



Stationäre Verhaltenstherapie der posttraumatischen Belastungsstörung

Klinisches Erscheinungsbild

Das klinische Erscheinungsbild der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ist gekennzeichnet durch eine Reihe von Einzelsymptomen wie Intrusionen, Flashbacks, belastende Alpträume, ein erhöhtes psycho-physiologisches Erregungsniveau, emotionale Abstumpfung, zum Teil Amnesien, häufig auch Tendenzen zur erhöhten Reizbarkeit und Hypervigilanz. Das DSM IV (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen der American Psychiatric Association, APA) fordert die Erfüllung von sechs Kriterien, um die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung treffen zu können (Abbildung 1).

Zusammenfassend lassen sich drei Symptomgruppen feststellen:

- Das Vorhandensein von Intrusionen
- Vermeiden von Situationen oder Erinnerungen bzgl. des traumatischen Ereignisses sowie ein Gefühl emotionaler Betäubung
- Ein erhöhtes psycho-physisches Anspannungsniveau ("Hyperarousal")

Differentialdiagnostisch muß die Posttraumatische Belastungsstörung von einer Reihe Störungen unterschieden werden, die z.T. verwandte Symptome aufweisen. Zu denken ist hierbei an alle Arten depressiver Erkrankungen inkl. der Anpassungsstörungen, an die Gruppe der Angststörungen, die dissoziativen Störungen sowie die andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung. Bis auf letztgenannte erfüllen die anderen Störungen nicht das klinische Vollbild gemäß der DSM IV - Kriterien, können aber vom klinischen Erscheinungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung ähneln. Für die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung muß immer das A-Kriterium erfüllt sein!

Der Prognose der Störung kann sich durch Chronifizierung und soziale Folgen (Arbeitsplatzverlust, Stigmatisierung) deutlich verschlechtern, vor allem wenn andere psychische Erkrankungen auftreten. Häufige Komorbidität findet sich einerseits mit den oben genannten differentialdiagnostisch bedeutsamen Erkrankungen, vor allem sei hier aber auf die hohe Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Suchterkrankungen (vor allem Alkohol- und Tranquilizerabusus) hingewiesen.

Abb. 1: Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM IV
DSM IV 309.81
ICD 10 F43.1

- A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden diagnostischen 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 anderer Personen beinhalteten.
 2. Die Reaktion der Person umfaßte intensive Furcht, Hilflosigkeit der Entsetzen. (...)
- B. 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. (...)
 2. Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis. (...)
 3. Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikation 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.
- C. 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, sich an wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern,
 4. deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
 5. Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
 6. eingeschränkte Bandbreite des Affektes (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden
Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder ein normal langes Leben zu haben).
- D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:
1. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen
 2. Reizbarkeit oder Wutausbrüche
 3. Konzentrationsschwierigkeiten
 4. übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz)
 5. übertriebene Schreckreaktionen
- E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C, D) dauert länger als 1 Monat.
- F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Bestimme:

Akut: wenn die Symptome weniger als drei Monate andauern

Chronisch: wenn die Symptome mehr als 3 Monate andauern

Bestimme, ob:

Mit verzögertem Beginn: Wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.

(Auslassungen betreffen Kriterien für Kinder, vorgenommen d.d. Verf.)

Klassifikation von Traumen

In neueren Ansätzen der Psychotraumatologie wird der Art des Traumas vor dem Hintergrund einer prognostischen Einschätzung vermehrt Beachtung geschenkt. Maercker (1997) schlägt die Unterteilung in verschiedene Dimensionen vor, die einerseits die Ursache des Traumas, andererseits den zeitlichen Verlauf der Traumatisierung berücksichtigt. Er unterscheidet zwischen Traumen, die im Rahmen eines sozialen Kontextes verursacht sind (sogenannte "man made disasters"), auf der anderen Seite finden sich Katastrophen, berufsbedingte und Unfalltraumen (Abbildung 2). Des Weiteren finden sich Unterteilungen in kurzdauernde trau-

matische Ereignisse (Typ-1-Traumen) und längerdauernde, wiederholte Traumen (Typ-2-Traumen, Abbildung 3). **Primäre Traumatisierung** beschreibt das eigene Erleben eines Traumas, **sekundäre Traumatisierung** findet sich etwa bei Zeugen oder Helfern.

Abb. 2: Ursachen für Traumen

Menschlich verursachte Traumen ("man made disasters")

- sexuelle/ körperliche Mißhandlungen in der Kindheit
- kriminelle und familiäre Gewalt
- Vergewaltigungen
- Kriegserlebnisse
- zivile Gewalterlebnisse (Geiselnahmen)
- Folter, politische Inhaftierung
- Massenvernichtung (KZ)

Katastrophen, berufsbedingte und Unfalltraumen

- Naturkatastrophen
- technische Katastrophen
- berufsbedingte z.B. Militär, Polizei, Feuerwehr
- Arbeitsunfälle, Verkehrsunfälle

Abb. 3: Zeitliche Dimensionen traumatischer Ereignisse:

Kurzdauernde traumatische Ereignisse (Typ I - Traumen)

- Naturkatastrophen
- Unfälle
- technische Katastrophen
- kriminelle Gewalterfahrungen

Kennzeichen: akute Lebensgefahr, Plötzlichkeit, Überraschung

Längerdauernde, wiederholte Traumen (Typ II - Traumen)

- Geiselhäft
- mehrfache Folter
- Kriegsgefangenschaft
- KZ - Haft
- wiederholte Gewalterfahrungen in Form von Mißbrauch, Mißhandlung

Kennzeichen: verschiedene Einzelereignisse, geringe Vorhersagbarkeit des weiteren Verlaufs

Die Wahrscheinlichkeit, mit der ein Trauma eine posttraumatische Belastungsstörung hervorruft, variiert von der Art des Traumas her deutlich. Die drei pathogensten Traumen sind in absteigender Reihenfolge

- Vergewaltigung
- sexueller Mißbrauch in der Kindheit
- Teilnahme an Kriegshandlungen

Prognostisch haben verschiedene Aspekte der traumatischen Situation einen Einfluß auf die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Posttraumatischen Belastungsstörung: Je unerwarteter ein Trauma auftritt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, eine anschließende Störung zu entwickeln. Je unkontrollierbarer ein Opfer eine traumatische Situation erlebt, desto eher bildet sich eine PTBS heraus.

Verlauf einer Traumaverarbeitung

Grundsätzlich stellt ein Trauma, gleich welcher Art, ein einschneidendes Erlebnis im Leben eines Menschen dar. Insofern sind auch emotional aufwühlende und die Ressourcen des Patienten aufs äußerste fordernde Bewältigungsreaktionen als normal zu bezeichnen. Bereits kurz nach der Erfahrung eines Traumas kann jedoch der Eindruck eines "Überflutetwerdens" des Opfers ein erster Hinweis auf die spätere Entwicklung einer posttraumatischen Störung liefern. In der Regel ist im Zeitraum von einigen Wochen bis Monaten bei einem größeren Prozentsatz von Traumatisierten von einer Bewältigung des Traumas ohne therapeutische Hilfe auszugehen. Setzt sich jedoch die Auseinandersetzung des Traumas im weiteren Verlauf durch extremes Vermeidungsverhalten sowohl kognitiver Natur als auch im konkreten Verhalten fort und kommt es zu intrusiven Erlebnissen, wird die notwendige Verarbeitung oder Trauerarbeit verhindert. Es kommt zu einer Art eingefrorenen Gedächtniszustandes, der begleitet von heftigen Affekten und starken physiologischen Reaktionen in einem unvollständigen Bearbeitungsprozeß und in der Erinnerung stagniert. In einem solchen Fall ist dann von einer posttraumatischen Belastungsstörung auszugehen.

Gedächtnisstrukturen werden dergestalt verändert, daß sich sogenannte Furchtstrukturen herausbilden. Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung haben eine erhöhte selektive Aufmerksamkeit für traumabezogene Reize. Zusätzlich verändern sich die kognitiven Schemata hin zu traumabezogenen dysfunktionalen Kognitionen. So kann sich zum Beispiel eine traumatisierte Person als vermehrt verletzt oder zukünftig verletzbar erleben, die Welt wird als feindlich und unkontrollierbar erlebt. Es kommt zur Gefühlen des Beschmutzt- oder Beschädigtseins.

Verkompliziert wird die Verarbeitung des Traumas zusätzlich durch Vermeidungsverhalten in Verbindung mit gesellschaftlichen Abwehrmechanismen in der direkten Umwelt des Betroffenen, die eine konstruktive Auseinandersetzung mit dem Erlebten erschweren.

Hier sind insbesondere Tendenzen der Opferbeschuldigung zu nennen (dies insbesondere bei sexuell Traumatisierten: "Die war ja selber schuld, was zieht sie sich so offenherzig an"). Es kommt in der sozialen Umgebung zu einer Neutralitätshaltung, wie es sich z.B. in folgender Meinung widerspiegelt: "Eigentlich sind beide Seiten schuldig, es wird schon die Richtigen treffen". Dieser Aspekt ist beispielsweise bei kriegerischen Auseinandersetzungen zu beobachten. Bei kindlichem sexuellen Mißbrauch oder elterlicher Gewalt kommt es häufig zur Elternschonung.

Schutzfaktoren und Risikofaktoren

Nach Erleiden eines Traumas entwickelt in der Regel nur ein kleinerer Prozentsatz aller Opfer eine posttraumatische Belastungsstörung. Es gibt eine Reihe von Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit einer posttraumatischen Belastungsstörung vergrößern oder Schutzfaktoren darstellen. Die Beachtung dieser Risikofaktoren oder Schutzfaktoren können in der Phase kurz nach dem Erleben eines Traumas bei der Akutbetreuung wichtige prognostische Hinweise geben (Abb. 4).

Abb. 4: Individuelle Risiko- und Schutzfaktoren

Risikofaktoren für das Ausbilden einer PTBS

- niedriger sozioökonomischer Status der Herkunftsfamilie
- mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr
- schlechte Schulbildung der Eltern
- große Familie mit wenig Wohnraum
- Kontakte mit Einrichtungen der "sozialen Kontrolle"
- Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils
- chronische Disharmonie
- unsicheres Bindungsverhalten
- psychische Störungen eines Elternteils
- alleinerziehende Mutter
- autoritäres Verhalten des Vaters
- Verlust der Mutter
- häufig wechselnde frühe Beziehungen
- sexueller und/ oder aggressiver Mißbrauch
- schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen
- Altersabstand zu Geschwistern < 18 Monate
- uneheliche Geburt

Schutzfaktoren gegen das Ausbilden einer PTBS

- eine dauerhafte gute Beziehung zu wenigstens einer primären Bezugsperson
 - Aufwachsen in einer Großfamilie mit kompensatorischen Beziehungen zu Großeltern und entsprechender Entlastung der Mutter
 - bei Mutterverlust gutes Ersatzmilieu
 - hohe Intelligenz
 - aktives und kontaktfreudiges Temperament
 - sicheres Bindungsverhalten
 - soziale Förderung etwa durch Jugendgruppen etc.
 - stabile Erwachsenenbeziehungen
 - lebenszeitlich späteres Eingehen von "schwer lösbaren Bindungen"
 - geringe Risikogesamtbelastung
- (nach Fischer/ Riedesser 1998)

Zur Psychotherapie mit Traumaopfern

Gerade bei Traumen, die durch andere Menschen zugefügt wurden, sind Vertrauen und kommunikative Fähigkeiten der Traumaopfer häufig aufs empfindlichste gestört. Aber auch bei Traumen, die durch Unfälle oder Naturkatastrophen hervorgerufen werden, können Persönlichkeitsveränderungen hin zu Passivität, ausgeprägter Hilflosigkeit oder Resignation erfolgen. Auf der Basis dieser Erfahrung muß in der Therapie von Traumaopfern ein verstärktes Augenmerk auf Aspekte der therapeutischen Beziehung gelegt werden. Nach Fischer und Riedesser (1998) ist auf folgende Aspekte besonders zu achten:

Der Traumapatient muß unbedingt das Gefühl haben, in seiner Schilderung, so verworren sie teilweise auch erscheinen mag, akzeptiert zu werden. Kritische Fragen oder das Vermitteln des Gefühls, nicht alles zu glauben, können schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt das Ende der Therapie bedeuten, da entsprechende Patienten in solch einer Situation oft mit einem Beziehungsabbruch reagieren.

Alle Therapeuten, die mit Traumaopfern arbeiten, sollten darauf eingestellt sein, heftige Gegenübertragungsreaktionen zu verspüren. Traumaopfer vermitteln häufig Erlebnisse, die die Erfahrungs- und Vorstellungswelt auch erfahrener Therapeuten bei weitem überschreiten. Angst, Ekel oder Wut auf mögliche Verursacher können unvermittelt auftreten, genauso wie das Vermeiden bestimmter, auch für den Therapeuten belastenden Themenbereiche, was beides ungünstige Reaktionen auf mögliche Patientenberichte darstellt.

Im Beziehungsverhalten sind Traumapatienten oft schwierig. Gerade wenn ein Beziehungstrauma erlitten wurde, brauchen Patienten häufig eine recht lange Zeit, um auch zu einem professionellen Helfer wieder Vertrauen zu erlangen. Beziehungstests oder Spaltungsversuche gehören durchaus zum Interaktionsverhalten dazu.

Die meisten Traumapatienten zeigen typische Abwehrreaktionen wie Dissoziationen oder unternehmen inadäquate Selbstheilungsversuche. Das Eingehen auf solche möglicherweise inadaptiven Strategien sollte zu Beginn der Behandlung berücksichtigt werden und Eingang in Exploration und Verhaltensanalyse finden.

Von Beginn an sollte den Patienten auch ein realistisches Bild von den Erfolgswahrscheinlichkeiten einer Psychotherapie gegeben werden. Dazu gehört einerseits eine Aufklärung über das Normale an traumatischen Reaktionen. Andererseits sollte der Patient darauf hingewiesen werden, daß die Verarbeitung eines Traumas zum Teil ein lebenslanger Prozeß sein kann, der nicht nach sechs oder acht Wochen stationärer Therapie beendet sein kann. Ziel jeglicher Traumatherapie sollte dabei sein, mit dem Patienten gemeinsam zu einer Traumaverarbeitung mit adäquaten und für den Betroffenen beherrschbaren emotionalen Reaktionen zu kommen.

Aspekte der stationären psychotherapeutischen Behandlung

Das Gesamtsetting einer stationären Verhaltenstherapie ist insgesamt sehr gut geeignet, um Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung zu behandeln. Die Stärken eines stationär verhaltenstherapeutischen Behandlungsansatzes liegen insbesondere darin, neben der eigentlichen Traumabearbeitung durch Expositionsverfahren (siehe unten) vor allen Dingen die vielfältigen emotionalen und sozialen Folgen einer Traumatisierung zu behandeln. Patienten, die mit einer posttraumatischen Belastungsstörung in eine stationäre Behandlung kommen, haben häufig schon eine längere Geschichte von fehlgeschlagenen Behandlungsversuchen, zum Teil kombiniert mit gerichtlichen Auseinandersetzungen in Schadenersatz- oder Rentenverfahren. Häufig finden sich wie bei anderen chronisch Erkrankten neben der Primärdiagnose Aspekte des chronischen Krankheitsverhaltens mit sekundärem Krankheitsgewinn, sozialem Rückzug, eingeschränkter privater und beruflicher Leistungsfähigkeit, gepaart mit finanziellen

Einbußen etwa durch einen Arbeitsplatzverlust. Gerade in solch einer Situation sind multimodale Behandlungsansätze indiziert und prognostisch erfolgversprechend.

Im Gesamtbehandlungsplan kommen folgende Bausteine zur Anwendung:

- kognitiv-behaviorale Einzeltherapie unter Einschluß von Expositionsverfahren
- Problemlösungsorientierte Gruppentherapie
- Training sozialer Fertigkeiten
- Entspannungsverfahren (progressive Muskelentspannung, Hypnose)
- Körpertherapie
- Soziotherapie
- Medikamentöse Behandlung
- Allgemein roborierende Maßnahmen

Warum keine eigene Traumastation?

Die Psychosomatische Fachklinik Bad Pyrmont hat sich nach längerer Überlegung gegen eine eigene Traumastation entschieden. Die Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung ist einem gruppentherapeutischen Vorgehen nur schwer zugänglich, zusätzlich besteht die Gefahr, daß gemeinsames Berichten über das Erlebte eher das symptomverstärkende Verharren in einer selektiven Erinnerung oder das Triggern unerwünschter traumabezogener Reaktionen (etwa Flashbacks) fördert. Ein weiteres Problem besteht darin, daß viele Patienten weder von ihrer Identität noch vom vorherrschenden Erscheinungsbild mit der Primärdiagnose PTBS zur stationären Behandlung kommen. Diese kommen eher mit Einweisungsdiagnosen aus der Gruppe der Eßstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating Disorder), der Angststörungen, Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen in Behandlung. Erst in Exploration und Verhaltensanalyse kommen traumatische Erfahrungen als auslösende oder aufrechterhaltende Bedingungen zur Sprache, was dann eine zusätzliche Traumatherapie indiziert.

Angesichts der vielfältigen Formen möglicher traumatisierender Erfahrungen (s.o.) würde zudem durch eine Traumastation eine Homogenität der Patienten suggeriert, die in der Realität nicht vorliegt. Die Konsequenz ist, daß sich die Psychosomatische Fachklinik Bad Pyrmont bei der eigentlichen Traumatherapie für ein individualisiertes und im einzeltherapeutischen Setting angesiedeltes Vorgehen entschieden hat.

Einzeltherapie

In der Einzeltherapie im Umfang von ein bis zwei Sitzungen wöchentlich werden nach der obligatorischen Exploration, der störungsspezifischen, biografischen und Sozialanamnese vor allen Dingen die direkt traumabezogenen Therapiemaßnahmen durchgeführt. Dem Patienten wird ein verhaltenstherapeutisches Modell seiner posttraumatischen Symptomatik vermittelt. Aufbauend auf der dann mit ihm gemeinsam erstellten Verhaltensanalyse, auch mit den möglichen Auswirkungen auf sein berufliches und privates Leben, werden dann mit ihm direkte Methoden besprochen, die eine Veränderung der Traumaverarbeitung erreichen sollen. Ziel der speziell traumabezogenen Therapieansätze ist vor allen Dingen eine Habituation, die Aufgabe von Vermeidungsstrategien und die Reduktion von Intrusionen und der psychophysiologischen Übererregung. Grundsätzlich gelten Expositionsverfahren (Systematische Desensibilisierung, Langdauernde Konfrontation,

Screen-Technik, EMDR) als Therapie der Wahl bei allen Traumatisierten, Kontraindikationen finden sich allerdings in folgenden Punkten:

- Der Patient hat keine intrusive Symptomatik.
- Komorbidität mit Sucht- oder Abhängigkeitserkrankungen
- Im Rahmen der Traumatisierung gab es gleichzeitige Opfer- und Täterrollen
- Akute Suizidalität
- Gesteigerte Impulsivität und Aggressivität auf Seiten des Patienten
- Noncompliance
- Das Trauma gehört zur Identität des Patienten
- Die Belastbarkeit des Patienten ist derart eingeschränkt, daß er die Belastungen durch eine Expositionsbehandlung nicht aushält

Gruppentherapien

Traumapatienten haben häufig Defizite im Vertrauen zu anderen Menschen, entwickeln negative Kognitionen über sich, über andere und die Umwelt, leiden in der Einschätzung ihrer sozialen Kompetenz unter ausgeprägtem Hilflosigkeitserleben. In solchen Fällen können verschiedene Gruppentherapien helfen, die sozialen Fertigkeiten zu verbessern oder neue soziale Kompetenzen aufzubauen. Dabei findet sich der Schwerpunkt der Behandlung in den folgenden Gruppenangeboten :

Problemlösegruppe

Dies ist ein offenes Therapieangebot, an dem die Patienten während der gesamten Aufenthaltsdauer teilnehmen. Es folgt dem Problemlöseansatz, der Patienten darin unterweist, zur Lösung individueller Probleme aufeinander aufbauende Lösungsschritte zu durchlaufen, die es ermöglichen, sachlich und distanziert Probleme aus dem zwischenmenschlichen oder biographischen Bereich zu lösen. Dabei wird mit Hilfe der Gruppe eine genaue Problemanalyse durchgeführt, es werden Handlungsalternativen mit der Perspektive auch neu zu erwerbender Kompetenzen erarbeitet, die Patienten werden dann zum Schluß zu einer Auswahl für sie geeigneter Lösungsmöglichkeiten, deren anschließender Durchführung sowie abschließender Überprüfung aufgefordert. Im Falle von Traumapatienten dienen diese Maßnahmen vor allen Dingen der Lösung aktueller Probleme, die häufig Folgen des Traumas sind (sozialer Rückzug, Arbeitsplatzverlust, Reduzierung sozialer Aktivitäten, Hinterfragen negativer Selbsteinstellungen). Nicht indiziert ist in diesem Zusammenhang die eigentliche Bearbeitung des Traumas im Rahmen einer Gruppentherapie.

Training sozialer Fertigkeiten

Defizite in sozialen Kompetenzen wie Abgrenzungsfähigkeit, Kontaktaufnahme und Aufrechterhaltung, Aufsuchen größerer Menschenmengen müssen im Verhaltensrepertoire des jeweiligen Patienten (re-) etabliert werden. Dies kann nur durch praktisches Üben geschehen und ist Aufgabe des Trainings sozialer Fertigkeiten, einer Gruppentherapie, die das Üben sozialer Kompetenzen mit Hilfe von Rollenspielen zum Inhalt hat. Hier werden vom Patienten als problematisch erlebte Situationen konkret mit Hilfe anderer Mitpatienten unter Berücksichtigung verschiedener Verhaltensalternativen (ggfs. mit Videofeedback) durchgespielt, um dem Patienten die für ihn geeignete Verhaltensmöglichkeit auswählen zu lassen und so schrittweise sein Verhaltensrepertoire zu vergrößern. Die Patienten werden ausdrücklich zum Experimentieren (etwa mit einem Rollentausch) ermuntert.

Entspannungsverfahren und Körpertherapie

Ein ständig erhöhtes psychophysiologisches Anspannungsniveau ist Basissymptom der posttraumatischen Belastungsstörung. Dies findet seinen Niederschlag in einer mangelnden Fähigkeit sich zu entspannen bis hin zur Ausbildung von hypochondrischen und Konversionssymptomen. Gleichzeitig ist das erhöhte psychophysiologische Anspannungsniveau einer der Hauptgründe für inadäquate Bewältigungsversuche durch Alkohol-, Tabletten- und Drogenmißbrauch. Deshalb hat die Vermittlung entspannungsfördernder Techniken im Gesamtbehandlungsplan einen hohen Stellenwert. Die Patienten erlernen die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, nehmen an einer Gruppe imaginativer Tiefenentspannung (Entspannungshypnose) teil oder versuchen über kreative Möglichkeiten (meditatives Malen) einen Zugang zur eigenen Entspannung zu finden.

Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, an einer Körpererfahrungsgruppe teilzunehmen, die die Fähigkeit zur Körperwahrnehmung und den körperbezogenen Umgang mit verschiedenen Stimuli wie Streß oder Vertrauensübungen verbessert. Ziel der letztgenannten Gruppe ist die Sensibilisierung des Patienten, Veränderungen in seiner Körpererfahrung zu erkennen und rechtzeitig Handlungsalternativen, insbesondere zu den genannten inadäquaten Bewältigungsversuchen, zu entwickeln.

Genußgruppe

Hier geht es vor allen Dingen um die Sensibilisierung für Wahrnehmungen mit allen Sinnesmodalitäten. Traumatisierte Patienten neigen häufig zu einer selektiven Wahrnehmung insbesondere traumabezogener Reize. Die Fähigkeit, Stimuli aus der Umwelt differenziert wahrzunehmen und genußorientierte oder entspannungsfördernde Hinweisreize auch mit Zeit und Mühe wahrzunehmen, ist oft deutlich reduziert. Hier setzt die Genußgruppe an, die es im Rahmen einer Kleingruppe den Patienten ermöglicht, genußorientierte Verhaltensweisen wiederzuentdecken oder neu aufzubauen.

Soziotherapie

Neben der seelischen Belastung durch eine Traumaerfahrung und die anschließende Erkrankung an einer Posttraumatischen Belastungsstörung kämpfen viele Patienten auch mit finanziellen oder sozialen Problemen, die aus der Traumaerfahrung resultieren. Dabei reichen die Probleme von ungeklärten Versorgungsfragen (Verletztengelder, Schadenersatzansprüche etc.) bis hin zu den Folgen aus einem Arbeitsplatzverlust nach längerer Zeit der Arbeitsunfähigkeit. Viele dieser Probleme sind nur individuell lösbar, da ein verunfallter Montagearbeiter möglicherweise andere Probleme hat als etwa ein Polizist, der im Einsatz einen Menschen töten mußte. Probleme am Arbeitsplatz werden von der Psychosomatischen Fachklinik Bad Pyrmont nach Möglichkeit immer in Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber, involvierten Kosten- und Leistungsträgern sowie dem jeweiligen Patienten gelöst. Schnittstelle ist in solchen Fragen die soziotherapeutische Abteilung der Klinik, die unter den beschriebenen Rahmenbedingungen ein individualisiertes Nachsorgekonzept erarbeitet.

Medikamentöse Therapie

Grundsätzlich gibt es bisher erst wenig kontrollierte Studien zur medikamentösen Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. Nach dem gegenwärtigen Stand (Frommberger et al. 1999, Bauer und Priebe, 1997) können mit MAO-Hemmern und trizyklischen Antidepressiva Intrusionen verbessert werden, bei entsprechender Komorbidität kann die Behandlungsleitlinie den normalen Gegebenheiten einer Therapie der Depression oder von Ängsten folgen.

Auf allen Ebenen recht gute Wirkungen werden mit SSRI erreicht. Dies insbesondere bei erhöhtem psychophysiologischem Anspannungsniveau und eingeschränkter affektiver Schwingungsfähigkeit des Patienten. Das Vollbild der Posttraumatischen Belastungsstörung sollte primär mit einem SSRI oder einem trizyklischen Antidepressivum behandelt werden, in zweiter Linie sind MAO-Hemmer indiziert.

Kritisch ist die Verordnung von Tranquilizern zu sehen, die lediglich zum kurzfristigen Einsatz bei starken Angstzuständen indiziert ist. Bei dem vorhandenen Suchtpotential besteht darüber hinaus die Gefahr, daß Tranquilizer das Vermeidungsverhalten der Patienten verstärken.

Allgemein roborierende Maßnahmen

Sozialer Rückzug, der Gebrauch abhängigkeiterzeugender Substanzen oder chronisches Krankheitsverhalten haben häufig auch die Vernachlässigung befriedigender Freizeitaktivitäten zur Folge. Defizite in den Bereichen Sport, Kreativität oder Körperpflege oder -hygiene können gerade im stationären Rahmen durch Gruppenangebote aus den Bereichen Sport- und Bewegungstherapie oder Ergotherapie verringert werden. Neben eher unspezifischen Verbesserungen der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Kreativität werden im Nebenschluß durch die Teilnahme an solchen Aktivitäten auch die sozialen Kompetenzen verbessert. Das allgemeine Aktivitätsniveau wird erhöht, der Patient hat die Möglichkeit, Handlungsalternativen für die Zeit nach dem stationären Aufenthalt zu entwickeln.

Zur Prognose

Die Prognose der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung ist von den gegenwärtigen Behandlungsmethoden her als recht gut zu bezeichnen, insbesondere Expositionsverfahren scheinen die Symptomatik deutlich verringern zu können. Neben krankheitsimmanenten Faktoren, die die Prognose verschlechtern können (eine Geschichte fortgesetzter langjähriger Traumatisierung, Komorbidität im Bereich dissoziativer Störungen, chronisches Krankheitsverhalten), ist ein weiterer wichtiger Punkt, der die Prognose zumindest mittelfristig verschlechtern kann, das Vorhandensein ungeklärter Versorgungsansprüche.

Literatur:

Biesold, K-H.; Okon, E.; Meermann, R.:

Posttraumatische Störungen und Anpassungsstörungen

Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen.

In: Linden, M.; Müller W.E. (Hrsg.); Rehabilitations-Pharmakotherapie, Deutsche Ärzteverlag, Köln 2005

Dreßing, H.; Berger, M.: Posttraumatische Streßerkrankungen, Nervenarzt 62 (1991), 16 - 26

Ehlers, A.: Posttraumatische Belastungsstörung, Göttingen: Hogrefe 1999

Fischer, G.; Riedesser, P.: Lehrbuch der Psychotraumatologie

München: Reinhardt - Verlag 1998

Flatten, G.; Gast, U.; Hofmann, A.; Liebermann, P.; Reddemann, L.; Siol, T; Wöller, W.:

Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie und Quellentext; (2. Auflage)

Stuttgart: Schattauer 2004

Frommberger, U.; Angenendt, J.; Nyberg, E.; Anders, B.; Berger, M.: Differentialindikation

therapeutischer Verfahren bei der PTBS, psycho 25 (1999), 458 - 462

Maercker, A. (Hrsg.): Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung (2. Auflage); Berlin Heidelberg:

Springer 2003

Meermann, R.:

Prävention, Behandlung und Rehabilitation Posttraumatischer Belastungsstörungen;

Niedersächsisches Arzteblatt; 75 (2); 12-14 (2002)

Meermann, R.; Okon, E.: Posttraumatische Belastungsstörungen

In: Batra A.; Wassmann R.; Buchkremer G. (Hrsg.)

Verhaltenstherapie: Grundlagen - Methoden - Anwendungsgebiete; Thieme, 2. Auflage;

Stuttgart 2006

Okon, E.; Meermann, R.:

Akute und posttraumatische Belastungsstörung bei Ärzten, Polizei und Rettungskräften;

Notfallmedizin; 2003, 29 (6), pp 255-259

Okon E.; Meermann R.:

(Chronische) Belastungssituationen und Posttraumatische Belastungsstörung - Diagnose und
Behandlungsleitlinien

Im Themenheft „Psychiatrisch-psychologische Aspekte des Schusswaffeneinsatzes“

der Zeitschrift: „Polizei & Wissenschaft“, 2003; S. 6 ff

Saigh, P.A. (Hrsg.): Posttraumatische Belastungsstörung

Bern: Huber 1995