen **bedrohlichen Situationsfaktoren** und den **individuellen Bewältigungsmöglichkeiten**, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und **schutzloser Preisgabe** einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst und Weltverständnis bewirkt.“ (Fischer/ Riedesser 2003, 82)*

Fischer/ Riedesser (2003, 85) beschreiben die traumatische Erfahrung mit Hilfe eines Situationskreises. Die Wechselwirkung zwischen Umweltfaktoren (bedrohlichen Situationsfaktoren) und subjektivem Erleben und Handeln (individuellen Bewältigungsmöglichkeiten) mündet schließlich in der ausweglosen Situation (schutzlose Preisgabe), die traumatisierend ist.

In der nachfolgenden Abbildung (Abb.2) soll die Wechselwirkung zwischen der Einwirkung der Situation und der persönlichen Erlebensweise dargestellt werden.

Abb.2: Wechselwirkung zwischen Umweltfaktoren und subjektiven Faktoren



(Quelle: eigene Darstellung nach dem Situationskreismodell von Fischer & Riedesser 2003, 84 f)

Die Abbildung zeigt: Die Situationsfaktoren (1) sind für den Betroffenen weder zu verstehen noch mit den bisherigen Erfahrungen zu bewältigen (2). Die Kampfreaktion (3) ist wirkungslos und die weitere Einwirkung der Umgebungsfaktoren (4) führt zur Wahrnehmungsveränderung – zum Tunnelblick (5). Eine Flucht (6) ist ebenfalls nicht möglich (7), so dass die Situation als ausweglos (8) erlebt wird und nur noch die Dissoziation (Derealisation/Depersonalisation) und /oder Pseudo- oder Leerlaufhandeln möglich ist.

Unter Pseudohandeln wird die Handlung in der Phantasie verstanden und Leerlaufhandeln beinhaltet scheinbar sinnlose motorische Bewegungen. (Fischer & Riedesser 2003, 84 f).

Die Dissoziation ist zunächst ein Schutzmechanismus des Körpers, was dem Betroffenen hilft sich geistig wegzuschalten. Die Betroffenen berichten z.B. dass sie „neben sich“ als Beobachter stehen. Oder aber, dass sie die Situation als unwirklich erleben (Huber 2003, 56 ff).

Huber benutzt den Begriff „Traumatische Zange“ (Huber 2003, 38), um die traumatische Situation zu beschreiben: Das Gehirn wird dabei mit den Reizen völlig überflutet und kommt zu dem Schluss: Alles ist vorbei. Die fehlende Möglichkeit zu kämpfen oder zu fliehen führt zu „freeze und fragment“ (Huber 2003, 43). Freeze bedeutet einfrieren und zeigt sich dadurch, dass der Betroffene wie gelähmt ist und unfähig zu handeln. Diese Lähmung ist vergleichbar mit der Tierwelt, wo manche Tiere sich bei Gefahr totstellen. Dies geschieht mit Hilfe von Opiaten, die während der Situation vermehrt ausgeschüttet werden und den Schmerz betäuben. Die Person steht „neben sich“ und nimmt weder sich (Depersonalisation) noch die Umwelt (Derealisation) wirklich wahr (Huber 2003, 43 f und 56).

Fragmentieren bedeutet, dass die Sinneseindrücke und eigene Emotionen in Bruchstücke geteilt und weggedrückt werden, um diese aus dem Bewusstsein zu verbannen (Huber 2003, 43).

3.4 Direkte Traumareaktion

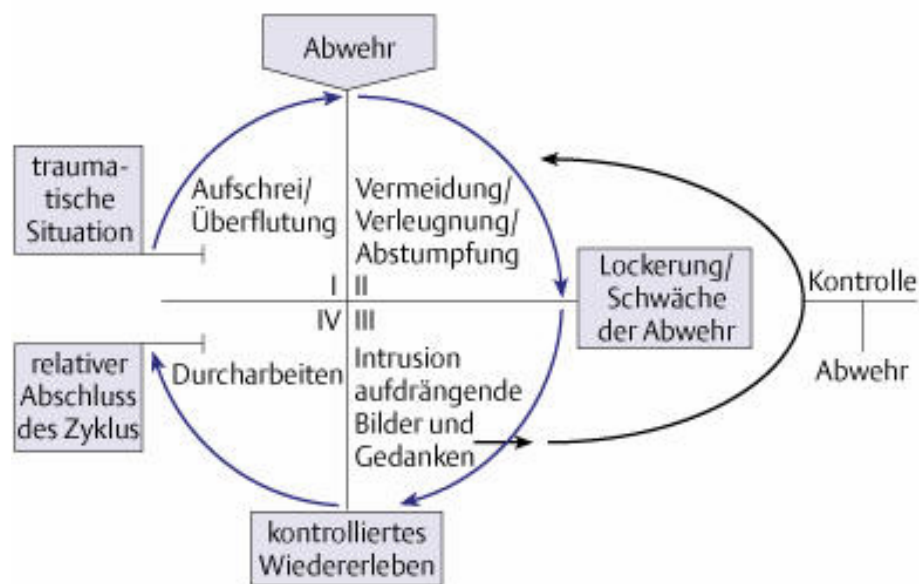
Mit dem Ende der traumatischen Situation endet objektiv die Bedrohung des Opfers. Hier beginnt die direkte Traumareaktion, in der das Opfer das Geschehen zu

begreifen versucht. Die Betroffenen stehen unter Schock. Das zeigt sich sehr unterschiedlich: Durch Schreien, durch Aggressionen oder auch durch Lähmung und außergewöhnliche Ruhe (Lassogga/ Gasch 2002 38 ff).

Diese sensible Phase, stellt die Weichen dafür, ob es zu einem traumatischen Prozess oder zur Genesung kommt (Fischer & Riedesser 2003, 95 f).

Horowitz (in Fischer & Riedesser 2003, 96) entwickelte ein Stressreaktionsmodell anhand dessen der Ablauf der Traumareaktion ersichtlich ist. Dieser Zyklus der Traumaverarbeitung ist in der nachfolgenden Abbildung (Abb.3) dargestellt.

Abb. 3: Zyklus der Traumaverarbeitung



Quelle: Fischer & Riedesser 2003, 98

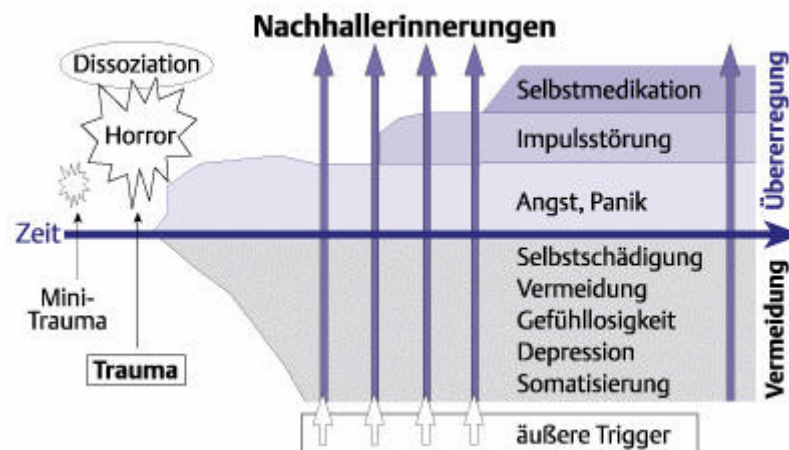
Der Verlauf geht vom 1. Quadranten auf der linken Seite im Uhrzeigersinn zum vierten Quadranten. Die erste Phase, die Realisation des Geschehen äußert sich durch Aufschierei beziehungsweise Überflutung. Darauf folgt die Phase der Vermeidung, der Verleugnung (II). Das bedeutet, dass die Betroffenen das Geschehen nicht wahrhaben wollen und deshalb versuchen, die Erinnerungen zu vermeiden. Die unwillkürliche Überflutung von Erinnerungen in Form von Bildern und Gedanken (Intrusionen) folgt in der Phase III. Erst wenn Vermeidung und Intrusionen dosiert möglich sind, beginnt die Verarbeitung (Phase IV).

Vermeidung und Intrusionen sind beide nötig, um eine Verarbeitung in die Wege zu leiten. Intrusionen sollen kognitive Verarbeitungsprozesse anregen. Jedoch bergen sie die Gefahr der Retraumatisierung. Dies versucht die Vermeidungsstrategie zu verhindern, indem sie überwältigende Gefühle blockiert. Dieses Hin- und Herbewegen zwischen den Phasen führt zur schrittweisen Bearbeitung und schließlich zur Integration in das Leben des Betroffenen. Nur wenn diese dosierte Bewältigung gelingt, kommt es zur Genesung, ansonsten beginnt der traumatische Prozess (Fischer/ Riedesser 2003, 97 ff; Butollo et al.1999, 93 f).

3.5 Traumatischer Prozess

Nach dem Modell von Horowitz (Abb.3 in Kapitel 3.4) liegt die pathologische (krankmachende) Reaktion in extremer Vermeidung oder in extremer Intrusion. Das Ungleichgewicht beziehungsweise die überdimensionalen Erlebensweisen in den jeweiligen Phasen wirken pathogen. Bering et al. (Bering et al. 2002a, 4) modifizierten ein Modell von Post et al., welches Symptomentwicklungen der Übererregung oder dem übermäßigen Vermeidungsverhalten zuschreibt.

Abb 4: Begleiterkrankungen durch den traumatischen Prozess



Quelle: Bering et al. 2002a, 4

Demnach zeigen Patienten bei vorwiegender Übererregung (obere Hälfte der Abb.4) Suchtentwicklungen (Selbstmedikation), aber auch Impulsstörungen (Aggressionen und Überreaktionen) sowie Angst und Panikstörungen.

Das Vermeidungsverhalten (untere Hälfte der Abb.4) zeigt in extremem Ausmaß Somatisierungsstörungen, Depressionen bis hin zum Verlust von Gefühlen. Die jeweiligen Entwicklungen sind als Kompensationsversuche zu sehen, die anfangs hilfreich erscheinen, aber im Laufe der Zeit jedoch destruktiv wirken.

Nathan (in Fischer und Riedesser 2003, 124 f) untersuchte Patienten einer psychosomatischen Station auf den Entwicklungsverlauf von Traumata und entdeckte typische Verlaufsmuster. Diese Muster werden traumakompensatorische Schemata genannt:

So versucht der **Sucht-Verlaufstyp** mit Hilfe von Drogen oder Alkohol intrusive Erinnerungen zu unterdrücken.

Selten fand sich der **PTBS- Angststyp**, da die Angststörung in der Regel schon früh behandelt wird.

Der **PTBS-Vermeidungstyp** versucht Angstzustände zu verhindern. Der Zusammenhang zwischen der vorhandenen Angstsymptomatik und dem auslösenden Ereignis ist jedoch nicht mehr nachvollziehbar.

Amnesie (Gedächtnisverlust), Derealisation und Depersonalisation sind die Hauptsymptome bei dem **Dissoziationsverlaufstyp**. Hintergrund hierfür sind vor allem Kindheitstraumata (in Fischer und Riedesser 2003, 125 f).

Daneben existiert noch eine gesellschaftlich anerkannte Form der Kompensation: **der leistungskompensatorische Verlaufstyp**. Mit Hilfe von übermäßigem Arbeiten gelingt es den Betroffenen oft über Jahre, sich vor intrusiven Erinnerungen zu schützen. Jedoch treten hier somatoforme Störungen in Form von Schmerzzuständen und depressiven Verstimmungen auf.

Eine weitere Form ist der **dissoziationsarme Typ mit neurotischer Konfliktverarbeitung**. Dieser berichtet wenig von Dissoziationen. Neurotische Konfliktverarbeitungsmuster, die bereits in der Kindheit entstehen, erschweren hier die Verarbeitung von Traumata (in Fischer & Riedesser 2003, 126 f).

Pathogene Entwicklungen sind auch durch dysfunktionale kognitive Bearbeitungsmuster bestimmt. Nach Ehlers (in Butollo et al. 1999, 125) geschieht das bereits während des Traumas durch den Verlust der inneren Autonomie und der daraus empfundenen Handlungsunfähigkeit. Wichtig ist aber auch, welche Bedeutung der Betroffene dem Geschehen im nachhinein zumisst und mit welchen Gedanken er das Trauma bearbeitet. Interpretiert er das Geschehen als repräsentativ für sein Weltbild, kommt er zum Ergebnis, dass die Welt insgesamt böse und gefährlich ist. Das führt zu erhöhter Wachsamkeit und misstrauischer Anspannung (in Butollo et al. 1999, 125 ff).

Schädigend ist es auch, wenn die betroffene Person eigene Handlungsweisen während des Traumas verurteilt und seiner Person die Verantwortung für das Geschehen zuschreibt. Die daraus entstehenden Scham- und Schuldgefühle können den Bearbeitungsprozess negativ beeinflussen. Vor allem deshalb, weil dadurch nicht der unterstützende Kontakt gesucht wird, sondern die Betroffenen sich zurückziehen (Butollo et al. 1999, 131 ff).

Aber auch die Bewertung der Intrusionen können die Bearbeitung erschweren. Zu wissen, dass diese Erlebnisse normal sind und zum Prozess dazugehören, wirkt entlastend (Butollo et al. 1999, 127 f).

Hilfreich ist insgesamt eine neutrale Sichtweise, welche die Erfahrung nicht verallgemeinert, sondern einordnet als erlebte Ausnahmesituation, die nicht in Verbindung mit dem Selbstwert steht (Hausmann 2006, 46; Fischer/Riedesser 2003, 74, 99 und 129; Butollo et al. 1999, 125 ff).

Das Trauma erschüttert das Selbst in einer Tiefe, die eine Reorganisation notwendig macht (Butollo et al. 2002, 91). Das Selbstverständnis muss neu aufgebaut werden. Hier können nahestehende Personen unterstützend wirken, denn nach Buber (2006, 32) entsteht das Ich in der Begegnung mit dem Du. Persönliche Beziehungen können deshalb modulierend den Bearbeitungsprozess fördern.

Die Anerkennung als Opfer sowie Wiedergutmachungen durch die Gesellschaft führen zur subjektiven Beendigung der Traumatischen Situation. Dadurch ist die Würde des Opfers sowie die Gerechtigkeit (Weltverständnis) wiederhergestellt (Fischer & Riedesser 2003, 63 f und 75; Maercker und Müller in Maercker/Rosner 2006, 12).

Nicht nur für die kognitive, sondern auch für die emotionale Bearbeitung ist die Unterstützung durch andere Menschen essentiell.

Der Umgang mit den intensiven Gefühlen kann dabei extreme Ausmaße annehmen. Entweder versuchen Betroffene Emotionen auszuweichen (Vermeidungsverhalten), was bis zum Verlust der Emotionsfähigkeit führen kann, oder aber sie entladen sich in unkontrollierten Wutausbrüchen und Aggressionen (Monson et al. 2006, 106).

Der Umgang mit Emotionen wird schon in der Kindheit gelegt. Die Fähigkeit zur Selbstberuhigung entsteht während des Bindungsverhalten im ersten Lebensjahr. Durch die Erfahrung der Sicherheit und des Trostes bei der Mutter entwickelt das Kind das Zutrauen in sich selbst und die Fähigkeit sich selbst zu beruhigen, aber auch mitzufühlen (Brisch und Bartholomew/ Horowitz in Huber 2003, 89 f und 92). Ist dieses sichere Bindungsverhalten nicht vorhanden, erschwert dies den Umgang mit den überwältigenden Emotionen.

Angehörige müssen belastbar sein, um mit den Betroffenen zusammen diese Gefühle aushalten zu können (Fischer & Riedesser 2003, 158; Butollo et al. 2002, 119).

Ein Trauma entsteht in einem Prozess, der von vielen Einflussfaktoren geprägt ist. Das sind zum einen die objektiven Situationsfaktoren des belastenden Ereignisses, aber auch die subjektiven Faktoren während und nach dem Ereignis, sowie die sozialen Faktoren, die modulierend oder schädigend und somit aufrechterhaltend in den Prozess eingreifen (Abb. 1 in Kapitel 3).

4. Risiko und Schutzfaktoren bei der Traumaentstehung

Da nicht jeder ein Trauma nach einem belastenden Ereignis entwickelt, sollen nun Risiko und Schutzfaktoren benannt werden, die Einfluss auf die Traumatisierung beziehungsweise auf deren Bewältigung nehmen. Diese finden sich sowohl bei den auslösenden als auch subjektiven und sozialen Faktoren.

4.1 Risikofaktoren

Schädigende Einflussmöglichkeiten lassen sich einordnen in prätraumatische (vor dem Trauma vorhandene), peritraumatische (während des Traumas entstandene) und posttraumatische (nach dem Trauma entstandene) Risikofaktoren.

a) Prätraumatische Risikofaktoren

Zu den prätraumatischen Risikofaktoren zählen beispielsweise das Lebensalter bei der Traumatisierung (Kapitel 1), niedrige Intelligenz, wodurch kognitive Bearbeitung erschwert ist, sowie weibliches Geschlecht. Der Grund für Letzteres ist nicht geklärt. Huber (2003, 83) vermutet, dass dies auf die sexuelle Gewalt zurückzuführen ist, von der vorwiegend Mädchen und Frauen betroffen sind. Dagegen spricht, dass Bering et al. (2006, 61) bei Banküberfällen ebenfalls ein erhöhtes Risiko der Traumatisierung bei Frauen nachweisen konnten.

Fischer/Riedesser (2003, 150 f) sehen den Persönlichkeitsstil als wichtigen Faktor, weil daraus sich die Copingstrategie entwickelt.

Weitere Stressoren wie vorhandene körperliche oder psychische Erkrankungen sowie familiäre Vorbelastungen beispielsweise durch Holocausterfahrungen zählen ebenfalls zu den prätraumatischen Risikofaktoren (Hausmann 2006, 84 f).

b) Peritraumatische Risikofaktoren

Zu diesen zählen die Traumaschwere, Traumadauer sowie der erlebte Kontrollverlust (Huber 2003, 83; Kontrollverlust in Kapitel 3.3).

Bering et al. (2006, 62) zählen außerdem die erlebte Dissoziation dazu. Bei einer Metaanalyse von Brewin et al. (in Bering et al. 2006, 63) wird diese jedoch nicht unter den 14 wichtigsten Risikofaktoren aufgeführt.

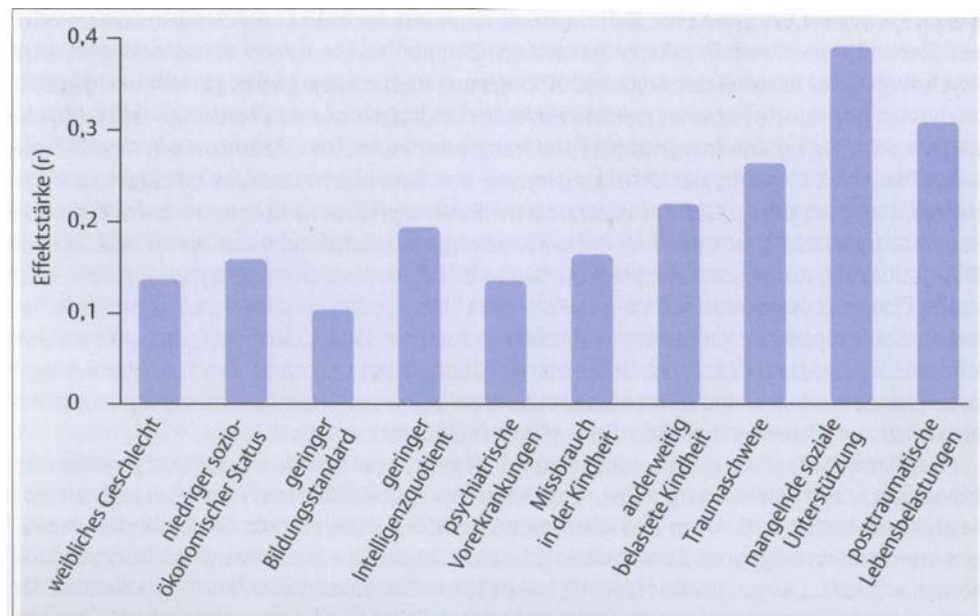
c) Posttraumatische Risikofaktoren

Hierzu zählen die fehlende soziale Unterstützung, ein negativer Bewertungsstil, das ständige Erinnertwerden an das Trauma sowie Schuld- und Schamgefühle (Hausmann 2006, 85). Letzere verhindern, dass die Betroffenen Hilfe suchen (Brewin et al. in Butollo et al. 1999, 132).

Weitere Stressoren, wie beispielsweise Belastungen am Arbeitsplatz bis zu dessen Verlust, zählen ebenfalls dazu. Die Schlaf- und Konzentrationsstörungen, die als Folgen eines Traumas auftreten, können Ursache der Schwierigkeiten am Arbeitsplatz sein (Seidler et al. 2003, 119).

Andrews, Valentin und Brewin (in Maercker/Rosner 2006, 11) fassten Ergebnisse von 49 Studien zusammen, welche verschiedene Einflussfaktoren auf die Ausbildung einer PTBS untersuchten. Diese sind in der nachfolgenden Abbildung (Abb.5) dargestellt.

Abb.5: Risikofaktoren für die PTBS



Quelle: Maercker/Rosner 2006, 12

Abbildung 5: Die Effektstärken bis 0,2 gelten als schwach, von 0,2 – 0,8, als mittel und darüber als starke Einflussvariable. Die ersten sieben Säulen (von links) betreffen prätraumatische Faktoren, die achte Säule die Traumaschwere und die letzten beiden die posttraumatischen Faktoren.

So zeigt die Abbildung, dass posttraumatische Faktoren einen höheren Einfluss als die Traumaschwere auf die Entstehung einer PTBS haben (Maercker /Rosner 2006, 11 f).

Die alleinige Betrachtung der Risikofaktoren ist jedoch wenig aussagefähig, um eine PTBS zu prognostizieren. Vielmehr gilt es auch die Schutzfaktoren bei der Prognose mit einzubeziehen (Bering et al. 2006, 63 f).

4.2 Schutzfaktoren

Der Blick von den pathogenen Faktoren auf die gesundheitserhaltenden Faktoren wurde vor allem durch das Salutogenesemodell von Antonovsky (in Hausmann 2006, 79 ff) entwickelt. Er untersuchte Holocaustüberlebende, die trotz ihrer Traumatisierung gesund waren. Dabei stellte er fest, dass der Grund in dem ausgeprägten **Kohärenzgefühl** liegt. Hinter diesem Gefühl stecken drei Komponenten:

- Verstehbarkeit
- Subjektiver Handlungsspielraum
- Sinnhaftigkeit

Verstehbarkeit: Der Betroffene findet eine Erklärung für das Geschehene und kann sogar für die Zukunft Schlüsse ziehen (Kognitive Bearbeitung in Kapitel 3.4).

Subjektiver Handlungsspielraum: Der Betroffene ist in der Lage, auch minimale Handlungsspielräume zu nutzen (Kontrollverlust in Kapitel 3.3)

Sinnhaftigkeit: Der Betroffene sieht in seinem Leben einen Sinn und deutet die Erlebnisse als Herausforderungen. Der Zusammenhang zwischen Sinnerfüllung und Gesundheit ist auch in der Logotherapie von Viktor Frankl (in Lukas 2001, 25) verankert.

Der Einfluss von Kohärenzgefühl auf die Ausbildung einer PTBS wurde durch mehrere Untersuchungen beispielsweise bei ehemals Inhaftierten in der DDR nachgewiesen (Maercker in Hausmann 2006, 80). Je stärker das Kohärenzgefühl, umso geringer die Wahrscheinlichkeit eine PTBS zu entwickeln.

Resilienz, ein Begriff aus dem Englischen resilience (Elastizität, Spannkraft, Belastbarkeit) wurde vor allem durch die Arbeiten von Werner und Smith (in Wel-

ter-Enderlin 2006, 10) bekannt. Diese untersuchten über 40 Jahre die Entwicklung von Kindern aus Risikofamilien (niedriger sozioökonomischer Status, psychische Erkrankungen der Eltern, chronischer Unfriede). Das Ergebnis war verblüffend: Ein Drittel der Kinder entwickelte sich von Anfang an ohne Probleme, bei den restlichen fand eine positive Entwicklung in ihren 20er und 30er Lebensjahren statt, so dass diese sich zu stabilen Persönlichkeiten entwickeln konnten. Die Erklärung dafür wird in der vorhandenen Resilienz gesucht (Werner 2006, 28 ff).

Auf einem Kongress zum Thema : „Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände“ in Zürich im Jahre 2005 wurde Resilienz folgendermaßen definiert:

„Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und soziale Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen. Mit dem Konzept der Resilienz verwandt sind Konzepte wie Salutogenese, Coping und Autopoesie“ (Welter-Enderlin 2006, 13).

Zwar beinhaltet Resilienz bestimmte Eigenschaften in der Person und schützende Faktoren in Familie und Umwelt, gleichzeitig wird Resilienz als Prozess gesehen, der sich ausgelöst durch Krisen entwickelt. Resilienz ist nicht per se nach einer Krise vorhanden, sondern erfordert während jeder weiteren Krise einen neuen Prozess (Hildenbrand 2006, 22 ff).

Bei der Untersuchung von 2752 Personen, die von den Terrorakten des 11. September 2001 betroffen waren, konnte bei 65% Resilienz nachgewiesen werden. Diese zeigten keine, beziehungsweise nur leichte Symptome einer PTBS (Schmidt 2006, 8).

Eine Weiterführung des Resilienz- und Salutogenesekonzeptes liegt im Konzept des Posttraumatischen Wachstums. Dieses besagt, dass die Betroffenen nicht nur das traumatische Erlebnis verarbeiten und in ihr Leben integrieren, sondern es sogar zu positiven Veränderungen nutzen können. Diese können sich in der intensiveren Wertschätzung des Lebens, der Intensivierung persönlicher Beziehungen, im Bewusstsein der eigenen Stärke sowie im erhöhten Mitgefühl für andere zeigen. Daneben fand sich ein intensiviertes spirituelles Bewusstsein, sowie die Entdeckung neuer Möglichkeiten im Leben. Erklärung für diese Resultate ist in dem

hohen Ausmaß der kognitiven Auseinandersetzung mit dem Trauma zu finden (Zöllner et al. 2006, 36 ff).

Dieses Konzept ist auch umstritten und wird zum einen der Illusion zugeschrieben und zum anderen mit einer konstruktiven Auseinandersetzung gleichgesetzt (Maercker / Zöllner in Zöllner et al. 2006, 40 f).

Neben allgemeinen Konzepten lassen sich auch Einzelfaktoren auflisten, die vor Traumafolgen schützen können. Dazu zählen sicheres Bindungsverhalten, eine überdurchschnittliche Intelligenz, eine geringe physische, psychische und psychosoziale Gesamtbelastung sowie die Fähigkeit, sich offen mit dem Trauma auseinanderzusetzen. Das Vorhandensein einer verlässlichen, engen Bezugsperson, männliches Geschlecht sowie die Förderung durch Schule, Jugendgruppen oder Kirchen, zählen ebenfalls dazu (Hausmann 2006, 77). Die Klärung der finanziellen, juristischen, gesundheitlichen sowie arbeitstechnischen Fragen sind weitere Faktoren, die zum Heilungsprozess beitragen können (Frommberger 2004, 420).

Wie in Abbildung 4 in Kapitel 4.1 zu erkennen, ist vor allem die soziale Unterstützung maßgeblich als Schutzfunktion beteiligt. Diese zeigt sich durch emotionale, beratende, materielle, praktische und geistige Unterstützung. Letztere vor allem in der Auseinandersetzung mit dem Selbst- und Weltbild (Hausmann 2006, 78).

Nach dem Blick auf die Faktoren der Traumaentstehung, sollen durch neurobiologische Grundlagen, die innerphysischen Abläufe während und nach einem Trauma, erläutert werden. Sie bieten weitere Erklärungen zu den Entstehungsbedingungen der Traumasymptomatiken.

5. Neurobiologische Grundlagen

Erst in den 70er Jahren wurde begonnen, seelische Vorgänge auf biologische Parameter zu untersuchen. Dadurch kam es zur Entwicklung neurobiologischer Modelle, die Erklärungsansätze für die Prozesse im Gehirn und den Auswirkungen liefern können. Die Entwicklung der bildgebenden Verfahren - wie zum Beispiel

der Magnetresonanztomographie (MRT), der Cranialen Computertomographie (CCT) oder auch der Positronenemissionstomographie (PET) - ermöglichen es seit den 90er Jahren, Veränderungen im Gehirn zu erkennen und die betroffenen neuronalen Netzwerke zu identifizieren (Jatzko et al. 2005, 378).

5.1 Neuronale Netzwerke

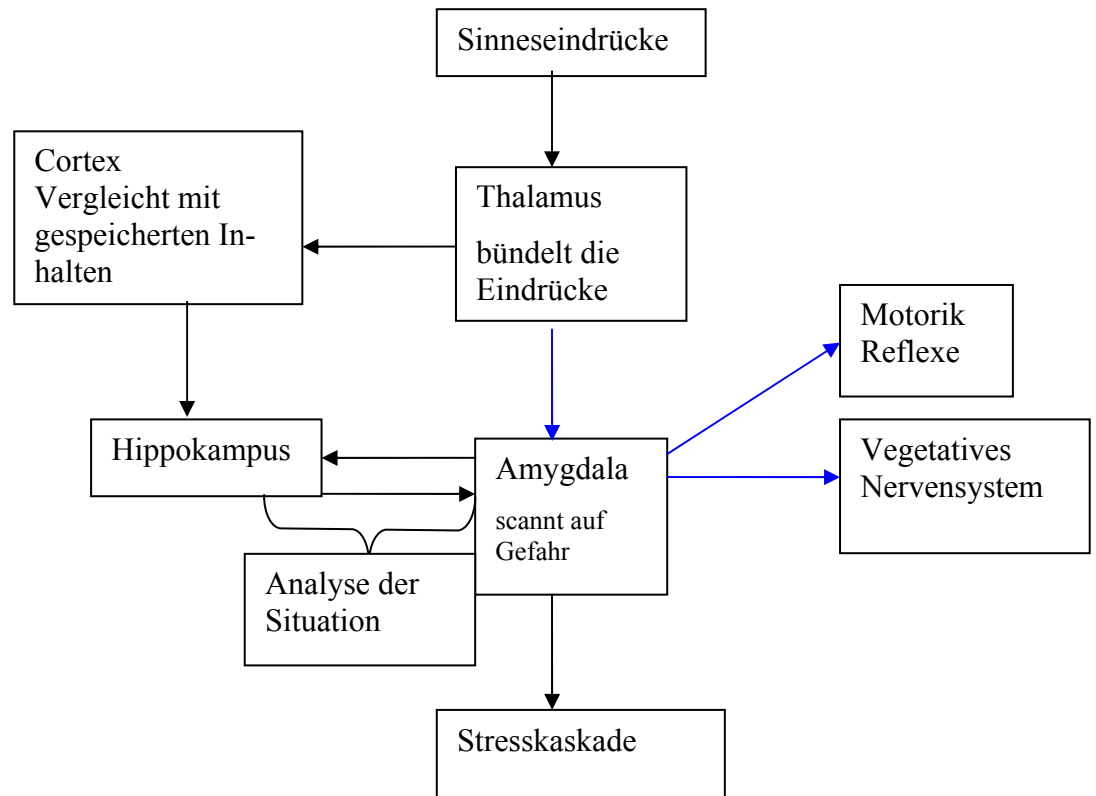
Unser Gehirn besteht aus vielen neuronalen Vernetzungen. Vernetzungen entstehen sowohl bei kognitiven als auch bei emotionalen Prozessen. Dabei werden sowohl aktivierende, als auch hemmende Impulse abgegeben. Auf diese Weise wird eine Übererregung verhindert (Bösel 2006, 36 ff).

Psychische Erkrankungen zeigen sich in gestörten neuronalen Netzwerken (Roth 2003, 38). Jatzko et al. (2005, 378) verglichen und analysierten viele Veröffentlichungen aus den Jahren 1980 – 2003, die mit Hilfe bildgebender Verfahren die PTBS untersuchen. Zusammenfassend zeigten diese, dass vor allem folgende A-reale des Gehirns, die meist nur in lateinischen Fachbegriffen benannt sind, an der Entwicklung der Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung beteiligt sind:

- die Amygdala
- die Hippocampusformation
- das Zingulum
- der orbitofrontale Cortex
- das Brocazentrum

Zunächst soll der normale Ablauf einer Erregungsleitung in der nachfolgenden Abbildung (Abb.6) dargestellt werden. Dabei gibt es einen kurzen, schnellen Reaktionsweg und einen längeren Weg, der die Überprüfung mit bisher gemachten Erfahrungen möglich macht.

Abb.6: Ablauf einer Erregungsleitung



Quelle: eigene Darstellung

Wie in Abbildung 6 dargestellt, werden die Sinneseindrücke im Thalamus gebündelt und direkt an die Amygdala weitergeleitet, die diesen ersten sensorischen Eindruck auf Gefahr prüft und eine Schreckreaktion über das vegetative und motorische Nervensystem auslösen kann. Dieser Vorgang entzieht sich der bewußten Wahrnehmung. So ist es beispielsweise möglich, sich motorisch reflexhaft mit einem Sprung aus einer Gefahrenzone zu retten (blaue Pfeile – schnelle Reaktion). Gleichzeitig findet über die langsamere Verbindung Thalamus–Cortex–Hippokampus eine genauere Analyse statt. Ergibt diese Analyse, dass Gefahr besteht, aktiviert die Amygdala über die Verbindung zum Hypothalamus die hormonelle Stressreaktion. Dadurch ist der Körper in der Lage Kampf-, Flucht- oder Erstarrungsreaktionen zu zeigen. Nach der Entwarnung wird die Aktivität der Amygdala vom präfrontalen Cortex gehemmt und das erlebte Ereignis über den Hippokampus im Langzeitgedächtnis gespeichert. So führt beispielsweise die Erkenntnis, dass die vermeintliche Schlange doch ein Stock ist, zur Beruhigung

(Berking et al. 2006, 21 f; Huber 2003, 43; LeDoux in von Hinckeldey/Fischer 2002, 87).

Viele der bei Jatzko et al. (2005, 385) untersuchten Studien zeigen, dass bei einer PTBS eine geringe Aktivität des Hippokampus bei gleichzeitiger Überaktivität der Amygdala vorhanden ist. Daneben weisen viele Studien eine Volumenminderung des Hippocampus nach. Allerdings ist nicht geklärt, ob die Volumenminderung prätraumatisch vorhanden war, oder aber durch das Trauma entstanden ist.

Der Hippokampus hat die Funktion des Kurzzeitgedächtnisses und organisiert die Einspeicherung ins Langzeitgedächtnis (Roth 2003, 33).

Zur Volumenminderung des Hippokampus gibt es jedoch mehrere Hypothesen.

Die erste Hypothese postuliert, dass eine Volumenminderung schon vor dem Trauma vorhanden und ein Risikofaktor für die Entstehung einer PTBS ist. Dafür spricht das Ergebnis einer Zwillingsstudie, die nachgewiesen hat, dass prätraumatisch existierende verminderte Hippokampusvolumina die Ausbildung einer PTBS begünstigen (Gilbertson et al. in Jatzko et al. 2005, 385). Dagegen spricht, dass nach einem sexuellen Missbrauch 57% der Opfer eine PTBS entwickeln, die Wahrscheinlichkeit, Opfer zu werden, jedoch nicht vom Hippokampusvolumen abhängig sein kann (Bering et al. 2002b, 3).

Eine zweite Hypothese sieht die Ursache in dem Psychotrauma selbst. Der hohen Ausschüttung von Cortisol, einem Hormon, dass über die Stresskaskade vermehrt freigesetzt wird, wird eine toxische Wirkung auf die Zellen zugeschrieben (McEwen/Markarinos in von Hinckeldey/ Fischer 2002, 91).

Erhöhter Alkoholkonsum als Traumakompensationsschema bei dem Suchtverlaufstyp (Traumakompensatorische Schemata in Kapitel 3.5) schädigt den Hippokampus laut einer weiteren Hypothese (Yehuda in Bering et al. 2002b, 4).

Die Volumenminderung ist jedoch nicht immer vorhanden. So wurden bei Patienten, die nach einem Unfall eine PTBS entwickelten, keine verkleinerten Hippokampusvolumina nachgewiesen (Bering et al. 2002b, 4). Zu gleichen Ergebnissen kamen auch Golier et al., Smith und Vythilinggam et al. in Wessa /Flor 2006, 20).

Die Amygdala spielt eine zentrale Rolle bei der Entstehung von Emotionen. Sie wird auch als Angstzentrale bezeichnet, die bei der Furchtkonditionierung eine

entscheidende Funktion hat (Vaitl et al. 2003, 169). Jedoch zeigen nicht alle Studien, die Jatzko et al. (2005, 385) analysierten, eine Amygdalaaktivierung. Er schreibt dies der dissoziativen Symptomatik der untersuchten Patienten zu oder auch dem Einfluss des Persönlichkeitstypes wie Extrovertiertheit versus Introvertiertheit.

Die bildgebenden Verfahren zeigen auch die Unteraktivierung des Zingulums, des Präfrontalen Cortex und des Brocazentrums.

Das anteriore Zingulum ist zuständig für Aufmerksamkeitsprozesse, Fehler und Konfliktdetektion und dient als Schnittstelle zwischen Emotion, Kognition und Verhalten. Die herabgesetzte Funktion führt dazu, dass emotionale Prozesse nicht gesteuert, reguliert und erklärt werden können (Jatzko et al. 2005, 385).

Die reduzierte Funktion des präfrontalen Cortex verhindert, dass die Amygdala gehemmt werden kann und somit die Furchtkonditionierung nicht gelöscht wird (Berking 2006, 23 f).

Die Unterfunktion des Broca Areal, des Sprachzentrums, erklärt die Unfähigkeit das Erlebte sprachlich zu erfassen (Bering et al. 2002a, 9 ; Jatzko et al. 2005, 387). Weitere Erklärungsmuster für die Symptomatik der Folgestörungen liefern die hormonellen Abläufe während des Geschehens.

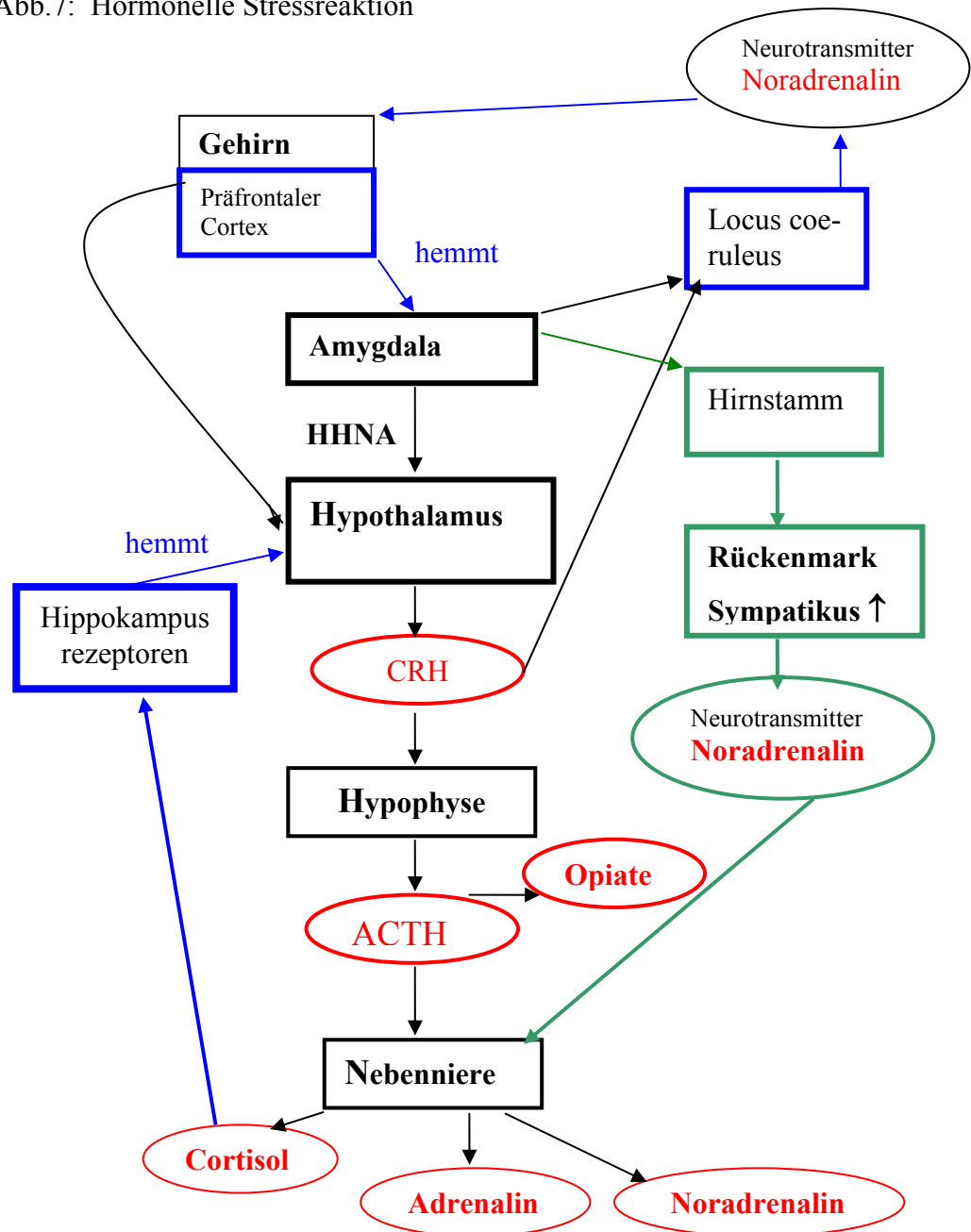
5.2 Hormonelle Stressreaktion

Die Neurotransmitter spielen eine entscheidende Rolle im Zusammenspiel der Hirnareale und der physiologischen Reaktionen. Die Ausschüttung von Katecholaminen wie das Noradrenalin und Adrenalin führen zur Vorbereitung der Kampf- oder Fluchtreaktion, indem sie die Herzfrequenz und den Blutdruck ansteigen lassen (Wessa/ Flor 2006, 21). Daneben führen sie zur Bereitstellung von Glukose für den erhöhten Energiebedarf. Dieses hohe Aktivitätsniveau führt wiederum zur Freisetzung von CRF (Cortico-Releasing-Hormon) aus dem Hypothalamus, welches ACTH (Adreno-Corticotropic-Hormon) aus der Hypophyse (Hirnanhangsdrüse) freisetzt. In der Nebenniere führt ACTH zur Ausschüttung von Cortisol. Das Cortisol unterstützt die Bereitstellung von Glukose und erhöht die Aufmerksamkeit, was dem Körper hilft, belastende Situationen zu bewältigen. Die erhöhte Bereitstellung von Energie ermöglicht Kampf oder Flucht. Außerdem wird durch

die erhöhte Aufmerksamkeit die Planungsfähigkeit unterstützt (Bering et al. 2002a, 7 f; Wessa/ Flor 2006, 21).

Gleichzeitig dient Cortisol als Antistresshormon: Rezeptoren, die zum Beispiel im Hippokampus vorhanden sind, reagieren auf hohe Cortisolspiegel, indem sie die CRH- Produktion hemmen. (Ruegg 2006, 79).

Abb.7: Hormonelle Stressreaktion



Quelle: eigene Darstellung

Abbildung 7: Die Hormone sind in roter Schrift erkennbar. Reaktionen erfolgen von der Amygdala über zwei Wege:

Die rechte Seite ist die Achse über Hypothalamus-Hirnstamm-Sympatikus (Grün).

Die Linke Seite zeigt den Ablauf der sogenannten Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HHNA).

Von der Amygdala wird der Hypothalamus angeregt, CRH zu produzieren. Auf der HHNA führt dies zur ACTH-Ausschüttung. Als Nebenprodukt werden Opiate freigesetzt, welche die schmerzdämpfende Wirkung (freeze and fragment in Kapitel 3.2) bei hohem Stress erklären. Das ACTH führt zur Cortisolausschüttung, welche schließlich zur Hemmung der CRH-Produktion führt.

Die blauen Pfeile und Umrandungen markieren die dysfunktionale Entwicklung bei chronischem Stress. Zunächst führt chronischer Stress zu sehr hohem Cortisolspiegel auch im Gehirn. Vermutet wird, dass dieser hohe Cortisolspiegel zur Schädigung des Hippokampus führt (Reduzierung des Hippokampusvolumen in Kapitel 5.1). Dadurch kann die CRH-Produktion nicht gehemmt werden. Paradoxerweise finden sich bei den Patienten zwar hohe CRH-Spiegel, jedoch niedrige Cortisolspiegel. Dies wird auch „paradoxe Dysregulation der Stressachse“ genannt (Bering et al. 2002a, 8). Aerni und seine Mitarbeiter (in Wessa/ Flor 2006, 23) gaben in einer Studie PTBS-Patienten niedrige Dosen Cortisol, wodurch die Wiedererlebens- und Übererregungssymptome reduziert wurden. Es gibt aber auch Studien, die einen erhöhten Cortisolspiegel nachweisen (Lemieux et al. in Wessa/Flor 2006, 22), was Wessa/Flor auf die unterschiedlichen Untersuchungsmethoden (Cortisolspiegel im Blut, im Urin) zurückführen. Daneben verändert sich physiologisch der Cortisolspiegel im Tagesverlauf (Wessa/ Flor 2006, 22).

Eine weitere Fehlentwicklung ist die Überproduktion von Noradrenalin im Locus coeruleus. Zu hohe Noradrenalinausschüttung führt zur Blockierung des präfrontalen Cortex, so dass dieser die Amygdala nicht hemmen kann. Dadurch kann die Furchtkonditionierung nicht gelöscht werden (Morgan et al. in Wessa/ Flor 2006, 19).

Zwar führt Stress zu den beschriebenen neuronalen und hormonellen Reaktionen, die Intensität ist jedoch von weiteren Faktoren abhängig. Dazu zählen neben der

genetisch bedingten Stresssensivität, die Bewertung der Ereignisse sowie die Kontrollmöglichkeit der Situation (Ruegg 2006, 82; Risikofaktoren in Kapitel 4.1). Frühkindliche Verletzungen erhöhen die Stresssensivität. Diese erhöhte Sensivität erklärt, warum Menschen, die als Kind traumatische Erfahrungen erlebt haben, mit höherer Wahrscheinlichkeit Traumafolgestörungen entwickeln (Ruegg 2006, 84). Ist der Stress kontrollierbar, steigt der Cortisolspiegel nicht überdimensional an, wie verschiedene Studien nachweisen konnten (Lundberg/Frankenhäuser und de Boer et al. in Ruegg 2006, 83).

5.3 Trauma und Gedächtnis

In den letzten beiden Kapiteln konnte aufgezeigt werden, dass bestimmte Gehirnareale an der Symptomatik beteiligt sind. Vor allem der Hippokampus und die Amygdala spielen eine wesentliche Rolle. Sie sind auch dafür entscheidend, wie das Trauma im Gedächtnis gespeichert wird.

Der Hippocampus ist bedeutsam für das sogenannte explizite Gedächtnis (bewusste Gedächtnis). Dieses unterteilt sich in autobiografisches Gedächtnis (erlebte Episoden in Raum und Zeit) und in semantisches Gedächtnis (Wissensgedächtnis). Außerdem wird das explizite Gedächtnis zeitlich in Kurzzeitgedächtnis und Langzeitgedächtnis differenziert (von Hinckeldey/ Fischer 2002, 81).

Der Hippokampus ist vor allem an dem Kurzzeitgedächtnis beteiligt sowie bei der zeitlichen und räumlichen Erfassung des Geschehens (von Hinckeldey/ Fischer 2002, 84). Daneben ist er dafür zuständig, dass Ereignisse im Langzeitgedächtnis gespeichert werden können (Bering et al. 2002b, 2).

Die Amygdala hingegen ist für das implizite (unbewussten) Gedächtnis relevant. Van der Kolk vermutet, dass es bei den Störungen zu einer „*Desynchronisation im Zusammenspiel des impliziten und expliziten Gedächtnisses kommt*“ (Van der Kolk in Bering et al. 2002b, 2), was zur Folge hat, dass die traumatischen Reize nicht im Hippokampus gespeichert werden, sondern implizit in fragmentierter Form in der Amygdala. Reize während eines traumatischen Ereignisses, wie blendendes Licht oder Knall, werden mit der Bewertung „Gefahr“ gespeichert. Durch die Furchtkonditionierung genügt solch ein sensorischer Reiz, um die Situation mit

Gefühlen und körperlichen Reaktionen im hier und jetzt zu erleben. Dies entzieht sich der bewussten Kontrolle der Betroffenen. Eine willentliche Erinnerung und somit Kontrolle ist durch die fehlende Einspeicherung im expliziten Gedächtnis nicht möglich (Maercker/ Rosner 2006, 13).

Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen auch für nicht traumarelevante Aspekte lassen sich durch die Unterfunktion des Hippokampus sowie durch den zu niedrigen Cortisolspiegel erklären. Denn für kognitive Funktionen ist ein Mindestmaß an Cortisol erforderlich (Golier et al. in Jatzko et al. 2005, 385; Rüegg 2006, 81).

Frühkindliche seelische Verletzungen, vor allem wenn diese vor dem Erwerb der Sprache stattfinden, führen zu Erinnerungsspuren im neuronalen Netzwerk und sind ausschließlich im implizien Gedächtnis gespeichert (Ruegg 2006, 120 f). Diese Erinnerungen führen bei einem Trauma im späteren Lebensalter zu intensiven Reaktionen (Huber 2003, 78 f).

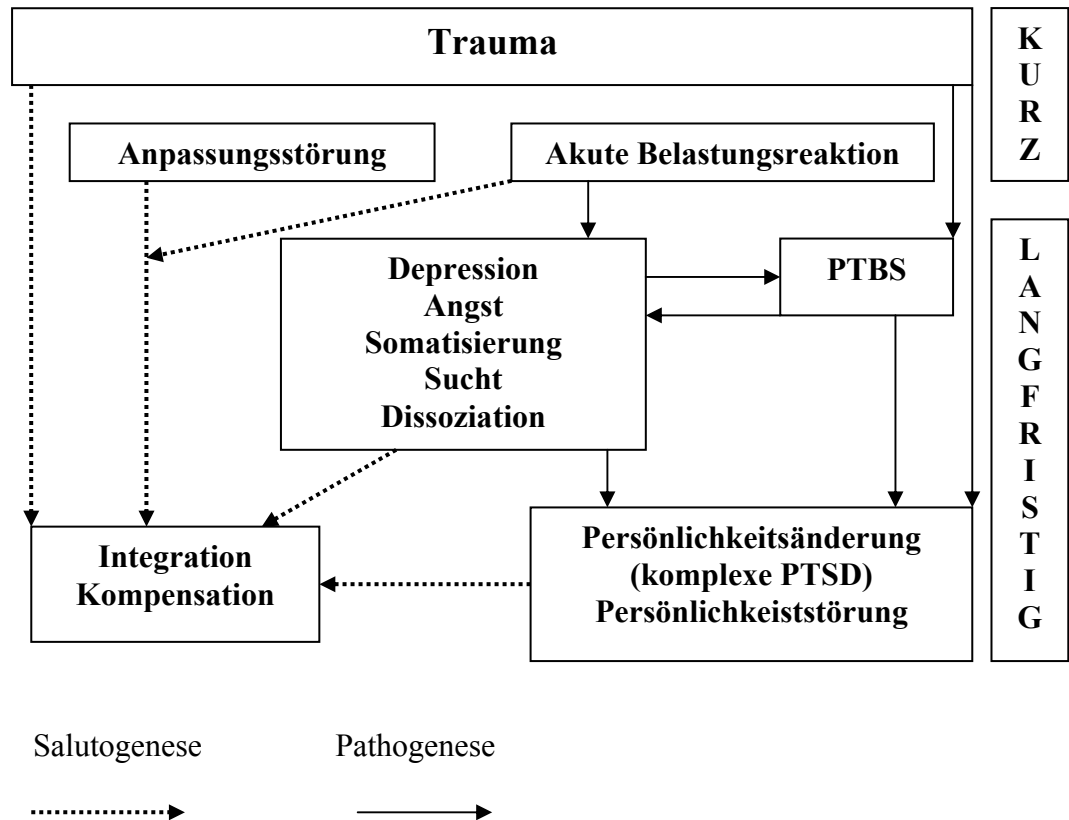
Psychologische und neurobiologische Erklärungsmodelle machen die Entwicklung von Traumafolgestörungen nachvollziehbar. Die kurzfristigen Traumafolgen sollen zuerst skizziert werden.

6. Kurzfristige Folgen eines Traumas

Wie bereits in Kapitel 4.3 dargestellt, folgt auf ein traumatisches Ereignis traumatische Reaktionen, die Intrusionen (unwillkürliches Wiedererleben), Vermeidungsverhalten und höhere Erregbarkeit beinhalten. Die Grenze zwischen normalen und pathologischen Reaktionen ist nicht einfach zu ziehen. Für Letzteres muss die Symptomatik so ausgeprägt sein, dass die Person in ihrer Arbeitsfähigkeit sowie in der Lebensbewältigung stark eingeschränkt ist (DSM IV).

Zu den kurzfristigen Folgen zählen die Anpassungsstörung sowie die akute Belastungsreaktion. Eine Übersicht über die kurz und langfristigen Traumafolgen bietet die nachfolgende Abbildung (Abb. 8). Die gestrichelten Linien stehen hier für die Integration des Traumas.

Abb.8: Übersicht über die Traumafolgestörungen



Quelle: Flatten, 2003, 41

6.1 Anpassungsstörungen

Zu den Anpassungsstörungen gehören verschiedene Symptome wie depressive Stimmung, Angst und Sorge, die nach einem belastenden Lebensereignis auftreten. Dieses Ereignis muss nicht das Kriterium „extreme Belastung mit Todesangst“ erfüllen. Beispiele hierfür sind Trennungen, Trauerfall aber auch Flucht und Emigration (ICD 10, F 43.2). Die Symptome haben einen geringeren Schweregrad als die der akuten Belastungsreaktion (Frommberger 2004, 413).

Auf einer Tagung in Zürich im Juli 2007 zum Thema: „Zur Zukunft der Traumafolgestörungen“ wurde von den Experten die ungenaue Definition dieser Störung kritisiert. Gefordert wurde eine Weiterentwicklung der Diagnose sowie die vermehrte Evaluierung (Wagner 2007, 9).

6.2 Akute Belastungsreaktion

Bei der akuten Belastungsreaktion ist sowohl bei dem DSM IV als auch bei dem ICD 10 ein extrem belastendes Ereignis eine Voraussetzung für die Erfüllung des Diagnosekriteriums. In der nachfolgenden Tabelle (Tab.2) werden die unterschiedlichen Kriterien gegenübergestellt.

Tabelle 2: Akute Belastungsstörung im ICD 10 und DSM IV

	ICD 10	DSM IV
Vorbedingung	Außergewöhnliche Belastung	Extrem belastendes Ereignis
Zeitvorgaben	Die Symptome erscheinen im allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von zwei oder drei Tagen, oft innerhalb von Stunden zurück	Das Störungsbild beginnt innerhalb eines Monats nach dem Ereignis, dauert mindestens 2 Tage und hält nicht länger als 4 Wochen an
Symptome	Betäubung, Bewusstseinsbeeinträchtigung, eingeschränkte Aufmerksamkeit, Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, Desorientiertheit. Hinzu kann ein weiteres Sichzurückziehen aus der Umweltsituation folgen. Vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachykardie, Schwitzen und Erröten treten zumeist auf.	Mindestens 3 dissoziative Symptome, mindestens 3 Wiedererlebenssymptome, mindestens 3 Vermeidungssymptome und 2 Symptome des erhöhten Erregungsniveau

Quelle: DSM IV; ICD 10, F43.0

Unterschiedlich sind die Zeitvorgaben, aber auch die beschriebenen Symptome. Im ICD 10 erscheinen die Symptome innerhalb von Minuten, während bei dem DSM IV der Zeitraum ein Monat beträgt. Während im ICD 10 der Schockzustand beschrieben wird (wie in Kapitel 3.4), ähneln die Symptome bei der DSM IV den Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung (Flatten 2003, 45).

7. Langfristige Folgen eines Traumas

Bei den Langzeitfolgestörungen gibt es typische Krankheitsbilder, die nach einem Trauma auftreten wie beispielsweise die PTBS. Daneben gibt es auch viele Störungsbilder, bei denen der Zusammenhang auf ein Trauma nicht immer zu erkennen ist. Zunächst soll die bekannteste Folgestörung, nämlich die Posttraumatische Belastungsstörung, dargestellt werden.

7.1 Die Posttraumatische Belastungsstörung

Mit der Aufnahme der PTBS in das DSM III im Jahr 1980 begann die offizielle Anerkennung, dass ein äußeres belastendes Ereignis zu psychischen Störungen führen kann (Kapitel 2). Somit wurden Betroffene als Opfer anerkannt und erhielten die Chance, Entschädigung zu bekommen (Löwe et al. 2006, 182 und 186).

Da viele Personen nach einem Trauma Symptome einer PTBS zeigen, aber nur ein Teil von ihnen ein Trauma entwickelt, müssen Betroffene mindestens einen Monat die Symptome zeigen, um eine PTBS zu diagnostizieren. So zeigen Untersuchungen an vergewaltigten Frauen, dass innerhalb von 2 Wochen nach der Tat 94% von ihnen Symptome einer PTBS zeigen, der Anteil aber nach einem Monat auf 65% zurückging. Nach weiteren zwei Monaten zeigten dann noch 47% der Frauen Symptome einer PTBS (Rothbaum et al. in Butollo et al. 2002, 74).

Die Posttraumatische Belastungsstörung besteht aus den drei Symptomgruppen, die schon während der traumatischen Reaktion vorhanden sind:

- Wiedererleben
- Vermeidung
- Erhöhtes Arousel (erhöhtes Erregungsniveau)

Wiedererleben:

Die Personen erleben die traumatische Situation auf vielfältige Weise im Hier und Jetzt. Das geschieht durch Träume, aber auch durch Bilder, die plötzlich auftauchen zusammen mit den erlebten Gerüchen, sowie den emotionalen und physischen Reaktionen (flahsbacks). Diese Erlebnisse können von den Betroffenen nicht kontrolliert werden. Sie wirken retraumatisierend (Vogelsang 2006, 68). Erklärung hierfür ist die fehlende Einspeicherung im Cortex (Trauma und Gedächtnis in Kapitel 5.3) und die Überaktivierung der Amygdala (Neuronale Netzwerke in Kapitel 5.1).

Vermeidung:

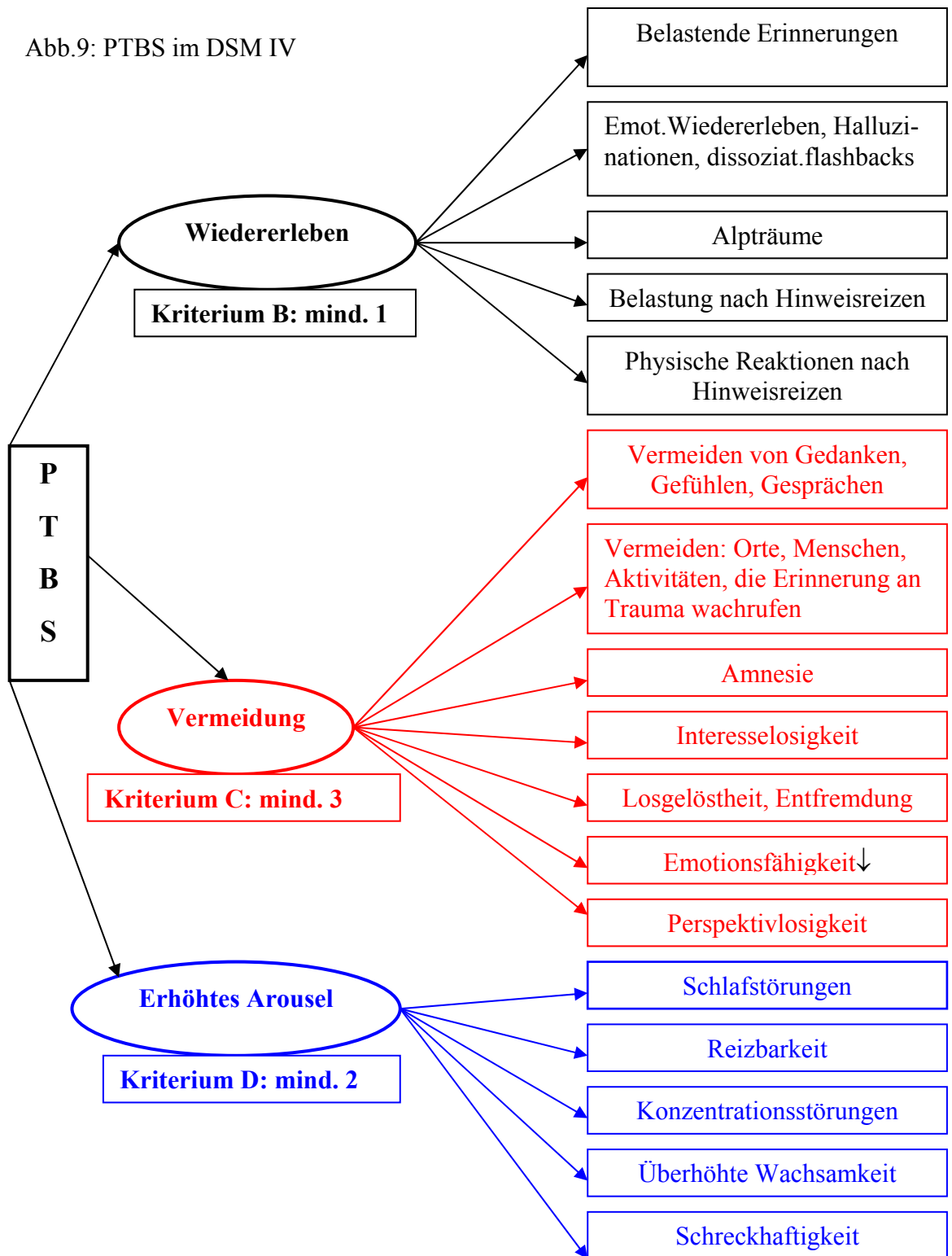
Bei der kognitiven Verhaltenstherapie zählt das Vermeidungsverhalten als Hauptbedingung für die Entstehung einer PTBS (Monson et al. 2006, 104 f). Da das Wiedererleben überaus schmerzlich ist, versuchen die Betroffenen diese Erfahrung zu vermeiden. Sie meiden Gedanken und Gespräche aber auch Situationen, die an das Trauma erinnern. Dabei spielen sowohl die Furchtkonditionierung als auch die kognitiven Prozesse eine Rolle. Beispielsweise vermeidet es eine Frau nach einer Vergewaltigung im Aufzug, einen Aufzug zu benutzen. (Aufzug mit Furcht verbunden – Furchtkonditionierung). Die Belohnung besteht in der Reduktion der Angstsymptomatik. Das Vermeidungsverhalten hat zum Ziel, Schmerz zu vermeiden, gleichzeitig aber auch zukünftig für Schutz zu sorgen. Bei der Ausweitung kann es schließlich soweit gehen, dass die Betroffene nicht nur Aufzüge vermeidet, sondern auch Hochhäuser und im Extremfall sich mehr und mehr zurück zieht (Nach der 2-Faktorentheorie von Mowrer in Butollo et al. 1999, 96 sowie in Nyberg 2005, 26 f). Die Vermeidung von Emotionen führt schließlich zur Emotionslosigkeit, was beispielsweise zur Folge hat, dass die Opfer keine Freude oder Trauer empfinden können (van der Kolk 2000, 175).

Erhöhtes Arousel:

Die Betroffenen verbleiben im Alarmzustand. Das zeigt sich in der überhöhten Wachsamkeit, in der Schreckhaftigkeit, in Schlafstörungen und Konzentrationschwierigkeiten, aber auch in erhöhter Reizbarkeit. Verantwortlich hierfür sind die hormonellen Stressreaktionen (Vogelsang 2006, 69; Kapitel 5.2).

Die folgende Abbildung (Abb.9) zeigt die Symptomgruppen (rot, schwarz und blau) und deren Einzelsymptome nach dem DSM IV.

Abb.9: PTBS im DSM IV



Quelle: DSM IV

Für das Kriterium B muss demnach 1 Symptom, für das Kriterium C mindestens 3 und für das Kriterium D mindestens 2 Symptome vorhanden sein. Dies gilt nicht für das ICD 10. Der entscheidende Unterschied ist, dass bei Kriterium C, dem Vermeidungskriterium laut ICD 10 nur 1 Symptom vorhanden sein muss, um eine PTBS diagnostizieren zu können.

7.1.1 Die Klassifikationssysteme des PTBS

Die beiden Klassifikationssysteme DSM IV und ICD 10 haben gemeinsame, aber auch unterschiedliche Kriterien bei der Beschreibung der PTBS. Gemeinsam ist das Kriterium A, die Voraussetzung, dass ein belastendes Ereignis stattgefunden haben muss. Unterschiedlich sind die Anzahl der Symptome, die vorhanden sein müssen, um eine PTBS diagnostizieren zu können. Weitere Unterschiede sind in den Zeitangaben für die Dauer der Symptomatik zu finden.

Die Unterschiede führen dazu, dass die Prävalenz nach der ICD 10 doppelt so hoch ist wie bei der DSM IV (Andrews Henderson & Hall in Rosner/Powell 2007, 47).

Welche Auswirkungen dies haben kann, zeigt sich bei den aufenthaltsrechtlichen Fragen in Deutschland:

Während im klinischem Kontext das ICD 10 angewendet wird, gilt bei juristischen Prozessen das DSM IV. Gerade bei Prozessen, die über aufenthaltsrechtliche Fragen entscheiden, hat das fatale Konsequenzen für die Betroffenen (Rosner/Powell 2007, 46).

In der nachfolgenden Tabelle (Tab.3) werden die Unterschiede der Diagnosekriterien im DSM IV und ICD 10 gegenüber gestellt.

Tab. 3: Die PTBS im DSM IV und im ICD 10

	DSM IV	ICD 10
Einordnung im System	Unter Angststörungen	Unter Belastungsstörungen
Kriterium A:	Belastendes Ereignis	Belastendes Ereignis
Kriterium B: Wiedererleben	Mindestens 1 Symptom	Mindestens 1 Symptom
Kriterium C: Vermeidung	Mindestens 3 Symptome	Mindestens 1 Symptom
Kriterium D: Übererregbarkeit	Mindestens 2 Symptome	Erinnerungsschwierigkeiten oder mindestens 2 Symptome
Zeitkriterium E	Dauer von mehr als einem Monat	B, C und D treten innerhalb von 6 Monaten nach dem Ereignis auf, ansonsten keine Angaben über Dauer
Beeinträchtigung	Muss zur Beeinträchtigung führen	Kein Kriterium
Unterscheidungsformen	Akut: wenn die Dauer weniger als 3 Monate beträgt Chronisch: wenn die Symptome länger als 3 Monate andauern Mit verzögertem Beginn: wenn mindestens 6 Monate vergangen sind, bis erste Symptome auftreten	

Quelle: DSM IV und ICD 10

7.1.2 Sonderformen nach extremer Traumatisierung

Nach extrem belastenden Traumata kann es zur Veränderung der Persönlichkeit kommen. Im ICD 10 findet sich unter F 62.0 die Bezeichnung andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung. Für die DSM V ist die Aufnahme der Bezeichnung DESNOS (Disorders of Extrem Stress, not otherwise specified) in Vorbereitung (Fiedler, 2003, 55). Die Persönlichkeitsveränderungen zeigen sich in dem Ausdruck der Emotionen, der gestörten Aufmerksamkeit, aber auch in Bezug auf Selbstwahrnehmung, Täterwahrnehmung sowie Beziehungsfähigkeit (van der Kolk 2000, 192).

Eine weitere Form, die vor allem nach extremen Traumata in der Kindheit auftritt, ist die Dissoziative Identitätsstörung, auch Multiple Persönlichkeitsstörung genannt (Huber 2003, 134).

7.1.3 Kritik der PTBS

Galley et al. (2000, 2) kritisieren die Voraussetzung einer objektiv nachweisbaren Traumatisierung, um eine PTBS diagnostizieren zu können. Zum einen sind länger zurückliegende und vergessene Traumata nicht mehr nachweisbar. Zum anderen gibt es nach den als subjektiv erlebten Traumata wie Herzinfarkt, Operationen oder Geburten einige Patienten, welche die volle Symptomatik einer PTBS zeigen.

Andere Kritiker sehen in der Einführung des Konzeptes eine politische Entscheidung, anstatt einer wissenschaftlich begründeten, da die Vietnamveteranen in den 70er und 80er Jahren dafür gekämpft haben (Maercker/ Rosner 2006, 4).

Ein anderer Kritikpunkt ist die Schwierigkeit, die Grenze zu ziehen zwischen Symptomen die als Copingstrategie zu werten sind und denjenigen, die Krankheitswert haben (Maercker/ Rosner 2006, 5).

Kritisiert wird auch der fehlende kulturelle Aspekt. Jede Kultur hat ihre eigene Sichtweise im Umgang und in der Kausalitätsbeschreibung von Leid. Dies gilt ebenso für die Art und Weise der Bewältigung sowie für den Umgang mit Trauer, Scham und Schuld (Drozdek 2006 25 ff).

In westlichen Ländern ist in der Psychiatrie die individualistische Sichtweise vorherrschend. Dies bedeutet, dass intrapsychische Prozesse primär als symptombildend gesehen werden und die Therapie ebenfalls einen überwiegend individualistischen Ansatz hat. Dies entspricht jedoch nicht der Sichtweise in kollektivistisch ausgerichteten Gesellschaften (Joannidis 2006, 10f).

Untersuchungen, welche die PTBS in westlichen und nicht westlichen Gesellschaften verglichen, kamen zu dem Ergebnis, dass vor allem das Kriterium C (Abb.9 in Kapitel 7.1) kulturspezifisch gesehen werden muss (Friedman /Jaranson in Joannidis 2006, 17 und 23).

Hinzu kommt die kulturell unterschiedliche Bewertung einzelner Symptome, sowie deren Auswirkung auf die Beeinträchtigung der Opfer. Beispielsweise werden Wiedererlebenssymptome in Kulturen, welche nicht zwischen Traum und Wachzustand trennen, anders gewertet (Joannidis 2006, 11 und 24).

Böwing et al. (2007, 122 und 127) befürworten eine Erweiterung der PTBS bezüglich des Zeitkriteriums E. Im DSM IV existiert im Gegensatz zur ICD 10 die PTBS mit verzögertem Beginn. Außerdem sollten die Symptomkomplexe B-D flexibler gestaltet werden, um die Besonderheit bei älteren Patienten mit aufnehmen zu können. Sie untersuchten zwischen Juni 2004 und April 2006 alle Patienten einer gerontopsychiatrischen Klinik, die nach 1941 geboren und den 2. Weltkrieg erlebt hatten, auf Symptome der PTBS. Bei allen Patienten wurde eine verzögerte PTBS diagnostiziert. Die Symptome zeigten sich erst 14 bis zu 60 Jahren nach der Traumatisierung (Böwing et al. 2007, 123 und 125). Die jahrezehntelange Verdrängungsmechanismen versagen erst nach der Pensionierung oder nach dem Verlust des Partners. Ein anderer Grund für das späte Ausbrechen könnte in der Retraumatisierung durch Intrusionen liegen oder aber auch in der veränderten Gedächtnisorganisation. Bei psychotischen Patienten hatten Wahnvorstellungen inhaltliche Bezüge zu den erfahrenen Traumatisierungen (Böwing et al. 2007, 127).

Neben der PTBS gibt es auch weitere Störungen, die nach einer Traumatisierung auftreten können.

7.2 Komorbide Störungen

Unter komorbiden Störungen versteht man das Auftreten mehrerer Erkrankungen. Besonders Kindheitstraumatisierungen führen zu einer höheren Disposition bei der Entstehung von psychischen Krankheitsbildern. Dabei können diese Störungen mehr im Vordergrund stehen, so dass die ursprüngliche Traumatisierung nicht mehr erkennbar ist (Maercker/Rosner 2006, 7 f). Andere Autoren hinterfragen die Komorbidität, indem sie depressive Symptome als Teil der PTBS und nicht als eigenständige Erkrankung sehen (Böwing et al. 2007, 127).

Frommberger (2004, 414) bemerkt, dass andere psychische Störungen wie Angstsyndrome, Depressionen und Sucht auch ohne eine PTBS nach einem Trauma auftreten können .

Die häufigsten komorbiden Erkrankungen sind Angststörungen, Depressionen, Suchterkrankungen aber auch Persönlichkeitsstörungen. 70 – 90% der Patienten mit einer chronischen PTBS entwickeln komorbide Störungen (Tagay/ Senf 2005, 418).

7.2.1 Depressionen:

Die Symptome der Depression äußern sich im Bereich der Emotion, Kognition, Somatoform (den Körper betreffend) sowie im Verhalten.

Die Betroffenen sind freudlos, hoffnungslos bis zu emotionslos. Hinzu kommt der fehlende Antrieb sowie körperliche Symptome wie Schlaf-, Konzentrations- und Essstörungen. Diese Symptome sind auch bei der PTBS vorhanden und zwar aus den Kriterien der Vermeidung und des Hyperarousel (Abb.9 in Kapitel 7.1). Nach Bering et al. (2002b, Abb. 4 in Kapitel 3.5) resultieren die Depressionen aus der überstarken Vermeidung.

Negative Gedanken zu sich selbst, der Umwelt und der Zukunft führen zu einer Haltung, die nur noch Negatives erwartet. Auftretende positive Erfahrungen werden dann mit negativen Gefühlen verknüpft. Die erlernte Hilflosigkeit nach Seligmann (Ruegg 2006, 116), die in einer nicht kontrollierbaren Situation entstanden ist, geht davon aus, dass auch zukünftige negative Erlebnisse nicht beeinflusst werden können (Ermann 2004, 193 und 197 f). Die kognitive Bearbeitung, die bei

der Traumaentstehung mitwirkt, ist auch für die Entstehung depressiver Symptome mitverantwortlich. Begleitet werden Depression oft von Angststörungen und somatoformen Störungen.

7.2.2 Angststörungen

In der traumatischen Situation erleben die Betroffenen durch die erlebte Bedrohung intensive Angstgefühle. Diese Angst hat in dieser Situation Signalwirkung und soll die Person zu erhöhter Aufmerksamkeit führen (Amygdalaaktivierung in Kapitel 5). Nach dem Ereignis kann sich diese erlebte Angst im Rahmen des traumakompensatorischen Schemas verfestigen (PTBS-Angsttyp, PTBS-Vermeidungstyp in Kapitel 3.5). Die Angstsymptome sind nun dysfunktional, da keine aktuelle Gefahr besteht. Bezeichnet wird dies als fixierte Angst (Ermann 2004, 201).

Unterschieden wird die Panikstörung von der generalisierten Angststörung. Bei der Panikstörung gibt es anfallsweise Angst bis Vernichtungsgefühle, welche von Minuten bis zu einer Stunde andauern kann. Begleitet werden diese Gefühle von vegetativen Symptomen wie Schwitzen, Zittern, Herzrasen, Atemnot bis Hyperventilation. Bei der generalisierten Angststörung kommt es zu einer Chronifizierung der Panikstörung mit einer Ausweitung der Ängste. Die Angst führt zu sozialem Rückzug und verhindert dadurch die Bearbeitung der Angst. Hinzu kommt die Gefahr der Suchtentwicklung sowie der Somatisierung (Ermann 2004, 202 ff).

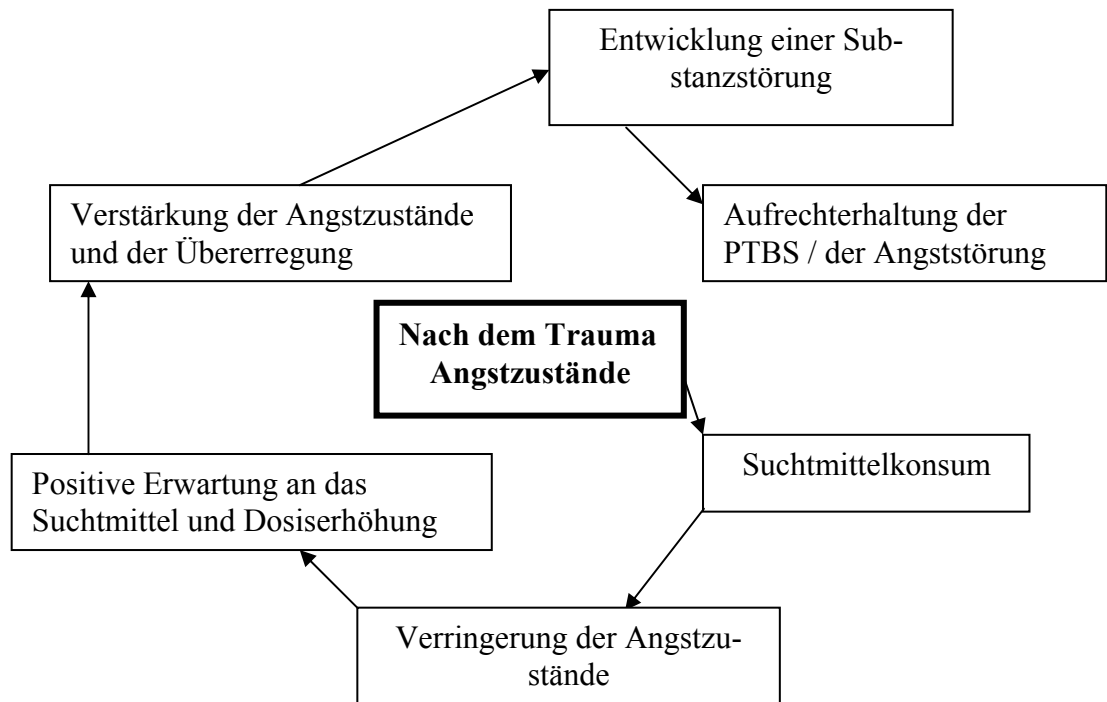
7.2.3 Suchterkrankungen:

Alkohol und andere Suchtmittel reduzieren zunächst die Angst. Somit werden Suchtmittel als Selbstmedikation zur Bekämpfung von Angst und Stresssymptomen eingesetzt. Längerer Gebrauch des Suchtmittels führt zu erneutem Auftreten von Angstzuständen, die dann wiederum mit Suchtmitteln bekämpft werden. Dieser Teufelskreis wird mit der nachfolgenden Abbildung (Abb.10) dargestellt.

Suchtmittel erhalten und verstärken nicht nur die Überregungs- und Angstsymptome, sie hindern auch den Betroffenen an einer kognitiven Bearbeitung des Traumas (Moggi 2002, 73). Die Selbstmedikationshypothese wird durch Untersu-

chungen bestätigt, die aufzeigen, dass bei Betroffenen, die sowohl PTBS-Symptome als auch Suchtsymptome zeigen, die Angstsymptome zuerst vorhanden waren (Lieb & Isensee 2002, 49 f).

Abb.10: Entstehung einer Suchtstörung nach einem Trauma



Quelle: nach Moggi 2002, 72

7.2.4 Dissoziative Störungen

Der Begriff der Dissoziation geht auf Janet (in Hantke 2006, 113) zurück und bezeichnet die nicht gelungene Integration einer Erfahrung. Dabei ging er davon aus, dass diese pathologisch ist. Im Gegensatz dazu sehen James und Prince (in Spitzer et al. 2007, 35) die Dissoziation als dimensional an. Das bedeutet, dass es sowohl normale Alltagserfahrungen wie Tagträumereien beinhaltet, als auch pathologische Formen annimmt, wie bei der multiplen Persönlichkeitsstörung, die heute dissoziative Identitätsstörung genannt wird. Pathologisch wird die Dissoziation dann gesehen, wenn sie mit einem veränderten Identitätsgefühl einhergeht, Erinnerungslücken bestehen und mit einem subjektiven Leiden bzw. Funktionseinschränkungen verbunden sind (Fiedler und Putnam in Spitzer et al. 2007, 35).

Sowohl die ICD 10, als auch das DSM IV unterscheiden verschiedene Formen der dissoziativen Störungen. Die wichtigsten sind die dissoziative Amnesie, die dissoziative Fugue sowie die dissoziative Identitätsstörung.

Bei der dissoziativen Amnesie besteht eine Erinnerungslücke für die belastenden Ereignisse.

Die dissoziative Fugue ist gekennzeichnet durch das Wegbewegen zu einem anderen Ort, ohne dass die Personen anschließend eine Erinnerung haben, wie sie dort hingekommen sind.

Eine schwere Form ist die dissoziative Identitätsstörung. Hier finden sich mindestens zwei Persönlichkeiten in einer Person mit unterschiedlichen eigenen Vorlieben und Handlungen (DSM IV und ICD 10).

Die Entstehung der bisher genannten Folgestörungen lassen sich über die Traumareaktion oder über das traumakompensatorische Schema nachvollziehen. Der Bezug zum Trauma ist am meisten bei der PTBS erkennbar. Das Krankheitsbild entsteht durch die Verfestigung der Symptome der Übererregung oder der Vermeidung. Dysfunktionale kognitive Bearbeitungsschemata zeigen sich bei der Depression (erlernte Hilflosigkeit, Schuld- und Schamgefühle) und der Angststörung (im Erklärungsmuster, warum etwas passiert ist und das daraus hervorgegangene Resultat, wie in Zukunft für Schutz zu sorgen ist). Traumafolgen können nicht nur psychische sondern auch physische Symptome zeigen.

7.3 Somatoforme Störungen

Unter somatoformen Störungen (gr.soma: Leib, Körper ; lat. forma : gestaltet), versteht man das Vorhandensein von körperlichen Symptomen, ohne dass deren Ursachen medizinisch erklärbar sind. Es kann jedes Organsystem betroffen sein (Kruse/Wöller 2006, 87 f). Die Symptome können begleitend zur PTBS, aber auch alleine auftreten (Morschitzky/Sator 2004, 23 f).

Teegen (in Hausmann 2006, 63) spricht im Zusammenhang mit einem Trauma von „Körpererinnerungen“. Traumatische Ereignisse werden im Körper in Form von Störungen gespeichert. Wenn für die Betroffenen der Bezug zum Trauma nicht hergestellt werden kann, spricht Nijenhuis (in Kruse/Wöller 2006, 88) von „somatoformer Dissoziation“. Nicht jede somatoforme Störung hat ein Trauma als

auslösendes Element. Die Entstehung kann vielfältige Ursachen haben: Genetische Disposition, Überbewertung der Körpersignale aber auch in sozialen Aspekten (Kruse/ Wöller 2006, 89).

Differenziert werden Konversionsstörungen von den somatoformen Störungen. Bei den Konversionsstörungen zeigen sich die Symptome über das Zentralnervensystem und die peripheren Nerven. Sie betreffen die Willkürmotorik, aber auch Sinneswahrnehmungen. Sie äußern sich in Schmerzen, Taubheitsgefühlen, Bewegungsstörungen oder in Sehstörungen (Morschitzky/Sator 2004, 26 f).

Somatoforme Störungen betreffen das vegetative Nervensystem (Ermann 2004, 236). Betroffen sind vor allem das Herz-Kreislauf-System, der Magen-Darm-Trakt, das urogenitale System und das Atmungssystem (Morschitzky/Sator 2004, 25). Die chronische Überregung und die chronische hormonelle Stressreaktion erklären die Symptomatik (Kapitel 5.1 und Kapitel 5.2).

Holocaustüberlebende zeigen fast alle das „Trias der Überlebenden“ (Niederland in Kruse/Wöller 2006, 88): Schlaflosigkeit, Alpträume und psychosomatische Beschwerden.

Die Schlafstörungen zählen neben Kopfschmerzen zu den häufigsten psychosomatischen Symptomen (Bering et al. 2006a, 28). Sie sind sowohl bei der PTBS, als auch bei Depressionen Teil der Symptomatik. Vor allem bei der PTBS mit erhöhtem Erregungsniveau sowie Angstsymptomen zeigen sich therapieresistente Schlafstörungen mit Alpträumen (Kuschel et al. 2006, 48).

Das erhöhte Erregungsniveau und die Intrusionen erschweren das Einschlafen. Der Schlaf hat eine wichtige Funktion sowohl in der Verarbeitung von Traumata, in der emotionalen Regulation, als auch beim Lernen. Dies geschieht primär in der sogenannten REM-Schlafphase (rapid eye movement), auch Traumphase genannt. Die verschiedenen Schlafphasen werden auch hormonell gesteuert. Die hohe Noradrenalinausschüttung über den Locus coeruleus (Kapitel 5.2) führt zur Schlaf-fragmentierung. Diese wiederum führt zur Verstärkung der HHNA und verstärkt folglich die Stresssymptomatik. Vermutet wird, dass während des Schlafs ein Faktor freigesetzt wird, welcher zur Hemmung der HHNA führt (Bering et al. 2006, 36). Nachgewiesen wurde bei den PTBS-Patienten ein fragmentierter REM-Schlaf

(Mellmann et al. in Bering et al. 2006, 34), sowie ein Zusammenhang zwischen traumatischen Stress und somatischen Symptomen durch die Schlafstörungen (Mohr et al. in Bering et al. 2006, 34).

Der Schlaf reduziert die Symptome der Übererregung und der hormonellen Stressachse. Die überaktive HHNA verhindert jedoch den normalen Schlafrythmus. Dieser Teufelskreis kann mit Hilfe medikamentöser Unterstützung durchbrochen werden, wie verschiedenen Studien nachweisen konnten (in Bering et al. 2006 ff). Zum einen sind das Antidepressiva und hier vor allem die sogenannten SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor), aber auch Neuroleptika sowie Alpha-1 Antagonisten (Bering et al. 2006, 41 f). Letztere hemmen die sympathische

Erregungsübertragung. Eigentlich werden diese zur Behandlung einer Hypertonie (Bluthochdruck) eingesetzt. In Deutschland ist bisher nur Paroxetin zur Behandlung der PTBS zugelassen. Im Zentrum für Psychotraumatologie in Köln wird seit 2004 Doxazosin im sogenannten „off label use“ (Kuschel et al. 2006, 49) verwendet. Unter off-label-use versteht man die Anwendung eines zugelassenen Arzneimittels außerhalb der von der deutschen oder europäischen Zulassungsbehörde genehmigten Anwendungsgebiete. Bei 40 – 60% der Patienten konnte nach der Doxazosingabe eine erhebliche Verbesserung der Schlafstörungen festgestellt werden (Kuschel et al. 2006, 49).

Nach einem Trauma können verschiedene Kurz- und Langzeitfolgen für die Betroffenen auftreten, die sich sowohl seelisch als auch körperlich manifestieren. Ein Trauma hat jedoch nicht nur Auswirkungen auf das Opfer selbst, sondern indirekt auf weitere Personen, die dann sekundär vom Trauma betroffen sind.

8. Auswirkung auf sekundär Betroffene

Die Entstehung eines Traumas ist unter anderem abhängig von der Art und Intensität der Unterstützung, die das Opfer bekommt (Schutz- und Risikofaktoren in Kapitel 4). In der Regel geschieht das durch Familie und Freunde. Einerseits spielt die soziale Unterstützung eine entscheidende Rolle in der Verarbeitung ei-

nes Traumas, andererseits verhindern die Vermeidungs- und Übererregungssymptome genau diese unterstützende Funktion (Butollo et al. 1999, 135). Besonders die Beziehungen zum Partner und zu den Kindern werden stark belastet. Darüber hinaus können Traumata Auswirkungen auf die Gesellschaft haben.

8.1 Beziehungsstörungen

In der Literatur der Psychotraumatologie findet sich wenig über die Beziehungsproblematik. Dies ist sicher zum Teil auf die individualistische Sichtweise der Psychiatrie zurückzuführen (in Kapitel 7.1.3). Sowohl Finkeldei (2006, 141) als auch Monson et al. (2006, 115) kritisieren die in der Praxis vorherrschende Fokussierung auf das Opfer und plädieren für einen Ansatz, welcher die Partner vermehrt in die Therapie einbezieht .

Untersuchungen zeigen erhöhte Scheidungsraten nach einem Trauma (Jordan et al. in Monson et al. 2006, 103), sowie das vermehrte Vorkommen häuslicher Gewalt (Verbosky und Ryan in Monson et al. 2006, 103). Beides kann auf traumatische Reaktionen zurückgeführt werden.

Die emotionale Erschütterung führt entweder zur Vermeidung von Emotionen bis zur völligen Emotionslosigkeit oder zur Entladung von Emotionen in Form von Aggressionen. Beides ist für die Partnerschaft äußerst belastend. Vermeidungsverhalten zeigt sich bei den Betroffenen in sozialer Isolation, beispielsweise in der Weigerung auswärts essen oder ins Kino zu gehen, sowie in der Vermeidung von Gesprächen und Konflikten. Aggressionen zeigen sich in unkontrollierbaren Wutausbrüchen bis hin zur häuslichen Gewalt. Alpträume führen oft zur Trennung des Schlafzimmers, was wiederum die Verminderung der sexuellen Aktivität zur Folge hat (Monson et al. 2006, 105). Aber auch das Miterleben dissoziativer Symptome ist für die Partner belastend und mit Gefühlen der Hilflosigkeit, der Angst und des Kontrollverlust verbunden (Finkeldei 2006, 141).

Die tiefe Erschütterung des Selbst- und Weltbildes führt zu tiefem Misstrauen auch gegenüber dem Partner, beziehungsweise zur Angst, diesen nicht schützen zu können (Monson et al. 2006, 106 und 111). Sind die Opfer nicht in der Lage mit

ihrem Partner darüber zu sprechen, fühlen sich diese vernachlässigt. Dysfunktionale Interpretationen des Verhaltens wie beispielsweise die Erklärung: „Ich bin nicht liebenswert, deshalb zieht sich der Partner zurück“, führen zu einem Kreislauf der Vermeidung, Enttäuschung und zunehmender emotionaler Distanz, der schließlich zu einer Verschlechterung der Beziehung führt (Monson et al. 2006, 106). Gleichzeitig verfestigen sich die Symptome der PTBS durch die ausbleibende Unterstützung. Auftretende komorbide Störungen wie Sucht, Depression (in Kapitel 7.2) kommen als zusätzliche Belastung hinzu. Aber auch hier zeigen Untersuchungen, dass die Paartherapie bei Sucht, Depression und Angststörungen gegenüber einer Einzeltherapie vorzuziehen ist (Winters et al. in Monson et al. 2006, 104).

Eine erhaltende Wirkung der PTBS, können sehr fürsorgliche Partner bewirken, indem sie das Vermeidungsverhalten unterstützen und damit verhindern, dass der Betroffene Schritt für Schritt die Kontrolle über sein Leben übernimmt (Monson et al. 2006, 104).

Die Beziehungsgestaltung in der Partnerschaft hat einen großen Einfluss darauf, ob die Symptome der PTBS aufrechterhalten werden oder ob die Verarbeitung des Traumas gelingt. Dabei ist die Offenlegung des Traumas ein wichtiger Schritt, die Unterstützungsfunktion des Partners möglich zu machen (Monson et al. 2006, 103). Vor allem die emotionale und kognitive Unterstützung trägt zum Gelingen der Integration des Traumas in das Leben bei.

Neben dem Partner sind auch die Kinder sekundär vom Trauma betroffen.

8.2 Transgenerationale Weitergabe des Traumas

Die Beziehungsgestaltung zwischen Traumatisierten und deren Kindern ist verändert. Die Unfähigkeit zu fühlen, entstanden durch das Vermeidungsverhalten, erschwert die Fürsorge für das Kind (Grünberg 2000, 25 ff). Besonders wirkt sich dies auf das Bindungsverhalten aus.

Die Bindungstheorie, die von Bowlby (in Brisch 2004, 31) entwickelt wurde besagt, dass das Kind im ersten Lebensjahr einen bestimmten Bindungsstil entwickelt und dieser lebenslang bestehen bleibt. Ein sicherer Bindungsstil bedeutet,

dass die Bezugsperson feinfühlig auf die Bedürfnisse des Kindes eingeht und das Kind seinerseits bei dieser Schutz und Sicherheit bei Gefahr sucht.

Vorraussetzung für die Feinfühligkeit ist das Wahrnehmen eigener Emotionen mit der Fähigkeit, angemessen damit umzugehen. Erst dann ist es möglich, Gefühle anderer Menschen zu interpretieren und adequat darauf zu reagieren (Butollo et al. 2002, 136 ff).

Neben Kindesmisshandlungen zeigen Traumata der Eltern den höchsten Einfluss auf die Entstehung einer desorganisierten Bindung (Brisch 2004, 36 f). Diese ist gekennzeichnet durch tranceartige Zustände bei den Kindern, die der Dissoziation ähneln (Brisch 2004, 32). Das Schreien der Kinder kann beispielsweise an das Trauma erinnern, worauf die Eltern dissoziieren oder andere für das Kind beängstigende Verhaltensweisen zeigen (Brisch 2004, 35 f). Dadurch können die Eltern dem Kind nicht das Gefühl des Schutzes und der Sicherheit vermitteln. Da die Eltern außerdem in ihrer Empathiefähigkeit eingeschränkt sind, ist es für sie schwierig, die emotionale Entwicklung der Kinder zu fördern (Butollo et al. 2002, 137 f).

Papousek/Wollwerth de Chuquisengo (2003, 148) sehen die Traumatisierung als Blockade, die zu Wahrnehmungsverzerrungen führt und keinen Zugang zu den intuitiven elterlichen Kompetenzen ermöglicht. So fehlinterpretieren Eltern normale Reaktionen der Kinder, wie beispielsweise das Weinen bei Trennung, und werten dies als aggressive Handlung ihnen gegenüber. Aus dieser Bewertung und der mangelnden Empathiefähigkeit heraus kommt es zur dysfunktionalen Reaktion. Anhand eines Fallbeispiels aus der Münchener Sprechstunde für Schreibabys wird gezeigt, dass sich das dysfunktionale Kommunikations- und Interaktionsverhalten erst nach Bearbeitung des mütterlichen Traumas verändert und dadurch eine sichere Bindung entstehen kann (Papousek/Wollwerth de Chuquisengo 2003, 148 ff).

Auch bei größeren Kindern lassen sich verschiedene Reaktionen beobachten: In New York reagierten Kinder im Vorschul- und Schulalter nach dem 11. September mit Schlafstörungen, Alpträumen, Aggressionen und Ängsten. Diese Verhaltensmuster lassen sich auf die Traumatisierung der Eltern zurückführen. Da die

Eltern emotional durch Verlust und Ängste nicht verfügbar sind, können Kinder eigene Ängste nicht bearbeiten und nehmen den Stress der Eltern auf (Schechter et al. 2003, 235 und 239 ff).

Es gibt weit über 400 Veröffentlichungen, die sich mit der Weitergabe von Traumata an die nächste Generation befassen. Dies wurde vor allem bei Holocaustüberlebenden und deren Kindern untersucht (Kellermann 2000, 1).

Die Ängste der Holocaustüberlebenden bringen diese dazu, ihre Kinder ständig vor Gefahren zu warnen und sie im Übermaß beschützen (overprotection) zu wollen (Trossmann in Grünberg 2000, 26).

Kellermann (2000, 2 ff) geht bei einer Studie in Israel der Frage nach, ob dieses overprotection nicht etwas Typisches für eine Yiddische Mammeh (jüdische Mutter) sei und somit nicht etwas Charakteristisches für das Elternverhalten der Holocaustüberlebenden. Er stellt fest, dass es keine Unterschiede im Bereich overprotection zwischen dem Elternverhalten Holocaustüberlebender und nichtbetroffener Eltern gibt. Auch im Bereich der Emotionen gibt es nur geringe Unterschiede. Jedoch stellt die Untersuchung fest, dass das Trauma im hohen Maß an die nächste Generation weitergegeben wird (transgenerationale Weitergabe) (Kellermann 2000, 5).

Wie geschieht die Übertragung eines Traumas auf die nächste Generation? Harverey (2007, 1 ff) untersucht dieses Phänomen und schreibt:

„Children of holocaust families feel the precence oft the holocaust at home verbally, nonverbally and in some cases „having absorbed the menacing experience of the Holocaust through osmosis“ (Harverey 2007, 3)

Das Holocaustszenario ist für die Kinder präsent. Grünberg (2006, 242 ff) spricht von eingekapselten Erinnerungen, die oft nicht verbalisierbar sind. In Konfliktsituationen können diese spontan aufbrechen. Sie können sich aber auch chronisch in mimischen, gestischen und emotionalen Formen zeigen und dann ansteckend wirken.

Präsent waren die Lücken in der Familie, bedingt durch die ermordeten Familienmitglieder und Freunde. Durch den Wunsch der Überlebenden, diese aufleben

zu lassen, bekamen die Kinder die Namen der Ermordeten und trugen dadurch zusätzlich zur Präsenz bei (Hardtmann 2001, 46). Für die Kinder bedeutete das eine ungeheure Last. Zum einen der Erwartungsdruck, Lücken zu füllen, die Tote hinterlassen haben und zum anderen die Schwierigkeit, eine eigene Identität zu entwickeln. Letzteres vor allem dann, wenn die Eltern primär den Toten im Kind suchen und nicht die Originalität des Kindes wahrnehmen (Harverey 2007, 2).

Präsent war auch das Wissen, dass Nachforschungen neue Verletzungen hervorrufen (Hardtmann 2001, 46). Dadurch fühlten sich die Kinder wiederum von der Vergangenheit der Eltern ausgeschlossen und füllten diese Lücken mit furchterregenden Phantasien (Oliner in Brainin et al. 2001, 161 f).

Nach Harverey (2007, 1) gibt es folgende Kennzeichen der Kinder Holocaustüberlebender: Sie haben den Wunsch die Eltern zu beschützen und ihnen nicht zur Last zu fallen. Daneben empfinden sie Gefühle der Trauer, der Angst, der Schuld und des Verlusts. Ausgestattet sind sie mit einer erhöhten Sensibilität für leidende Menschen.

Es gibt mehrere Theorien für die transgenerationale Weitergabe von Traumata.

Harverey (2007, 4 ff) stellt vier Erklärungsmodelle vor: das psychodynamische, das soziokulturelle, das Familienkommunikationsmodell und das genetische Modell.

Das **psychodynamische Modell** geht davon aus, dass die Übertragung vor allem unbewusst abläuft: Übertragen werden dabei die traumatischen Erinnerungen, die Erwartungen und Verlustängste. Es besteht eine sehr enge Bindung an die Kinder (symbiotische Bindung) (Harverey 2007, 4).

Bewusste und direkte Einwirkung der Übertragung des Traumas auf die nachfolgende Generation sieht das **soziokulturelle Modell**. Dabei werden Ängste, Botschaften und Tabus direkt übertragen. Botschaften wie „Traue niemanden“ oder „Du kannst dich nicht auf jemanden außerhalb der Familie verlassen“, sowie das permanente Präsentieren bevorstehender Gefahren hinterlassen Spuren (Harverey 2007, 4).

Bei dem **Familienkommunikationsmodell** liegt der Fokus auf der symbiotischen Bindung, wodurch die Kinder das Leben der Eltern leben und die Eltern durch die Kinder leben (Kellermann in Harverey 2007, 5). Beide Seiten sind ineinander verstrickt. Für den Holocaustüberlebenden wird dadurch das Gefühl der Einsamkeit übertüncht und die Auseinandersetzung mit dem Trauma verdrängt.

Außerdem können sie durch die emotionale Instabilität nicht die Elternrolle übernehmen, sondern leben die Kinderrolle und zwingen dadurch die Kinder, die fürsorgende Elternrolle zu übernehmen. Diese Verstrickung macht es für die Kinder schwierig Pubertät mit Rebellion und Ablösung zu leben. Negative Gefühle wie Wut oder Aggression lösen dann gleich Schuldgefühle aus (Harverey 2007, 6). Da die Eltern mit negativen Gefühlen nicht umgehen können, weil diese mit den Peinigern in Verbindung gebracht werden, müssen die Kinder diese Impulse unterdrücken (Grünberg 2000, 29 f). Aus Rücksicht vermeiden sie bereits, Diskussionen mit den Eltern führen (Harverey 2007, 7).

Bei Auszug der Kinder werden traumatische Erinnerungen des Verlusts von Familienmitgliedern hervorgerufen, welche sogar zur Retraumatisierung führen können (Harverey 2007, 7). Nachvollziehbar ist die daraus hervorgehende Trennungsschuld bei Ablösung der Kinder (Barocas und Barocas in Grünberg 2000, 27).

Die Entdeckung, dass psychische Erkrankungen eine genetische Disposition haben führt zum **genetischen Modell**. So erhöht sich die Wahrscheinlichkeit eine psychische Erkrankung zu bekommen, wenn die Eltern darunter leiden. Auch nach Traumatisierungen konnte eine erhöhte Vulnerabilität in Bezug auf die Entstehung einer PTBS bei den Kindern nachgewiesen werden (Harverey 2007, 6 und Prätraumatische Risikofaktoren in Kapitel 4.1).

Nicht alle Kinder von Holocaustüberlebenden wurden sekundär traumatisiert. Faktoren wie außerfamiliäre Unterstützung sowie die Integration in der Gesellschaft wirken als Schutzfaktoren (Harverey 2007, 7). Manche Autoren vermeiden die Pathologisierung der zweiten Generation, indem sie anführen, dass die Umweltbedingungen auch dazu führen können, andere zu umsorgen, sich für Minderheiten einzusetzen oder helfende Berufe zu ergreifen (Grünberg 2000, 33 f).

Die dritte Generation bietet die Chance der Heilung der Traumata (Bar-On 2001, 287). Die Enkel konnten eher die unsichtbaren Grenzen überschreiten und die Großeltern dazu bewegen von ihren Erlebnissen zu berichten (Grünberg 2001, 46). Vor allem das Erzählen von Ereignissen vor dem Holocaust und Geschichten des Überlebens zeigen eine heilende Wirkung auf alle drei Generationen (Fossion et al. und Shoshan in Kayfetz 2007, 7).

Die Unterdrückung von Aggressionen, die bei der zweiten Generation vorhanden ist, konnte bei einer Studie an 54 Enkel Holocaustüberlebender nicht nachgewiesen werden (Eisenberg und Dasberg in Grünberg 2000, 31).

Dennoch lassen sich einige Effekte der Traumatisierung auch auf die dritte Generation erkennen: Kayfetz (2007, 1) untersuchte die Beziehungen von Holocaustüberlebenden zu ihren Enkeln im Vergleich zu „normalen“ Großeltern-Enkel-Beziehungen. In „normalen“ Familien sind Großeltern und Enkel emotional eng und in positiver Weise miteinander verbunden. Bedingungslose Liebe und Unterstützung der Enkel auf vielfältige Weise sind Kennzeichen der meisten Großeltern (Kayfetz 2007, 2 ff).

Was kennzeichnet Beziehungen zwischen Holocaustüberlebenden und deren Enkeln?

Die Erinnerungen an die Ermordungen von Babys führt zur Angst der Großeltern, der Enkel könnte nicht überleben. Diese Angst kann die Freude am Großeltdasein und die Kontaktaufnahme blockieren (Glassman in Kayfetz 2007, 6).

Der Einfluss des Traumas auf die Enkel geschieht durch das Aufwachsen bei den sekundär traumatisierten Eltern, die Schwierigkeiten in der Bildung einer eigenen Identität sowie im Ablösungsprozess von den traumatisierten Großeltern hatten.

Ängste, Alpträume von Tod und Vernichtung, Depressionen und weitere Symptomaten, wie ein grundsätzliches Misstrauen gegenüber anderen Menschen, wurden bei Untersuchungen auch in der dritten Generation gefunden (Fossion, Ganz und Wardi in Kayfetz 2007, 5 f).

Für die Großeltern sind die Enkel ein Licht der Erinnerung und ein Hoffnungszeichen. Diese Rolle einzunehmen bedeutet für die Enkel die Pflicht und Last, der Ermordeten zu gedenken, sowie die Weitergabe der Holocaustereignisse an die nachfolgenden Generationen zu gewährleisten (Kayfetz 2007, 7 f).

Auf den Enkeln lastet auch der Druck zur Sinnerfüllung der Großeltern beizutragen. Die Angst und der Erwartungsdruck führen zu häufiger Kritik gegenüber den Enkeln denn: „*criticisms was in the service of trying to make everything perfect to avoid some new, unspecified catastrophe*“ (Porteny in Kayfetz 2007, 6).

Gleichzeitig scheinen die Enkel zur Heilung von Emotionen und Beziehungen beizutragen, was es den Großeltern ermöglicht, sich an ihnen zu freuen und Liebe zeigen zu können (Kayfetz 2007, 6 f).

Zwar gibt es Effekte der Traumatisierung, welche die Beziehungsgestaltung beeinflussen und Unterschiede zu „normalen“ Großeltern-Enkel-Beziehungen erkennen lassen; dennoch sind die Beziehungen für beide Seiten emotional bedeutsam und sogar identitätsstiftend (Kayfetz 2007, 8 f).

Die transgenerationale Weitergabe eines Trauma über drei Generationen führt zur Frage, ob Traumata sogar Auswirkungen auf eine ganze Gesellschaft haben können.

8.3 Auswirkungen auf die Gesellschaft

Der einzelne Mensch lebt in und ist Teil der Gesellschaft. Seine Identität ist durch die Geschichte der Gesellschaft, in der er lebt geprägt (Hardtmann 2001, 52). Grünberg (2006, 228) spricht von einem kollektiven Gedächtnis und kollektiven Phantasien. Daraus resultiert, dass Wahrnehmungen, Denken und Erinnerungen des Individuums vom kollektiven Gedächtnis beeinflusst sind (Halbwachs in Grünberg 2006, 244 f).

Geschieht ein Trauma nicht nur Einzelnen, sondern einer größeren Gruppe wie bei einem Krieg, sprechen Butollo et al.(2002, 168 f) von einer kollektiven Traumatisierung.

Traumareaktionen geschehen dann nicht nur individuell, sondern auch in der Gesellschaft. So kann eine Gesellschaft mit Verdrängung, Verleugnung oder mit Schweigen reagieren (Hermann 2003, 20).

Das Ausmaß der Gewalt, das nach dem 2. Weltkrieg offenbar wurde, war so überwältigend, dass der Schutzmechanismus der Bevölkerung aus Schweigen, Wegschauen und Verleugnen bestand. So wurden nach dem Krieg bei Essensverteilungen Filme über die Konzentrationslager gezeigt. Die Menschen wandten sich

ab, um diese nicht ansehen zu müssen. Der amerikanische General Potton ließ 1000 Bürger aus Weimar nach Buchenwald anreisen und zwang sie, das Konzentrationslager mit den Überlebenden anzuschauen. Die Menschen waren entsetzt und beteuerten, dass sie nichts gewusst hätten, was die Überlebenden jedoch verneinten (König 2001, 127 f). Das Unfassbare wurde auch nach dem Krieg nicht verarbeitet, sondern verdrängt. Das leistungskompensatorische Schema (in Kapitel 3.5) war sicher ein daraus hervorgegangenes gesellschaftliches Verhalten, was dem Aufbau des zerstörten Landes diente. Das Durcharbeiten von Trauer und Hilflosigkeit, sowie die Herstellung eines neuen Selbst- und Weltverständnisses wurde auf bessere Zeiten verschoben (Bar-On 2001, 284).

Zu dem Schweigen der Opfer, denen es meist unmöglich war, über das Erlebte zu sprechen, kam das Schweigen der Täter und Mitläufer. Dadurch wurden die Opfer erneut isoliert, da sie die Täter als Zeugen brauchen (Grünberg 2006, 245).

Die meisten Taten blieben ungesühnt und die Auseinandersetzung mit der Schuld wurde vermieden (Grünberg 2000, 81). Der Mechanismus der Relativierung, beispielsweise durch Aussagen wie: „Alle waren Opfer von Hitler“, verhinderte die Auseinandersetzung mit eigenen Gefühlen von Schuld und Scham. Gleichzeitig war dadurch - denn wenn alle Opfer sind, gibt es keine mehr - die Anerkennung der Opfer sowie deren Entschädigungsansprüche erschwert (Straub 2001, 240).

Mitscherlich und Mitscherlich postulierten, „*dass die Unfähigkeit zu trauern bis in die 90er Jahre des 20. Jahrhunderts beobachtbar waren*“ (Mitscherlich und Mitscherlich in König, 2001, 140). Das bedeutet, dass die Unfähigkeit, sich mit der Shoah (hebräisch: große Katastrophe und steht für die Ermordung der Juden während der Hitlerzeit) auseinanderzusetzen von einer Generation auf die nächste übertragen wurde. Das galt sowohl für die Täter, als auch die Mitläufer (König 2001, 140 f). Genauer betrachtet wurde bei den Täternachkommen Verwirrung (kann der liebevolle Vater gleichzeitig Mörder sein?), sowie Schuld und Schamgefühle übertragen (Straub 2001, 230; Bar-on 2001, 280; Hardtmann 2001, 48). Die daraus resultierenden Formen sind Verleugnung, Relativierung, Pseudo-Identifikation und Täter-Opfer-Inversion (Grünberg 2000, 89 und 95 f). Letzteres bedeutet, dass den Opfern die Mitschuld zugeschoben wird und sie somit zu Mit-tätern erklärt werden (Grünberg 2000, 82; Brainin et al. 2001, 157 f).

König (2001, 140 f) untersuchte beim Lehrerverhalten während des Unterrichts über den Holocaust in den Jahren 1997 und 1998 an zwei westdeutschen Gymnasien, in welchen Formen sich die Übertragung manifestiert. Er kommt zu dem Ergebnis, dass entweder moralisierendes oder intellektuelles Vorgehen die emotionale Auseinandersetzung verhindert.

Indem die eine Lehrerin sich mit dem Opfer identifizierte und sich moralisch sowohl über die Kriegsgeneration (als die eigentlich verantwortlichen Schweiger und Täter), als auch über die nächste Generation (als materialistisch und unpolitisch Handelnde) erhob, verschob sie eigene Schuld- und Schamgefühle auf die Schüler (König 2001, 140 f).

Die andere Lehrerin demonstrierte durch den intellektuellen Umgang ihr Wissen, was bei den Schülern dazu führte sich hilflos und unwissend zu erleben. Auch hier kommt es nicht zum Einlassen auf die Emotionen.

Die Kriegsgeneration reagierte durch Schweigen und Wegschauen, während die Nächste durch Moralisieren und Zerreden die emotionale Auseinandersetzung verhindert (König 2001, 141).

Ein weiterer Faktor, der das emotionale Einlassen auf den Holocaust verhindert, ist das Autoritätsverhalten. Die autoritäre Persönlichkeit ist aufgrund mangelnder Überichbildung, anfällig dafür guten Gewissens dem Diktat äußerer Mächte überall hin zu folgen. Diesen unterwirft sie sich bedingungslos und verdrängt eigene aggressive Impulse. Letztere entlädt sie, indem sie Menschen, die sich nicht einfügen, zum Sündenbock macht (König 2001, 144 f).

Auch in der Politik ist die Tradierung erkennbar. Aus der Rede von Helmut Kohl vor der Knesset sieht König (2001, 131 ff) weitere Beispiele für die fehlende Auseinandersetzung:

„[...] die Geschichte gerade einem Deutschen hier mit all dem was an Grausamen Geschehen ist[...]“ (in König 2001, 131)

Hier sieht König (2001, 131) die Versachlichung: Nicht die Nazideutschen haben getan, sondern es hat sich ereignet, ist geschehen.

„[...] aber es ist wie in der eigenen Familie: ob man einverstanden ist mit all dem, was die , die vor einem waren getan haben oder nicht, man kann sich nicht lossagen[...] man trägt das Blut der Familie..“ (in König 2001, 132)

Nach König (2001, 132) unterstellt sich Kohl der Autorität des Vaters, dem man gehorcht.

„Aber... – und das füge ich hinzu als einer der in der Nazizeit nicht in Schuld geraten konnte, weil er die Gnade der späten Geburt und das Glück eines besonderen Elternhaus gehabt hat – auch die vielen, die einmal anders gedacht hatten, die den Krieg überlebt haben, haben innere Einkehr gehalten“ (in König 2001, 134)

In der Formulierung „Gnade der späten Geburt“ sieht König (2002, 134) ebenfalls Vermeidungsverhalten in der fehlenden Auseinandersetzung mit den Taten der Vorfahren.

Den Begriff „innere Einkehr“ in Bezug auf die Mitläufer (die anders gedacht haben) sieht König ebenfalls als ausweichende Ausdrucksweise. Mitscherlich (in König 2001, 135) sieht die Desillusionierung des Dritten Reiches, als Grund für die Melancholie und das Selbstmitleid der Deutschen, aufgrund dessen keine Trauer für die Opfer möglich sind. Nach König (2001, 135) scheint Kohl diese als innere Einkehr zu bezeichnen. Da er die Melancholie als Umgang mit der Vergangenheit bezeichnet, scheint dadurch keine weiteren Auseinandersetzungen notwendig zu sein.

Wozu soll eine Gesellschaft sich mit traumatischen Ereignissen auseinandersetzen?

Zum Einen geht es um die Unterstützung der Opfer und zum anderen um die Verhinderung einer Wiederholung der Geschehnisse über Tradierungen.

Gesellschaftliche Auseinandersetzung verändert das kollektive Gedächtnis. Wenn eine Gesellschaft die traumatischen Ereignisse anerkennt, sich sowohl um Wiedergutmachung, als auch um die Bestrafung der Täter bemüht, sorgt sie für die Wiederherstellung der Gerechtigkeit, der Ordnung (Hermann 2003, 102).

Da die Gesellschaft durch einen Krieg insgesamt belastet und traumatisiert ist, besteht die Gefahr, dass sie diese Funktion nicht ausübt, um alles Unangenehme vergessen zu können. Dies geschieht dann im Sinne des Täters, der von der Gesellschaft nur die Untätigkeit und das Wegschauen erwartet (Hermann 2003, 18).

Um zerbrochene Bindungen wiederherzustellen, reicht das Handeln im demokratischen Rechtssystem nicht aus. Damit soziale Bindungen wieder aufgebaut werden können, müssen Traumata bearbeitet werden (Bar-On 2001, 282 und 293). Erst wenn sie, wie bei der individuellen Bearbeitung, vom impliziten ins explizite Gedächtnis, quasi in das kollektive Gedächtnis eingespeichert werden, ist die Heilung von Beziehungen möglich. Eine Erinnerungskultur dient dann der Würdigung der Opfer sowie der Prävention weiterer Traumatisierung (Kuwert/ Fryberger 2007, 15).

So sehen McFarlane / van der Kolk (2000, 57) in der fehlenden gesellschaftliche Auseinandersetzung nach dem 1. Weltkrieg eine Ursache für das Aufkommen des Faschismus. Die Intoleranz gegenüber der Schwäche der Veteranen ebnet den Weg für das Ausrotten von Schwachen und Minderwertigen.

Grünberg (2000, 96) sieht Tradierungen von Antisemitismus bei der Roten Armee Fraktion (RAF) bestätigt. Der Hass auf die verlogenen Nazieltern war verbunden mit der gleichzeitigen Bewunderung. Die Tradierung von Antisemitismus und Aggression zeigte sich dann beispielsweise bei der Selektion jüdischer Passagiere im entführten Flugzeug in Entebbe (Grünberg 2000, 97).

Aber auch die Rechtsradikalen profitieren von der fehlenden emotionalen Auseinandersetzung. Sie knüpfen an die unterdrückten Emotionen der Jugendlichen an und geben Ihnen Ausdrucksmöglichkeiten (König 2001, 147 f).

Wahrnehmungen ändern sich mit der Auseinandersetzung der eigenen Geschichte. Voraussetzung für die Fähigkeit, beide Seiten des israelisch-palästinensischen Konflikts würdigen zu können, sieht Bar-On in der Aufarbeitung der eigenen Wurzeln. Erst nach der Auseinandersetzung mit der Nazivergangenheit ist die Anerkennung beider Seiten möglich (Bar-On 2001, 307).

Die Gesellschaft muss sowohl zum Schutz ihrer Mitglieder als auch zum Schutz ihres Systems, konsequent für die Anerkennung und Wiedergutmachung bei den Opfern, sowie für juristische Verfolgung der Täter eintreten. Dadurch unterstützt sie bei den Opfern die Wiederherstellung des Verständnisses einer gerechten Welt und sorgt damit für die subjektive Beendigung der traumatischen Situation.

Gleichzeitig schützt sie mit der emotionalen und kognitiven Auseinandersetzung ihr eigenes System, indem das kollektive Gedächtnis eine Erinnerung möglich macht und Tradierungen unterbrochen werden können.

Nachdem die Entstehung und die vielfältigen Auswirkungen von Traumata auf Opfer und sekundär Betroffene aufgezeigt wurde, sollen nun Ansätze zur Hilfe und Unterstützung vorgestellt werden. Zunächst sollen Therapieansätze skizziert werden.

9. Therapie der PTBS

Vor allem langfristige und schwere Traumata bedürfen fachlicher medizinischer, psychiatrischer und psychologischer Hilfe. Die Schwere der Symptomatik ist jedoch ausschlaggebend für eine Therapieempfehlung. Gelingt es Betroffenen nicht, belastende Symptome zu reduzieren und das Trauma zu integrieren, ist Hilfe durch eine Psychotherapie mit und ohne medikamentöse Unterstützung erforderlich.

Die Entstehung der Psychotraumatologie als eigenständige Disziplin führte auch zur Entwicklung neuer, spezifischer Therapieverfahren. Beispiele hierfür sind das EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) von Francis Shapiro (in Hoffmann/Liebermann 2006, 68), die mehrdimensionale psychodynamische Therapie (MPTT) nach G. Fischer sowie die psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT) nach L. Reddemann (Fischer & Riedesser 2003, 235).

Nachgewiesen wurde die Wirksamkeit wurde vor allem bei der kognitiven Verhaltenstherapie (Foa in Schnyder/ Gersons 2006, 74).

Alle Verfahren sind gekennzeichnet durch mindestens drei Phasen:

- Stabilisierungsphase
- Traumakonfrontation
- Neuorientierung und Integration

(Flatten 2006, 67 – psychodynamische Therapie; Vogelsang 2006, 71 und 77 – Verhaltenstherapie; Fischer/Riedesser 2003, 236 – EMDR).

Stabilisierungsphase:

In dieser Phase geht es darum, Sicherheit und Stabilität bei dem Patienten herzustellen. Techniken für den Umgang mit Emotionen und Intrusionen werden erlernt. Auf diese Weise gewinnt der Patient die Kontrolle über Symptome. Erst wenn die Stabilität ausreichend vorhanden ist, darf mit der Traumakonfrontation begonnen werden (Reddemann 2006b, 46f).

Traumakonfrontation:

Bei der Traumakonfrontation wird in kleinen zeitlichen beziehungsweise partiellen Teilen das traumatische Erlebnis betrachtet, was verbal oder gestalterisch geschehen kann. So wird das Ereignis Stück für Stück vom emotionalen in das explizite Gedächtnis transportiert. Dadurch nimmt die intrusive Symptomatik ab (Vogelsang 2006, 77ff). Aber auch die konditionierten Angstsymptome lassen sich nur durch das Wiedererinnern löschen (Ehlers und Clark in Ruegg, 2006, 125). Erst wenn das gesamte Ereignis Stück für Stück kognitiv und emotional betrachtet werden kann, ist eine Integration des Traumas in die Lebensgeschichte möglich. Es kann nun bewusst erinnert und sowohl kognitiv als auch emotional verarbeitet werden.

Integration:

Das Vermeidungsverhalten und die Zerstörung des Selbst- und Weltverständnisses führt zu dysfunktionalen Beziehungsmustern. Mit der Bearbeitung des Traumas kann die Neugestaltung von Beziehungen ermöglicht werden. Daneben können nun falsche Schuld und Schamgefühle aufgelöst werden (Flatten 2006, 63 f). Ausgehend von den Symptomen und Folgen resultieren die Therapieziele:

Symptome	Ziele
Intrusionen	→ Umgang mit Intrusionen lernen
Kontrollverlust	→ Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit
Dissoziative Symptome	→ Reduzierung der Symptome
Emotionale Instabilität	→ Umgang mit Emotionen lernen
Dysfunktionale kognitive Bearbeitungsmuster	→ Erkennen und Bearbeiten von dysfunktionalen Kognitionen
Zerstörung des Selbst- und Weltbildes	→ Wiederherstellung des Selbst- und Weltbildes

Die Therapie ist gelungen, wenn das Trauma Teil der persönlichen Geschichte ist, die Patienten sowohl über die Symptomatiken, als auch über ihr Leben die Kontrolle gewinnen, sowie das Selbst- und Weltbild wieder hergestellt wurde. Neben der Therapie bietet die soziale Arbeit viele Möglichkeiten der Unterstützung.

10. Unterstützungsmöglichkeiten durch die soziale Arbeit

Soziale Arbeit dient der Unterstützung des Menschen in seiner Lebensgestaltung. Sie befasst sich mit Einzelnen als auch mit Gruppen und unterstützt die Interaktion zwischen Menschen und Umwelt. Dabei liegt der Schwerpunkt darin, Problemlösungen zu ermöglichen und Ressourcen zugänglich zu machen. Soziale Arbeit dient der Gesellschaft und gründet sich auf Werte, welche die Würde und Gleichheit jedes Einzelnen anerkennen.

Sie bedient sich der Kenntnisse aus verschiedenen Disziplinen wie der Psychologie, Soziologie, Medizin sowie der Kenntnisse aus dem Bereich Recht und Organisation. Der Auftrag der Gesellschaft an die Soziale Arbeit entsteht aus den kulturellen, historischen und sozialwirtschaftlichen Bedingungen².

Jedes Trauma bedeutet einen Einbruch in der Lebensgestaltung des Einzelnen und seiner nahen Bezugspersonen. Das Erleben eines Traumas führt zu einer hohen Belastung, die Auswirkungen auf die Arbeitswelt, die Beziehungen sowie die Alltagsbewältigung zeigen kann. Die Integration des Traumas wird vor allem durch soziale Unterstützung ermöglicht (Risiko- und Schutzfaktoren in Kapitel 4).

Der Auftrag der sozialen Arbeit ist es, diesen Integrationsprozess zu unterstützen. Dies geschieht durch Psychoedukation, Angehörigenarbeit, Krisenintervention sowie Beratung.

10.1 Psychoedukation

Hierbei geht es um die Wissensvermittlung über die normalen posttraumatischen Reaktionen (Bering et al. 2006b, 66). Zwar finden bei den meisten Therapien die-

² International Federation of Social workers unter www.ifsw.org vom 30.06.07

se Wissensvermittlung statt, da aber nicht jedes Opfer therapeutische Hilfe in Anspruch nimmt, ist dies ein wichtiger Baustein in der psychosozialen Unterstützung. Gerade für die Bewertung und kognitive Bearbeitung können diese Kenntnisse die Integration erleichtern. Bereits hier ist es sinnvoll, die engsten Angehörigen miteinzubeziehen.

10.2 Angehörigenarbeit

Das Einbeziehen der wichtigsten Bezugspersonen ist essentiell bei der Unterstützung der Opfer (Beziehungstörungen in Kapitel 8.1). Die Wissensvermittlung der normalen posttraumatischen Reaktionen ist gerade für die Angehörigen hilfreich. Darüber hinaus benötigen sie Kenntnisse, wie sie mit den Symptomen umgehen und dem Betroffenen bei der Bewältigung unterstützen können. Die Bestätigung, dass wertschätzende Anteilnahme bei kognitiven und emotionalen Reaktionen wirksame Hilfen sind, entlastet Angehörige von dem Druck, Lösungen und Trostworte parat haben zu müssen (Finkeldei 2006, 149 und 153).

Angehörige können dem Betroffenen helfen, das Geschehen zeitlich einzuordnen, indem sie bei Wiedererleben die Sicherheit der Gegenwart bewusst machen. Die Neuorganisation des Selbst- und Weltbildes lässt sich im Dialog mit den Angehörigen aufbauen. Aufzuzeigen, wie wichtig es ist, dass der Betroffene die Kontrolle über sein Leben zurück gewinnt, gehört ebenso zur Psychoedukation der Angehörigen.

Angehörige brauchen die Möglichkeit, ihre Ängste, Fragen und Sorgen zu formulieren. Sie zu ermutigen, ihre eigenen Grenzen wahrzunehmen, sowie für ihre eigenen Bedürfnisse zu sorgen, ist ein weiterer Unterstützungsbaustein (Finkeldei 2006, 154 f).

10.3 Krisenintervention

Existierende Probleme wie die Gefahr, die Wohnung oder den Arbeitsplatz zu verlieren, sowie fehlende finanzieller Versorgung, erschweren den Umgang mit dem Trauma. Bevor nicht die dringendsten Fragen geklärt sind, ist die therapeutische Arbeit wenig wirksam (Soyer 2006, 237).

Gerade Flüchtlingen, Asylbewerbern und Migranten ist es unmöglich, sich mit dem Trauma auseinanderzusetzen, wenn die aktuellen existenziellen Probleme nicht lösbar scheinen. Gleichzeitig sind sie, bedingt durch Sprachprobleme sowie ihren psychischen Belastungen, nicht in der Lage, den Umgang mit Behörden zu leisten (Soyer 2006, 233 f).

Ein anderes Beispiel ist die Situation nach häuslicher Gewalt. Therapien sind hier erst sinnvoll, wenn sich das Opfer in Sicherheit befindet. Die Organisation von einer Wohnung, sowie bei Bedarf die finanzielle Grundsicherung über die Sozialhilfe, hat Priorität. Bei einer hohen Resilienz und einer funktionierenden sozialen Unterstützung, genügt danach die Adressenvermittlung des zuständigen Opferhilfebüros oder der Frauenberatungsstelle (Hepp 2006, 148 ff).

In der Krisenintervention geht es darum, mit Hilfe von Anträgen und durch Kontaktaufnahme der zuständigen Behörden, dem Klienten existenzielle Lebensgrundlagen sicher zu stellen. Das kann das Sozialamt sein, aber auch beispielsweise das Bundesamt für Flüchtlinge, wo ein Antrag auf Aussetzung der Entscheidung auf Asyl aufgrund einer PTBS gestellt werden kann (Soyer 2006, 233 f).

10.4 Beratung

Die Beratung dient dazu, dem Klienten mit Hilfe von Informationen und Vermittlungen Lösungsmöglichkeiten für die Bewältigung seiner Probleme aufzuzeigen (Barthemess 2005, 109).

Diese beziehen sich auf die aktuellen alltagspraktischen Schwierigkeiten, die durch finanzielle, organisatorische oder auch psychosoziale Hilfen gelöst werden können. Das Hauptziel ist es, dem Klienten und seinen Angehörigen den Zugang zu eigenen Ressourcen sowie zu Anlaufstellen zu ermöglichen (Galuske 2005, 172 f).

Beratungsansätze wie die klientenzentrierte Gesprächsführung, sowie die systemischen Beratung erweisen sich dabei als unterstützende Methoden. Bei beiden Methoden geht es darum, dem Klienten den Zugang zu eigenen Ressourcen und Problemlösungen zu ermöglichen (Galuske 2005, 182; Barthemess 2005, 109). Die Essenz der Klientenzentrierten Gesprächsführung ist die Haltung des Beraters

zum Klienten. Diese ist gekennzeichnet durch eine positive Wertschätzung, emotionale Wärme, Echtheit und einführendes Verstehen (Galuske 2005, 183). Im Zentrum der systemischen Beratung steht die Sicht, dass die Ursachen von Problemen nicht nur intrapsychisch, sondern auch im Kontext des sozialen Systems liegen (Barthelmess 2005, 110 f).

Bei der Beratung von traumatisierten Menschen soll der Prozess der Bewältigung unterstützt werden. Dies geschieht auf vielen Ebenen.

Es gibt viele Möglichkeiten der Hilfen auf Bundesebene und Landesebene. Die Beratung dient dazu, den Betroffenen und seine Familie über diese Hilfsmöglichkeiten zu informieren und bei der Inanspruchnahme zu unterstützen.

Die dadurch erfolgte Anerkennung als Opfer kann für den Betroffenen die subjektive Beendigung der traumatischen Situation bedeuten.

Zum einen sind finanzielle Hilfen über Anträge bei Behörden oder über Opferhilfeorganisationen möglich. Bei gesundheitlichen Schäden können Anträge über das Opferentschädigungsgesetz gestellt werden. Anträge von Heilbehandlungen, Rehamaßnahmen oder Rente können beim Versorgungsamt eingereicht werden. Weitere spezielle Angebote, wie beispielsweise Antrag auf Blindengeld oder Schwerbehindertenausweis hängen von dem Einzelfall ab.

Zum anderen sind das strafrechtliche sowie psychosoziale Hilfsmöglichkeiten.

Die Wiederherstellung des Weltverständnisses bedeutet auch, dass das Ereignis als Unrecht definiert und der Täter dafür zur Rechenschaft gezogen wird. Dies geschieht durch Strafprozesse.

Das Strafrecht ist vorwiegend täterzentriert. Das Opfer ist als Individuum wenig gefragt (Doering-Striening 2004, 303). Möglichkeiten für das Opfer, seine Interessen wahrzunehmen, sind die Anzeige der Straftat, das Recht als Nebenkläger aufzutreten nach § 395 der Strafprozessordnung (StPO), sowie ein sogenanntes Adhäsionsverfahren (§ 403f StPO) zu beantragen. Letzteres bedeutet, dass mit dem Strafverfahren gleichzeitig zivilrechtlich über finanzielle Entschädigung entschieden wird.

Müssen Opfer als Zeugen auftreten, was durch die Begegnung mit dem Täter und durch das Erzählen und Wiedererleben retraumatisierend sein kann, dienen Gesetze aus dem Opferschutzgesetz zur Unterstützung des traumatisierten Zeugen. Bei-

spielsweise durch die Möglichkeit, den Täter während der Vernehmung aus dem Saal zu verweisen (§ 247 StPO), oder sogar die Öffentlichkeit von dem Prozess auszuschließen (§ § 171b,172, 175 des Gerichtsverfassungsgesetz).

Die nachfolgende Abbildung (Abb.11) zeigt im Überblick rechtliche Möglichkeiten und Zuständigkeiten.

Abb.11: Überblick zu bundesrechtlichen Opferansprüchen



Quelle: Bücken-Koch 2006, 179

Beratung beinhaltet auch die Vermittlung an ein Opferhilfebüro, das Begleitungen zum Gericht organisiert, sowie eventuell Anwälte nennen kann, welche die besonderen Belastungen und Rechte der Opfer kennen und wahrnehmen.

Opferhilfsorganisationen haben sich spezialisiert auf bestimmte Opfergruppen, wie häusliche Gewalt, sexueller Missbrauch, Opfer nach Straftaten sowie Folter und Flüchtlinge (Bücken-Koch 2006, 186 ff).

Diese Anlaufstellen und Ansprechpartner aufzuzeigen, hilft dem Opfer konkrete Handlungsschritte vorzunehmen.

Betroffene, die unter schweren Symptomen leiden, zu einer Therapie zu ermutigen und Adressen von Traumatherapeuten oder speziellen Traumazentren zu vermitteln, kann ebenfalls Inhalt einer Beratung sein.

11. Fazit

Die Entstehung eines Traumas ist abhängig von persönlichen, sozialen und situationsbedingten Faktoren. Dabei zählen vor allem die unterstützenden Beziehungen zu den wichtigsten Schutzfaktoren zur Bewältigung beziehungsweise zur Verhinderung der Traumatisierung.

Die Folgen der Traumatisierung manifestieren sich in einem breiten Spektrum von physischen, psychischen und sozialen Erscheinungsbildern, die jedoch nicht immer auf den ersten Blick die Ursache in der Traumatisierung erkennen lassen.

Erklärbar sind viele Symptome durch hormonelle Stressreaktionen, den Speichermodus ins explizite Gedächtnis, sowie die Unter- beziehungsweise Übererregung bestimmter Hirnareale. Weitere Erklärungsmuster liefern psychologische Prozesse wie die Furchtkonditionierung, die Entstehung der erlernten Hilflosigkeit aufgrund des erfahrenen Kontrollverlustes sowie der Abwehrmechanismen, die traumakompensatorische Schemata genannt werden.

Interessant ist, dass sogar kognitive Prozesse Einfluss auf psychische und physische Befindlichkeit haben. Die Bewertung des Traumas sowie dysfunktionelle Erklärungsmuster tragen wesentlich zur Entstehung oder Verhinderung eines Traumas bei.

Die vielfältigen psychischen, physischen und sozialen Erscheinungsbilder erfordern eine engere Zusammenarbeit aller medizinischen, psychologischen und soziologischen Fachrichtungen. Im Fachgebiet der Psychotraumatologie ist diese übergreifende Sicht bereits zu finden. Die Trennung von biologischen und psychologischen Erklärungsmodellen ist kontraproduktiv. Vielmehr sind sie als Ergänzungen zu betrachten, die einen erweiterten Blickwinkel ermöglichen. In der Psychotraumatologie ergänzen sich die Erkenntnisse aus der Neurobiologie mit denen aus der Psychiatrie und der Psychologie.

Gerade die physischen Erscheinungsbilder machen deutlich, dass auch Mediziner außerhalb der Psychiatrie die Auswirkungen psychischer Traumatisierung kennen sollten. Die Ausbildung der Allgemeinmediziner befasst sich jedoch wenig mit psychischen Traumafolgen.

Das Buch „Psychotraumatata“, das im Jahr 2006 von dem Ärzteverlag herausgegeben wurde, richtet sich primär an Hausärzte und ist der Erkenntnis zu verdanken, dass viele traumatisierte Patienten in der Hausarztpraxis zur Behandlung erscheinen, jedoch nicht bei Fachleuten der Psychotraumatologie. Um flächendeckend Grundkenntnisse der Psychotraumatologie zu vermitteln, könnten obligatorische Fortbildungen der verschiedenen ärztlichen Fachrichtungen hilfreich für die Betroffenen sein.

Aber auch in der Psychiatrie selbst können Erkenntnisse aus der Psychotraumatologie zu neuen Handlungsansätzen führen. Inzwischen ist bekannt, dass bei der Borderlinestörung oder bei einer Suchterkrankung Traumata Auslöser des Krankheitsbildes sein können. Natürlich ist es fatal daraus zu folgern, dass jede Suchterkrankung oder Borderlinestörung ein Trauma als auslösendes Element hat. Dennoch ergibt sich daraus eine neue Sichtweise in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen. Beispielsweise im Bereich der Suchterkrankungen: Die Ursache von Sucht in der genetischen Disposition oder im erfahrenen Mangel in der Kindheit zu suchen wird ergänzt durch die Erkenntnis, dass Traumata ebenso Grund für eine Suchtentstehung sein können. Daraus folgt, dass Therapie dann primär

den Ansatz bekommt, die erlebten Traumata zu bearbeiten und nicht die Suchtsymptome.

Offen ist noch, inwieweit auch bei weiteren psychiatrischen Erkrankungen Traumata als Ursache zu finden sind.

In der gesamten medizinischen Fachliteratur ist die heilende Wirkung von unterstützenden Beziehungen nicht beziehungsweise selten thematisiert. Therapien setzen primär bei dem Betroffenen selbst an. Eine Erweiterung der individuellen Sichtweise könnte gesundheitsfördernde Auswirkungen haben.

Außerhalb der Medizin sind Kenntnisse der Psychotraumatologie nur in geringem Maß vorhanden. Wird die Dynamik von Tradierung und die Auswirkung auf die Gesellschaft betrachtet, wird der Nutzen dieser Kenntnisse ersichtlich. Aus diesen lassen sich neue Handlungsansätze für die Praxis entwickeln. Selbst bei Professionen, die einen pädagogischen oder bildungsfördernden Auftrag haben, werden Zusammenhänge zwischen Trauma und seinen vielfältigen Folgen nicht beziehungsweise nur selten während der Ausbildung thematisiert.

Die Folgekosten der Traumatisierung betreffen sowohl das Gesundheitswesen als auch die Kosten für Bildung, Sicherheit und Justiz. Somit sind sie dann auch in der Gesamtgesellschaft spürbar.

Die Ergebnisse der Pisastudie führten zwar zu Veränderungen im Bereich der Lehrinhalte, jedoch nicht zur Verbesserung der emotionalen Unterstützung von Kindern. Wie eng Traumatisierung und Lernerfolg zusammenhängen zeigt das Beispiel einer amerikanischen Lehrerin³, der es durch vielfältige soziale Unterstützung gelang, eine Klasse von Risikokindern zum High School Abschluss zu führen. Dabei bestand die Klasse nur aus strafversetzten, verhaltensauffälligen oder leistungsschwachen Kindern, die fast alle Gewalterfahrungen in der Familie oder Umgebung gemacht haben.

³ Freedom writers/ Gruwell, E.(2007): Freedom Writers. Wie eine junge Lehrerin und 150 gefährdete Jugendliche sich und ihre Umwelt durch Schreiben verändert haben, Autorenhaus, Berlin

Folgekosten der Traumatisierung im Bereich der Sicherheit und Justiz lassen sich durch Tradierungen nachvollziehen. Aus den Opfern von häuslicher Gewalt können sich die Täter entwickeln, die dann die Kosten für Strafverfolgung und Inhaftierung verursachen. Tradierung bei häuslicher Gewalt wurde beispielsweise von Kavemann beschrieben (2002, 5 ff).

Die Gefahr der Tradierung wird zwar bei den Beratungs- und Interventionsstellen nach häuslicher Gewalt erkannt, jedoch zählt die Bearbeitung der Traumata der mitbetroffenen Kindern (noch) nicht zu ihrem Aufgabenbereich.

Eine besondere Brisanz erhält dieses Thema in Bezug auf die weltweiten Krisengebiete. Der Wiederaufbau eines vom Krieg zerstörten Landes kann sich demnach nicht auf den materiellen Aufbau beschränken. Die Erkenntnis, dass die Bearbeitung der Traumata eine Prävention von erneuten Kriegshandlungen bedeutet, lässt die positiven Auswirkungen, der in die Praxis umgesetzten Kenntnisse, für die Aufbauarbeit eines Landes erkennen.

Beispiel hierfür ist die Arbeit der Wahrheits- und Versöhnungskommission in Südafrika, welche Tätern und Opfern der Apartheid die Möglichkeit gab, traumatische Erlebnisse zu schildern. Dadurch wurde das Opfer als solches anerkannt und das Verständnis von Gerechtigkeit wiederhergestellt. Gleichzeitig wurde der Weg zur Versöhnung geebnet und die Entstehung einer neuen Gesellschaftsform möglich.

Zu erforschen wäre, ob durch die Bearbeitung von Traumata neue Grundlagen zur Konfliktlösung geschaffen werden könnten. Würde eine Veränderung des kollektiven Gedächtnisses zu einer Versöhnung beispielsweise zwischen den Türken, Armeniern und den Kurden beitragen und dadurch zu einem verbesserten Zusammenleben der verschiedenen Ethnien führen?

Das Spektrum der aufgezeigten Folgen macht deutlich, dass das vorgestellte Thema nicht nur für Fachleute der Medizin und der Psychologie, sondern für die gesamte Gesellschaft relevant ist. Um den Opferschutz zu verbessern und die Tradierung zu vermeiden wäre es notwendig, Grundlagen der Traumatisierung

verpflichtend im Ausbildungsplan der mit Menschen arbeitenden Berufen festzuschreiben sowie weitere Forschung auf diesem Gebiet zu fördern.

In der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen dienen diese vertieften Kenntnisse dazu, neue Handlungsansätze zu entwickeln. Dies gilt explizit auch für die vielfältigen Aufgabenbereiche der sozialen Arbeit.

Literatur

- Andreatta, A.P. (2006): Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses durch Traumata. Asangerverlag, Kröning.
- Bar-On, D. (2001): Aus dem gebrochenen Schweigen werden soziale Bindungen. In Grünberg, K./ Straub, J. (Hrsg) (2001): Unverlierbare Zeit. Sigmund-Freud-Institut, Tübingen, 281 – 326.
- Barthelmess, M. (2005): Systemische Beratung. Eine Einführung für psychosoziale Berufe. Juventa, Weinheim und München, 3.korrigierte Auflage.
- Bering, R./ Horn, A./ Fischer, G. (2002a): Psychopharmakotherapie der posttraumatischen Belastungsstörung. Psychotraumatologie 2002; 3: 27 im internet unter www.thieme-connect.de vom 15.05.07, 1-19.
- Bering, R./ Fischer, G./ Johansen, F.F. (2002b): Neurovulnerabilität der Hippokampusformation bei der posttraumatischen Belastungsstörung. Forschungsstand und Forschungshypothesen. Psychotraumatologie 2002; 3:27 im internet unter www.thieme-connect.de vom 15.5.07, 1-9.
- Bering, R./ Kzmanovic, B./ Behmenburg, C./ Fischer, G. (2006a): Schlaf- und Traumastörungen - Psychotherapeutische und somatologische Behandlungsstrategien. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin, 1/2006, 4; 27 – 45.
- Bering, R/ Schedlich, C./ Zurek, G./ Fischer, G. (2006b): Zielgruppenorientierte Intervention zur Prävention von psychischen Langzeitfolgen für Opfer von Terroranschlägen (PLOT). Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin, 1/2006, 4; 57 – 75.
- Berking, M. / Egenolf, Y./ Grawe, K. (2006): Neurologische Hintergründe und neuropsychotherapeutische Implikationen bei Posttraumatischen Belastungsstörungen. In Zobel, M. (Hrsg) (2006): Traumatherapie. Eine Einführung. Psychiatrieverlag, Bonn, 20 – 29.
- Buber, M. (2006): Das dialogische Prinzip. Ich und Du. Zwiesprache. Die Frage an den Einzelnen. Elemente des Zwischenmenschlichen. Gütersloh, 10. Auflage

- Bücken-Koch, S. (2006): Rechtliche, wirtschaftliche und soziale Hilfen für traumatisierte Menschen in Deutschland. In Reddemann, L.(Hrsg) (2006): Psychotraumata. Deutscher Ärzteverlag, Köln, 177 – 190.
- Butollo, W./ Hagl, M./ Krüsmann, M. (1999): Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung: Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart.
- Bösel, M.R. (2006): Das Gehirn, Kohlhammer, Stuttgart.
- Böwing, G/ Schmidt, K.U/ Schröder, S.G. (2007): Erfüllen kriegstraumatisierte, gerontopsychiatrische Patienten PTSD-Kriterien? Psychiatrische Praxis 2007; 34; 122 – 128.
- Brainin, E./ Ligett, V./ Teicher, S. (2001): Pathologie mehrerer Generationen oder Pathologie der Wirklichkeit? In Grünberg, K./ Straub, J. (Hrsg) (2001): Unverlierbare Zeit. Sigmund-Freud-Institut, Tübingen, 151 – 179.
- Brisch, K.H. (2004): Der Einfluss von traumatischen Erfahrungen auf die Neurobiologie und die Entstehung von Bindungsstörungen. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin, 1/2004; 2; 29 – 44.
- Döring-Striening, G. (2004): Opferanwaltstätigkeit nach traumatischen Ereignissen: Typische Belastungen nach traumatischen Ereignissen – Was können Opferanwälte tun? In Lüdke, C./ Clemens, K. (Hrsg) (2004): Vernetzte Opferhilfe. Handbuch der psychologischen Akutintervention. Edition Humanistische Psychologie, Bergisch Gladbach, 296 – 312.
- Drozdek, B. (2006): Interkulturelle Traumabehandlung: Eine Rückkehr zu den Grundlagen oder eine Erweiterung der Grenzen des Berufsstandes? In Maercker, A./ Rosner, R. (Hrsg) (2006): Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend. Thieme, Stuttgart, 25 – 35.
- Ermann, M. (2004): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Manual auf psychodynamischer Grundlage. Kohlhammer, Stuttgart, 4. überarbeitete und erweiterte Auflage.

- Felitti, V.J./ Fink, P.J./ Fishkin, R.E./ Anda, R.F. (2007): Ergebnisse der Adverse Childhood Experiences (ACE) – Studie zu Kindheitstrauma und Gewalt. Epidemiologische Validierung psychoanalytischer Konzepte. *Trauma & Gewalt* 2/2007; 1; 18 – 32.
- Fiedler, P. (2003): Komplexe Traumatisierung und Persönlichkeitsstörungen. In Seidler, G.H./ Laszig, P./ Micka, R./ Nolting, B.V. (2003) (Hrsg): Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie, Krankheitsbilder, Therapie. Psychosozial-Verlag, Gießen, 55 – 78.
- Finkeldei, S.(2006): Angehörige traumatisierter Personen. In Zobel, M. (Hrsg) (2006): Traumatherapie. Eine Einführung. Psychiatrieverlag, Bonn, 141 – 157.
- Fischer, G/ Riedesser, P. (2003): Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhardtverlag, München, Basel, 3.Auflage.
- Flatten, G. (2003): Komplexe Traumatisierung und Persönlichkeitsstörung. In Seidler, G.H./ Laszig, P./ Micka, R./ Nolting, B.V. (Hrsg) (2003): Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie, Krankheitsbilder, Therapie. Psychosozial-Verlag, Gießen, 35 – 55.
- Flatten, G. (2006): Stand der psychodynamischen Psychotherapie der PTBS in Maercker, A./ Rosner, R. (Hrsg) (2006): Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis- störungsspezifisch und schulenübergreifend, Thieme, Stuttgart, 49 – 67.
- Frommberger, U. (2004): Akute und chronische posttraumatische Belastungsstörung. *Praxisorientiertes Lernen für Neurologie und Psychiatrie* 2004; 72; 411- 424.
- Fujiwara, E./ Markowitsch, H-J. (2003): Das mnestiche Blockadesyndrom - hirnpysiologische Korrelate von Angst und Stress. In Schiepak, G. (Hrsg) (2006): Neurobiologie der Psychotherapie, Schattauer, Stuttgart, New York, 186 – 212.
- Galley, N./ Fischer, G./ Hofmann, A. (2000): Psycho-biologische Grundlagen von Traumanachwirkungen. *Psychotraumatologie* 2000; 1: 6 im internet unter thieme-connect.de vom 15.5.07, 1 – 23.

- Galuske, M. (2005): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Juventa, Weinheim und München, 6.Auflage
- Gasch, U. (2007): Traumatisierungsrisiko von polizeilichen Einsatzkräften vor dem Hintergrund eines berufsbezogenen Selbstverständnisses. Trauma und Gewalt, 2/2007, 1; 70 – 80.
- Grünberg, K. (2000): Liebe nach Auschwitz. Die Zweite Generation. Sigmund-Freud-Institut, Tübingen.
- Grünberg, K./ Straub, J. (Hrsg) (2001): Unverlierbare Zeit, Sigmund- Freud- Institut, Tübingen.
- Grünberg, K. (2006): Erinnerung und Rekonstruktion. Tradierung des Traumas der nationalsozialistischen Judenvernichtung und Antisemitismus in der Bundesrepublik Deutschland. In Leuzinger-Bohleber, M./ Haubl, R./ Brumlik, M. (Hrsg) (2006): Bindung, Trauma und soziale Gewalt. Psychoanalyse, Sozial- und Neurowissenschaften im Dialog. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 221 – 247.
- Handtke, L. (2006): Vom Umgang mit Dissoziationen und Körpererinnerungen. In Zobel, M. (Hrsg) (2006): Traumatherapie. Eine Einführung, Psychiatrieverlag, Bonn, 112 – 134.
- Hardtmann, G. (2001): Lebensgeschichte und Identität. In Grünberg, K./ Straub, J. (Hrsg) (2001): Unverlierbare Zeit. Sigmund-Freud-Institut, Tübingen, 39 – 56
- Harverey, D. (2007): Intergenerational Transmission of Trauma from Holocaust Survivors to their children. If not Now E-Journal unter www.baycrest.org/If_not_Now vom 17.6.07, 1 – 12.
- Hausmann, C. (2006): Einführung in die Psychotraumatologie, Facultas, Wien.
- Hepp, U. (2006): Trauma und Resilienz - Nicht jedes Trauma traumatisiert. In Welter-Enderlin, R./ Hildenbrand, B. (Hrsg) (2006): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Carl-Auer, Heidelberg 139 –157.
- Hildenbrand, B. (2006): Resilienz in sozialwissenschaftlicher Perspektive. In Welter-Enderlin, R./ Hildenbrand, B. (Hrsg) (2006): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Carl –Auer, Heidelberg, 20 – 27.

- Herman, J. (2003): Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden, Junfermann, Paderborn.
- Hofmann, A./Liebermann, P. (2006): Die EMDR – Methode in der Behandlung psychisch Traumatisierter. In Maercker, A./ Rosner, R. (Hrsg) (2006): Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis- störungsspezifisch und schulenübergreifend. Thieme, Stuttgart, 68 – 73.
- Hessische Wohlfahrtsverbände und Initiativen zur Flüchtlingsarbeit (Hrsg) (2004): Trauma und Abschiebung. Im internet unter www.sbp.m.de vom 15.05.07, 1- 25.
- Huber, M. (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1. Junfermann, Paderborn.
- Jatzko, A./ Schmitt, A./ Kordon, A./ Braus, D.F. (2005): Bildgebende Befunde bei der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS): Literaturübersicht. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 2005; 73; 377 –391.
- Joannidis, G. (2006): PTBS im interkulturellen Kontext: Ist das Konzept auf Flüchtlinge und Folteropfer aus nicht westlichen Ländern anwendbar? Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin, 1/2006, 4; 9 – 25.
- Kamolz, S./ Jacob, C./ Lesch, K-P./ Reif, A./ Keller, H./ Wiesbeck, G.A. (2003): Die posttraumatische Belastungsstörung Teil 1 – Eine Übersicht. Krankenhauspsychiatrie 2003; 14: 113 – 114.
- Kavemann, B. (2002): Kinder und häusliche Gewalt - Kinder misshandelter Mütter. Im internet www.wibig.uni-osnabrueck.de vom 1.07.07, 1 – 14.
- Kayfetz, E. (2007): The Emotional Domino Effect of the Holocaust: Are The Relationships between Holocaust Survivors And their Adult Grandchildren Distinct From „Normal“ Grandparent Adult Grandchildren. If not Now E-Journal unter www.baycrest.org/If_Not_Now vom 17.06.07, 1 – 10.
- Kellermann, N.P.F. (2007): Who is a „Yiddische Mammeh“? Perceived Parental Rearing Behaviour in Children of Holocaust. If not Now E-Journal unter www.baycrest.org/If_Not_Now vom 17.06.07, 1 – 9.

- Kruse, J./ Wöller, W. (2006): Psychotraumatologie in der inneren Medizin. In Reddemann, L. (Hrsg) (2006): Psychotraumata. Deutscher Ärzteverlag, Köln, 86 – 101
- Kuschel, B./ de Broux, J./ Bredenbeck, C./ Bering, R. (2006): Doxazin zur Behandlung von Alpträumen bei der Posttraumatischen Belastungsstörung. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin, 1/2006, 4; 47 – 56.
- Kuwert, P./ Freyberger, H. (2007): Sexuelle Kriegsgewalt – Ein tabuisiertes Verbrechen und seine Folgen. Trauma & Gewalt 2/2007, 1; 10 – 15.
- Lasogga, F./ Gasch, B. (2002): Notfallpsychologie, Verlagsgesellschaft Stumpf und Kossendey, Edeweicht und Wien.
- Leuzinger-Bohleber, M./ Haubl, R./ Brumlik, M. (Hrsg) (2006): Bindung, Trauma und soziale Gewalt. Psychoanalyse, Sozial- und Neurowissenschaften im Dialog. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.
- Lieb, R./ Isensee, B. (2002): Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In Moggi, F. (Hrsg): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. Huber, Bern, Göttingen, 31 – 62.
- Löwe, B./ Henningsen, P./ Herzog, W. (2006): Geschichte einer politisch unerwünschten Diagnose: Die Posttraumatische Belastungsstörung. Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie (PPmP) 2006, 56; 187 – 187.
- Lüdke, C./ Clemens, K. (Hrsg) (2004): Vernetzte Opferhilfe. Handbuch der psychologischen Akutintervention. Edition Humanistische Psychologie, Bergisch Gladbach.
- Lukas, E. (2001): Weisheitstherapie als Medizin. Victor E. Frankls Beitrag zur Psychotherapie. Quell, Gütersloh, 2.Auflage.
- Maercker, A./ Ehlert, U.(2001): Psychotraumatologie, Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Hogrefe, Göttingen, Bern.
- Maercker, A./ Rosner, R.(Hrsg) (2006): Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis- störungsspezifisch und schulenübergreifend. Thieme, Stuttgart.

- Maercker, A./ Rosner, R. (2006): Was wissen wir über die Posttraumatische Belastungsstörung und wohin gehen zukünftige Entwicklungen? Zur Psychologie der Traumafolgestörungen. In Maercker, A./ Rosner, R. (Hrsg) (2006): Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulübergreifend. Thieme, Stuttgart, 3 - 17.
- McFarlane, A./ van der Kolk, B. (2000): Trauma und seine Herausforderung an die Gesellschaft. In Van der Kolk, B./ McFarlane, A./ Weisaeth, L. (Hrsg) (2000): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie. Junfermann, Paderborn, 47 – 69.
- Moggi, F. (Hrsg) (2002): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. Huber, Bern, Göttingen.
- Moggi, F. (2002): Komorbidität von Angststörungen, Depression oder Persönlichkeitsstörungen und Substanzstörungen. In Moggi, F. (Hrsg) (2002): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht, Huber, Bern, Göttingen, 65 – 92.
- Monson, C.M./ Stevens, S.P./ Schnurr, P.P. (2006): Kognitive Verhaltenstherapie für Paare. In Maercker, A./ Rosner, R. (Hrsg) (2006): Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Thieme, Stuttgart, New York, 102 – 115.
- Morschitzky, H./ Sator, S. (2004): Wenn die Seele durch den Körper spricht. Psychosomatische Störungen verstehen und heilen. Patmos, Düsseldorf und Zürich.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (2006): Aktionsplan II des Landes Niedersachsen zur Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen im häuslichen Gewalt. Hannover.
- Nyberg, E. (2005): Die Posttraumatische Belastungsstörung. Psychoneuro 2005; 31(1):25-29.
- Reddemann, L. (Hrsg) (2006a): Psychotraumata. Deutscher Ärzteverlag, Köln.
- Reddemann, L. (2006b): Stabilisierung. In Zobel, M.(Hrsg) (2006) Traumatherapie. Eine Einführung. Psychiatrieverlag, Bonn, 46 – 66.

- Rüegg, J.C. (2006): Gehirn, Psyche und Körper. Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart, 3. aktualisierte und erweiterte Auflage.
- Rosner, R./ Powell, S. (2007): Überschätzt die ICD 10 die PTBS- Prävalenz? Trauma & Gewalt, 1/2007, 1; 46 – 57.
- Roth, G. (2003): Wie das Gehirn Seele macht. In Schiepak, G. (Hrsg) (2003): Neurobiologie der Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart, New York, 28 – 41.
- Schiepak, G. (Hrsg) (2003): Neurobiologie der Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart, New York.
- Schmidt, H. (2006): Resilienz: Hoher Schutz für die Seele. Psychologie heute, 8/2006, 33; 8-9.
- Schneider, U./ Gersons, B.P.R. (2006): Brief Eclectic Psychotherapie – ein integrativer Behandlungsansatz. In Maercker, A./ Rosner, R. (Hrsg) (2006): Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis- störungsspezifisch und schulenübergreifend. Thieme, Stuttgart, 74 – 85.
- Seidler, G.H./ Laszig, P./ Micka, R./ Nolting, B.V. (2003) (Hrsg): Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie, Krankheitsbilder, Therapie. Psychosozial-Verlag, Gießen.
- Seidler, G.H./ Laszig, P./ Micka, R./ Nolting, B.V./ Rieg, K. (2003): Akut traumatisierte Gewaltopfer und ihre Therapie I - Die Heidelberger Gewaltopferstudie HeiGOS: Situation und Forschung. In Seidler, G.H./ Laszig, P./ Micka, R./ Nolting, B. V. (Hrsg) (2003): Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie, Krankheitsbilder, Therapie. Psychosozial-Verlag, Gießen, 103 – 122.
- Soyer, J. (2006): Sozialarbeiterische Begleitung von traumatisierten Menschen. In Maercker, A./ Rosner, R.(Hrsg) (2006): Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend. Thieme, Stuttgart, 228 – 240.
- Spitzer, C./ Barnow, S./ Freyberger, H.J./ Grabe, H.J. (2007): Pathologische Dissoziation, ein sinnvolles Konzept. Trauma & Gewalt, 1/2007, 1; 34 – 44.

- Stieglitz, R.-D. (2005): Anpassungs- und Belastungsstörungen in der ICD 10. *Psychoneuro*, 2005; 31(1), 16 - 20.
- Tagay, S./ Senf, W. (2005): Die Posttraumatische Belastungsstörung. *Notfall & Hausarztmedizin* 2005; 31 (9), 418 - 419.
- Teegen, F. (2003): Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen. Prävalenz - Prävention - Behandlung. Huber, Bern, Göttingen.
- Vaitl, D./ Schienle, A./ Stark, R. (2003): Emotionen in der Psychotherapie: Beiträge des Neuroimaging. In Schiepak, G. (Hrsg) (2003): *Neurobiologie der Psychotherapie*. Schattauer, Stuttgart, New York, 158 –185.
- Van der Kolk, B./ McFarlane, A./ Weisaeth, L. (Hrsg) (2000): *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie*. Junfermann, Paderborn.
- Van der Kolk, B./ Weisaeth, L./ van der Haart, O. (2000): Die Geschichte des Traumas in der Psychiatrie. In Van der Kolk, B./ McFarlane, A./ Weisaeth, L. (Hrsg) (2000): *Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie*. Junfermann, Paderborn, 71 – 93.
- Van der Kolk, B. (2000): Die Vielschichtigkeit der Anpassungsprozesse nach erfolgter Traumatisierung. In Van der Kolk, B./ McFarlane, A./ Weisaeth, L.(Hrsg) (2000): *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie*. Junfermann, Paderborn, 169 – 194.
- Vogelsang, M. (2006): Verhaltenstherapeutische Interventionen. In Zobel, M. (Hrsg) (2006): *Traumatherapie. Eine Einführung*. Psychiatrieverlag, Bonn, 67 – 85.
- Von Hinckeldey, S./ Fischer, G. (2002): *Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung: Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen; mit 3 Tabellen*. Reinhardt, Basel, München.
- Wagner, B. (2007): Zur Zukunft der Traumafolgestörungen - Internationales Expertenmeeting an der Universität Zürich. *Trauma & Gewalt*, 2/2007, 1; 7-9.

- Wehrig, D./ Jacob, B. (2007): Nach dem Tsunami. Trainingsseminare zur Behandlung traumatisierter Kinder in Sri Lanka, August 2005. *Trauma & Gewalt* 1/2007, 1; 62 - 69
- Welter-Enderlin, R./ Hildenbrand, B. (Hrsg) (2006): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Carl-Auer, Heidelberg.
- Welter-Enderlin, R. (2006): Einleitung: Resilienz aus der Sicht von Beratung und Therapie. In Welter-Enderlin, R. / Hildenbrand, B. (Hrsg) (2006): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Carl-Auer, Heidelberg, 7 – 19.
- Werner, E. (2006): Wenn Menschen trotz widriger Umstände gedeihen - und was man daraus lernen kann. In Welter-Enderlin, R./ Hildenbrand, B. (Hrsg) (2006): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Carl-Auer, Heidelberg, 28 – 42.
- Wessa, M./ Flor, H. (2006): Psychobiologische Perspektiven und Therapiekonsequenzen. In Maercker, A./ Rosner, R. (Hrsg) (2006): Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend. Thieme, Stuttgart, 18 –24.
- Winter, L. (2004): Möglichkeiten der Behandlung von Patienten mit Folgeerkrankungen nach psychischer Traumatisierung: eine Literaturübersicht. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Medizinischen Doktorgrades der Medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg im Breisgau.
- Zobel, M. (Hrsg) (2006): Traumatherapie. Eine Einführung. Psychiatrieverlag, Bonn.
- Zöllner, T./ Calhoun, L.G./ Tedeschi, R. (2006): Trauma und persönliches Wachstum in Maercker, A./ Rosner, R. (Hrsg) (2006): Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend. Thieme, Stuttgart, 36 – 45.

Eidesstattliche Erklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig und ohne die Hilfe von Dritten sowie ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe