

Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung & Therapie

1. Trauma

Erlebt ein Mensch ein extrem belastendes Ereignis, kann es zu akuten Belastungsreaktionen kommen, die ihn behindern das Erlebnis zu erfolgreich bearbeiten und bewältigen. Fischer & Riedesser (1998) definieren ein Trauma als vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt. Die Definition des amerikanischen DSM-Systems beschreibt Traumata wie folgt: „Ein Ereignis oder Ereignisse, die eine Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr für eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit beinhalten“ (A1-Kriterium DSM-IV-TR: 309.81). Als neues Traumakriterium gilt die Konfrontation mit Tod, schwerer Verletzung oder sexueller Gewalt. Dabei werden vier Formen spezifiziert: direkte Erfahrung, persönliche Zeugenschaft, in der nahen Familie bzw. bei nahen Freunden und die wiederholte Konfrontation mit aversiven Details. Maercker (2013) listet die 3 pathogensten Traumata auf: Vergewaltigung, Misshandlungen/sexueller Missbrauch in der Kindheit und Kriegsteilnahme. Einer Stichprobe Maercker et al. (2008) zufolge treten bei Opfern von Kindesmissbrauch und Vergewaltigung in über 35% der Fälle Störungen infolge des Traumas auf, bei Opfern lebensbedrohlicher Krankheiten sind es über 23%.

Nicht zu vergessen sei hier auch die sekundäre Traumatisierung (ST):

„[...]Traumatisierungen, die ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstraumas sowie mit (zumeist größerer) zeitlicher Distanz zum Ausgangstrauma entstehen“ (Daniels, 2006, S.2). Diese Art der Traumatisierung umfasst zum einen die Traumatisierung von Familienangehörigen, deren Angehörige ein Trauma erfahren hat und ihre bestehenden Symptome auf die Familie überträgt, zum anderen die Traumatisierung der Psychotherapeutinnen oder anderen professionellen Helferinnen, die im Rahmen ihrer Arbeit mit Traumaopfern eine ST erleiden (Daniels, 2008).

2. Posttraumatische Belastungsstörung

Im Gegensatz zu anderen Reaktionen auf Belastungen, ist die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) eine direkte Folge der akuten schweren Belastung oder des kontinuierlichen Traumas. Das belastende Ereignis oder die andauernden, unangenehmen

Umstände sind primäre und ausschlaggebende Kausalfaktoren, und die Störung wäre ohne ihre Einwirkung nicht entstanden (ICD-10-WHO Version 2013).

Typische Merkmale der PTBS sind das wiederholte Erleben des Traumas in Gedanken oder Träumen (auch sog. Flashbacks), Vermeidung von mit dem Trauma erlebten Stimuli, Beeinträchtigungen der Konzentrationsfähigkeit und das Gefühl emotionaler Taubheit. Auf der anderen Seite sind das Erleben starker Ängste, chronische Anspannung/Reizbarkeit, Schlaflosigkeit und physiologischen Reaktionen auf Erinnerungen wie Schwitzen, Zittern, Atembeschwerden, Herzrasen, Übelkeit etc. zu erwähnen (Butcher, Maercker).

„Die PTBS stellt einen Versuch des Organismus dar, eine traumatische, mitunter lebensbedrohliche Situation zu überstehen. Daher handelt es sich ursächlich nicht um eine Störung (Fehlfunktion), sondern um eine gesunde und zweckdienliche Reaktion. So konnten Neurowissenschaftler der Universität Utrecht zeigen, dass PTBS-Patienten ungewöhnlich schwach auf physischen Schmerz reagieren“ (report psychologie, 32, 4/2007, S.188).

PTBS ist häufig von anderen Störungen begleitet. Je nach Untersuchung wird angegeben, dass bei 50-100% der Patienten mit PTBS komorbide Störungen vorliegen. Die häufigsten Störungen oder Krankheiten sind Angststörungen, Depressionen, Suizidalität, Substanzmissbrauch, Sucht, Somatisierungsstörungen, Borderline- oder antisoziale Persönlichkeitsstörung und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Maercker). Nach Sutker et al. stehen diese Störungen selbst in einem pathogenetischen Zusammenhang mit dem Trauma und sind keine unabhängigen Störungen (1994).

Die eigentlichen Symptome treten üblicherweise innerhalb der ersten Monate nach dem Traumazeitpunkt/-raum auf. Unmittelbar danach herrschen oft psychische Schock- oder akute Belastungszustände vor (Maercker 2013). Letztere muss man von der PTBS unterscheiden. Im DSM-IV stellen beide Kategorien Folgen von extremen Ereignissen dar. Die akute Belastungsreaktion aber tritt innerhalb von vier Wochen nach dem traumatischen Ereignis auf und dauert zwischen zwei Tagen und vier Wochen. Halten die Symptome länger an, spricht man von einer PTBS. Beginnen die Symptome innerhalb von sechs Monaten nach dem traumatischen Ereignis, wird die Reaktion als akut bezeichnet (Butcher). Daneben gibt es im ICD-10 unter F43 noch die Anpassungsstörung. Diese tritt meist nach entscheidenden, meist belastenden Lebensveränderungen wie z.B. Tod, Trennung, Erkrankung, Emigration etc. auf. Während die Akute Belastungsreaktion und die PTBS durch punktuelle Traumatisierungen ausgelöst werden, folgen Anpassungsstörungen dauerhaften Veränderungen der Lebensumstände, an die sich der Betroffene nur zögerlich oder gar nicht anpassen kann

<http://www.seele-und-gesundheit.de/diagnosen/posttraumatische-belastungsstoerung.html>).

Die Lebenszeitprävalenz einer PTBS liegt einer US-Amerikanischen und einer Münchener Studie zufolge bei Vergewaltigung bei ca. 50% und bei Kindsmisbrauch bei über 30% (Kessler et al. 1955, Perkonig et al. 2000).

3. Therapie

Was nach einem extrem belastenden Erlebnis oft bleibt sind Ohnmacht und Isolation (Herman ; Narben der Gewalt, 1993). Die Opfer wurden aus ihrem Leben gerissen und oft bedarf es therapeutischer Hilfe, sie auf dem Weg in ein normales Leben zu unterstützen. Normal heißt in diesem Sinne, nicht mehr von dem Trauma kontrolliert zu werden. Das Opfer muss wieder lernen zu vertrauen, autonom zu handeln, selbst die Initiative zu ergreifen, lebensstüchtig zu werden und enge Beziehungen einzugehen (Erikson – Kindheit und Gesellschaft 1965). Die psychischen Probleme resultieren, da keine passenden Bewältigungsstrategien vorhanden sind und traumabezogene Emotionen vermieden werden (Steil). Gibt allerdings nur der Therapeut dem Betroffenen Stabilität und leitet ihn nicht an selbst stark zu werden, wirkt das zwar entlastend, kann aber zu einer Abhängigkeit vom Therapeuten führen. Betroffene müssen lernen, dass sie nicht mehr Opfer sind und Verantwortung für sich selbst zu übernehmen. So ist zum Beispiel das Ziel der Dialektisch-Behavioralen-Therapie, dem Patienten zu ermöglichen, schmerzliche Emotionen zu aktivieren, auszuhalten und abschwächen zu können (Steil). Grundbausteine dieser meist 12-wöchigen stationären Therapie sind Psychoedukation, Skills-Training, Achtsamkeitstraining, Kognitive Interventionen und Traumaexposition (http://www.awp-freiburg.de/fileadmin/awp-freiburg.de/user_uploads/Dokumente/Oeffentlich/DBT-PTSD.pdf).

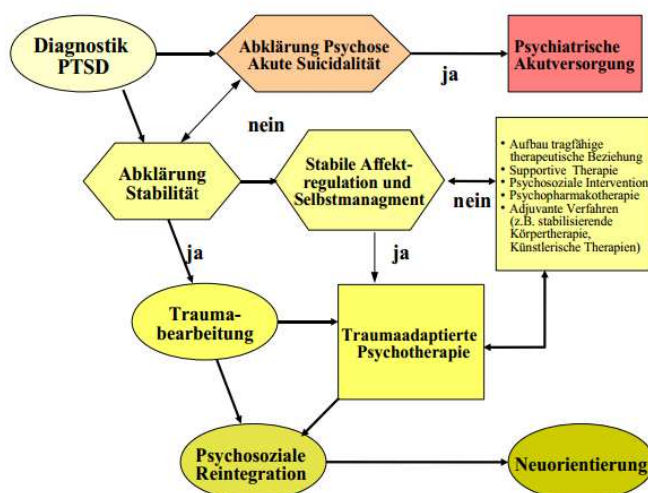
In den kognitiv-behavioralen Therapieverfahren geht es darum, vermeidende und angstbetonte Verhaltensmuster zu behandeln und eine kognitive Umstrukturierung zu schaffen. Sie haben zum Ziel, die Entscheidungs- und Handlungskompetenz der Betroffenen zu stärken (S3). Durch Konfrontation mit dem gefürchteten Reiz, in vivo oder imaginär, soll eine Angstreduktion erreicht werden (Foa Rauch 2004). Oft werden neben der Exposition Methoden wie Atemtraining und Ablenkungstechniken verwendet, um dem Betroffenen Strategien aufzuzeigen, durch die er Kontrolle über seine Angst gewinnt. Neuner et al. (2004, 2008) entwickelte neuere Methoden einer narrativen Exposition.

In der klinischen Praxis hat sich das Drei-Phasenmodell der Traumatherapie etabliert, das auf Hermans (1993) Phasen der Genesung beruht: Sicherheit, Erinnern/Trauern und Wiederanknüpfung. Etwas abgeändert und verschiedene Ansätze integrierend, wird die Phaseneinteilung heute in stationären Therapieeinrichtungen wie folgt verwendet:

1. Sicherheit: Stabilisierung und Affektregulation
2. Traumasyntese/Traumaexposition
3. Integration und Neuorientierung

In der ersten Phase geht es darum psychosomatische Zusammenhänge zu erkennen, traumatherapeutische Distanzierungstechniken und Strategien zur Spannungsregulation zu erlernen. So soll der Betroffene nach und nach Kontrolle über sich und sein Leben wiedererlangen. In der zweiten Phase kommt es zur bewussten Konfrontation mit dem Trauma, um die belastenden Ereignisse verarbeiten zu können. So ist es möglich das Trauma in die Lebensgeschichte zu integrieren, um eine Orientierung in die Zukunft zu ermöglichen. Die dritte Phase setzt den Schwerpunkt auf die Akzeptanz der vergangenen Ereignisse und auf den Aufbau neuer Lebensperspektiven. Außerdem beinhaltet sie Rückfallvorbeugung. Wichtig ist, dass man sich an den Ressourcen des Patienten orientiert und nicht starr nach diesen Phasen vorgeht. Auf diesen aufbauend und klinisch bewährt haben sich zum Beispiel die psychodynamischen Ansätze „Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (Reddemann 2004) und die „Traumazentrierte Psychotherapie“ (Sachsse 2004). Da es keine weltweit verfügbaren empirischen Studien über diese Phasenabfolge gibt, wird die Anwendung international nicht als notwendig angesehen (Neuner 2008).

Übersicht therapeutischer Strategien bei PTBS



Eine neuere Psychotherapiemethode zur Behandlung von Traumata ist Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Mehreren Studien zufolge ist diese Methode hochwirksam und wird international von allen wichtigen wissenschaftlichen Leitlinien anerkannt. Auch EMDR beinhaltet verschiedene wirksame Therapieansätze: psychodynamisch/tiefenpsychologische, kognitiv-verhaltenstherapeutische, interpersonelle und körpertherapeutische. Diese Methode ist zwar genauso wirksam, benötigt jedoch weniger als die Hälfte der Behandlungsstunden (v. Etten et al. 1998). Die Besonderheit dieser Behandlung liegt in der vierten Phase (von acht), die die „bilaterale Stimulation“ enthält. Während der Patient an das belastende Ereignis denkt, wird er durch Fingerbewegungen des Therapeuten zu rhythmischen Augenbewegungen angehalten. So reduziert sich die Angst vor der Erinnerung. Wie EMDR wirkt ist noch nicht vollständig geklärt, es gibt jedoch viele Annahmen. Zum Beispiel wird vermutet, dass die Augenbewegung eine Synchronisation der Hirnhälften ermöglicht, die bei der PTBS gestört ist (Fischer & Riedesser 2009, S. 251). Die Erfahrung kann dann ins episodische Gedächtnis überführt und der Vergangenheit zugeordnet werden (Hofman 2005). Nach Stickgold (2002) ähnelt der Wirkmechanismus dem Verarbeitungsprozess im REM- Schlaf. Die schmerzhaften Gefühle basieren auf den alten Erfahrungen, die das Gehirn unverarbeitet abgespeichert hat. Da der Betroffene sich nun auf die Aufgabe konzentrieren muss, während er an das traumatische Ereignis denkt, kann er nicht mehr so leicht dissoziieren und Vergangenheit und Gegenwart leichter unterscheiden - das Trauma der Vergangenheit zuordnen.

Literaturverzeichnis:

- Fischer & Riedesser (2009): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhardt Verlag, 1998, S.79; S. 251
- American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. DSM-IV-TR. 4th Edition, Text Revision. Washington DC: APA
- Maercker, A. (2013): Posttraumatische Belastungsstörungen. 4. Aufl. Heidelberg: Springer
- Daniels, J. (2006): Sekundäre Traumatisierung - kritische Prüfung eines Konstruktes. Dissertation, Universität, Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft, Bielefeld
- Daniels, J.(2008): Sekundäre Traumatisierung. Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von Therapeuten. Psychotherapeut, 53(2)
- Dilling, Mombour & Schmidt (2011): ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 8. Aufl. Bern: Hube-Verlag
- Butcher J. N.; Mineka, S. & Hooley, J. M.(2009): Klinische Psychologie, München: Pearson Studium (13. Auflage)
- Report Psychologie, 32, 4/2007, S.188
- Sutker, P. B., Uddo, M., Brailey, K. et al. (1994). Psychopathology in war-zone deployed and nondeployed operation desert storm troops assigned graves registration duties. Journal of Abnormal Psychology, 103, 383–390
- Perkonig, A., Kessler, R.C., Storz, S. & Wittchen, H.U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. Acta Psychiatrica Scandinavica, 101, 45–59.
- Kessler, R. C. Sonnega, A. et al. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. Archives of General Psychiatry, 52, 1048–1060.
- Herman, J. L. (1993). Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München: Kindler
- Erikson, E. (1965): Kindheit und Gesellschaft, Stuttgart: Klett
- Bohus, M., Dyer, A., Priebe, K., Krüger, A. & Steil, R. (2011). Dialektisch Behaviorale Therapie für Posttraumatische Belastungsstörung nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit und Jugend (DBT-PTSD). Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 61: 140-147
- Dyer, A., Priebe, K., Steil, R., Krüger, A. & Bohus, A.: DBT [online]. Verfügbar unter: http://www.awp-freiburg.de/fileadmin/awp-freiburg.de/user_uploads/Dokumente/Oeffentlich/DBT-PTSD.pdf (17.12.2013)
- AWMF-Register-Nr.: 051/010: S3 - LEITLINIE POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG [online]. Verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010k_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2012-03.pdf (17.12.2013)
- Foa & Rauch: Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with posttraumatic stress disorder. J. Cons. Clin. Psychol., 72, 879-84
- Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? Verhaltenstherapie, 18, 109–118.
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C. et al. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72. 579–587
- Reddemann, L. (2004): Psychodynamisch imaginative Traumatherapie. Das Manual. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Sachsse, U.(2004): Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart und New York: Schattauer
- Martin Zobel: EMDR in der Behandlung von Suchtpatienten mit posttraumatischer Belastungsstörung [online]. Verfügbar unter: http://www.ahg.de/AHG/Standorte/Daun_Rosenberg/Datencontainer/Sonstige_Texte/EMDR.pdf (17.12.2013)
- Etten, M. L. & Taylor, S. van (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. Clinical Psychology and Psychotherapy, 5,126–144
- Hofman, A., Galley, N. & Solomon, R. (2005): EMDR. Therapie posttraumatischer Belastungssyndrome. Stuttgart: Thieme
- Stickgold, R.: Journal of Clinical Psychology. Volume 58, Issue 1, pages 61–75, 2002