

Trauma, Akute Belastungsreaktion und Posttraumatische Belastungsstörung und die Behandlungsmöglichkeiten

Dossier von Pro Psychotherapie e.V.

Inhaltsverzeichnis

Trauma, Akute Belastungsreaktion und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	2
Die Akute Belastungsreaktion (ABR).....	2
Symptome, Verlauf und Häufigkeit.....	3
Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	3
Symptome einer PTBS	4
Häufigkeit, Verlauf und Diagnose.....	4
Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung	5
Risiko- und Schutzfaktoren.....	5
Modelle zur Entstehung der PTBS	6
Welche anderen psychischen Erkrankungen treten häufig gleichzeitig auf?	6
Exkurs: Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung.....	7
Traumatherapie: Die Behandlung von ABR und PTBS	7
Die Behandlung einer „Akuten Belastungsreaktion“ (ABR).....	7
Psychische Erste Hilfe.....	7
Psychologische Frühintervention	7
Die Behandlung einer Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	7
Therapiebezogene Diagnostik	8
Phasen der Traumatherapie	8
Psychotherapeutische Ansätze der Traumatherapie	8
Wann werden bei einer PTBS Psychopharmaka eingesetzt?	12
Wie kann ich den Traumatisierten als Angehöriger oder Freund unterstützen?	12
Quellen und Links	13

Trauma, Akute Belastungsreaktion und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Es gibt Bilder, die selbst dann Entsetzen und Betroffenheit auslösen, wenn man sie nur aus der Distanz – etwa im Fernsehen – miterlebt: Menschen, die bei einem Erdbeben zahlreiche Angehörige verlieren, Terrorangriffe mit vielen Verletzten und Toten oder ein schwerer Verkehrsunfall. Ist jemand selbst von solchen Ereignissen betroffen oder muss mit ansehen, wie andere Menschen verletzt oder getötet werden, bricht für ihn schlagartig eine Welt zusammen. Es ist nicht verwunderlich, dass solche Ereignisse zu extremen psychischen Reaktionen führen: Zu Hilflosigkeit, Verzweiflung, extremer Angst, aber auch einem Gefühl der Betäubung oder einer eingeschränkten Wahrnehmung der Umgebung.

All diese Reaktionen können als ein Versuch des Organismus betrachtet werden, mit der extremen, vielleicht lebensbedrohenden Situation irgendwie zurechtzukommen. Halten die psychischen Veränderungen aber über längere Zeit an, können sie zu ausgeprägtem Leiden und starken Beeinträchtigungen führen. Dann ist eine frühzeitige Behandlung bei einem Spezialisten für Trauma und PTBS sehr wichtig.

Der **Begriff „Trauma“** kommt aus dem Griechischen und bedeutet „Verletzung“. Unter einem psychischen Trauma versteht man eine seelische Verletzung oder eine starke psychische Erschütterung, die durch ein extrem belastendes Ereignis hervorgerufen wird. Dazu gehören zum Beispiel Naturkatastrophen, schwere Unfälle, Vergewaltigungen, Terroranschläge, Kriegserlebnisse oder Entführungen. Solche Ereignisse können extremen Stress und Gefühle der Hilflosigkeit und des Entsetzens auslösen. Dies kann der Fall sein, wenn jemand selbst von dem Ereignis betroffen ist oder wenn er – etwa als Augenzeuge – miterlebt, wie andere Opfer dieses Ereignisses werden.

In der **internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10)** werden zwei psychische Störungen beschrieben, die als Reaktion auf ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis auftreten können: Die Akute Belastungsreaktion und die Posttraumatische Belastungsstörung. Kennzeichnend ist, dass beide direkte Folge eines Traumas sind – ohne dieses Ereignis wären sie nicht entstanden.

Die Akute Belastungsreaktion (ABR)

Eine Akute Belastungsreaktion kann nach einer extremen psychischen oder körperlichen Belastung auftreten. Sie ist keine psychische Erkrankung, sondern eine normale Reaktion auf eine außergewöhnlich belastende Erfahrung. Häufige Auslöser sind körperliche oder psychische Gewalt, zum Beispiel Unfälle oder Gewalterfahrungen – aber auch Verlustsituationen, etwa der Tod eines Angehörigen. Eine ABR beginnt unmittelbar nach dem belastenden Ereignis und dauert meist nur einige Stunden oder Tage, manchmal auch Wochen an.

Herr T., 36 Jahre alt, kommt drei Tage nach dem traumatischen Ereignis in eine psychotherapeutische Ambulanz. Er berichtet, dass er bei einer Klettertour mitansehen musste, wie einer seiner Bergkameraden mehrere Meter in die Tiefe stürzte. Bisher sei noch unklar, ob er querschnittsgelähmt sei. Am Abend nach dem Unfall sei es Herrn T. noch „den Umständen entsprechend“ gegangen. Aber seit dem Tag danach habe er ständig das Bild des am Boden

liegenden Kameraden vor Augen. Er könne sich auch nicht mehr genau erinnern, wie die Bergung abgelaufen sei und ob er dabei überhaupt geholfen habe. Seitdem habe er fast nicht mehr geschlafen. Seine Gedanken würden ständig um die Ereignisse kreisen, und er habe das Gefühl, völlig neben sich zu stehen. Er mache sich Vorwürfe, weil er der erfahrenste Bergsteiger in der Gruppe sei. Nun denke er ständig, er sei schuld an dem Unfall, weil er nicht besser aufgepasst habe. Er habe das Gefühl, sich nie mehr richtig am Leben freuen zu können.

Symptome, Verlauf und Häufigkeit

Es treten Symptome auf, die sich meist im Lauf der Zeit ändern. Anfangs sind die Betroffenen oft wie betäubt, sind in ihrer Aufmerksamkeit sowie ihrem Bewusstsein eingeschränkt und können neue Reize nicht verarbeiten. Außerdem erleben sie oft das Gefühl, nicht sie selbst zu sein (Depersonalisation) oder das Gefühl, die Welt wie von fern zu erleben (Derealisation). Viele haben starke schwankende Gefühle, bei denen sich starke Trauer, Wut und ein Gefühl der Gleichgültigkeit abwechseln. Auch körperliche Anzeichen von Stress oder starker Angst, wie Herzrasen, Schwitzen oder Übelkeit sind charakteristisch. In der folgenden Phase ziehen sich manche stark zurück, während andere sehr unruhig und ungewöhnlich aktiv sind. Es kann auch sein, dass sich die Betroffenen an die Zeit während und kurz nach dem Trauma nicht oder nur teilweise erinnern.

Nach einem Trauma muss das Ereignis irgendwie psychisch verarbeitet werden. Dabei kann es sein, dass die Betroffenen die Geschehnisse in Form von Alpträumen oder intensiven, sich aufdrängenden Erinnerungen (Flashbacks) wiedererleben. Manche fangen an, Situationen oder Aktivitäten, die sie mit dem Ereignis in Verbindung bringen, zu meiden. Es kann zu einer emotionalen Abstumpfung und eingeschränkten Empfindungsfähigkeit kommen, aber auch zu einer hohen körperlichen Erregung, die zu Schlafstörungen, Reizbarkeit oder erhöhter Schreckhaftigkeit führen kann.

Bei den meisten Menschen gehen die Symptome einer Akuten Belastungsreaktion nach einigen Stunden, Tagen oder Wochen zurück und verschwinden schließlich ganz wieder. Bei einigen halten sie jedoch über längere Zeit an und können zu ausgeprägten psychischen Beeinträchtigungen führen. Bestehen die Symptome länger als einen Monat, können sie in eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) übergehen.

Die Akute Belastungsreaktion tritt bei sehr vielen auf, die ein Trauma erlebt haben. Da sie meist nur kurz andauert und nicht speziell behandelt wird, gibt es keine zuverlässigen Angaben zur Häufigkeit.

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Eine Posttraumatische Belastungsstörung entsteht als Reaktion auf ein Trauma (siehe oben) – also ein extrem belastendes und bedrohliches Ereignis, das bei fast jedem starke Verzweiflung, Angst und Hilflosigkeit hervorrufen würde. Dies kann ein einmaliges Ereignis, aber auch wiederholte traumatische Ereignisse oder eine länger anhaltende, extrem belastende Situation sein.

Frau S., 38 Jahre alt, wird in den frühen Abendstunden völlig unerwartet auf offener Straße überfallen und niedergestochen. Sie wird schon im Krankenhaus psychologisch betreut und macht anschließend eine zehnstündige ambulante Psychotherapie. Nach drei Monaten sind ihre Ängste soweit zurückgegangen, dass sie ihre Arbeit wieder aufnehmen kann. Ein halbes Jahr später nähert

sich der Prozess gegen den Angreifer. Nun spürt Frau S. verstärkt Ängste vor anderen Menschen, erlebt Flashbacks (plötzliche bildhafte Erinnerungen an das Ereignis) und leidet unter Schlafstörungen und Alpträumen. Diese Symptome verunsichern sie stark, und sie hat das Gefühl, „nie darüber hinwegzukommen“. Frau S. ist verzweifelt, niedergeschlagen und weint häufig. Wieder zur Arbeit zu gehen, kann sie sich überhaupt nicht vorstellen. Kurz darauf nimmt sie die Therapie erneut auf.

Symptome einer PTBS

Nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) treten bei einer PTBS folgende Symptome auf:

- Anhaltende, belastende Erinnerungen an das Trauma, oder ein wiederholtes Erleben des Traumas in intensiven, sich aufdrängenden Erinnerungen (Flashbacks). Sie werden oft durch Schlüsselreize ausgelöst, die der Betroffene mit dem Trauma verbindet, zum Beispiel durch Fotos, Menschen, Gerüche oder Geräusche.
- Ein wiederholtes Erleben des Traumas in Träumen oder Alpträumen
- Vermeiden von Aktivitäten oder Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen würden, und Vermeiden von Gedanken und Gefühlen, die mit dem Trauma zusammenhängen
- Teilweise oder vollständige Gedächtnislücken an das Trauma
- Andauerndes Gefühl von Betäubtsein oder emotionaler Taubheit (Unfähigkeit, Freude, Trauer oder andere Gefühle zu empfinden)
- Anhaltende Symptome erhöhter Erregung und erhöhter psychischer Empfindlichkeit: etwa Schlafstörungen, starke Schreckhaftigkeit, extreme Wachsamkeit (Hypervigilanz), Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, Reizbarkeit oder Wutausbrüche
- Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen oder der Umgebung und ein vermindertes Interesse an Aktivitäten
- Sozialer Rückzug
- Beeinträchtigte Stimmung, zum Beispiel starke Ängste oder Depressivität

Menschen mit PTBS leben oft in einem Gefühl ständiger Bedrohung und empfinden ihre Umwelt plötzlich als unsicher und gefährlich. Schlüsselreize, die an das Trauma erinnern, können starke körperliche Symptome wie Herzrasen, Zittern, Übelkeit oder Atemnot auslösen.

Häufigkeit, Verlauf und Diagnose

Die Wahrscheinlichkeit, mindestens einmal im Leben eine PTBS zu entwickeln, liegt in Deutschland bei zwei bis sieben Prozent. Dabei sind Frauen doppelt so häufig betroffen wie Männer. Menschen, die oft mit extrem belastenden Ereignissen zu tun haben, wie Rettungskräfte, Polizisten oder Soldaten, haben ein deutlich höheres Risiko für eine PTBS.

Nach einem traumatischen Ereignis liegt die Wahrscheinlichkeit, eine PTBS zu entwickeln, bei 15 bis 24 Prozent. Sie hängt jedoch auch von der Art des Ereignisses ab: Nach Kriegseignissen oder Vergewaltigungen liegt das Risiko bei 50 bis 65 Prozent, nach Unfällen oder Naturkatastrophen ist es mit 5 bis 10 Prozent deutlich geringer.

Die Symptome einer PTBS können unmittelbar nach dem Trauma, Wochen oder Monate später und manchmal sogar erst Jahre später beginnen. Ohne angemessene Behandlung bleibt eine PTBS oft über viele Jahre bestehen. Durch eine rechtzeitige und geeignete Therapie kommt es aber oft zu einer deutlichen Besserung oder zum Verschwinden der Symptome.

Um die Diagnose einer PTBS zu stellen, müssen die Symptome in einen Zeitraum von sechs Monaten nach dem Ereignis aufgetreten sein und mindestens einen Monat anhalten. Zudem müssen sie zu deutlichem Leiden und Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen führen. Allerdings können nach einem Trauma auch jahrelang keine oder nur geringe PTBS-Symptome vorhanden sein. Sie können jedoch irgendwann – zum Beispiel durch veränderte Lebensumstände – stärker werden, so dass erst dann eine PTBS auftritt.

Im Rahmen der Diagnose der Therapeut in einem ausführlichen Gespräch zunächst nach den Symptomen und der Krankheitsgeschichte fragen und sich erkundigen, ob in der Vergangenheit ein besonders belastendes Ereignis stattgefunden hat. Dabei werden häufig strukturierte Interviews eingesetzt, mit denen eine PTBS zuverlässig diagnostiziert und von anderen psychischen Störungen abgegrenzt werden kann. Fragen nach dem traumatischen Ereignis wird der Behandler sehr behutsam stellen, um zu vermeiden, dass ungewollt stark belastende Erinnerungen ausgelöst werden. Um die Symptome der PTBS im Detail zu erfassen, können Fragebögen verwendet werden, zum Beispiel die Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) oder die Impact-of-Event-Skala (IES-R).

Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung

Risiko- und Schutzfaktoren

Die Faktoren, die beeinflussen, ob eine PTBS entsteht und wie schwer sie ist, können schon vor dem Trauma (prätraumatische Faktoren), zum Zeitpunkt des Traumas (peritraumatische Faktoren) oder erst in der Zeit nach dem Trauma (posttraumatische Faktoren) auftreten.

Prätraumatische Faktoren

Ungünstige Einflüsse in der Kindheit und Jugend scheinen das Risiko für eine PTBS zu erhöhen. Dazu gehören häufige Konflikte in der Familie, wenig emotionale Unterstützung durch die Eltern, ein autoritäres Erziehungsverhalten der Eltern und wenig Freundschaften mit Gleichaltrigen. Auch psychische Erkrankungen der Eltern und frühere Traumatisierungen (zum Beispiel sexueller Missbrauch in der Kindheit) erhöhen das Risiko einer PTBS.

Faktoren, die schon vor dem Trauma bestanden, haben deutlich weniger Einfluss auf die Entwicklung einer PTBS haben als Faktoren, die das Trauma selbst und die Zeit danach betreffen.

Peritraumatische Faktoren

Ein Risikofaktor für die Entwicklung einer PTBS ist das Trauma selbst: Ist das traumatische Ereignis schwer ausgeprägt oder dauert über längere Zeit an, steigt das Risiko für eine PTBS. Außerdem haben Traumata, die von Menschen zugefügt wurden (zum Beispiel Folter, Vergewaltigung) meist schwerere psychische Auswirkungen als Traumata, die nicht durch menschlichen Einfluss entstehen (zum Beispiel Naturkatastrophen).

Posttraumatische Faktoren

Das Risiko für eine PTBS steigt, wenn nach dem Trauma andere belastende Lebensereignisse (zum Beispiel Scheidung, Krankheit) oder weitere Traumata auftreten. Auch eine geringe soziale Unterstützung, etwa durch Freunde oder Familienangehörige, kann das Risiko erhöhen. Außerdem haben sich Vermeidungsverhalten und dysfunktionale (nicht hilfreiche) Gedanken als ungünstige Faktoren für die Bewältigung eines Traumas herausgestellt. Schutzfaktoren sind dagegen viel soziale Unterstützung, die Anerkennung als Opfer und die Fähigkeit, das traumatische Ereignis einzuordnen und ihm einen Sinn zu geben (Kohärenzsinn). ([Mehr](#))

Modelle zur Entstehung der PTBS

Modell der Gedächtnisveränderungen

Studien deuten darauf hin, dass es nach einem Trauma zu einer Fehlfunktion des Hippocampus kommt – einer Hirnregion, die für Erinnerung und Gedächtnis zuständig ist. Dadurch werden verschiedene Sinneseindrücke, die mit dem Trauma zusammenhängen, nicht geordnet, sondern als einzelne „Gedächtnisbruchstücke“ gespeichert. Das sind vor allem bildhafte Eindrücke, aber auch Geräusche oder Gerüche. Man vermutet, dass das Trauma deswegen nicht erfolgreich verarbeitet und in die übrigen Lebenserinnerungen eingeordnet werden kann. Bei einem Flashback werden dann nur Bruchstücke der Erinnerung in Form von intensiven Bildern oder Geräuschen abgerufen.

Neurobiologische Veränderungen

Bei traumatisierten Patienten lässt sich eine erhöhte Aktivität des hormonellen Stress-Systems und eine erniedrigter Spiegel des Stresshormons Cortisol beobachten. Die Betroffenen stehen praktisch ständig unter Stress, was zu Symptomen wie Schlafstörungen, ständig erhöhter Erregung oder starker Schreckhaftigkeit führen kann.

Lerntheoretische Erklärungen

Das Zwei-Faktoren-Modell von Mowrer geht davon aus, dass die traumatischen Erlebnisse zunächst mit neutralen Reizen assoziiert werden. Zum Beispiel werden nach einer Vergewaltigung Dunkelheit, eine leere Straße oder ein bestimmter Geruch mit dem Ereignis in Verbindung gebracht. Um ihre Angst zu verringern, vermeiden die Betroffenen Reize und Situationen, die sie mit dem Trauma verbinden. Das führt jedoch dazu, dass die Angst und die Symptome der PTBS langfristig aufrechterhalten werden.

Welche anderen psychischen Erkrankungen treten häufig gleichzeitig auf?

Das Erleben eines Traumas erhöht das Risiko für viele psychische Erkrankungen. Sie können für sich allein oder zusammen mit einer PTBS auftreten. Dazu gehören Angststörungen, Depressionen, somatoforme Störungen (körperliche Symptome, die auf psychische Faktoren zurückgehen), Suchterkrankungen, Essstörungen und eine Neigung zu Suizidalität (Selbsttötung).

Wenn das Trauma in der Kindheit und Jugend stattgefunden hat, entwickelt sich häufig eine Borderline-Persönlichkeitsstörung. ([Mehr](#))

Exkurs: Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Eine komplexe PTBS oder nach ICD-10 andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung entwickelt sich meist in Folge von schweren, anhaltenden oder wiederholten Traumatisierungen.

Im Unterschied zur einfachen PTBS treten hier vielfältige, ausgeprägte Beeinträchtigungen im Bereich des Denkens, der Gefühle und der sozialen Beziehungen auf. Um die Diagnose zu stellen, muss die Störung über einen längeren Zeitraum, nämlich mindestens zwei Jahre, bestehen. ([Mehr](#))

Traumatherapie: Die Behandlung von ABR und PTBS

Wichtig ist eine frühzeitige Therapie, die von einem Trauma-Spezialisten durchgeführt werden sollte. Ohne Therapie bleiben die Symptome der PTBS oft dauerhaft bestehen. ([Zur Therapeutensuche](#))

Die Behandlung einer „Akuten Belastungsreaktion“ (ABR)

Bei einer „Akuten Belastungsreaktion“ wird zwischen Maßnahmen der psychischen Ersten Hilfe und der psychologischen Frühinterventionen unterschieden.

Psychische Erste Hilfe

Sie findet direkt am Ort des traumatischen Geschehens statt und soll in der extrem belastenden Situation psychische Unterstützung leisten. Der Behandler vermittelt den Betroffenen, dass er als Ansprechpartner für sie da ist, ihre Gefühle annimmt und ihnen zuhört. Er erhält das Gespräch mit den Traumatisierten aufrecht, gibt ihnen Sicherheit und ermuntert sie, ihre Gefühle zuzulassen.

Psychologische Frühintervention

Die Maßnahmen der Frühintervention orientieren sich an Behandlungsansätzen für die Posttraumatische Belastungsstörung. Sie sollen zum einen die akute Symptomatik lindern und zum anderen verhindern, dass sich eine PTBS entwickelt. Bisherige Studien zeigen, dass Frühinterventionen, die kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet sind, traumaspezifische Symptome wirksam verringern können. Allerdings ist bisher unklar, wann psychologische Frühinterventionen am besten eingesetzt werden sollten. Bisher wurde sie zum Teil in den ersten 24 Stunden nach dem Trauma, zum Teil erst einige Wochen oder Monate später durchgeführt.

Die Behandlung einer Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Generell ist es sinnvoll, bei den Symptomen einer PTBS frühzeitig Unterstützung zu suchen. Dabei ist in den meisten Fällen eine Psychotherapie die geeignetste Behandlungsmethode. Sie sollte von einem Psychotherapeuten oder psychotherapeutisch tätigen Arzt durchgeführt werden, der zusätzlich in einem anerkannten Verfahren der Traumatherapie ausgebildet ist und Erfahrung bei der Behandlung traumatischer Störungen hat. Ziel der Therapie ist es, dass die Symptome der PTBS entweder ganz verschwinden oder zumindest deutlich zurückgehen, und vom Patienten besser

kontrolliert werden können. Am Ende der Therapie sollte sich der Patient ausreichend stabil fühlen, um wieder in seinen Alltag zurückzukehren.

Wichtige Voraussetzung für die Therapie ist, dass die Betroffenen nicht mehr in einer traumatischen Situation sind – also zum Beispiel weiterhin körperliche oder sexuelle Gewalt erfahren. In diesem Fall wäre es nicht möglich, die psychischen Folgen des Traumas erfolgreich zu behandeln. Außerdem könnte eine Traumakonfrontation hier zur Verschlechterung der Symptome führen.

Je nach Schwere der Erkrankung kann die Therapie ambulant, teilstationär oder stationär durchgeführt werden. Eine teilstationäre oder stationäre Behandlung ist sinnvoll, wenn die Symptome sehr schwer ausgeprägt sind, wenn der Betroffene stark in seinem Alltag beeinträchtigt ist (zum Beispiel nicht mehr fähig ist, zu arbeiten) oder wenn weitere psychische Störungen vorliegen (zum Beispiel eine Depression). Nach einer Stabilisierungsphase kann die Therapie dann ambulant weitergeführt werden. In der ambulanten Therapie werden meist ein oder zwei Mal pro Woche Therapiestunden durchgeführt. Für die Konfrontation mit dem Trauma werden aber meist längere Sitzungen (Doppelsitzungen mit 90 Minuten Dauer) eingeplant.

Therapiebezogene Diagnostik

Als Vorbereitung für die Therapie werden bei der Diagnostik auch Bedingungen erfasst, die die Symptome der PTBS auslösen oder aufrechterhalten. So wird zum Beispiel gefragt, welche Situationen Angst auslösen oder vermieden werden, wie sich die Gefühle und Gedanken seit dem Trauma verändert haben, welche Bilder und Gedanken an das Trauma ungewollt auftreten und welche Strategien der Patient benutzt, um mit dem Trauma und seinen Folgen umzugehen.

Außerdem werden die Ressourcen des Patienten erfasst. Dazu gehört zum Beispiel, wie offen er mit der Traumaerfahrung umgeht, ob er sich als Opfer oder Überlebender wertgeschätzt fühlt und ob er sich durch das Trauma persönlich gereift fühlt – zum Beispiel, weil er die Beziehungen zu seinen Mitmenschen jetzt als intensiver empfindet oder weil er das Leben jetzt stärker wertschätzt.

Phasen der Traumatherapie

Bei der Therapie einer PTBS werden mehrere Phasen unterschieden. Anfangs muss zunächst eine „sichere Umgebung“ hergestellt werden, in der Betroffene vor weiteren Traumatisierungen geschützt sind. Auch ist es sinnvoll, die Patienten zunächst psychisch zu stabilisieren (Stabilisierungsphase). Anschließend kann eine Auseinandersetzung mit dem Trauma stattfinden, die dazu beiträgt, dass die belastenden Erlebnisse psychisch verarbeitet werden können (Traumakonfrontation). In der abschließenden Phase geht es darum, das traumatische Ereignis in die übrigen Lebenserfahrungen zu integrieren und zu einer Neubewertung des eigenen Lebens zu kommen (Integrationsphase).

Das Vorgehen in der Therapie wird jeweils an die individuellen Probleme angepasst. So ist bei weniger schwer traumatisierten Patienten oft keine umfassende Stabilisierungsphase notwendig. Hier kann die Arbeit mit dem Trauma schon relativ früh in der Therapie stattfinden. ([Mehr](#))

Psychotherapeutische Ansätze der Traumatherapie

Es gibt eine ganze Reihe psychotherapeutischer Verfahren zur Behandlung eines Traumas. Dabei ist das Vorgehen in verschiedenen Therapierichtungen, zum Beispiel in der kognitiven

Verhaltenstherapie und der psychoanalytischen Therapie, häufig recht ähnlich. Im Zentrum steht dabei immer das erneute Durchleben der wesentlichen Erlebnisse des Traumas. Häufig werden deshalb auch Methoden verschiedener Therapierichtungen miteinander kombiniert. Als wirksamste Therapieansätze haben sich bisher die kognitive Verhaltenstherapie und die [EMDR](#) erwiesen.

Herr E., 37 Jahre alt, arbeitet als Unfallarzt. Nach einem Einsatz bei einem Unfall mit mehreren Toten spürt er plötzlich Ängste, sieht die Geschehnisse immer wieder vor sich und bemerkt eine starke Anspannung und schnelle Erregbarkeit. In der Therapie stellt sich heraus, dass das Ereignis bei ihm Erinnerungen an einen Autounfall ausgelöst hat, in den er selbst als Kind verwickelt war.

Bei der Konfrontation setzt die Therapeutin die so genannte Bildschirmtechnik ein. Patient und Therapeutin sitzen nebeneinander und stellen sich einen Bildschirm vor, auf den sie beide schauen. Nun soll Herr E. das Ereignis aus seiner Kindheit beschreiben, als ob er es als Außenstehender auf dem Bildschirm sieht – zum Beispiel: „Der Junge macht gerade das und das“. Dabei kann er sich eine Fernbedienung vorstellen, mit der er das Bild kleiner machen, den Ton abstellen oder den Fernseher ganz abschalten kann. So kann er selbst bestimmen, wie intensiv er sich mit der traumatischen Erinnerung auseinandersetzt oder ob er vorzeitig aufhören möchte.

Weil Herr E. am Ende der ersten Konfrontationsstunde noch deutlich belastet wirkt, leitet die Therapeutin ihn an, die Erinnerungen in seiner Vorstellung „in einen Safe zu stecken“, damit er in der nächsten Stunde weiter daran arbeiten kann. Beim zweiten Durchgang regt die Therapeutin Herrn E. an, während der Vorstellung des Traumas noch stärker seine Gefühle, Gedanken und körperlichen Empfindungen zu beschreiben. Die Übung wird so lange weitergeführt, bis Herr E. deutlich weniger Angst und Erregung empfindet und die Erinnerungen an das Trauma in seine übrigen Kindheitserinnerungen integrieren kann. Am Ende, soll Herr E. „dem kleinen Jungen“, der er damals war, Trost spenden und ihm das geben, was er zur Unterstützung braucht.

Kognitive Verhaltenstherapie

Bei dieser Therapieform geht es darum, Denk- und Verhaltensmuster zu verändern, die durch das Trauma entstanden sind und sich auf das weitere Leben der Betroffenen ungünstig auswirken.

Am Anfang wird mit dem Patienten ein individuelles Störungsmodell erarbeitet, aus dem die geplanten Veränderungen abgeleitet werden. Typisch für diese Art der Therapie ist ein strukturiertes Vorgehen, bei dem jede Therapiestunde zusammen mit dem Patienten geplant wird und zwischen den Sitzungen Hausaufgaben (Übungen) aufgegeben werden:

- Kognitive Therapie (nach Ehlers und Clark)
- Langdauernde Konfrontation in sensu (nach Foa und Rothbaum)
- Langdauernde Konfrontation in vivo

Bei einer kognitiven Verhaltenstherapie werden vor allem Methoden der kognitiven Umstrukturierung und der Traumakonfrontation eingesetzt. Diese können auch miteinander kombiniert und durch weitere Methoden, zum Beispiel EMDR, erzählende Konfrontation oder Paar- und Familientherapie ergänzt werden. ([Mehr](#))

EMDR (nach Francine Shapiro)

Die EMDR („Eye Movement Desensitization and Reprocessing“, auf Deutsch: „Augenbewegungs-Desensibilisierung und Wiederverarbeitung“) wurde speziell für die Behandlung traumatischer

Störungen entwickelt. Sie wird oft im Rahmen anderer Therapieformen, zum Beispiel der kognitiven Verhaltenstherapie oder der psychodynamischen Therapie, angewendet.

Angeleitet durch den Therapeuten soll sich der Patient an das traumatische Ereignis erinnern und dabei seine Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen wahrnehmen. Gleichzeitig bewegt der Therapeut einen Finger rasch hin und her, und der Patient soll der Bewegung mit den Augen folgen. Die Vorstellung der traumatischen Situation wird so oft wiederholt, bis Angst und Erregung deutlich abgenommen haben. Die rasche Augenbewegung soll dazu beitragen, beide Gehirnhälften intensiv zu stimulieren, um blockierte oder nicht integrierte Erinnerungen an das Trauma „lösen“ und verarbeiten zu können. Laut der US-amerikanischen Psychologin Francine Shapiro kann das Trauma auf diese Weise schneller verarbeitet und besser in die übrigen Erinnerungen integriert werden.

Bisher ist noch nicht im Detail verstanden, auf welche Weise die EMDR-Methode wirkt. Forscher nehmen an, dass durch die raschen Augenbewegungen die Informationsverarbeitung im Gehirn gefördert wird. Einige Studien deuten darauf hin, dass vor allem die Konfrontation mit dem Trauma und seine Neubewertung hilfreich und schnelle Augenbewegungen nicht unbedingt notwendig sind.

Psychodynamische Psychotherapie

Der Schwerpunkt der psychodynamischen Therapie liegt darin, die unbewussten Wirkungen des Traumas auf den Patienten herauszufinden und zu behandeln. Dabei wird zum Beispiel erarbeitet, wie das Trauma die persönlichen Werte des Patienten verändert hat. In einer psychodynamischen Therapie versucht der Behandler, das Beziehungsgeschehen in der Therapie, also die Gefühle und Verhaltensweisen, die zwischen ihm und dem Patienten auftreten, zu verstehen. Dabei verhält er sich jedoch nicht weitgehend neutral (wie in klassischen psychoanalytischen Therapien), sondern geht auf den Patienten wertschätzend und unterstützend ein. Dabei sollte er sich in den Patienten einfühlen, aber gleichzeitig genug Distanz bewahren, um nicht selbst zu stark durch das traumatische Geschehen belastet zu werden. Auch in der psychodynamischen Therapie werden Ressourcen aktiviert, Bewältigungsstrategien vermittelt und Entspannungstechniken eingesetzt.

[\(Zur Psychodynamisch imaginativen Traumatherapie nach Reddemann\)](#)

Imagery Rescripting (nach Mervin Smucker)

Diese Methode (Deutsch: „Bild-Neuschreiben“) wird vor allem bei sexuellen Traumatisierungen in der Kindheit eingesetzt, die im Erwachsenenalter behandelt werden. Es wird angenommen, dass sie bei Patientinnen mit einer schweren Traumatisierung günstig ist, weil sie schonender wirkt als eine direkte Konfrontation in sensu. Zunächst entwickeln die Betroffenen Vorstellungsbilder, mit denen sie sich selbst beruhigen und die traumatischen Erfahrungen bewältigen können. [\(Mehr\)](#)

Narrative Konfrontation (auch narrative Expositionstherapie)

Narrative (erzählende) Verfahren werden meist als Teil einer umfangreicheren Therapie eingesetzt. Ziel dabei ist, die in der Erinnerung getrennten Elemente des Traumas zu einer Geschichte zusammenzufügen und sie in die eigene Lebensgeschichte zu integrieren. Gleichzeitig finden die Patienten dabei oft einen Sinn oder eine Bedeutung in den traumatischen Ereignissen. [\(Mehr\)](#)

Life Review-Technik bei älteren Patienten (nach Andreas Maercker und Tanja Zöllner)

Bei der Life Review-Technik („Lebens-Rückblicks-Technik“) sollen die Patienten eine Bilanz aus den positiven und negativen Erinnerungen ihres Lebens ziehen. Ziel ist, dass die Erinnerung an das Trauma nicht alle übrigen Erinnerungen dominiert. Weiterhin werden die traumatischen Erinnerungen identifiziert und in Form einer Geschichte gebracht, um das Trauma derart zu verarbeiten. ([Mehr](#))

Gestalttherapie

Bei der Gestalttherapie wird besonders darauf Wert gelegt, den wechselseitigen Einfluss zwischen Körper, Geist und Seele und die Zusammenhänge zwischen dem Patienten und seinem sozialen Umfeld zu berücksichtigen. Eine wichtige Rolle spielt hierbei die so genannte Kontaktgrenze zwischen dem Einzelnen und seiner Umwelt. ([Mehr](#))

Familien- und Paartherapie

Wenn jemand von einer PTBS betroffen ist, fühlen sich oft auch der Partner und die nahen Angehörigen durch die Symptomatik stark belastet. So kommt es durch das Vermeidungsverhalten und die emotionale Betäubung oft zu Beziehungsproblemen. Die Symptome der starken Erregung und Wut können auch zu Gewalt in Beziehungen führen. Um schwierige Situationen und Konflikte mit dem Partner oder anderen Familienmitgliedern zu lösen, kann eine Familien- oder Paartherapie sinnvoll sein. Oft werden neben der Einzeltherapie von Zeit zu Zeit Paar- und Familiengespräche durchgeführt. ([Mehr](#))

Kultursensitive Therapie

Bei einer Therapie mit Patienten aus anderen Kulturen sollte der Therapeut sein Vorgehen immer klar und nachvollziehbar beschreiben, damit sich der Patient in der Therapie sicher fühlt und eine vertrauensvolle Beziehung zwischen ihm und dem Therapeuten entstehen kann. Zwar sind die Symptome einer PTBS in verschiedenen Kulturen ähnlich – allerdings müssen bei Patienten aus einer anderen Kultur deren kulturelle Eigenheiten und Vorstellungen berücksichtigt werden. Wichtig ist, dass der Therapeut eine kultursensitive Haltung annimmt. ([Mehr](#))

Dissoziationen in der Therapie

In manchen Fällen, zum Beispiel, wenn der Patient bei einer Traumakonfrontation besonders heftige Gefühle erlebt, kann es zu Dissoziationen (Trennung von Wahrnehmungs- und Gedächtnisinhalten, welche normalerweise assoziiert sind) kommen. Dabei haben die Betroffenen das Gefühl, nicht sie selbst zu sein (Depersonalisation) oder das Gefühl, die Welt wie von fern zu erleben (Derealisation). Auf diesen Zustand sollte der Therapeut sofort reagieren. Er wird dann den Bezug zum Hier und Jetzt fördern sowie die Aufmerksamkeit des Patienten auf die unmittelbare Umgebung lenken, zum Beispiel, indem er ihn beschreiben lässt, was er gerade sieht. Bei schwer traumatisierten Patienten wird versucht, Dissoziationen in der Therapie von vorneherein zu vermeiden. So kann der Patient während der Traumakonfrontation die Augen offen lassen oder einen Gegenstand in der Hand halten, mit dem er positive Gefühle verbindet (zum Beispiel ein Foto eines geliebten Menschen).

Wann werden bei einer PTBS Psychopharmaka eingesetzt?

Auch wenn Psychopharmaka die PTBS selbst nicht ursächlich behandeln, werden in manchen Fällen neben einer Psychotherapie auch Psychopharmaka verordnet. Das ist vor allem sinnvoll, wenn die PTBS-Symptomatik sehr stark ausgeprägt ist, zum Beispiel bei starken Unruhezuständen oder Schlafstörungen, oder gleichzeitig eine andere psychische Störung vorliegt, zum Beispiel eine Depression. Die Medikamente werden gemäß der im Vordergrund stehenden Symptome eingesetzt.

Häufig werden bei einer PTBS Antidepressiva verordnet. Sie wirken vor allem auf die Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin im Gehirn und können Ängste verringern, die Stimmung verbessern und den Antrieb erhöhen oder auch verringern. Letzteres kann zum Beispiel bei starker körperlicher Unruhe hilfreich sein. Weiterhin können sie sich positiv auf belastende Erinnerungen, Flashbacks und das Vermeidungsverhalten auswirken. Antidepressiva können dazu beitragen, Verarbeitungsprozesse in der Psychotherapie zu unterstützen – in manchen Fällen machen sie eine Therapie überhaupt erst möglich. Dabei gelten neuere Antidepressiva aus der Gruppe der selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) als Mittel der ersten Wahl. Als wirksam bei einer PTBS haben sich die SSRI Sertralin, Fluoxetin und Paroxetin erwiesen. Bei Schlafstörungen kann auch das eher beruhigende Antidepressivum Trazodon eingesetzt werden.

Benzodiazepine, die als Schlaf- und Beruhigungsmittel dienen, können bei einer PTBS kurzzeitig verordnet werden, um Angst sowie Symptome erhöhter Erregung zu verringern und die Schlafqualität zu verbessern. Allerdings besteht bei Benzodiazepinen das Risiko einer Suchtentwicklung. Da Patienten mit PTBS ein erhöhtes Risiko für Suchterkrankungen haben, sollten Benzodiazepine hier nur mit besonderer Vorsicht und nur über einen kurzen Zeitraum (höchstens vier bis acht Wochen) verordnet werden. Zudem gibt es Hinweise, dass sie sich womöglich ungünstig auf die Verarbeitung des Traumas in der Psychotherapie auswirken und somit der Heilung eher im Weg stehen könnten.

Wie kann ich den Traumatisierten als Angehöriger oder Freund unterstützen?

Wenn ein Angehöriger oder Freund von einer PTBS betroffen ist, ist es wichtig, ihn so gut wie möglich zu unterstützen und für ihn da zu sein. Denn soziale Unterstützung kann wesentlich dazu beitragen, dass jemand sich von einem Trauma erholt. Vor allem ist es wichtig, dass Sie dem Betroffenen aufmerksam zuhören und ihm zeigen, dass Sie seine Gefühle respektieren – zum Beispiel starke Angst oder auch Wut. Vielen Betroffenen tut es gut, wenn andere anerkennen, dass sie etwas sehr Schweres erlebt haben und dadurch stark belastet sind. Gute Ratschläge sind für viele Traumatisierte dagegen wenig hilfreich – diese sollten Sie deshalb vermeiden. Ebenso sollten Sie keine Schuldzuweisungen machen.

Professionelle Hilfe – in den meisten Fällen eine Psychotherapie – kann deutlich dazu beitragen, die Probleme des Traumatisierten zu lindern und ihm zu helfen, möglichst bald wieder in seinen Alltag zurückzukehren. Unterstützen Sie Ihren Angehörigen deshalb dabei, professionelle Hilfe zu finden. Günstig ist es auch, wenn Sie sich selbst über das Krankheitsbild der PTBS informieren, um zu wissen, welche Symptome dabei auftreten und wie Sie am besten damit umgehen können.

Wenn Ihr Angehöriger Andeutungen macht, dass er nicht mehr leben möchte oder vorhat, sich das Leben zu nehmen, sollten Sie das unbedingt ernst nehmen und ihn motivieren, möglichst bald professionelle Unterstützung zu suchen.

Quellen und Links

1. Luise Reddemann (2008). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Verlag Leben lernen, Klett-Cotta, Stuttgart.
2. Andreas Maercker & Tanja Michael (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen. In: J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.). Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band II, S. 105-124. Springer-Verlag, Heidelberg.
3. DIMDI (2015). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM). Version 2015
4. [Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie \(DeGPT\)](#)
5. [Gesellschaft für Psychotraumatologie, Traumatherapie und Gewaltforschung \(GPTG\)](#)
6. [Deutsche Gesellschaft für Trauma und Dissoziation \(DGTD\)](#)
7. Fallbeispiel angelehnt an: Stephanie Amberger & Sybille Roll (Hrsg.) (2010). Psychiatriepflege und Psychotherapie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
8. Fallbeispiel angelehnt an: Luise Reddemann (2008). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Verlag Leben lernen, Klett-Cotta, Stuttgart.
9. Fallbeispiel angelehnt an: Jürgen Bengel (2010). Anpassungsstörung und Akute Belastungsstörung. Vortrag am Universitätsspital Basel.
10. Fallbeispiel angelehnt an: Andreas Maercker & Tanja Michael (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen.

Von Dr. Christine Amrhein