

Informationsmaterial zum Tagungsthema Trauma und Traumatisierung im Krankenhaus

1. Definitionen

1.1 Definition der akuten Belastungsstörung nach DSM-IV

- A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien erfüllt waren:
- (1) Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderen Personen beinhalteten.
 - (2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
- B. Entweder während oder nach dem belastenden Ereignis zeigte die Person mindestens drei der folgenden dissoziativen Symptome:
- (1) Subjektives Gefühl von Emotionaler Taubheit, von Losgelöstsein oder Fehlen emotionaler Reaktionsfähigkeit,
 - (2) Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung der Umwelt (z. B. „wie betäubt sein“),
 - (3) Derealisationserleben,
 - (4) Depersonalisationserleben,
 - (5) Dissoziative Amnesie (z. B. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern).
- C. Das traumatische Erlebnis wird ständig auf mindestens eine der folgenden Arten wiedererlebt: wiederkehrende Bilder, Gedanken, Träume, Illusionen, **Flashback**-Episoden oder das Gefühl, das Trauma wiederzuerleben, oder starkes Leiden bei Reizen, die an das Trauma erinnern.
- D. Deutliche Vermeidung von Reizen, die an das Trauma erinnern (z. B. Gedanken, Gefühle, Gespräche, Aktivitäten, Orte oder Personen).
- E. Deutliche Symptome von Angst oder erhöhtem Arousal (z. B. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, Hypervigilanz, übertriebene Schreckreaktionen, motorische Unruhe).
- F. Die Störung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen oder beeinträchtigt die Fähigkeit der Person, notwendige Aufgaben zu bewältigen, z. B. notwendige Unterstützung zu erhalten oder zwischenmenschliche Ressourcen zu erschließen, indem Familienmitgliedern über das Trauma berichtet wird.

- G. Die Störung dauert mindestens zwei Tage und höchstens vier Wochen und tritt innerhalb von vier Wochen nach dem traumatischen Ereignis auf.
- H. Das Störungsbild geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück, wird nicht besser durch eine kurze psychotische Störung erklärt und beschränkt sich nicht auf die Verschlechterung einer bereits vorher bestehenden Achse I- oder Achse II-Störung.

1.2 Definition der akuten Belastungsreaktion nach ICD-10

A Erleben einer außergewöhnlichen psychischen oder physischen Belastung.

B Dem Kriterium A folgt unmittelbar der Beginn der Symptome (innerhalb einer Stunde).

C Es gibt zwei Symptomgruppen. Die akute Belastungsreaktion wird unterteilt in:

- leichtgradig (nur Symptome aus Gruppe 1)
- mittelgradig (Symptome aus Gruppe 1 und zwei Symptome aus Gruppe 2)
- schwergradig (Symptome aus Gruppe 1 und vier Symptome aus Gruppe 2 oder dissoziativer Stupor)

Gruppe 1: Die Kriterien B, C und D der generalisierten Angststörung:

B. Mindestens vier Symptome der unten angegebenen Liste, davon 1 von den Symptomen 1 bis 4 müssen vorliegen:

Vegetative Symptome:

1. Palpitationen, Herzklopfen, erhöhte Herzfrequenz
2. Schweißausbrüche
3. Fein- oder grobschlägiger Tremor
4. Mundtrockenheit

Symptome, die Thorax und Abdomen betreffen:

5. Atembeschwerden
6. Beklemmungsgefühl
7. Thoraxschmerzen und –Missempfindungen
8. Nausea oder abdominelle Missempfindungen

Psychische Symptome:

9. Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche und Benommenheit
10. Gefühl der Derealisation oder Depersonalisation
11. Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden oder „auszuflippen“
12. Angst zu sterben

Allgemeine Symptome:

13. Hitzegefühle oder Kälteschauer
14. Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle

Symptome der Anspannung:

15. Muskelverspannung, akute und chronische Schmerzen

16. Ruhelosigkeit und Unfähigkeit zum Entspannen
17. Gefühle von Aufgedrehtsein, Nervosität und psychischer Anspannung
18. Kloßgefühl im Hals oder Schluckbeschwerden

Andere unspezifische Symptome:

19. übertriebene Reaktion auf kleine Überraschungen oder Erschrecktwerden
20. Konzentrationsstörungen, Leeregefühl im Kopf wegen Sorge oder Angst
21. Anhaltende Reizbarkeit
22. Einschlafstörungen wegen der Besorgnis

Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine Panikstörung, eine phobische Störung oder eine Zwangsstörung.

Gruppe 2:

- a. Rückzug von erwarteten sozialen Interaktionen
- b. Einengung der Aufmerksamkeit
- c. Offensichtliche Desorientiertheit
- d. Ärger oder verbale Aggression
- e. Verzweiflung oder Hoffnungslosigkeit
- f. Unangemessene und sinnlose Überaktivität
- g. Unkontrollierbare und außergewöhnliche Trauer

D Wenn die Belastung vorübergehend ist oder gemildert werden kann, beginnen die Symptome nach frühestens acht Stunden abzuklingen. Hält die Belastung an, beginnen die Symptome nach höchstens **48** Stunden wieder abzuklingen.

1.3 Definition der Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV

Kriterien der traumatisierenden Erfahrung

- I. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die **beiden** folgenden Kriterien vorhanden waren:
 - (1) Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderen Personen beinhalteten.
 - (2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

Beachte: bei Kindern kann sich dies auch auf aufgelöstes oder agitiertes Verhalten beziehen.

Dissoziation und Intrusion, Wiederholungserlebnisse

- J. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens **eine** der folgenden Weisen wiedererlebt:

(1) Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.

Beachte: bei kleinen Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.

(2) Wiederkehrende belastende Träume von dem Ereignis.

Beachte: bei Kindern können stark belastende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten.

(3) Handeln oder Fühlen, als wenn das Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flash-back-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikation auftreten).

Beachte: bei kleinen Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten.

(4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

(5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

Vermeidungsverhalten

K. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden).
Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:

(1) Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,

(2) bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,

(3) Unfähigkeit, **einen wichtigen Aspekt des Traumas** zu erinnern,

(4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,

(5) Gefühl des Losgelöstseins oder Entfremdung von anderen,

(6) eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),

(7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z. B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder und ein normales Leben zu haben).

Überschießende Reaktionen

L. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden).
Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

(1) Schwierigkeiten, ein- und durchzuschlafen,

(2) Reizbarkeit und Wutausbrüche,

(3) Konzentrationsschwierigkeiten,

- (4) Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
- (5) Übertriebene Schreckreaktion.

M. Das Störungsbild (Kriterium B, C und D) dauert länger als einen Monat.

N. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

1.4 Definition der Posttraumatischen Belastungsstörung in der ICD-10:

- A. Die Betroffenen sind einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
- B. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastungen durch aufdringliche Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
- C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.
- D. Entweder 1. oder 2.
 - 1. Teilweise oder unvollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.
 - 2. Anhaltende Symptome der erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (in vorhanden vor der Belastung) mit **zwei** der folgenden Merkmale:
 - a. Ein- und Durchschlafstörungen,
 - b. Reizbarkeit und Wutausbrüche,
 - c. Konzentrationsschwierigkeiten,
 - d. Hypervigilanz,
 - e. Erhöhte Schreckhaftigkeit.

Die Kriterien B, C und D treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsepisode auf. (In einigen speziellen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden).

2. Ätiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung

2.1 Distress-Systeme des Menschen

Der heutige Stand der Wissenschaft hat verschiedene Ergebnisse zur Ätiologie der PTB erbracht, die aber keinesfalls festen Überzeugungen entsprechen, sondern zunächst Vermutungen oder Möglichkeiten benennen. Das sei voran gestellt.

Unser Gehirn hat nicht ein Zentrum für Aggressionen – es gibt z. B. die territoriale Aggression, die Aggression des Futterneides oder die des Muttertieres bei der Verteidigung ihrer Jungen - es handelt sich um ein komplexes Zusammenspiel verschiedenster Hirnregionen, die aber größtenteils auf der Ebene des Hirnstammes, des limbischen Systems oder der Großhirnrinde liegen.

Vermutlich gibt es **zwei** unterschiedliche Systeme, die mit unterschiedlichen Botenstoffen Erregung und Beruhigung im Gehirn steuern. Sie werden als **Furchtsystem** und **Paniksystem** bezeichnet und bestehen seit Geburt in unseren Gehirnen.

Das **Paniksystem** reagiert mit Distress-Empfindungen, wenn es uns nicht gut geht, wir uns hilflos, ohnmächtig oder einsam fühlen.

Kleine Tiere reagieren mit Lauten auf diese Empfindungen, Menschen mit Weinen und Schreien. Diese Laute sind so angelegt, dass das Muttertier aktiviert werden soll über den Weg der eigenen Stressinduktion. Die Mutter kann die eigene Stressregulation nur runterfahren, wenn sie das Kind beruhigt.

Ab einem bestimmten Alter wird dieses Paniksystem deaktiviert. Es wäre dysfunktional, nach der Mutter zu rufen, wenn man einen Vortrag halten muss. Aber auch in anderen Situationen ist das Paniksystem dysfunktional. Es ist besser, ruhig und bewegungslos den Feind nicht auf sich aufmerksam zu machen.

Diese Reaktion der Erstarrung, manchmal als Todstellreflex bezeichnet, wird **Freeze-Reaktion** genannt. Äußerlich unbewegt, tobt innerlich ein Sturm der Neurotransmitter und Gefühle.

Die Symptome des **vegetativen Nervensystems** sind die, die Patienten bei einer Panikattacke beschreiben: Kloßgefühl im Hals, Druck auf der Brust, Hitze- und Kältewallungen, weiche Knie, Ohnmachtgefühle.

Dissoziation ist eine Notfallreaktion des Körpers aus dieser Übererregung, falls keine Beruhigung stattfindet.

Dissoziation ist der Rückzug von der Außenwelt, um weitere und zusätzliche Reize zu vermeiden. Im Unterschied zur stillen Panikreaktion, bei der innerlich alles tobt, findet hier auch eine innere Abschottung von Reizen statt.

Das Paniksystem der „Erstarrung“ ist noch relativ wenig erforscht, besser bekannt ist das **Furchtsystem**, das mit „Kampf und Flucht“ verbunden ist.

Ein Beispiel für die Auswirkungen: Wenn wir erfolgreich aus einem Kampf (sympathikogen, Adrenalin) hervorgehen, fühlen wir uns gestärkt erleichtert. Für dieses Erfolgsgefühl gibt es ein neurobiologisches Korrelat, nämlich Dopamin und Opiate, die uns belohnen, aber auch für eine Verankerung dieser Erfahrung sorgen.

Das Furchtsystem ist ein Beruhigungssystem für das Paniksystem.

Durch Einsicht, Kognition und Lernen können wir aus diffuser Panik konkrete Furcht machen, der wir uns stellen und die wir beherrschen können.

Konsequenz für die Traumatherapie: Mit Störungen des Furchtsystems lässt sich nur arbeiten, wenn das Paniksystem in Ruhe ist, wenn äußerlich Sicherheit gewährleistet wird.

2.2 Das biologische Modell

Das Erinnern traumatischer Situationen geht in der Regel mit körperlichen Symptomen wie Herzklopfen, Schwitzen und einem insgesamt erhöhten Erregungsniveau einher, das sich

in Hypervigilanz, übertriebenen Schreckreaktionen, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen etc. äußert.

Patienten mit PTB reagieren nicht nur auf traumatische Stimuli mit den beschriebenen Reaktionen, sondern auch auf andere harmlosere Reize. Ihnen fehlt die notwendige Diskriminationsfähigkeit.

Die ständige Übererregung und das Unvermögen, diese Übererregung zu regulieren, führen dazu, dass emotionale Befindlichkeiten nicht mehr eingeordnet werden können. Die inneren Zustände kommen nicht mehr als Informationsgeber in Betracht.

Was passiert auf der körperlichen Ebene im Gehirn?

Es gibt zwei wesentliche Wege des Reiz-Reaktions-Zyklus der Angst. Bei beiden spielt der Mandelkern eine wesentliche Rolle:

- a. Der lange Weg: vom Thalamus zur Großhirnrinde zur Amygdala. Die Großhirnrinde differenziert den Reiz, entscheidet, ob gefährlich oder nicht.
- b. Der kurze Weg: vom Thalamus direkt zur Amygdala. Keine Differenzierungsmöglichkeit, Verarbeitung ungenau, aber schnell.

Die PTB entsteht also vermutlich durch eine tiefe Furchtkonditionierung ohne kortikale Kontrolle. Dabei werden durch die gebildeten Verknüpfungen bewusste Erinnerungen aktiviert, die die bereits ausgelösten Furchtreaktionen untermalen, interpretieren und verstärken. Es entsteht ein Teufelskreis.

Auch der Hippokampus spielt eine wichtige Rolle bei der PTB. Hier werden Erinnerungen gespeichert und durch den Mandelkern mit emotionaler Information verknüpft. Versagt diese Gedächtnisfunktion, können wesentliche Aspekte des Traumas nicht erinnert werden.

2.3 Netzwerkmodelle

Das Konzept von Informationsstrukturen im Gehirn postuliert, dass Informationen oder Erinnerungsbilder in Netzwerkstrukturen im Gehirn repräsentiert sind. Dabei entstehen Verbindungen zwischen zwei voneinander unterschiedlichen Konstrukten, z. B. bei einer „**Furchtstruktur**“, die folgende Informationen beinhalten:

- a. Informationen über die gefürchtete Situation.
- b. Informationen über mögliche Reaktionen.
- c. Informationen zur Bedeutung der Stimulusinformation sowie Reaktionsinformationen.

Furchtstrukturen, die durch traumatische Erlebnisse entstehen, haben besondere Qualitäten:

- a. Der auslösenden Erfahrung wird eminente Bedeutung zugeschrieben, weil die Bedrohung massiv war oder basale Annahmen der Sicherheit verletzt.
- b. Die Intensität der Reaktion ist auf der physiologischen und handelnden Ebene besonders groß.

- c. Eine Vielzahl von Stimuli wird in die Struktur eingebunden. Diese größere Stimuligeneralisierung entsteht durch die Abwesenheit funktionierender Sicherheitssysteme.

Entscheidend sind dabei die Stimulus- und Reaktionsinformationen.

Wenn gefürchtete Stimuli mit unangemessenen Reaktionen verknüpft werden, entstehen pathologische Furchtstrukturen, die sich nur schwer durch Erfahrung modifizieren lassen. Normalerweise wird die Informationsstruktur ständig durch neue Erfahrungen modifiziert, gestärkt oder geschwächt. Sie muss dabei aktiviert sein.

Daraus ergeben sich therapeutische Konsequenzen:

- a. Die Furchtstruktur muss aktiviert sein.
- b. Neue, bisher inkompatible Informationen müssen eingeführt werden.

Diese Bedingungen beim Prozess des Durcharbeitens können gestört werden durch:

- a. Der Betroffene aktiviert kognitive, nach außen nicht sichtbare Vermeidungsstrategien (z.B. Dissoziation)
- b. Dysfunktionale Überzeugungen stören die emotionale Verarbeitung des Erlebten (Ja-aber-Spiel)
- c. Übermäßige Angst kann die Informationsverarbeitung stören (Traumatisierte befinden sich oft in diesen Zuständen).

Je stärker der Betroffene vermeidet, desto größer ist die Gefahr der Chronifizierung. Aufgrund der Komplexität der Traumastrukturen können diese besonders schnell und leicht aktiviert werden, so dass Wahrnehmung und Informationsverarbeitung der Traumatisierten sehr oft modifiziert sind. Die Gefahr der Retraumatisierung ist besonders groß.

3. Epidemiologie:

In der US-amerikanischen Bevölkerung gibt es eine **Lebenszeitprävalenz für posttraumatische Störungen von 7,8 %**, d. h. etwa jeder 13. erkrankt daran.

Damit ist die PTB eine häufige Störung.

Frauen haben eine etwa doppelt so hohe Prävalenz wie Männer.

Eine Studie von Draijer fand bei holländischen Frauen im Alter von 20-40 Jahren eine **Prävalenz von 15,6 % für sexualisierten Missbrauch**. Umgerechnet hatte also jede 15. Frau Erfahrungen dieser Art.

Etwa ein Drittel der Personen, die an PTB leiden, bleibt lebenslang betroffen, unabhängig von Therapie oder nicht.

Es findet aber auch ein beträchtliches Maß an Heilung statt: In den ersten zwölf Monaten nach dem Ereignis ist die Wahrscheinlichkeit der Heilung am größten.

- Bei einer Studie mit vergewaltigten Frauen zeigten 94 % zunächst ausreichende Symptome für eine PTB.
- Nach Ablauf eines Monats waren es noch 65 %.

- Nach drei Monaten noch 47 %.

Peritraumatische Dissoziation scheint ein relativ guter Prädiktor für das Auftreten einer PTB zu sein. Intrusive Phänomene haben wenig Vorhersagewert.

3.1 Foa et al. postulieren, dass sich posttraumatische Reaktionen in zwei Gruppen unterteilen lassen:

1. Die phobische Reaktion, bei der ängstliches Vermeiden im Vordergrund steht. Besonders bei Opfern von Verkehrsunfällen.
2. Vollbild der PTB, wo sich neben den Symptomen des Vermeidens auch die der Konstriktion herausgebildet haben, vermutlich weil die üblichen Bewältigungsmechanismen versagt haben.

4. Die Rolle des Stressors:

Verschiedene Aspekte traumatischer Erfahrungen haben sich als bedeutsam für die anschließende Anpassung erwiesen:

- Wurde das Trauma von Menschen verursacht oder geschah es „unpersönlich“ durch Natur oder Technik?
- Gab es Verletzungen oder Verstümmelungen? Bestand Todesgefahr?
- Wie lange dauerte das Trauma?
- Fanden bei dem Trauma Menschen den Tod? Waren es sogar Freunde oder Angehörige?

4.1 Unterteilung einer Traumatisierung in zwei Typen nach Terr (1991):

Typ I: Folgen eines einzelnen unerwarteten Ereignisses.

Das bedeutet kurzfristige, in sich abgeschlossene Ereignisse wie Vergewaltigung, Überfall, Unfall, Unglück, Naturkatastrophe.

Typ II: Andauernde traumatische Situation oder ständige Wiederholungen. Es folgt eine Art Anpassungsprozess mit Strategien, die helfen, die traumatische Situation besser zu überstehen (Selbsthypnose, Dissoziation).

Dazu gehören sexualisierte und körperliche Misshandlungen, Kriege, Flucht, Gefangenschaft, Verletzungen, Folter. In erster Linie Grausamkeiten, die Menschen durch Menschen zugefügt werden können.

5. Die Folgen anhaltender Traumatisierungen:

5.1 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastungen nach der ICD-10

1. Eine feindliche und misstrauische Haltung der Welt gegenüber.
2. Sozialer Rückzug.
3. Gefühl der Leere und Hoffnungslosigkeit.
4. Chronisches Gefühl der Nervosität wie bei ständigem Bedrohtsein.

5. Entfremdung.

5.2 Nach Herman (1992,1993) wirken sich die Traumatisierungen in drei Bereichen aus:

Auf einer symptomatischen Ebene (körperliche und seelische Beschwerden).

- Hypervigilanz, Schreckhaftigkeit, Nervosität, Schlafstörungen, psychosomatische Beschwerden. Z. B. bei Frauen mit einer Somatisierungsstörung in 90 % Erfahrungen mit sexualisiertem Missbrauch in der Kindheit. (Alexithymie-Konzept, Körpererinnerungen).
- Dissoziation als strukturelle Aufspaltung mentaler Prozesse. *La belle indifference* als doppelte Abspaltung der Wahrnehmungseindrücke und der damit einhergehenden Gefühle. Dissoziative Amnesie, Derealisation und Depersonalisation.
- Affektregulation mit Depressivität, Ängstlichkeit, Verzweiflung und Aggressionen. Verminderte Affektmodulation, verminderte Impulskontrolle, verminderte emotionale Ansprechbarkeit, Abgestumpftheit. Selbstverletzendes Verhalten als Versuch, der inneren Amnesie und Auflösung zu entgehen, gleichzeitig ständige innere Retraumatisierung durch Wiedererinnern und Übererregtheit.

Auf einer charakterlichen Ebene in Bezug auf Beziehungsfähigkeit und Identitätsgefühl.

- Beziehungsfähigkeit: Fortgesetzte interpersonale Traumatisierung wird erst möglich, wenn Opfer und Täter aneinander gebunden sind. Voraussetzung ist ein Ungleichgewicht der Macht. Durch systematische psychische Traumatisierungen mit Wechsel von körperlicher Gewalt entsteht Hilflosigkeit. Durch kleine Zugeständnisse wird die Autonomie des Opfers zerstört. Es resultiert eine pathologische aber höchst stabile Bindung. Wechsel zwischen Intimität und Rückzug, Idealisierung und Wut, Vertrauen und Verachtung.
- Identitätsgefühl: Durch systematische Abwertungen und Vereinnahmungen wird das Identitätsgefühl und Selbstwertgefühl zerstört. Gefühle von Schuld, Scham und Unwert sind die Regel. Dissoziation fördert die Destabilisierung des ohnehin schon fragilen Identitätsgefühls. **Eines der Grundkonzepte des menschlichen Selbstbildes ist die Illusion der Unverletzbarkeit.** Die meisten Menschen verfügen folglich über ein beträchtliches Ausmaß an Ignoranz von Wahrscheinlichkeiten und Optimismus. Die Traumaerfahrung muss also integriert werden.

Auf einer Verhaltensebene mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für weitere Traumatisierungen (Viktimisierungen).

- Reviktimisierung: mangelnde Fähigkeit der Impulskontrolle und Affektregulation, verringertes Selbstwertgefühl mit mangelndem Selbstschutz, geringeres Durchsetzungsvermögen, kein inneres Modell für

- fürsorgliches oder selbstverantwortliches Verhalten, Neigung zu pathologischen Bindungen.
- Hohe Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten.

6. Traumatherapie

„Eine gute Traumatherapie darf sich dabei nicht auf die Behandlung der sogenannten Positiv-Symptomatik beschränken, wie den Phänomenen des Wiedererlebens, bei denen die hier beschriebenen Methoden ihre beste Wirkung zeigen. Posttraumatische Therapie muss der Klientin, dem Klienten helfen, das Gefühl der Entfremdung und der emotionalen Taubheit abzubauen und wieder oder vielleicht zum ersten Mal Sicherheit in menschlichen Beziehungen zu finden.“

W. Butollo

6.1 Der akuten Traumatisierung:

CISD (Critical Incident Stress Debriefing)

24 bis 72 Stunden nach dem Trauma therapeutisch geleitete Gruppe der Beteiligten in 7 Phasen:

1. Konstitutionsphase: Vorstellung der Gruppenmitglieder, Gruppenregeln werden erklärt.
2. Fakten: Jeder Teilnehmer berichtet, was er erlebt hat.
3. Gedanken: Jeder Teilnehmer berichtet, was er während des Ereignisses gedacht hat.
4. **Reaktion/Gefühle:** Jeder Teilnehmer berichtet über seine Gefühle während der Situation.
5. Symptomatik: Welche Anzeichen von Stress zeigen sich bei den unterschiedlichen Teilnehmern?
6. Aufklärung: Was ist normal nach einem unnormalen Ereignis? Welche Bewältigungsstrategien stehen zur Verfügung oder könnten erlernt werden?
7. Abschlussphase: Offene Fragen werden geklärt, das Ergebnis wird zusammengefasst, weitere Hilfsmöglichkeiten aufgezählt.

Übersicht über therapeutische „Sofortmaßnahmen“ nach Turnbull & McFarlane (1996):

1. Ein Gefühl der Hoffnung vermitteln, dass die Kontrolle der Symptome und eine Heilung möglich sind.
2. Zusammen mit dem Patienten eine realistische Sicht seiner Erfahrungen und seiner damaligen und gegenwärtigen Handlungsmöglichkeiten erarbeiten.
3. Der Neigung entgegen arbeiten, internale und externale Stressauslöser zu vermeiden.
4. Bewältigungsmöglichkeiten für den Umgang mit starken Gefühlen erarbeiten.

6.2 Multidimensionale Definition von Heilung nach einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach Harvey (1996)

1. Kontrolle über den Erinnerungsprozess:

Die Klientin hat die Herrschaft über den eigenen Erinnerungsprozess, soweit dies möglich ist, wiedererlangt; d.h. bestehende Amnesien konnten weitgehend aufgehoben werden, und sie entscheidet, wann sie sich erinnert, statt das Träume unkontrolliert wiederzuerleben.

2. Integration von Erinnerung und Affekt:

Die Klientin kann die mit der Erinnerung an das Trauma einhergehenden Gefühle in der Gegenwart zulassen, statt sie abzuspalten.

3. Affekttoleranz:

Die Klientin wird von diesen Gefühlen nicht überschwemmt, sie verfügt über ausreichend Impulskontrolle und ist nicht ständig in Alarmbereitschaft.

4. Symptommanagement:

Die Klientin kann noch vorhandene Stressreaktionen bewältigen und erkennt die entsprechenden Auslöser, auch wenn eine völlige Symptomfreiheit nicht erreicht wurde.

5. Selbstwert und Kohäsion des Selbst:

Identitätsstörungen, Gefühle der Depersonalisation, Gefühle der absoluten Minderwertigkeit und selbstschädigendes Verhalten können überwunden werden und durch ein konsistentes Selbstempfinden, ein realistisches Selbstwertgefühl und durch selbstschützende Verhaltensweisen ersetzt werden.

6. Bindungsfähigkeit:

Sowohl Isolation als auch eine Neigung zur Reviktimisierung werden ersetzt durch die Fähigkeit, sichere und stützende Beziehungen zu knüpfen bzw. aufrechterhalten zu können; d. h. die Klientin besitzt die Fähigkeit zur Intimität, aber auch zur Grenzziehung.

7. Sinnfindung:

Die Klientin kann die Erfahrung des Traumas in ihre Selbst- und Weltansicht integrieren, sie konnte über diese Erfahrung trauern, aber findet darin einen persönlichen Sinn, der es ihr ermöglicht, ihr Leben und sich selbst zu bejahen.

Verwendete Literatur:

Buchheim Anna, Kächele Horst: Adult Attachment Interview einer Persönlichkeitsstörung – eine Einzelfallstudie zur Synopsis von psychoanalytischer und bindungstheoretischer Perspektive, in: Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie 2001; 5, Juni 2001, Schattauer Verlag.

Butollo Willi, Krüsmann Marion, Hagl Maria: Leben nach dem Trauma, Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen, Pfeiffer, 1998.

Butollo Willi, Krüsmann Marion, Hagl Maria: Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung, Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma, Pfeiffer, 1999.

Fiedler Peter: Dissoziative Störungen und Konversion, Trauma und Traumabehandlung, BELTZ PVU, 1999.

Hirsch Mathias: Realer Inzest, Psychodynamik des sexuellen Missbrauchs in der Familie, Psychosozial-Verlag, 1999.

Reddemann Luise: Imagination als heilsame Kraft, Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren, Pfeiffer, 2002.

Sachsse Ulrich: Distress-Systeme des Menschen, in: Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie 2003; 7, März 2003, Schattauer Verlag.