

Die posttraumatische Belastungsstörung

PTBS

Dr. med. Monika Hollub, Schleswig

Gehalten vor der NGaT in Malente am 20. April 2002

Wenn über dieses komplexe Thema referiert werden soll, geht es zum einen um Basisinformationen über Natur und Dynamik von traumatischen Reaktionen und um weiterführende Perspektiven, die die Therapie und Prävention betreffen.

Bei den Basisinformationen sind die Voraussetzungen und neurophysiologischen Bedingungen der Ausbildung einer Störung zu erwähnen, ebenso wie die diagnostischen Möglichkeiten zur Erfassung des Ausprägungsgrades der PTBS und zur Diagnostizierung von Comorbiditäten.

Zunächst muss aber festgestellt werden, was unter Trauma zu verstehen ist: Definition des psychischen Traumas. "vitales Diskrepanzerlebnis 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 1998, S. 79)

Dieses sog. Akut-Trauma kann auch bezeichnet werden als kritische Situation mit Potenz, akute Belastungsreaktionen und Folgestörungen auszulösen bei Opfern krimineller Gewalt, Opfer schwerer Unfälle, Opfer kritischer Ereignisse (Polizei, Feuerwehr, Militär). Normalerweise setzt ein natürlicher Selbstheilungsprozess ein mit folgenden Phasen:

1. *Schockphase*: es treten intensive Emotionen auf wie Panik, oder aber eine Erstarrung (numbng) i.S. eines Abwehrprozesses gegen Überschwemmung, die bis zur Gefühlstaubheit gehen kann. Danach folgt die
2. *Einwirkungsphase* in Form einer Schaukelbewegung zwischen Vermeidung / Verleugnung und Intrusionen (sich aufdrängende Erinnerungsbilder, Gefühle, Gedanken, Träume, Wahrnehmungen), die zu einem Hyperarousal (erhöhtes Erregungsniveau mit Gereiztheit, Aggressivität, Nervosität) führen. Daran schließt die
3. *Erholungsphase* mit Durcharbeiten des Erlebten, wobei das Trauma in das Welt- und Selbstverständnis integriert wird. Es können danach Erinnerungen zugelassen werden, ohne daß es zum Kontrollverlust bei Affektüberschwemmung kommt.

Um diesen natürlichen Selbstheilungsprozess zu unterstützen, ist eine Krisenintervention hilfreich in Form des sog. Debriefing (CISD -= Critical Incident Stress Debriefing für Typ-I-Traumatisierte), wobei Hochrisiko-Personen aufgesucht werden. Wichtig ist die Unmittelbarkeit des Hilfsangebots, die Nähe zum Ort des Geschehens, die Problemfokussierung und die Kürze der Intervention mit dem Ziel der Erholung. Dabei sollten keine unbewussten Motive interpretiert werden, weil dadurch Schuldzuweisung erfahren werden könnte.

Von Bedeutung ist die Aktivierung von Ressourcen im sozialen Umfeld (Einbeziehung der Familie), um eine sequentielle Traumatisierung zu vermeiden. Diese Hilfe sollte innerhalb von 1 Woche nach dem Trauma angeboten werden und ist als sekundäre Prävention zu verstehen. Psychoedukation mit Information über den natürlichen Ablauf ist von großer und entlastender Bedeutung.

Im Sinne eines Screenings kann dabei schon z.B. mit dem Kölner Risikoindex (siehe Checkliste hierzu) eine diagnostische Aussage zum Trauma-Risiko gemacht werden, wonach Hochrisikopersonen eine PTBS entwickeln könnten, um diesen dann eine spezielle Trauma-Therapie anzubieten.

Bei der Einschätzung kommen Risiko- und Schutzfaktoren zum Tragen: wie Art des belastenden Erlebnisses, Schwere des Traumas, peritraumatische Dissoziation, Mehrfachtraumen, Lebensbedrohlichkeit, Dauer des Traumas, negative Erfahrungen im Umgang mit Institutionen und Umwelt, Schwere der Verletzungen, Bekanntheit des Täters, Alter und Schulbildung und Arbeitssituation des Opfers etc. Zu erwähnen ist hierbei eine Traumtypologie in Typ-I-Traumen (kurzdauernde traumatische Ereignisse) und Typ-II-Traumen (längerdauernde wiederholte Traumen). Traumatisches Lebensereignis: Naturkatastrophe, Unfall, kriminelle Gewalttat, Folter, Geiselnahme, Kriegserlebnisse, sexuelle Missbrauchserfahrung. Verschiedene sozioökonomische Merkmale wie Geschlecht (weiblich doppelt so häufig) oder Berufsgruppenzugehörigkeit beeinflussen die Prävalenzzahlen. Bei 90% aller Pat. mit PTBS besteht eine Comorbidität mit einer weiteren psychiatrischen Störung (Suchtmittelabhängigkeit und depressive Störungen). Dies deutet auf Prädisposition hin. Bei der Hälfte der PTBS-Patienten besteht die Störung länger als ein Jahr, bei einem Drittel länger als 10 Jahre.

Hochrisikogruppe ist nun riskiert, eine PTBS zu entwickeln neben anderen comorbiden Störungen wie Suchterkrankungen, Ängsten, Depressionen, Essstörungen, Somatisierungen. Eine Chronifizierung über Jahre ist möglich, aber auch, daß erst nach Jahren, nach Hinzukommen plötzlicher relevanter belastender Faktoren Symptome einer PTBS auftreten. Die fixierte traumatische Erinnerung tritt dann in verzerrter und generalisierter Form und dabei fragmentiert an die Oberfläche und führt zu einer chaotischen Gefühlssituation.

Eine PTBS liegt vor, wenn das traumatische Ereignis über einen mehr als 4wöchigen Zeitraum a) beharrlich wiedererlebt wird (Intrusion), b) anhaltend Reize, die mit dem Trauma assoziiert sind, vermieden werden (Inhibition oder Konstriktion), c) sich anhaltende Symptome erhöhten Arousals zeigen, die vor dem Trauma nicht bestanden, und d) das Störungsbild deutliche psychische oder soziale Beeinträchtigungen verursacht. Die Entwicklung einer PTBS nach einem Trauma stellt eher die Ausnahme, als die Regel dar. Mindestens jeder Zweite erlebt in seinem Leben ein traumatisches Ereignis, die Lebenszeitinzidenz der PTBS nach einem Trauma liegt jedoch nur bei ca. 15% der Betroffenen. Im weiteren bestehen neben diesen interindividuellen auch intraindividuelle Unterschiede bezüglich der variierenden Symptomausprägungen und dem Verlauf der Störung. Eine Erklärung könnten psychobiologische Abweichungen sein.

Warum ist dies so? Dazu ist ein Ausflug in die Neurophysiologie/ -biologie nötig, nämlich zur Topographie in der Traumaverarbeitung wichtiger Gehirnstrukturen: Thalamus, Amygdala, Hippocampus, Temporallappen, frontaler Cortex.

Beim Psychotrauma ordnet das Amygdala den Ereignissen keine Signifikanz mehr zu und arbeitet nicht mit dem Hippocampus, der sog. kognitiven Weltkarte für alle bisherigen Erinnerungen ähnlicher Erlebnisse, zusammen, sondern feuert gleich zum frontalen Kortex, mit dem Ziel der Integration, was misslingt. Der Thalamus als Schaltstelle für sensorische Informationen gibt die Wahrnehmungsmodalitäten ungefiltert an das Amygdala weiter (Desorganisation ganzheitlicher Verarbeitung). So kann das Auftreten von dissoziativem Erleben erklärt werden mit Veränderung des Zeiterlebens, der Wahrnehmung von Gestalt, Farbe und Größe, auf diese Weise können Pseudohalluzinationen (Stimmenhören) entstehen, die als flash-backs getriggert werden können, und bei Extremstress zu emotionaler Betäubung oder Angst, Panik und Hyperarousal führen. Die kognitive, semantische und räumlich-zeitliche Einordnung durch den Hippocampus unterbleibt, statt des deklarativen Gedächtnisses wird nur noch das implizite (emotionale) Gedächtnis durch afferente sensorische Reize aktiviert, es kann zur dissoziativen Amnesie mit konditionierten Aktivitäten (Konversionen) kommen oder bei Erinnerungen zu Alpträumen und flash-backs. Die limbischen Strukturen (Amygdala/Hippocampus) sind dabei mit den Temporallappen verbunden, was zu Intrusionen und dissoziativen Phänomenen führt wie Tranceerleben, Suggestibilität, Depersonalisation und Derealisation. Das Frontalhirn hat nur eine eingeschränkte Integrationsfähigkeit, kann nicht unterscheiden zwischen wirklich Gefährlichem, wenn es auch noch zur Brocasuppression kommt,

entsteht ein Zustand der Sprachlosigkeit. Auf diese Weise werden bestimmte neuronale Strukturen bevorzugt, andere aus dem Regelkreis ausgeschlossen und vernachlässigt. Dies führt bei der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse zu Hormonunregelmäßigkeiten mit verstärkter Ausschüttung von Katecholaminen, Cortisol als Stresshormon und Opiaten. Diese biologischen Veränderungen entsprechen der physiologischen Stressantwort, dazu gehören auf endokriner Ebene die HHNA, auf der Neurotransmitterebene das noradrenerge System und die endogenen Opiate, als Indikatoren der zentralnervösen Innervation verschiedene psychophysiologische Parameter und als mögliche Korrelate der peripheren biologischen Abweichungen hirnanatomische Veränderungen. Beim Freeze kommt es so zur Blockierung der Verarbeitung und zur Überschwemmung mit Hormonen beim Trauma.

Als Folge des Stresses kommt es schließlich zu einem relativen Hypocortisolismus mit einer erhöhten negativen Feedbacksensitivität (erhöhte Anzahl an Glukokortikoidrezeptoren auf Lymphozyten) der HHNA, zu einer erhöhten noradrenergen Aktivität und zu einer Hippocampusatrophie.

- Untersuchungsergebnisse verweisen darauf, daß bei Patienten mit einer PTBS eine übermäßige Freisetzung von CRH (Korticotropin-Releasing Hormon) und ein Hypocortisolismus (bei supprimierter Freisetzung von adrenokortikotropem Hormon =ACTH) mit einer erhöhten negativen Feedbacksensitivität vorliegt.

- Aufgrund der Beobachtung, daß bei PTBS-Patienten eine 40%ige Reduktion der α_2 adrenergen Rezeptoren vorliegt, kann angenommen werden, daß diese Rezeptor-Downregulation eine Folge der exzessiven Katecholaminfreisetzung darstellt. Als biologischer Indikator des erhöhten Arousals lassen sich die basale und stimulierte Freisetzung von Noradrenalin (NA) heranziehen. NA wird in der Stressforschung für Orientierungsvorgänge, selektive Aufmerksamkeitsprozesse, Hypervigilanz und autonomes Arousal verantwortlich gemacht. Unter Stress wird im Locus coeruleus die neuronale Feuerungsrate und Freisetzung von NA erhöht, bei PTBS-Patienten auch nachts (keine physiologische Absenkung) als Erklärung für Schlafstörung und Alpträume. Diese Erklärung trifft auch auf den Symptomkomplex der Intrusion zu. Die erhöhte NA-Freisetzung führt zu einer besonders ausgeprägten Aktivierung der Amygdala und der Hirnareale, die für das assoziative Gedächtnis verantwortlich sind. Dieser Vorgang lässt sich als ein Lernprozess beschreiben, der gegenüber Abschwächungs- oder Lösungsprozessen relativ resistent zu sein scheint. Die Amygdala ist nun an der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse beteiligt.
- Untersuchungen zeigten, daß bei PTBS-Patienten im Vergleich zu gesunden Kontrollen deutlich erhöhte β -Endorphinspiegel vorliegen. Bei unvermeidbaren Stressoren kann so eine opiatvermittelte Analgesie erreicht werden. Die emotionale Verflachung und eingeschränkte Aktivität (Inhibition) werden durch die übermäßige Freisetzung endogener Opiate erklärt, was bis zur emotionalen Erstarrung führen kann.
- PTBS-Patienten haben zu 60-90% eine Erhöhung der elektrodermalen Aktivität, der Herzrate und des Blutdrucks bei Präsentation traumatischen Materials. Da die Intensität des Schreckreflexes durch negative Emotionen (Furcht, Angst) verstärkt, durch angenehme Emotionen gehemmt wird, scheint die Schreckreaktion durch die Amygdala beeinflusst zu werden. Erhöhtes autonomes Arousal auch erklärbar durch geringe Habituation (bei Darbietung von Schreckreizen) bei hoher Konditionierbarkeit autonomer Prozesse auf negative Stimuli.
- Insbesondere der Hippocampus besitzt bei der Verarbeitung von Stressoren einen besonderen Stellenwert, da diese Hirnstruktur in komplexe Lernprozesse wie räumliches oder kontextuelles Lernen oder in die Zuschreibung einer emotionalen Bedeutung zu Orten und komplexen Stimuli involviert ist. Glukokortikoide können aufgrund kurzfristiger Überstimulation einen neurotoxischen Effekt auf den Hippocampus haben und amnestische Symptome bewirken. Wiederholter Stress führt zu neuronalem Zelluntergang, der sich neuroanatomisch in einer hippocampalen Atrophie und neuropsychologisch in verringerten Lern- und Gedächtnisleistungen widerspiegeln kann.
- Unter der Nutzung der Positronen-Emissionstomographie (PET) lässt sich der regionale cerebrale Blutfluss (rCBF) messen. Unter Provokationsbedingungen konnte bei PTBS-Patienten nachgewiesen werden, daß eine Erhöhung der rCBF rechtslateral im Gyrus cinguli und der Amygdala auftrat und daß linkslateral eine Reduktion, insbesondere in der Broca-Gegend, sich fand. Dies ist ein Hinweis, daß limbische und paralimbische Komponenten, insbesondere die rechtsseitige Amygdala, an der Verarbeitung traumatischer Reaktionen beteiligt sind.

- Es fanden sich auch Hinweise auf Defizite der Konzentrations- und Gedächtnisleistung mit Schwierigkeiten bei der Diskrimination zwischen relevanten und irrelevanten Stimuli. Diese Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sind evtl. durch die hippocampalen Veränderungen bedingt.
- Trizyklische Antidepressiva würden bei PTBS-Patienten, die eh schon erhöhte Anzahl der Glukokortikoidrezeptoren medikamentös steigern, wären insofern kontraindiziert (SSRI!). Bei chronischem Stress würde ein Absinken des Kortisolspiegels eintreten mit einer evtl. gleichzeitig auftretenden Up-Regulation der Glukokortikoidrezeptoren.
- Ausgegangen werden kann auch vom Einfluss prädisponierender Faktoren, die schon vor dem Trauma zu einer Dysregulation endokriner Systeme geführt haben. Dazu gehören genetische Merkmale, frühkindliche Stresserfahrungen oder eine vorbestehende psychische Erkrankung und frühkindliche Störungen.

Diese neurobiologischen Vorgänge erklären nun das Auftreten des spezifischen Syndroms von posttraumatischen Störungen wie Intrusion (Wiedererinnerung), erhöhtes Erregungsniveau (Hyperarousal) und Rückzug (Konstriktion) als Abwehr und Vermeidungsprozess. Thalamus: steuert die Reaktion auf Umwelteinflüsse, fördert die Integration sensorischer Afferenzen zu Kortex, Amygdala und Hippocampus.

Amygdala: sensorische Reize aktivieren emotionale (implizite) Gedächtnisinhalte. Es besteht eine Assoziation zu Hippocampus, hierdurch wird eine emotionale Bedeutungsattribution in der hippocampalen Gedächtnisbildung geschaffen.

Hippocampus: Transfer emotional bewerteter, affektiv getönter Stimuli in das Langzeitgedächtnis. Es kommt zur kognitiven Einordnung, ein semantischer Kontext und eine räumlichzeitliche Einordnung wird geschaffen. Es erfolgt eine Weiterleitung in den präfrontalen Kortex (autobiographisches Gedächtnis). Temporallappen: Verbindung mit den limbischen Strukturen (Amygdala, Hippocampus)

Für die Trauma-Therapie sind einige wichtige Regeln zu beachten, die ich hier nur stichpunktartig, wie von Wilson 1989 vorgeschlagen, referieren möchte.

1. Nicht beurteilende Akzeptierung des Opfers. Die therapeutische Haltung bedeutet Neutralität nein, Abstinenz ja: engagiert und solidarisch, vermieden werden soll eine Verstärkung der Selbstverurteilungstendenz beim Opfer und Rettungsphantasien beim Therapeuten.
2. Sofortige Intervention und die Beschaffung von Hilfe unterstützt den Erholungsprozess.
3. Erwartung massiver Gegenübertragungsreaktionen: aus einer Überidentifizierung können Affektdurchbrüche und persönliche Verstrickung mit Affektüberschwemmung (Angst, Schuldgefühle) beim Therapeuten auftreten, aus einer Vermeidung und an therapeutischen Normen orientierten Haltung kann ein emotionaler Rückzug und eine unbewusste Verstrickung resultieren (Empathiestress beim Anhören des Traumberichts lässt Passivität und Hilflosigkeit spüren).
4. Die Bereitschaft, sich testen zu lassen: Sicherheit und Vertrauen aufbauen, ohne die Grenzen der Abstinenz zu verlieren.

5. Übertragung ist in der Trauma-Therapie ein Prozess der Wiederaufnahme von Beziehung.
6. Ausgehen von der Hypothese, daß psychotraumatische Belastungssymptome durch das traumatische Ereignis hervorgerufen werden.
7. Information über die Natur und die Dynamik von traumatischen Reaktionen ist ein Bestandteil der Trauma-Therapie. 3 Prinzipien der Trauma-Therapie (Ochberg 1993): Normalität, Kooperation und Wiederermächtigung des Patienten sowie Individualität. PTBS als normale Folgeerscheinung einer anomalen Situation (Trauma ließ keine adäquate Bewältigung zu).
8. Traumatische Ereignisse können in jedem Lebensalter zu Veränderungen der Ich- und Identitätsentwicklung führen. Wenn die soziale Umwelt nicht genügend empathisch auf traumatische Verletzungen reagiert, können als Folge narzisstische Wut und Verletzlichkeit, geringe Selbstachtung, Entfremdungsgefühle, paranoide Vorstellungen, Phantasien von Rache und Vergeltung sowie hohe Sensibilität gegenüber unempathischem Verhalten resultieren.
9. Verwerfung, Spaltung und Formen von Dissoziation gehören zu den Abwehrmechanismen, die einem psychischen Trauma folgen. So kann es zu einer dauerhaften Persönlichkeitsalternierung kommen mit Tendenz, eine neue Identität auszubilden, die wie in Winnicotts Unterscheidung zwischen wahren und falschem Selbst der neuen Situation anscheinend besser angepasst ist.
10. Selbstbehandlungsversuche durch Alkohol oder Drogen sind verbreitet bei PTBS.
11. Die erfolgreiche Transformation der traumatischen Erfahrung kann die Entwicklung von positiven Charakterzügen zur Folge haben. Sinnfindung hilft aus der Traumafalle heraus.
12. Soziales Engagement und Sprechen über das Trauma fördern den Erholungsprozess.
13. Die Transformation des Traumas ist ein lebenslanger Prozess.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse. Mit einer Lebenszeitprävalenz von 1% - 7% ist die PTBS eine häufige psychische Störung.

Das klinische Bild wird geprägt durch verschiedene Symptome aus den 3 Hauptgruppen Intrusionen, Vermeidung und Hyperarousal.

Aktuelle Diagnosekriterien (ICD-10: F43.1):

1. Die Betroffenen sind einem kurz oder lang anhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
2. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (flash-backs), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende

Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.

3. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Verbindung stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.
4. Entweder ein oder zwei der folgenden:
 - a) Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.
 - b) Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:
 - i. Ein- und Durchschlafstörungen
 - ii. Reizbarkeit oder Wutausbrüche
 - iii. Konzentrationsschwierigkeiten
 - iv. Erhöhte Schreckhaftigkeit

Die Kriterien 2, 3 und 4 treten innerhalb von 6 Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende der Belastungsperiode auf. (In einigen speziellen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden.)

Diagnostische Kriterien der andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung F62.0:

1. Anhaltende Änderung in der Wahrnehmung, in der Beziehung und im Denken der Betroffenen in Bezug auf ihre Umgebung und sich selbst, nach einer Extrembelastung.
2. Ausgeprägte Persönlichkeitsänderung mit unflexiblem und unangepasstem Verhalten mit mindestens 2 der folgenden Symptome:
 - a. feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt.
 - b. Sozialer Rückzug.
 - c. Gefühl von Leere und/oder Hoffnungslosigkeit.
 - d. Gefühl von Nervosität oder von Bedrohung ohne äußere Ursache, gelegentlich verbunden mit der Neigung zu exzessivem Trinken oder einem Gebrauch psychotroper Substanzen.
 - e. Entfremdungsgefühl, unter Umständen verbunden mit dem Eindruck einer emotionalen Betäubung.
3. Deutliche Störung der sozialen Funktionsfähigkeit oder subjektives Leiden der Betroffenen mit negativen Auswirkungen auf ihre Umgebung.

4. Keine anamnestischen Hinweise auf vorbestehende Persönlichkeitsstörungen, die die augenblicklichen Persönlichkeitseigenschaften erklären könnten.
5. Die Persönlichkeitsänderung muss seit mindestens 2 Jahren bestehen.
6. Die beschriebene Störung kann den chronischen Verlauf einer PTBS darstellen. Eine anhaltende Persönlichkeitsänderung sollte dennoch nur angenommen werden, wenn nach einer mindestens zweijährigen PTBS ein Zeitraum von nicht weniger als 2 Jahren besteht, in dem die oben angegebenen Kriterien erfüllt waren.

Die wissenschaftliche und sozialmedizinische Beurteilung der psychischen Folgen traumatischer Ereignisse ist gesellschaftlichen Einflüssen ausgesetzt. Erst die relativ neue Entwicklung und Wiederentdeckung, Realtraumata als Ursache psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen anzuerkennen, führte 1980 zur Definition der diagnostischen Kategorie der PTBS im DSM-III. Seitdem nimmt das Wissen hinsichtlich psychotraumatologischer Störungsbilder rapide zu, insbesondere bezüglich Theorien der Informationsverarbeitung. Es wurden störungsspezifische multimodale Therapieansätze entwickelt, in denen auf der Grundlage einer klaren therapeutischen Haltung und in einem Gesamtbehandlungsplan eingebettet verschiedene therapeutische Techniken zur Stabilisierung, Traumaexposition und Integration eingesetzt werden.

Psychotraumatherapie

Sozialpsychologische Abwehrprozesse bei Erforschung und Therapie psychischer Traumatisierung sind dabei von Bedeutung: so kann der Egozentrismus des Helfers, der meint, am besten zu wissen, was hilft, den Verarbeitungsprozeß hemmen und mehr dem Narzissmus des Helfers dienen. Es kann aber schon zu Anfang dazu kommen, daß das Opfer als mitverantwortlich bezeichnet wird, aufgrund des Täuschungseffekts der Retrospektive. Dieses Verhalten, das Trauma als wahrscheinlich und vorhersehbar zu bezeichnen, führt zur Opferbeschuldigung. Das kann soweit gehen, daß von einer masochistischen Opferpersönlichkeit gesprochen wird, oder aber, die Neutralitätslösung als weitere Abwehrstrategie beim Helfer wird gewählt: dann wird meistens nicht unterschieden zwischen der aggressiven Aggression des Angreifers und der defensiven Aggression, mit der das Opfer sich zur Wehr setzt. Geflügeltes Wort ist gern "wenn 2 sich streiten, haben beide schuld". Eine Täter- oder Opferidentifizierung beim Helfer/beim Gericht kann ebenfalls als Hindernis auftreten, besonders in der Rechtsfindung und Rechtsprechung. Ähnlich verhält es sich mit Elternschonung (da Kritisierung Tabu) oder Elternanklage. Das Opfer kann eine Opferidentität entwickeln, die verhindert, einen eigenen, selbständigen Lebensentwurf zu entwickeln im Sinne eines Schritts aus der Opferrolle zum Überlebenden. Auch eine präsentative Opferhaltung mit Rollenumkehr ist möglich, wo der Täter Anklage gegen das Opfer erhebt (z.B. Hitler). Der Therapeut soll möglichst eine solidarische oder parteiliche Abstinenz entwickeln im Rahmen einer klaren Stellungnahme zum Trauma. Das Arbeitsbündnis sollte nach den Gesichtspunkten von Gleichrangigkeit, Gleichmächtigkeit und einfühlsamer Kooperation aufgebaut werden mit dem Ziel, einen stabilen Kontakt herzustellen mit wechselseitiger emotionaler Resonanz zwischen Therapeut und Patient.

Stabilisierungsphase:

In ihr soll der Verlust der Selbstregulation (Traumafolge) ausgeglichen werden, deshalb sollten auch keine unstrukturierten Therapieangebote gemacht werden (Angstauslösung). Aggression soll nicht zu früh mobilisiert werden, da diese Schuld und Scham nach sich ziehen kann. Ebenso keine intellektuelle Überforderung wegen Ohnmacht- und Hilflosigkeitsgefühlen. Therapieziel ist, Meister zu werden im Umgang mit inneren Zuständen und beim Vorgang der Selbstberuhigung. Horowitz (1976): eine erfolgreiche Bewältigung einer traumatischen Reaktion bedeutet die Fähigkeit, das Trauma willentlich erinnern zu können und gleichermaßen in der Lage zu sein, die Aufmerksamkeit anderen Dingen zuzuwenden, also dem Trauma nicht verhaftet zu bleiben.

Elemente der Stabilisierung:

Behandlungs- und Beziehungsangebot erklären. Übertragungsverzerrungen korrigieren (sie verwechseln mich). Psychoedukation PTSD. Vermittlung von heilsamen Kognitionen. Gleich am Anfang Imaginationsübungen vermitteln. Grounding-Techniken: deutliches Ansprechen und Klären (Trauma in der Vergangenheit, im Hier und Jetzt sicher), 1000-7-Technik, irritierendes Ansprechen (z.B. mit falschem Namen) Person spüren lassen, wie Sessel sich anfühlt, im Raum umhergehen lassen

Imaginationsübungen: innerer Helfer (weiser Ratgeber, Liebe gebend, immer verfügbar) Baumübung Ideale Eltern = innere Helfer konfliktfreie Zone positives Gegenbild (darin hin und her wechseln lassen) Tresor mit Trauma verschließen, Bilder verändern durch Rahmen, vergrößern/verkleinern = Distanzschaffung traumatische Situation verändern: erwachsene Person (ideale Eltern) holen Traumatisierten (Kind) aus der Situation heraus (verletzten Teil abholen und integrieren). Stabilisierung - Konfrontation - Neuorientierung unter Stärkung der Ich-Funktionen.

Psychodynamische Traumatherapie: mehrdimensional: zentraler Beziehungskonflikt. Koppelung mit kognitiv-behavioralen Übungselementen, integrative Ansätze – psychodynamisch-behavioral

Psychodynamische Kurztherapie nach Horowitz (18 Sitzungen): wenn es zu einer Fixierung auf eines der Verarbeitungsstadien kommt, soll aktiv interveniert werden, z.B. in Stadium 1: Verleugnung oder Vermeidung Stadium 2: intrusive Phänomene in Gefühl und Vorstellung Stadium 3: Durcharbeiten Stadium 4: Vollendung

Die Interventionen dienen der Wiederaufnahme des Traumaverarbeitungsprozesses mit Arbeit an dem habituellen Kontrollstil (Coping- und Abwehrstrategien der Persönlichkeit und persönlichkeitsstypische Erlebniszustände, die prätraumatisch schon vorlagen).

Erreicht werden soll eine Förderung der Phasen der Traumaverarbeitung durch:

1. Reduzieren von exzessiven Kontrollen durch Interpretation von Abwehrmanövern und Verhaltensweisen, die kontraproduktiv sind
2. Abreaktion
3. Katharsis fördern

4. Detaillierte Beschreibung der traumatischen Situation und der Situationsfaktoren unterstützen durch Sprache, Bilder, Rollenspiel, künstlerische Gestaltung oder erneute szenische Darstellung der traumatischen Situation
5. Rekonstruktion des traumatischen Geschehens
6. Exploration des emotionalen Erlebens in der traumatischen Situation
7. Unterstützung der Aufnahme sozialer Beziehungen, um emotionaler Erstarrung und Isolation entgegenzuwirken

Die Phase des intrusiven Wiedererlebens wird gestaltet durch 12 Techniken, die Überflutung verhindern sollen mit Durcharbeitung der sich aufdrängenden Erinnerungsbilder

1. Strukturierung von Ereignissen neben Strukturierung und Organisation von Informationen
2. äußere Belastungen entfernen
3. für Erholung und Ausruhen sorgen
4. Therapeut bietet sich als Übertragungsmodell an
5. kognitive Restrukturierung unterstützen, Selbstanklage hinterfragen, psychoedukative Deutungen anbieten
6. helfen bei der Differenzierung zwischen Gegenwart und Vergangenheit
7. Analyse von Situationselementen, die assoziativ mit Traumen in Verbindung stehen, und Anleitung, die Situationen zu vermeiden
8. Dosierungstechniken beim Umgang mit traumatischen Erinnerungen. Therapeut übernimmt zunächst Kontrollfunktion; diese Fähigkeit, die Erinnerung an das Trauma zu begrenzen, geht dann an Betroffenen über. Hierzu ist der Erwerb von Techniken der Selbstberuhigung und kognitiven Kontrolle von Nutzen.
9. Unterstützung anbieten
10. positive Gefühle hervorrufen (in Unterschied zu negativen Gefühlen bzgl. Trauma)
11. Entspannungstechniken anbieten (Stressreduzierung)
12. evtl. Psychopharmaka, damit Psychotherapie überhaupt möglich wird.

MPTT (Fischer 1997) = Mehrdimensionale Psychoanalytische Traumatherapie: Sitzungen auch mit EMDR =Eye Movement Desensitization and Reprocessing kombinierbar, un/fokussiert (ggf. Fokaltherapie).

Anknüpfen an natürlichen Verarbeitungsprozeß und Initiative/Entscheidung Patienten überlassen. Stärkung des traumakompensatorischen Schemas. Kognitive

Rekonstruktion der traumatischen Situation (nach eigenständiger Dekonstruktion, Konstruktion und Rekonstruktion des Traumaschemas einschließlich der traumakompensatorischen Anteile: kreative Synthese des Traumaschemas) Fördern einer Gestaltbildung der traumatischen Situation, Fokus in Richtung zentrales traumatisches Situationsthema wenden (was hat Sie am tiefsten getroffen?) und affektiv wirksam rekonstruieren und durcharbeiten.

Vorgestellt werden soll jetzt die psychoanalytische ***Fokaltherapie nach Lindy 1993:***

In der Anfangsphase wird ein Arbeitsbündnis aufgebaut, wichtig sind dabei Prinzip 1 und 2:

Prinzip 1: Anschluss an natürlichen Traumaverlauf, Heilungs- und Präventionskonzept positiv aufgreifen, Strukturierung traumatischer Erlebnismuster (was bringen Intrusionsbilder zum Ausdruck), Stärkung der Kompensationsmechanismen (Vergessen, ablenken) bei Reduktion exzessiver Kontrollen, Umgang mit negativer Übertragung

Prinzip 2: Fokus der Therapie: Therapie soll sich auf traumatische Situationen und Reaktionen beziehen und Verarbeitungsprozeß fördern. Dabei erfolgt Psychoedukation

In der Mittelphase konstellierte sich die Übertragung: dabei verweisen Reinszenierungen in der Therapie und Übertragungsmuster in erster Linie auf die traumatische Erfahrung und nicht unbedingt auf frühkindliche Erfahrungen. Es bietet sich hier die Chance, aus einer Übertragungsinszenierung bisher unbekanntes oder noch nicht verarbeitete Aspekte des Traumas zu erschließen. Inszenierungen von Übertragung und Gegenübertragung werden daher zu einem vertieften Verständnis der traumatischen Erfahrung genutzt. Von Bedeutung sind hierbei

Prinzip 3: Situationsanalyse: Konfrontation mit traumatischen Situationselementen (Selbstverlust, Victimisierung, Angst, Erregung, Todesnähe, negative Intimität)

Prinzip 4: Dynamik der Symptombildung beim Trauma und die traumaspezifische Bedeutung sollen wahrgenommen werden.

In der Mittelphase werden bisher verdrängte traumatische Situationsfaktoren mit starker emotionaler Bedeutung wahrgenommen, hierdurch gewinnt das Trauma Kontur, nimmt Grenzen an und gliedert sich in einzelne Teilaspekte, welche die Patienten mehr und mehr mit ihren alltäglichen Reaktionen und Ängsten in Verbindung bringen können. Besondere Gefühle wie Scham, Schuld, Angst oder Ekel können jetzt mit bestimmten Subkategorien der traumatischen Erfahrung in Verbindung gebracht werden. Immer besseres Kenntnis der traumatischen Erfahrung führt dazu, daß die Kompetenz und Kontrolle über die traumatische Erfahrung zurückgewonnen werden kann.

Während am Ende der Mittelphase das Trauma in seinen Grenzen und Untereinheiten sichtbar und begreifbar geworden ist, wird nun in der Abschlussphase eine Ganzheit des Traumas anvisiert, wobei sich in bezug auf diese Ganzheit die ganz persönliche Bedeutung des Traumas, die nur auf dem Hintergrund der Lebensgeschichte verstehbar wird, konkretisiert: "Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile". Gelingt es dem Therapeuten, für die tiefe Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses einfühlsame

Worte, eine Metapher zu finden, so fühlt sich der Betroffene verstanden, kann die Teile des zerbrochenen Selbst wahrnehmen und von dort aus jenen Schritt vollziehen, nämlich die Konstruktion eines Metaschemas, das die verlorene Kontinuität zwischen prä- und posttraumatischer Persönlichkeit überbrücken und allmählich wieder herstellen kann.

Erst mal dominieren aber in dieser Endphase Gegenübertragungsreaktionen und ein zentraler Beziehungskonflikt infolge pathogener Annahmen. Die deutlich spürbare Gegenübertragungsreaktion beim Therapeuten leitet über zur persönlichen Bedeutung, die das Trauma für diesen Patienten auf dem Hintergrund seiner individuellen Lebensgeschichte angenommen hat. Wie auch an der diskontinuierlichen Gegenübertragungsreaktion ablesbar, entspricht die traumaspezifische Bedeutung einem Bruch in der Lebensgeschichte des Betroffenen. Das prätraumatische und posttraumatische Selbst sind nicht mehr dieselben, und eine Brücke zwischen beiden ist noch nicht gefunden.

Der Therapeut soll mit dem Patienten zusammen diese Brücke herstellen, d.h. Metaphern, Begriffe, Worte finden, die den Bruch in der lebensgeschichtlichen Entwicklung bezeichnen und zugleich überwinden helfen. Von Bedeutung ist dabei das

Prinzip 5: Trauma und Persönlichkeitsstil mit der Antwort auf die Frage: was bedeutet das Trauma heute und wie wirkt es sich heute aus?

Bei Beendigung der Therapie kommt Trauer auf z.B. über die manchmal lange Lebenszeit, als Patient noch in der Traumafalle war. Therapeut muss im weiteren oft erkennen, daß Symptome beim Patienten fortbestehen und daß Patient weiter um sein inneres Gleichgewicht ringen muss. Ziel der psychoanalytischen Fokaltherapie nach Lindy 1993 ist die Wiederaufnahme jenes lebenslangen Entwicklungsprozesses, der durch die traumatische Erschütterung abrupt unterbrochen war. Dabei kommt es dann auch zur Symptomreduktion. Das zentrale traumatische Situationsthema (=traumaspezifische Bedeutung) interferiert dabei mit dem Lebensthema.

Die **Prozessorientierte Traumatherapie** vertraut auf den autonomen therapeutischen Heilungsprozess und berücksichtigt Katharsis, Abreaktion und Durcharbeiten gleichermaßen wie aktives Eingreifen. EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing beinhaltet eine solche Verbindung von Prozessorientierung und aktiver Intervention. Desensibilisierung wird dadurch gefördert, daß Klient in entspannter und sicherer Situation aufgefordert wird, sich in evtl. beunruhigende Szenen bildhaft hineinzusetzen. Durch bilaterale Stimulation über rhythmisch wechselnde sakkadische Augenbewegungen wird auf einer hirneurophysiologischen Grundlage ein desensibilisierender Verarbeitungsvorgang in Gang gesetzt, der schließlich auch schwer traumatische Erfahrungen erreicht. Begleitet wird die Stress- und Traumaverarbeitung durch schrittweise gestufte Kontroll- und Entspannungsübungen, die u.a. sicherstellen, daß keine Überflutung durch traumatische Erinnerungen oder extreme Affekte erfolgt. Das Verfahren ähnelt der kognitiven Verhaltenstherapie und könnte als kognitiv erweiterte Form der systematischen Desensibilisierung betrachtet werden. Das Reprocessing im Sinne von gleichzeitig ablaufendem Wiedererleben und Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung entspricht dem psychodynamischen Umgang mit einem Trauma. Es sollen nicht nur Konditionierungen "gelöscht" werden, vielmehr tragen Wiederholen, Durchleben und Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung dazu bei, daß eine reifere Lösung gefunden werden kann, die weniger stark durch kompensatorische Mechanismen geprägt ist.

Imaginative Verfahren sind für die Stabilisierungsphase der Traumatherapie von Bedeutung. Die traumatische Erfahrung ist im wichtigen Kernbereich des Traumaschemas vor allem enaktiv (sensomotorisch) und ikonisch (bildhaft, rechtshemisphärisch) gespeichert, abgespalten vom verbalen und explizit logischen Denken. Techniken der geleiteten Imagination erfüllen in der Traumatherapie eine wichtige Brückenfunktion, indem sie über das Medium bildhaften Denkens Verhaltensinszenierungen und Körperempfindungen mit der Sphäre sprachlichen Ausdrucks und mit rationalem Verstehen vermitteln. Ziel der Traumatherapie ist, die enaktive (auch physiologische), ikonische und verbale (lexikalische) Ebene der traumatischen Erfahrung miteinander zu verbinden und so das Trauma in die Lebensgeschichte und das Ich-Selbst-System der Betroffenen zu integrieren.

Einen integrativen Ansatz auf psychoanalytischer Grundlage stellt die **Mehrdimensionale Psychoanalytische Traumatherapie (MPTT)**, Fischer et al. 1997) dar. Ziel der MPTT ist die Dekonstruktion des Traumaschemas, seine dialektische Aufhebung in einem kreativen Neubeginn (Konstruktion) sowie die Rekonstruktion der traumatischen Erfahrung von einer neuen Stufe persönlicher Sinngebung aus, um das Trauma in die bisherige Lebensgeschichte und den Lebensentwurf zu integrieren. Im psychodynamisch-behavioralen Vorgehen nach dem Dialektischen Veränderungsmodell werden verhaltenstherapeutische Techniken einbezogen und dem Patienten in einer Weise vermittelt, die ihn zur eigenständigen Dekonstruktion, Konstruktion und Rekonstruktion des Traumaschemas einschließlich der traumakompensatorischen Anteile anregt. Vermittelt wird ein "antizipatorisches Repertoire" von Verhaltensmöglichkeiten, aus dem die Patienten in ihrer kreativen Synthese des Traumaschemas dann eine eigenständige Auswahl treffen (sowohl behaviorale als auch kognitive Techniken neben Durcharbeiten).

Ziele: Abbau (Dekonstruktion) von Hindernissen, die der spontanen Tendenz zur Erholung und Traumaverarbeitung im Wege stehen. Um z.B. depressive Konsequenzen des "Desillusionierungsschemas" zu relativieren, wird nach dem individuellen Sinn der Depression gefragt, um an diesen anzuknüpfen und so den Handlungsspielraum über das minimale Handlungs- oder Ausdrucksfeld hinaus zu erweitern (nicht nur positives Denken üben). Ziel ist auch die Selbstkorrektur des mentalen Programms der Traumaverarbeitung. Das Konzept beruht auf dem Primat der therapeutischen Beziehungsgestaltung (Korrektur von Verhaltensweisen und Kognitionen) vor der therapeutischen Technik.

Die differenzielle und individualisierende Therapieplanung bei der MPTT orientiert sich an vier Dimensionen:

1. dem bisherigen, natürlichen Traumaverlauf mit den Phasen von Schock, postexpositorischer Einwirkung und Erholungsphase bzw. traumatischem Prozess. Die Interventionen zielen auf Stärkung der Vollendungstendenz im Sinne des natürlichen Selbstheilungsprozesses.
2. Traumatische Situationsfaktoren: einbezogen werden die 5 klassischen Paradigmen des traumatischen Einflusses nach Ochberg (89): (Selbst)Verlust, Victimisierung, Angst und Erregung, Todesnähe und negative Intimität. Das Verarbeitungsgeschehen wird durch aktive Konfrontation mit diesen traumatischen Situationselementen unterstützt.

3. Soziale Umwelt und Persönlichkeit: berücksichtigt werden protektive bzw. negative Faktoren im sozialen Umfeld, etwa die Mittraumatisierung von Angehörigen. Berücksichtigung von traumadynamischen Konzepten (Traumaschema, kompensatorisches Schema, Desillusionierungsschema, zentrales traumatisches Situationsthema), persönlichkeitsstypische Copingstrategien, Persönlichkeitsstruktur, Übertragungsangebot, stabile verinnerlichte Beziehungen (Kern des Arbeitsbündnisses), Fähigkeiten zur Selbstberuhigung und Spannungstoleranz, Comorbiditäten, traumatische Einflüsse der Lebensgeschichte, individueller Bindungstyp.
4. Therapieverlauf: wie lässt sich bei diesem Patienten die minimale Differenz zwischen Arbeitsbündnis und Übertragungsbeziehung (Traumaschema) verwirklichen? Techniken der Distanzierung und Erlebnisdosierung sind wichtig. Förderung des Erlebens einer optimalen Differenz zur traumatischen Vorerfahrung. Selbstmanagement (individuell auf Patienten zugeschnitten) zur Stärkung der Verarbeitungskapazität und Überwindung der Blockaden. Das Traumaschema vorstrukturiert auch die aktuelle Therapiesituation. Eine bloße Rekonstruktion der Vergangenheit ohne genügenden Bezug auf die aktuelle Lebenssituation und die Übertragungsbeziehung verfehlt die veränderungswirksame optimale Differenz. In Verbindung mit bewusster Kenntnis, Rekonstruktion und emotionalem Wiedererleben der Vergangenheit wird eine Wiederholung in der Übertragung konstruktiv gewendet. Erst durch Herstellung einer zirkulären Beziehung von Konstruktion und Rekonstruktion der traumatischen Erfahrung können verschiedene Veränderungssequenzen durchlaufen werden, so daß eine kausale (ursächliche) Heilung in der Therapie des traumatischen Prozesses möglich wird (siehe hierzu Schema zum Dialektischen Veränderungsmodell nach Fischer 1989)

Ein wichtiges Thema, welches zum Schluss nur noch angerissen werden kann, ist der Umgang mit dissoziierten Erlebniszuständen. Hierbei handelt es sich um eine der wichtigsten Anforderungen einer Psychotherapie des traumatischen Prozesses. Hierbei geht es um individuelle Muster persönlichkeitsstypischer Stimmungslagen oder Erlebniszustände, die sich auf der Grundlage des Traumascripts gebildet haben aus der Notwendigkeit heraus, das Gesamt der traumatischen Erfahrung in einzelne, jeweils noch relativ erträgliche Szenen zu unterteilen, wodurch es zu zentralen Strukturveränderungen kommt. In Ergänzung hierzu sind traumatische Erinnerungen mit extremer emotionaler Erregung gekoppelt und insofern an spezifische vegetative und neurohumorale Muster gebunden, deren physiologische Mechanismen bei Wiederholungen reinszeniert und damit wieder zugänglich gemacht werden können.

Praktisch erarbeitet der Therapeut mit dem Patienten einfache Beschreibungen und Metaphern für dessen wichtigste "states of mind"(z.B. depressiver Zustand: ich falle in ein tiefes Loch) mit möglichst engem Bezug zur Lebensgeschichte. Dieses Diagramm der Erlebniszustände kann aufgezeichnet und graphisch dargestellt werden, um einen Überblick zu gewinnen und um in einem 2.Schritt die Auslösebedingungen für einen "state" analysieren zu können. Dann werden die inneren und äußeren Bedingungen für die Passage von einem zum anderen "state" transparent.

Ein Anwendungsbeispiel ist die kontrollierte Erfassung von Auslösebedingungen einer suizidalen Reaktion, ein weiterer Einsatz ergibt sich bei Kontrolle und Vermeidung von "trauma-states" mit Reizüberflutung (sog. Konfigurationsanalyse nach Mardi Horwitz oder Dosierungstechnik). Diese "states of mind" können auch in Deutungen fokussiert werden, um "state-übergreifende" kontinuierliche Entscheidungen ermöglichen zu können statt Kurzschlussreaktionen.

Da die Dissoziation der Erlebniszustände ursächlich auf die traumatische Erfahrung zurückgeht, so ist von der kausalen Bearbeitung des Traumas die "Aufhebung" der Dissoziation im dialektischen Sinne zu erwarten. Im Rahmen der "Integration" des Traumas wird das Traumascript überflüssig, wenn andere Bewältigungsmöglichkeiten vorhanden sind. Das Drama der traumatischen Erfahrung muss nicht länger nach dem Drehbühnenmodell in der psychischen Wirklichkeit gespielt werden, wie in den dissoziativen Erlebniszuständen, wenn Regisseur und Zuschauer es in seinem ganzen Umfang und seiner Tragik zur Kenntnis nehmen.

Die dissoziative Identitätsstörung ist eine Reaktion auf schwerste und dauerhafte Traumatisierung. Das Traumascript ist nicht nur segmentiert entsprechend dem Modell der Drehbühne, sondern es verselbständigen sich einzelne Charaktere, indem sie ein mehr oder weniger aus-geprägtes Eigenleben in der Phantasie der Patienten gewinnen. Grundlage der dissoziativen Identitätsspaltung ist die Tendenz zur Selbst-Verdoppelung in einer extremen traumatischen Erfahrung. Ein Teil des Selbst tritt aus der Situation heraus und schaut von außen als Beobachter zu. Solche spontanen Depersonalisationserlebnisse werden im traumatischen Prozess zu einer multiplen Persönlichkeitsorganisation erweitert.

Der Übergang aus einer unlösbaren familiären Verstrickung und Dauertraumatisierung in die Innenwelt, in die Phantasie ist der zentrale kompensatorische Mechanismus der dissoziativen Persönlichkeitsorganisation. Kompensatorisch werden jene guten Elternfiguren geschaffen, die das Kind real vermisst, es existieren Helfer und Retter. Der Therapeut baut nun eine Arbeitsbeziehung auf, in der er als Vermittler zwischen den alternierenden Teilcharakteren tätig wird. So kann die Re-Integration der Teilpersönlichkeiten stattfinden mit einer inneren Ablösung vom Täter und aus der missbrauchenden Beziehung. Vermittelt durch eine hilfreiche therapeutische Arbeitsbeziehung können neue gute innere Repräsentanzen gebildet werden, womit dann die emotionale Ablösung vom Täter gelingen kann.