

Trauma und Psyche



Autorinnen

Verena Schlemper ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.

Sie arbeitet in der Institutsambulanz der LVR-Klinikums Düsseldorf.

PD Dr. med. Birgit Janssen ist leitende Oberärztin am LVR-Klinikum Düsseldorf.

Eine psychische Traumatisierung entsteht in Folge eines Erlebnisses, das die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten übersteigt und das als existenziell bedrohlich eingeschätzt wird. Die Betroffenen erleben sich als hilflos und ausgeliefert. Dies kann durch unterschiedlichste Ereignisse verursacht werden, beispielsweise als Opfer einer Vergewaltigung oder eines Überfalls, durch einen Unfall oder durch eine schwere Erkrankung, durch das Miterleben von Katastrophen, als Augenzeuge einer Gewalttat oder eines Unfalls, sogar durch die Nachricht vom Tode einer nahe stehenden Person. Sie kann durch einmalige Ereignisse oder durch andauernde Belastungen (zum Beispiel sexueller Missbrauch in der Kindheit) entstehen. Die psychischen Auswirkungen variieren in Ausprägung und Dauer. Der ICD-10 unterscheidet zwischen der **akuten Belastungsreaktion**, der **Anpassungsstörung** und der **posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)** (Tabelle 1).

Die posttraumatische Belastungsstörung

Die posttraumatische Belastungsstörung stellt die schwerste Form psychischer

Traumafolgen dar. Sie ist gekennzeichnet durch wiederkehrende belastende Erinnerungen (Intrusionen) an das Ereignis (Bilder, Gedanken, Wahrnehmungen), Alpträume und intensive seelische und körperliche Reaktionen auf traumaassoziierte innere und äußere Reize. Die Patienten meiden Situationen, die an das Trauma erinnern. Sie ziehen sich von Familie und Freunden zurück, oft wirken sie emotional abgestumpft. Gleichzeitig besteht eine erhöhte vegetative Erregbarkeit. Die Betroffenen leiden unter Schlafstörungen, Hypervigilanz und Schreckhaftigkeit. Meist zeigen sich die Symptome unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis, können aber auch mit einer Latenz von bis zu mehreren Monaten auftreten.

Das Risiko, im Laufe des Lebens einem potenziell traumatisierenden Ereignis ausgesetzt zu sein wird auf 40 bis 60 % geschätzt. Doch nicht jeder Betroffene entwickelt danach Symptome einer PTBS. Die Art des Traumas hat einen



Psychische Traumatisierung entsteht in Folge eines Erlebnisses, das als existenziell bedrohlich eingeschätzt wird

entscheidenden Einfluss auf das PTBS-Risiko, beispielsweise 50 % nach einer Vergewaltigung, 20 % nach einem bewaffneten Überfall, zirka 4 % nach einer Naturkatastrophe oder 3 % nach einem Verkehrsunfall. Und auch individuelle Faktoren tragen zu einem erhöhten Risiko, eine PTBS zu entwickeln, bei, so sind Frauen etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer. Auch das Vorliegen einer psychischen Erkrankung, beispielsweise einer Angststörung oder einer Depression, eine neurotische Erkrankung oder die Erfahrung von Vernachlässigung und körperlichem Missbrauch in der Kindheit erhöhen die Erkrankungswahrscheinlichkeit.

Während die Prognose in Bezug auf die akute Belastungsreaktion und die Anpassungsstörung günstig ist, gestaltet sich der Verlauf einer PTBS oftmals kompliziert und langwierig. Bei 15 bis 25 % verläuft die Störung chronisch. Zudem entstehen auf dem Boden einer PTBS häufig sekundäre psychische Störungen, die die ursprüngliche

Tabelle 1

Unterschiede gemäß ICD-10

Akute Belastungsreaktion: Symptome treten kurz nach einem belastenden Ereignis auf: Verwirrtheit, innere Unruhe, vegetative Begleitreaktionen, Gefühlsschwankungen. Nachhallerinnerungen und Alpträume können auftreten. Oft Spontanremission, günstige Prognose

Anpassungsstörung: bis zu sechs Monate andauernde Reaktion auf ein einschneidendes Lebensereignis, zum Beispiel einen Trauerfall, Trennung, Arbeitsplatzverlust: leichte bis mittelgradige depressive Verstimmung, Ängstlichkeit, Besorgtheit, Neigung zu sozialem Rückzug und Überforderungserleben.

Posttraumatische Belastungsstörung: Symptome treten meist unmittelbar nach traumatischen Ereignis auf: Intrusionen, Schlafstörungen/Alpträume, affektive Abstumpfung, Vermeidungsverhalten, vegetative Übererregbarkeit, Hypervigilanz. Hohe Chronifizierungsrate.

Symptomatik überdecken können und sowohl die Diagnosestellung als auch die Behandlung der PTBS erschweren (Tabelle 2).

Tabelle 2

Sekundäre Störungen auf dem Boden einer PTBS

- Depression
- Suchterkrankungen
- Angststörungen
- Persönlichkeitsveränderungen
- Schmerzsyndrome /
somatoforme Störungen

Therapie psychischer Traumata

Die Behandlung traumatisierter Patienten hängt von zahlreichen Faktoren ab. Hierbei ist das aktuelle Beschwerdebild zu berücksichtigen, die Art des erlebten Traumas, die Frage, ob es sich um ein chronisches oder ein akutes Zustandsbild handelt sowie eventuelle Komorbidität und therapeutische Vorerfahrung. Der Psychotherapie kommt eine zentrale Rolle zu. In der akuten Phase unmittelbar nach einem Trauma steht die affektive Stabilisierung. Hier wird häufig das so genannte „Debriefing“ angewandt, eine meist in Gruppen durchgeführte Maßnahme, in der die Betroffenen die Möglichkeit zum Austausch über das Erlebte und ihre Gefühle bekommen. Es dient zusätzlich dazu, über eventuelle psychische Folgen zu informieren. Das Debriefing wird von den meisten Menschen hilfreich erlebt. Ein prophylaktischer Wert bezüglich der PTBS konnte jedoch bisher nicht nachgewiesen werden.

Die **kognitive Verhaltenstherapie** ist die am besten untersuchte und in ihrer Wirksamkeit belegte Therapiemethode. Neben der kognitiven Bearbeitung der Traumafolgen, beispielsweise von negativen Selbsteinschätzungen („ich bin hilflos“, „ich bin am Erlebten selbst schuld“), kommen zusätzlich Entspannungsverfahren (zum Beispiel die Progressive Muskelrelaxation) und Selbstsicherheitstraining zur Anwendung.



PTBS: wiederkehrende belastende Erinnerungen an das Ereignis

Speziell bei persistierenden Intrusionen können imaginative Traumaexpositionsverfahren („imaginatives Flooding“) positive Effekte erzielen.

Eine besondere, aber auch umstrittene Methode ist die **EMDR** („eye movement desensitization and reprocessing). Hierbei soll eine kognitive Umstrukturierung erzielt werden, indem der Patienten sich eine Szene seines ursprünglichen Traumas vorstellt. Dabei führt er sakkadische Augenbewegung durch, im Verlauf sollen dysfunktionale traumaassoziierte Kognitionen aufgedeckt und durch positive Kognitionen ersetzt werden. Die Rolle der Augenbewegungen und deren eventuelle hirnpfysiologische Funktion sind derzeit nicht klar, auch der Therapieerfolg ist nicht abschließend belegt.

Ergänzend zur Psychotherapie ist häufig der Einsatz von **Psychopharmaka** (Tabelle 3) indiziert.

Soziotherapeutische Maßnahmen, beispielsweise betreutes Wohnen, Ergotherapie, Arbeitstherapie und kreativtherapeutische Angebote helfen, die sozialen Folgen einer psychischen Traumatisierung zu mildern und tragen maßgeblich zur Rehabilitation der Betroffenen bei.

Trauma und Beruf

Bereits in der Normalbevölkerung liegt das Risiko, im Laufe des Lebens einem traumatischen Ereignis ausgesetzt zu sein, bei zirka 40%. Bestimmte Berufsgruppen, beispielsweise Feuerwehrleute, Rettungskräfte, Polizisten, Ärzte und Pflegekräfte, sind im Laufe ihrer beruflichen Tätigkeit dagegen fast zwangsläufig mit extremen Situationen konfrontiert und weisen gegenüber der Normalbevölkerung signifikant häufiger Symptome psychischer Traumatisierung auf. Obwohl das Bewusstsein hierfür allmählich

Tabelle 3

Psychopharmaka

- **Antidepressiva** (SSRI, trizyklische Antidepressiva): bei intrusivem Erleben, Angst, depressive Begleitreaktionen.
- **Antikonvulsiva**: bei Stimmungsschwankungen, emotionaler Übererregbarkeit.
- **Benzodiazepinen**: kurzfristige Anxiolyse, Sedierung, Cave: Abhängigkeitspotenzial
- **Neuroleptika**: bei psychotischem Erleben
- **Opioidantagonisten** (z. B.: Naltrexon): bei „flash-backs“, emotionaler Abstumpfung

wächst, gelingt die frühzeitige Zuführung zum therapeutischen Hilfesystem nicht immer rechtzeitig, die oft erheblichen Folgen werden im folgenden Fallbeispiel beschrieben.

Fallbeispiel:

Herr B. wird von einem Bekannten zur psychiatrischen Notaufnahme gebracht. Seit einigen Wochen leide der 31-jährige Rettungssanitäter unter starken Angstzuständen. Er könne kaum noch schlafen und leide unter starken Alpträumen. Er sei nervös und reizbar. Er könne sich nicht mehr recht freuen und ziehe sich von Familie und Freunden zurück. Allein der Gedanke, an seine Arbeitsstelle zurückkehren zu müssen, mache ihm Angst. Vor einigen Jahren sei er einmal wegen einer Depression behandelt worden. Auf Nachfrage schildert Herr B., dass sich ihm immer wieder das Bild eines Patienten aufdränge, den er tot aufgefunden habe, dieser habe sich stranguliert. Das könne er nicht vergessen. Um besser schlafen zu können, trinke er abends regelmäßig Alkohol.

Bei Herrn B. wird die Diagnose einer PTBS, einer depressiven Episode und eines schädlichen Alkoholgebrauchs gestellt. Im Zuge der stationären Behandlung wird der Patient medikamentös mit einem Antidepressivum vom SSRI-Typ behandelt. Es erfolgen regelmäßige psychotherapeutische Gespräche und der Patient nimmt an abstinenzfördernden Gruppentherapien teil. Während sich die Stimmung allmählich bessert, bestehen Schlafstörungen und intrusives Erleben weiter. Bei subjektivem



In der akuten Phase unmittelbar nach einem Trauma steht die affektive Stabilisierung



Häufig ist der Einsatz von Psychopharmaka indiziert

Besserungsgefühl bittet der Patient nach vierwöchigem Aufenthalt um seine vorzeitige Entlassung, um rasch die Arbeit wieder aufnehmen zu können.

Nach sechs Monaten erfolgt die erneute Aufnahme. Herr B. hat erstmalig einen Krampfanfall erlitten, offenbar alkoholentzugsbedingt. Auch der psychische Zustand hat sich verschlechtert. Er ist seit vier Monaten arbeitsunfähig. Eine regelmäßige psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung ist nicht erfolgt. Nach einer Entgiftungsbehandlung erfolgt erneut eine stabilisierende stationäre Behandlung.

In den folgenden Monaten kommt es wiederholt zu Alkoholrückfällen. Herr B. hat seine Arbeitsstelle verloren und ist aus finanziellen Gründen wieder zu seinen Eltern gezogen. Die psychischen Probleme, die durch die PTBS verursacht sind, Alpträume und „flash-backs“, verstärken den Drang, Alkohol zu trinken. Immer wieder kommen depressive Phasen bis hin zu Selbstmordgedanken auf. Herr B. wird zum „Drehtür-Patienten“, die stationären Behandlungen häufen sich. Erst im Rahmen einer Entwöhnungsbehandlung kann schließlich eine langfristige Abstinenz erzielt werden. Herr B. begibt sich im Anschluss in regelmäßige psychiatrische Behandlung und unterzieht sich einer Psychotherapie. Eine Rückkehr in das Berufsleben gelingt jedoch nicht und Herr B. wird erwerbsunfähig.

Der beschriebene Fall zeigt einerseits die erheblichen Folgen eines arbeitsbedingten Traumas auf die psychische Gesundheit des Betroffenen und macht andererseits deutlich, wie wichtig das rechtzeitige Erkennen und die Behandlung eines berufsbedingten Traumas ist. Hier sind Vorgesetzte und Arbeitgeber in Berufen mit einem erhöhten Risiko für berufsbedingte Traumata gefordert, ein schnelles und unbürokratisches Hilfesystem zur Verfügung zu stellen. Nur so kann einer Chronifizierung und der Entwicklung sekundärer psychischer Erkrankungen, im Fallbeispiel einem sekundären Alkoholabusus, vorgebeugt werden. □

Verena Schlemper,
B. Janssen

Literatur:

- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber, 1993
- Möller, H.-J., Laux, G., Deister, D. Psychiatrie. Stuttgart: Hippokrates Verlag, 2003
- Bisson, J., Andrew, M., Psychological treatment of PTSD, Cochrane Database Syst, Rev. 2007 Jul 18 (3)
- Senf, W., Broda, M. (Hrsg.) Praxis der Psychotherapie, Stuttgart: Thieme Verlag, 2011