



„Durch die Erinnerungen –
Wege der Traumatherapie“

Film für Betroffene und ihre Angehörigen

„Wunde Seele – Trauma erkennen,
Unterstützung bieten“

Film für potenzielle Unterstützer

„Auf einmal ist alles ganz anders –
Trauma und Traumatherapie“

Film für die Öffentlichkeit

Posttraumatische Belastungsstörungen und deren Behandlung – ein Begleitbuch zum Filmprojekt

Traumatische Ereignisse kommen häufig vor und können zu belastenden psychischen Folgen führen. Für die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (kurz: PTBS) braucht es Fachwissen und entsprechend ausgebildetes Personal. Die **Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)** ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft für alle Berufsgruppen, die im psychotherapeutischen, medizinischen, pädagogischen und beratenden Rahmen mit Menschen arbeiten, die an Traumafolgestörungen leiden. Die DeGPT engagiert sich im Bereich der Forschung und koordiniert die Aus-, Fort- und Weiterbildung von PsychotraumatheapeutInnen sowie von Fachpersonal der Traumapädagogik und traumazentrierten Fachberatung. Mehr Informationen zum Angebot der DeGPT sind online unter www.degpt.de zu finden.

Die DeGPT produzierte gemeinsam mit der Elfriede-Dietrich-Stiftung drei Filme, um Informationen über mögliche Folgen von traumatischen Ereignissen und entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten zu verbreiten.

Die **Elfriede-Dietrich-Stiftung** ist eine gemeinnützige Stiftung mit dem Ziel, Menschen zu helfen, die an einer Traumafolgestörung leiden. Sie möchte Betroffene ermutigen, sich mit ihrem Leiden nicht zu verstecken, sondern dieses als behandelbare Störung zu erkennen und psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Außerdem will sie verschiedenen Berufsgruppen wie ÄrztInnen, Psychologen, Beschäftigten in Hilfsorganisationen oder PolizistInnen, Pflegepersonal, aber auch Lehrkräfte und ErzieherInnen über das Störungsbild und dessen Behandlungsmöglichkeiten informieren.

Film Nummer 1 „Durch die Erinnerung – Wege der Traumatherapie“ wendet sich direkt an Menschen, die unter einer PTBS leiden. Ihnen soll Mut gemacht werden, sich in eine gezielte Therapie zu begeben. Eindrückliche Beispiele zeigen, wie sich diese Menschen fühlen und vor allem wie ihnen geholfen werden konnte – der Film macht Mut. Renommierete ExpertInnen erklären, was die Störung ausmacht und welche Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Film Nummer 2 „Wunde Seele, Trauma erkennen, Unterstützung bieten“ richtet sich an alle, die im Beruf mit Menschen zusammentreffen, die ein Trauma erlebt haben können, wie zum Beispiel PolizistInnen, HausärztInnen oder auch LehrerInnen. Er klärt über PTBS auf und sensibilisiert für dieses Störungsbild. Es ist wichtig, dass diese Menschen sensibilisiert werden und den Betroffenen die richtigen Hinweise geben.

Film Nummer 3 „Auf einmal ist alles anders – Trauma und Traumatherapie“ soll die breite Öffentlichkeit ansprechen. Er informiert über das Störungsbild und wirbt um Verständnis. Dabei zeigt dieser Film unter anderem eine junge Frau, die Zeuge eines schweren Autounfalls wurde, eine Ärztin, die selbst bei einem medizinischen Eingriff traumatisiert wurde und einen Mann, der als Kind Opfer sexueller Übergriffe wurde.

Die Filme können auf der Website der Elfriede-Dietrich-Stiftung angesehen oder von dieser kostenlos heruntergeladen werden: www.e-dietrich-stiftung.de.

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die PTBS - eine belastende aber gut behandelbare Störung

Ein traumatisches Ereignis als Auslöser der PTBS

Was ist ein traumatisches Ereignis?

Trauma und PTBS

Epidemiologie: Häufigkeit der PTBS

Das Einsetzen der PTBS

Symptome der PTBS

Wiedererleben

Vermeidung

Hyperarousal (Übererregung)

Komorbiditäten: PTBS & andere psychische Störungen

Entstehung und Chronifizierung der PTBS

Gedächtnisstrukturen

Die Rolle dysfunktionale Gedanken

Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung

Verhaltenstherapie

Kognitive Therapie

EMDR

Zusammenfassung und abschließende Bemerkungen

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die PTBS – eine belastende aber gut behandelbare Störung

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine psychische Störung, die Menschen entwickeln können, nachdem sie mit einem extrem belastenden – einem sogenannten traumatischen – Ereignis konfrontiert waren.

Die PTBS geht für die Betroffenen meist mit hohen Einbußen in ihrer Lebensqualität und in ihren Fähigkeiten, ihr privates und berufliches Leben positiv zu gestalten, einher. Das bedeutet, dass Betroffene Schwierigkeiten haben können, ihre Freundschaften aufrechtzuerhalten oder neue Kontakte zu knüpfen. Auch in der Partnerschaft kann es zu Konflikten kommen. Manche Betroffene können sich nur noch mit Mühe angemessen um ihre Kinder kümmern. Ebenso können alltägliche, schulische oder berufliche Aufgaben für Betroffene zu einer schweren Last werden.

Hat eine Person erst einmal eine PTBS entwickelt, besteht die Gefahr, dass sich diese „festsetzt“ und damit chronifiziert bzw. dauerhaft vorhanden ist. Daher ist es umso wichtiger, eine PTBS frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Hierfür gibt es verschiedene hochwirksame Behandlungsansätze, deren Effektivität wissenschaftlich überprüft und nachgewiesen wurde. Es ist daher für Betroffene in jedem Fall lohnenswert, sich in eine solche psychotherapeutische Behandlung zu begeben.

Ein traumatisches Ereignis als Auslöser der PTBS

Was ist ein traumatisches Ereignis?

Wenn ein Mensch ein oder mehrere traumatische Ereignisse erlebt, kann er oder sie daraufhin eine PTBS entwickeln. „Post-traumatisch“ bedeutet „nach einer Verletzung“. Mit solchen Verletzungen sind Ereignisse gemeint, in der ein Mensch einer massiven Bedrohung ausgesetzt ist oder eine solche beobachtet. Die Bedrohung wird sowohl objektiv als auch subjektiv erlebt. Objektiv heißt, dass die Bedrohung tatsächlich lebensgefährlich ist oder die Gefahr einer sehr ernsthaften Verletzung besteht. Subjektiv meint, dass die Person dieses Ereignis erlebt oder beobachtet und dabei große Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen verspürt. Sie ist sich des Schreckens der Situation bewusst.

Trauma und PTBS

Nicht jeder Mensch, der mit einem oder sogar mit mehreren traumatischen Erlebnissen konfrontiert ist, entwickelt eine PTBS. Im Gegenteil – nur die Minderheit der Überlebenden eines Traumas ist von der Störung betroffen. Allerdings wächst mit der Anzahl der traumatischen Ereignisse, die ein Mensch erlebt, die Wahrscheinlichkeit, dass er oder sie an einer PTBS erkrankt. Außerdem gibt es traumatische Ereignisse, die mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zu einer PTBS führen. Dies sind in der Regel Traumata, die Menschen absichtlich anderen zufügen und für die Opfer mit Scham und Ekel

verbunden sind. Traumata scheinen auch eher dann zu einer PTBS zu führen, wenn sie von Kindern oder jungen Menschen erlebt werden.

Epidemiologie: Häufigkeit der PTBS

Die Auftretenswahrscheinlichkeit der PTBS hängt eng mit der Art und Anzahl der erlebten traumatischen Ereignisse zusammen. So erkrankten ungefähr 50% der Überlebenden von Folter, Vergewaltigung, Krieg, Flucht- und Vertreibung in der Folge an einer PTBS. Überlebende anderer Gewaltverbrechen erleiden zu 25% eine PTBS, während die Prävalenz (Häufigkeit) bei Opfern von Verkehrsunfällen und schweren organischen Erkrankungen (wie z. B. Herzinfarkt) bei circa 10% liegt.

Insgesamt leiden in Deutschland ungefähr 1,5 bis 2% der Gesamtbevölkerung an PTBS. Allerdings ist davon auszugehen, dass wesentlich mehr Menschen an einzelnen Symptomen der PTBS zu kämpfen haben ohne alle Kriterien des Störungsbildes zu erfüllen.¹

Das Einsetzen der PTBS

Wenn jemand eine lebensbedrohliche Situation erlebt hat, ist der Betroffene anschließend meist in einer Art „Ausnahmestand“. Er oder sie kann dann stark erregt sein oder sich auch wie völlig betäubt fühlen. Es können Symptome auftreten, die denen einer PTBS ähnlich sind. Es wird direkt nach einem traumatischen Ereignis aber noch nicht von einer PTBS gesprochen, da zunächst davon auszugehen ist, dass die Person das Erlebte, wie schrecklich es auch gewesen sein mag, bewältigen kann.

Erst wenn nach mindestens vier Wochen nach einem traumatischen Ereignis weiterhin psychische Symptome bestehen, wird eine PTBS diagnostiziert. In selteneren Fällen zeigen Betroffene nach einem traumatischen Ereignis zunächst keine oder nur vereinzelt Beschwerden. Die Symptome der PTBS treten dann plötzlich Monate oder Jahre nach dem Ereignis auf. Dies kann zum Beispiel dann der Fall sein, wenn Betroffene zusätzlichem Stress ausgesetzt sind oder sich in ihrem Leben gravierende Veränderungen (sogenannte Life Events oder kritische Lebensereignisse) wie eine Trennung oder ein Umzug ergeben. Dieses Phänomen ist als „delayed-onset“, also als verzögerter Beginn, bekannt. Die Symptome und Behandlung der PTBS sind dabei die gleichen wie bei einer PTBS, die sich direkt nach einem traumatischen Ereignis entwickelt.

Symptome der PTBS

Die PTBS setzt sich aus einem typischen Muster von drei Symptombereichen zusammen. Dazu gehören das Wiedererleben des Traumas in Erinnerungsbruchstücken, die Vermeidung von Reizen, die an das Trauma erinnern und eine anhaltende Übererregung

¹ Daten aus: Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud Ch, Lampe A, Liebermann P, Maercker A, Reddemann L, Wöller W (2011): S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt 3: 202-210.

(Hyperarousal). Nicht jede und jeder Betroffene zeigt alle der hier berichteten Symptome, aber alle leiden an Symptomen, die aus diesen drei Bereichen stammen. Dabei ist die Grundstimmung der Betroffenen oft gedrückt. Sie können von Angst und erhöhter Reizbarkeit ebenso gequält sein, wie von emotionaler Taubheit oder Schuld- und Schamgefühlen. Das Zusammenspiel dieser Symptomatik führt zu den eingangs beschriebenen Schwierigkeiten, Aufgaben im privaten und beruflichen Bereich zu bewältigen.

Wiedererleben

Wiedererleben bedeutet, dass die Betroffenen immer wieder unwillentlich mit Erinnerungen an das Trauma konfrontiert sind. Diese können in Form von Alpträumen im Schlaf oder als sich aufdrängende Erinnerungen im Wachzustand auftreten. Die Erinnerungen, sogenannte Intrusionen, können bildliche Erinnerungen sein oder z. B. Gerüche oder Geräusche. Diese sind für die Betroffenen sehr belastend, da sie meist Angst oder andere negative Gefühle auslösen. Im schlimmsten Fall fühlen oder handeln die Betroffenen so als würde das Trauma gerade wieder geschehen. Sie erleben einen „Flashback“. Zum Wiedererleben gehört auch, dass die Betroffenen psychisch und/oder körperlich stark auf Hinweisreize reagieren, die sie an das Trauma erinnern.

Vermeidung

Für Menschen mit PTBS ist es schmerzhaft, sich an das traumatische Ereignis zu erinnern. Oft haben sie gar den Eindruck, bei der Erinnerung die Kontrolle über ihre Gefühle oder über sich selbst zu verlieren. Daher tendieren sie dazu, Dinge zu vermeiden, die für sie mit dem Trauma in Verbindung stehen. Dies können zum einen bestimmte Orte, Aktivitäten oder Menschen sein, die sie an das Trauma erinnern. Zum anderen vermeiden viele Betroffene auch schon Gedanken, Gespräche oder Gefühle, die für sie mit dem Trauma im Zusammenhang stehen. Neben diesem bewussten Vermeidungsverhalten, gehört auch ein innerer und äußerer Rückzug zu diesem Symptombereich. Die Betroffenen zeigen weniger Interesse an für sie vormalig wichtigen Aktivitäten, fühlen sich losgelöst oder entfremdet von anderen und haben den Eindruck ihre Zukunft sei eingeschränkt (z. B. Sie würden nie ein so erfülltes und langes Leben haben wie andere). Schließlich kann ein Teil der Vermeidungssymptomatik auch darin bestehen, dass die Betroffenen unfähig sind, sich an wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern. Letztendlich sind diese verschiedenen Aspekte der Vermeidung bewusste oder unbeabsichtigte Strategien der Betroffenen ihr Leiden zu lindern und das Erlebte zu bewältigen.

Hyperarousal (Übererregung)

Dieser Symptombereich beschreibt eine dauerhafte physiologische Übererregung. Das autonome Nervensystem von Menschen mit PTBS befindet sich ständig in Alarmbereitschaft. Es ist also jederzeit bereit auf Gefahr zu reagieren. Viele Betroffene überprüfen außerdem fortwährend ihre Umwelt hinsichtlich einer möglichen Gefährdung. Zu dieser übermäßigen Wachsamkeit, Hypervigilanz genannt, kommt hinzu, dass Betroffene übermäßig schreckhaft sind. Ihre Schwelle, etwas als gefährlich einzustufen, ist damit deutlich

niedriger als jene gesunder Personen. Ebenso sind viele Betroffene auch leicht reizbar und können zu Wutausbrüchen neigen. Dauernde physiologische Überregung führt bei den Betroffenen außerdem häufig zu Schlafstörungen (die zu einem durch Alpträume gestörten Schlaf hinzukommen) sowie zu Konzentrationsstörungen. Auch diese Symptome der Hypervigilanz können als unwillkürliche Bewältigungsversuche verstanden werden. Durch erhöhte Alarmbereitschaft bereitet sich der Organismus auf Gefahren vor, um zukünftige Schädigungen zu vermeiden. Tatsächlich sind die Betroffenen aber in ihrem Alltag dadurch stark belastet, z. B. wenn sie sich während eines Gesprächs nicht konzentrieren können oder wenn sie soziale Beziehungen durch Wutausbrüche auf die Probe stellen.



Komorbiditäten: PTBS und andere psychische Störungen

Die Mehrzahl der Menschen, die eine PTBS entwickeln, leiden gleichzeitig an weiteren psychischen Störungen (sogenannte Komorbidität). Dies ist besonders dann der Fall, wenn die Betroffenen mehrfach schwer traumatisiert wurden. Studien schätzen die Komorbidität bei PTBS auf bis zu 60% bis 90%.²

Betroffene mit PTBS leiden häufig unter Suchterkrankungen (z. B. Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol oder Beruhigungsmitteln), verschiedenen Formen von Depressionen, somatoformen Störungen (z. B. psychisch bedingte chronische Schmerzen) und anderen Angststörungen (z. B. Agoraphobie oder soziale Phobien). Ebenso können Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen und dissoziative Störungen (hier ist das Identitätsbewusstsein, die Wahrnehmung und/oder die Körperkontrolle zeitweise gestört) auftreten.

Diese sekundären Störungen, vor allem Angststörungen, Depressionen und Alkohol- bzw. Substanzmissbrauch, können durch eine Behandlung der PTBS deutlich zurückgehen. Gleichzeitig wird schon bei der Aufzählung der Störungsbilder deutlich, dass PTBS nur eine der möglichen Störungen nach einer Traumatisierung ist. Daher fasst man diese Störungsbilder und die dazu gehörigen Symptome auch unter dem Begriff „Traumafolgestörungen“ zusammen. Personen, die besonders schwer traumatisiert sind und an einer Vielzahl von psychischen Störungen und Symptomen leiden, werden auch als „komplex traumatisiert“ beschrieben.

Entstehung und Chronifizierung der PTBS

Man geht davon aus, dass die Entstehung der PTBS zum einen auf einer fehlerhaften oder fragmentierten Abspeicherung der traumatischen Erinnerung im Gedächtnis beruht und zum anderen durch ungünstige Gedankenmuster (sogenannte dysfunktionale Kognitionen) verstärkt wird. Diese Gedächtnisstrukturen und Gedankenmuster bedingen sich gegenseitig und tragen zusammen mit dem für die PTBS typischen Vermeidungsverhalten und in Verbindung mit emotionaler Dysregulation zur Chronifizierung der Krankheit bei.

Gedächtnisstrukturen

Zwei Theorien beschreiben die Art und Weise wie Menschen mit PTBS traumatische Ereignisse erinnern. Beide Theorien greifen ineinander und können das Auftreten typischer Symptome erklären.

² Davidson, J. R., Hughes, D., Blazer, D. G., & George, L. K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med*, 21(3), 713-721. Shore, J., Vollmer, W. M., & Tatum, E. L. (1989). Community Patterns of Posttraumatic Stress Disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 177(11), 681-685. Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults. *Arch Gen Psychiatry*, 48(3), 216 - 222.

Zunächst wird davon ausgegangen, dass das autobiographische Gedächtnis gestört ist. Bei gesunden Personen sind in diesem Gedächtnis alle Erinnerungen abgelegt, die das eigene Leben betreffen. So erinnern wir uns, zumindest bei bedeutsamen Lebensereignissen, wann wir etwas getan, aber auch wie wir gefühlt, und was wir gedacht und wahrgenommen haben. Die verschiedenen Teile eines Ereignisses sind in der Erinnerung verbunden und als Ganzes für einen bestimmten Zeitpunkt im Leben im Gedächtnis gespeichert. Bei Menschen mit PTBS ist das traumatische Ereignis bzw. sind traumatische Ereignisse nicht vollständig in dieses autobiographische Gedächtnis integriert. In anderen Worten, die traumatischen Ereignisse sind nicht als Ganzes für einen bestimmten Zeitpunkt abgespeichert. Deshalb dringen Bruchstücke der Erinnerung immer wieder in das Bewusstsein wie z. B. Bilder, Gerüche oder Geräusche, ohne dass diese mit dem gesamten Geschehen verknüpft sind. Diese Bruchstücke fühlen sich so an als würde die Erinnerung gerade im Hier und Jetzt stattfinden und sind mit starken Gefühlszuständen wie Angst, Ekel, Scham oder Wut verbunden. Gleichzeitig kann es für die Betroffenen schwierig sein, das Geschehene willentlich als Ganzes zu erinnern, weshalb entsprechende Schilderungen inkohärent (zusammenhangslos) oder konfus wirken können.

Gleichzeitig bilden die Bruchstücke der Erinnerungen an äußere und innere Wahrnehmungen während des traumatischen Ereignisses eine netzwerkartige Struktur untereinander. Äußere Wahrnehmungen sind dabei alle Sinnesindrücke, also das was wir sehen, hören, schmecken, riechen und fühlen. Innere Eindrücke sind Gedanken, Gefühle und Körperwahrnehmungen (wie z. B. Herzrasen, Schmerzen, etc.). All diese Elemente, die jemand während eines traumatischen Ereignisses erlebt, werden nun in Verbindungen miteinander abgespeichert. Diese Verbindungen können sinnvolle Verknüpfungen sein, die helfen zukünftigen Schaden zu vermeiden (z. B.: „Flammen – Brennen auf der Haut – Herzrasen – Gefahr!“). Genauso werden aber auch Verbindungen zwischen Dingen gespeichert, die zu falschen Schlussfolgerungen führen, da sie sonst im Alltag nicht in Verbindung zu einander stehen (z. B. „Garage – Brennen auf der Haut – Dunkelheit – bekomme keine Luft!“). Diese Verknüpfungen von Erinnerungsbruchstücken sind meist hochgradig mit Angst besetzt und werden daher als Furchtnetzwerk bezeichnet. Wird nun das Furchtnetzwerk an irgendeiner Stelle angestoßen, beginnt über die Verknüpfungen eine Folge von Assoziationen mit entsprechender Angst und Panik.

Die Rolle dysfunktionaler Gedanken

Die Art und Weise wie Menschen über ein traumatisches Ereignis, das ihnen widerfährt denken und welche Schlussfolgerungen sie daraus für sich ziehen, kann entscheidend zu der Entstehung und Chronifizierung einer PTBS beitragen.

Die wichtigsten dieser Gedanken spiegeln die Grundüberzeugungen eines Menschen über sich selbst, das traumatische Ereignis, die Welt und die Zukunft wider. Sie sind die subjektiven Theorien, nach welchen eine Person ihr Leben gestaltet. Als dysfunktionale bzw. ungünstige Gedanken werden dabei solche Überzeugungen bezeichnet, die die PTBS aufrechterhalten, verstärken oder gar bedingen.

Durch das Erleben eines traumatischen Ereignisses werden meist positive Grundannahmen, die die betroffene Person über sich selbst und die Welt hat, erschüttert. Die betroffene Person sieht sich daraufhin selbst als schwach und verletzlich und die Welt als gefährlich und unberechenbar an. Das bedeutet, auch viele Betroffene gehen davon aus, dass das traumatische Ereignis weitreichende Konsequenzen für ihre Zukunft hat. Sie überschätzen die Wahrscheinlichkeit mit der sich das Ereignis oder andere schreckliche Ereignisse in ihrem Leben wiederholen können und neigen dazu, Aktivitäten als gefährlich zu bewerten, die für sie vor dem traumatischen Ereignis unproblematisch waren.

So entsteht das Gefühl einer ständigen Bedrohung und die Hypervigilanz (erhöhte Wachsamkeit) wird verstärkt. Außerdem versuchen die Betroffenen, die für sie vermeidlich vorhandenen Gefahren zu minimieren und meiden Orte und Personen, die sie als gefährlich einschätzen. Damit wird das oben beschriebene Vermeidungsverhalten aufrechterhalten und kann sich auf zunehmend größere Bereiche beziehen. Das kann auch bedeuten, dass Betroffene versuchen jegliche Gedanken und Erinnerungen an das Trauma zu unterdrücken. Genau durch diesen Versuch der Unterdrückung, kommen Gedanken aber immer wieder zurück und erscheinen zunehmend unkontrollierbarer. So nehmen die Intrusionen zu. Verzerrte Bewertungen im Bezug auf das traumatische Ereignis und posttraumatische Symptome tragen also sowohl zur Entstehung als auch zur Aufrechterhaltung der PTBS bei.



Therapie der PTBS

Zu den grundlegenden Voraussetzungen für eine qualifizierte Traumabehandlung gehört in Deutschland die Approbation als ärztliche/r oder psychologische/r Psychotherapeut/in bzw. eine entsprechende berufliche Qualifikation in der Schweiz oder in Österreich.

Die Posttraumatische Belastungsstörung gehört zu den am besten untersuchten psychischen Störungen. In vielen Studien konnte gezeigt werden, dass eine Behandlung dann erfolgreich ist, wenn sie

1. **eine Konfrontation mit traumabezogenen Reizen beinhaltet** sowie
2. **an der Verringerung des Vermeidungsverhaltens** und
3. **an der Veränderung der dysfunktionalen (d.h. für die Genesung problematischen) Gedanken und Bewertungen** arbeitet.

Es konnte gezeigt werden, dass spezifisch für diese psychische Störung entwickelte Therapieverfahren einer unspezifischen Psychotherapie im Hinblick auf Wirksamkeit klar überlegen sind.³

In der folgenden Darstellung von Therapieverfahren beschränken wir uns auf diejenigen Verfahren, für die aufgrund einer Vielzahl wissenschaftlicher Studien eine gute Wirksamkeit mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden konnte.⁴ Daneben gibt es noch eine Reihe anderer Therapieverfahren, die ebenfalls auf wissenschaftlich anerkannten Grundlagen beruhen, für die aber – speziell für die Behandlung der PTBS – der Wirksamkeitsnachweis bisher nicht mit der gleichen Eindeutigkeit erbracht werden konnte.⁵ Zu diesen Verfahren gehören u. a. die psychodynamische Traumatherapie. Außerdem gibt es noch einige Therapieverfahren, die vorwiegend für die Behandlung komplex traumatisierter Menschen entwickelt wurden und für die es schwierig ist, in ausreichender Anzahl verlässliche Daten zum Wirksamkeitsnachweis zu erheben. Andere Verfahren wurden v. a. für bestimmte Arten von Traumatisierungen entwickelt (z. B. Behandlung von Kriegstraumata) und es gibt noch keinen ausreichend gesicherten Nachweis, dass sie auch bei anderen Traumaarten mit der gleichen Wirksamkeit angewendet werden können.

Die psychotherapeutischen Verfahren, die derzeit den höchsten Gütekriterien für einen Wirksamkeitsnachweis genügen, sind die Verhaltenstherapie (VT), die traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und EMDR (die systematische Desensibilisierung durch Imagination des Traumas unter Rechts-Links-Augenbewegung; Eye Movement

³ Teegen, F. (2000). Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Psychotherapeut*, 45 (6), 341-349. doi: 10.1007/PL00006723

⁴ Den aufgrund von wissenschaftlichen Studien erbrachten Wirksamkeitsnachweis bezeichnet man als Evidenz. Je nach Qualität der Daten teilt man in 5. Evidenzgrade ein: Grad I ist der höchste und Grad V ist der niedrigste Evidenzgrad. Grad I wird nochmals in Ia und Ib unterteilt. Grad Ia ist somit der höchste Evidenzgrad für einen Wirksamkeitsnachweis. Die hier ausführlich vorgestellten Therapieverfahren haben alle den Evidenzgrad Ia.

⁵ Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J., & Cohen, J.A. (2009). *Effective treatments for posttraumatic stress disorder: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed.). New York: Guilford Publications.

Desensitization and Reprocessing).⁶ Diese drei Verfahren beinhalten in unterschiedlicher Gewichtung die genannten wirksamen Elemente. Diese Therapien folgen außerdem einem standardisierten Protokoll und sind damit für die Betroffenen gut nachvollziehbar und bestärken sie darin ihr Leben aktiv zu gestalten.

All diesen Verfahren ist gemein, dass sie zunächst die PatientInnen darin unterstützen ihr Störungsbild und dessen Symptome zu verstehen. In der Psychoedukation entwickeln sie ein individuelles Störungsmodell. Oft ist dies schon sehr entlastend für die Betroffenen. Sie können so erkennen, dass sie mit ihrer Störung nicht alleine sind und diese weder ein Zeichen persönlicher Schwäche noch des allmählich kompletten Kontrollverlustes oder gar des „Verrückt-Werdens“ ist.

Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen bei der Behandlung der PTBS beinhalten eine Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis in der Vorstellung sowie mit traumabezogenen Hinweisreizen, die Angst oder andere belastende Emotionen ausüben. Konfrontation zielt hier auf eine Reduktion dieser Gefühle durch Gewöhnung ab. Gleichzeitig führt die genaue Ausarbeitung des traumatischen Ereignisses mit den dazugehörigen Kontextinformationen zu einer Verankerung im autobiographischen Gedächtnis. Damit wird es in der Gegenwart als weniger bedrohlich und belastend erlebt.

Die Konfrontation im therapeutischen Kontext ist eine Konfrontation mit der Erinnerung an das traumatische Erlebnis. PatientInnen werden in der Therapie dabei begleitet, sich möglichst genau an das traumatische Ereignis zu erinnern und die dabei aufgetretenen Gefühle, wie Angst, Ekel, Scham, Wut, nochmals zu erleben. Auch alle anderen Elemente des Furchtnetzwerks wie Gerüche, Geschmacksempfindungen, Geräusche etc., sollen in der Konfrontation noch einmal möglichst genau nacherlebt werden. Während die PatientInnen davon berichten, werden sie immer wieder darin unterstützt, dies möglichst genau oder auch „in Zeitlupe“ zu tun. Es ist auch möglich, dass Betroffene das Erlebte zunächst aufschreiben oder sich der Schilderung in kleineren Etappen annähern (dieses Vorgehen nennt sich graduierte Exposition).

Während Menschen, die eine PTBS entwickelt haben, im Alltag diese Auseinandersetzung mit der Erinnerung vermeiden, können sie in der Therapie die Erfahrung machen, dass die auftretenden Gefühle, wie schlimm sie auch sein mögen, prinzipiell aushaltbar sind und keinen Bezug zu einer unmittelbaren Bedrohung in der Gegenwart haben. Durch wiederholtes Nacherleben in der Erinnerung nimmt die Intensität der dabei auftretenden Gefühle ab. Oft ist dies bereits nach wenigen Expositionswiederholungen der Fall.

⁶ Bisson J & Andrew M (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub3.

Neben dem Rückgang negativer Gefühle durch „Gewöhnung“ trägt Exposition entscheidend dazu bei, dass vormals bruchstückhafte Erinnerungen in Beziehung gesetzt werden und ein kohärentes Narrativ des traumatischen Ereignisses entsteht. Verschiedene Sinneseindrücke und scheinbar übermächtige Gefühle stehen so nicht mehr unverbunden nebeneinander, sondern können von den Betroffenen als konkrete Teile einer Erinnerung an ein bestimmtes Ereignis eingeordnet werden. Die Erinnerung als Ganzes kann so wiederum einem bestimmten Punkt in der Vergangenheit zugeordnet werden und wird so in das autobiographische Gedächtnis integriert. Sie verliert damit ihren „Hier und Jetzt“-Charakter und Teil ihres Schreckens. Sie wird eine traumatische Erinnerung zu einer Erinnerung an ein traumatisches Ereignis.

In der Verhaltenstherapie der PTBS kann Exposition auch in vivo, d. h. mit Hinweisreizen, die Angst oder andere belastende Gefühle auslösen, direkt durchgeführt werden. So können sich PatientInnen, die zum Beispiel Angst vor der Dunkelheit haben oder starken Ekel beim Anblick von Blut verspüren direkt mit diesen Dingen konfrontieren. Auch hier erleben sie, dass die damit verbunden Gefühlen stückweise schwächer werden oder vorher formulierte Befürchtungen nicht eintreten. Dies ist besonders wichtig für PatientInnen, die durch Vermeidungsverhalten im Rahmen der PTBS viele Aktivitäten und soziale Kontakte aufgegeben haben. Sie lernen so in der Verhaltenstherapie durch gezielte Übungen ihr Leben Stück für Stück zurückzuerobern.

Kognitive Therapie

Die Kognitive Therapie verbindet Elemente der Verhaltenstherapie, vor allem der Exposition, mit kognitiven Interventionen. Diese sind darauf ausgerichtet, gemeinsam mit den Betroffenen dysfunktionale Gedanken zu erkennen und zu verändern. Hierzu werden Gedanken, die sich auf das traumatische Ereignis selbst und/ oder die aktuelle Symptomatik beziehen, überprüft. Gegebenenfalls werden alternative Sichtweisen entwickelt. Solche Überprüfungen können zum Beispiel durch gemeinsames Debattieren, Verhaltensexperimente oder Einholen von konkretem Feedback und Informationen stattfinden.

Dabei geht es nicht darum, Denkfehler zu „entlarven“. Vielmehr sollen Interpretationen des Traumas und seiner Konsequenzen, die in der Gegenwart Leiden verursachen und die PTBS aufrechterhalten (wie z. B. „Ich bin selbst schuld!“, „Das wird nie besser!“, „Ich kann keinem mehr trauen!“), zu verändern. Vor allem Gedanken, die dazu beitragen, dass sich Betroffene ständig bedroht fühlen, werden in der Kognitiven Therapie bearbeitet. Damit wird den PatientInnen eine Neubewertung ihrer aktuellen Lebenssituation ermöglicht.

Durch die Veränderung dysfunktionaler Gedanken nimmt die Kognitive Therapie Einfluss auf grundlegende Informationsverarbeitungsprozesse. Sie schwächt im Furchtnetzwerk verankerte Verbindungen, die nicht Alltagsgegebenheiten entsprechen, für Betroffene belastend sind und diese einschränken (wie z. B. die Verbindung „Dunkelheit – bekomme keine Luft“; siehe 2.1). In der Kognitiven Therapie werden hierzu gehörige Gedanken zunächst exploriert („Im Dunkeln ist es gefährlich“) und hinterfragt.

Gleichzeitig entdecken die Betroffenen bei der Exploration des Furchtnetzwerks den Zusammenhang zwischen ihren dysfunktionalen Gedanken und dem traumatischen Erlebnis. Auch durch diese Exploration wird die Erinnerung kohärenter. Betroffene erkennen, dass das Gefühl der Bedrohung oder andere negative Gefühle zu dieser Erinnerung und nicht zum gegenwärtigen Erleben gehören.

Im Rahmen der Kognitiven Therapie lernen die Betroffenen ungünstige Gedankenmuster zu verändern. Ziel ist es, die Annahmen bezüglich der eigenen Schuld an dem traumatischen Ereignis und die Verantwortung für das traumatische Ereignis zu revidieren. Ebenso können sie negative Sichtweisen von sich selbst in diesem Rahmen überprüfen. In der Therapie werden sie dabei unterstützt zu erkennen, welchen Einfluss das traumatische Ereignis auf ihre Grundannahmen und Gedanken hat. Das traumatische Ereignis verliert so auch die Macht mit der es sonst für Menschen, die an PTBS erkrankt sind, das Denken bestimmt.

EMDR

Die Abkürzung EMDR steht für Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Desensibilisierung und Neuverarbeitung durch Augenbewegungen). EMDR ist als drittes therapeutisches Verfahren nachweislich zur Behandlung der PTBS geeignet. Ähnlich wie bei verhaltenstherapeutischen Expositionen findet auch bei der EMDR eine imaginative Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis statt. Während dieser Konfrontation folgen die Patientin oder der Patient in der Regel mit den Augen dem Finger (oder auch einem Gegenstand) der Therapeutin oder des Therapeuten, der vor ihrem Gesicht nach links und rechts bewegt wird. Durch das Hin- und Herbewegen der Augen kommt es zu einer sogenannten Links-Rechts-Stimulation. Diese kann auch durch Seitenalternierende akustische oder taktile Reize erfolgen.

Bei der EMDR-Behandlung wird ebenfalls davon ausgegangen, dass die traumatische Erinnerung ohne ausreichenden Bezug zum autobiographischen Gedächtnis gespeichert ist. Die Stimulierung der Augenbewegung während der Exposition fördert die Neuverarbeitung und angemessene Verankerung der traumatischen Erinnerungen im Gedächtnis. Die PatientInnen sind während der Exposition aufgefordert aus der Haltung einer Beobachterin oder eines Beobachters alle Erinnerungen, die auftauchen, zuzulassen. Es werden dann die unterschiedlichen Kanäle der Wahrnehmung nacheinander zu einer kohärenten Erinnerung integriert.

Während der Exposition ist die Aufmerksamkeit der PatientInnen zwischen ihren Erinnerungen an das traumatische Ereignis und die Rechts-Links-Stimulierung geteilt. Möglicherweise reduziert diese Teilung der Aufmerksamkeit zwischen „Innen“ und „Außen“ die während der Exposition wahrgenommene Belastung. Die Therapeutin oder der Therapeut beendet die Rechts-Links-Stimulierung, wenn die Anspannung der Patientin oder des Patienten nachlässt.

Neben der Exposition mit den traumatischen Erinnerungen können durch die Methode der Rechts-Links-Stimulierung auch positive Kognitionen verankert werden. Dabei

stellen sich die PatientInnen eine positive Erinnerung mit allen Erlebnisqualitäten vor (ähnlich wie bei der Exposition) und folgen wiederum der Stimulierung durch die Therapeutin oder den Therapeuten. Damit wendet sich die Therapie neben allem erfahrenen Leid auch den Ressourcen und positiven Erlebnissen der PatientInnen zu.

Zusammenfassung und abschließende Bemerkungen

Die frühzeitige Erkennung und Behandlung einer PTBS ist insofern wichtig als die PTBS unbehandelt mit der Gefahr von Komorbiditäten und der Chronifizierung (andauerndes Bestehen) eng verbunden ist. Wenngleich die PTBS mit sehr belastenden und beeinträchtigenden Symptomen einhergeht, sind Betroffene mit Psychotherapie erfolgreich behandelbar, was in jedem Fall eine Behandlung lohnenswert macht. Es liegen hochwirksame Behandlungsansätze vor, deren Effektivität und Wirksamkeit wissenschaftlich überprüft und nachgewiesen wurden. Außerdem zählt der Bereich der PTBS zu den am besten erforschten psychischen Störungen, sodass Fachwissen stetig erweitert und Behandlungsmöglichkeiten verbessert werden.



Die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT, www.degpt.de) ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft für alle Berufsgruppen, die im psychotherapeutischen, medizinischen, pädagogischen und beratenden Rahmen mit Menschen arbeiten, die an Traumafolgestörungen leiden. In Kooperation mit der gemeinnützigen Elfriede-Dietrich-Stiftung produzierte die DeGPT drei Filme mit dem Ziel, Informationen über mögliche Folgen von traumatischen Ereignissen und entsprechende Behandlungsmöglichkeiten zu verbreiten.

Alle drei Filme stehen auf der Website der Elfriede-Dietrich-Stiftung (www.e-dietrich-stiftung.de) und der Website der DeGPT (www.degpt.de) zum Ansehen und kostenlosen Download zur Verfügung.

Text: Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie DeGPT

Bilder: Marila Garó

Im Auftrag der Elfriede-Dietrich-Stiftung, 79104 Freiburg, www.e-dietrich-stiftung.de

Diese DVD wurde von der Elfriede-Dietrich-Stiftung produziert und kostenlos verteilt. Falls Sie Ihnen gefällt, bitten wir Sie um eine Spende. Als kleine gemeinnützige Privatstiftung sind wir auf Spenden und Zustiftungen angewiesen, um zum Thema Trauma weiter umfassend informieren und aufklären zu können. Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich gerne direkt an uns. Telefon: 089 23249170

Bankverbindung:

Bankhaus Mayer Freiburg

Konto: 145 55 67

BLZ: 680 300 00

Elfriede Dietrich Stiftung
Elfriede Dietrich Stiftung
Elfriede Dietrich Stiftung

Elfriede Dietrich Stiftung
Dietrich Stiftung
Dietrich Stiftung

DeGPT
Deutschsprachige Gesellschaft
für Psychotraumatologie

c/o Rechtsanwälte Brunner,
Liesenborghs & Partner
Stadtstraße 23
79104 Freiburg
Telefon: 089 23249170
info@e-dietrich-stiftung.de
www.e-dietrich-stiftung.de

Geschäftsstelle:
Am Born 19
22765 Hamburg
Telefon: 040 3331 0119
Telefax: 049 40 6966 9938
info@degpt.de
www.degpt.de