



**AHG Klinik Schweriner See**  
*Lübstorf in Mecklenburg-Vorpommern*

*Heft 6*

# Posttraumatische Belastungsstörungen



**Herausgeber: Dr. med. Thomas Fischer**

**Chefarzt**

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie - Psychotherapie

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Sozialmedizin

Am See 4

19069 Lübstorf

fon: 0 38 67.9 00 - 165

fax: 0 38 67.9 00 - 600

fkshwerin@ahg.de

[www.klinik-schweriner-see.de](http://www.klinik-schweriner-see.de)

[www.ahg.de/schwerin](http://www.ahg.de/schwerin)

**Redaktion: Dr. phil. Bernd Sobottka**

**Dr. med. Thomas Fischer**

4. Auflage, Mai 2009, 500 Exemplare

ISSN 1433-3163 „Angewandte Verhaltenstherapie“ (Print)

ISSN 1619-4411 „Angewandte Verhaltenstherapie“ (Internet)

Themenhefte dieser Reihe erscheinen in unregelmäßigen Abständen.

Bernd Sobottka

# Posttraumatische Belastungsstörungen

Ansprechpartner für den Bereich Posttraumatische Belastungsstörungen:

Dr. phil. Bernd Sobottka  
Leitender Psychologe

Telefonische Sprechzeit:  
Donnerstag 15:00 – 16:00 Uhr  
fon: 0 38 67.9 00 - 161  
fax: 0 38 67.9 00 - 600

Außerhalb dieser Sprechzeit erreichbar unter:  
fon: 0 38 67.9 00 - 165

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	5
Diagnosen und Problembereiche .....	6
Therapeutische Prinzipien .....	7
Therapieziele .....	8
Therapiebausteine .....	8
Literatur .....	9

## Einleitung

Die Psychotherapie hat sich bereits in ihren Ursprüngen mit der Behandlung psychischer Reaktionen von Individuen auf traumatische Ereignisse beschäftigt. Schwere psychische Traumen, ausgelöst durch außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegende belastende Ereignisse (z. B. Gewaltverbrechen, Unfälle, schwere Operationen, Naturkatastrophen) sind unter verschiedenen Bezeichnungen spätestens seit Mitte des 19. Jahrhunderts in der Fachliteratur dokumentiert. Begriffe wie Schreckneurose oder Granatenschock verweisen auf Aspekte, die heute in dem Syndrom der Posttraumatischen Belastungsstörung (Post-traumatic Stress Disorder, PTSD) zusammengefasst beschrieben werden.

Die Patienten mit dieser Störung reagieren infolge eines belastenden Ereignisses mit intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Schrecken und leiden extrem unter den sich immer wieder aufdrängenden Erinnerungen an das als fürchterlich erlebte Geschehen. Dabei beklagen nicht nur die Menschen eine PTSD, die Opfer des Ereignisses waren, sondern häufig auch diejenigen, die ein traumatisches Geschehen „nur“ miterlebt oder beobachtet haben. Somit ergibt sich eine besondere Gefährdung für Berufsgruppen (z. B. Polizisten, Feuerwehrleute, Pflegepersonal, Zugführer), die im Rahmen ihrer Berufsausübung mit derartigen Ereignissen konfrontiert sind.

Posttraumatische Belastungsstörungen gehören zu den häufig vorkommenden psychischen Störungen. Lebenszeitprävalenzen in verschiedenen Studien liegen auch für Regionen, in denen keine Kriege und gravierende Naturkatastrophen stattfinden, über 1,3 %.

## Diagnosen und Problembereiche

Die Störung folgt dem traumatischen Ereignis zumeist mit einer Latenz, die Wochen bis Monate (selten auch Jahre) dauern kann. Bei der Diagnosestellung ist das Vorliegen eines traumatischen Ereignisses als unverzichtbares Kriterium zu nennen. Zusätzlich muss ein wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, flashbacks) oder Träumen vorliegen. Das dritte diagnostische Kriterium liegt vor, wenn eine anhaltende Vermeidung von Stimuli, die mit dem Trauma assoziiert werden, beobachtbar ist. Die Patienten verhalten sich dabei wie auf der Flucht vor der Erinnerung an ein als grauenvoll erlebtes Geschehen und zeigen ein beharrliches Vermeidungsverhalten bzgl. der Auseinandersetzung mit dem Trauma. Dabei besitzt die Vermeidung traumabezogener Stimuli eine Schlüsselrolle bei der Aufrechterhaltung der Störung. Fluchtverhalten und das Bemühen, sich nicht zu erinnern, verhindern eine hilfreiche Konfrontation mit dem traumatischen Erlebnis und damit dessen bewältigende Verarbeitung. Begleitend belastet die Patienten ein erhöhtes Erregungsniveau, oftmals einhergehend mit Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsproblemen und übertriebenen Schreckreaktionen. Im Verlauf können ein andauern des Gefühl des Betäubtseins und der Gleichgültigkeit bei eingeschränkter allgemeiner Reagibilität gegenüber anderen Menschen resultieren. Angst und Depression sind häufig genannte weitere Symptome. Suizidgedanken oder Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit können als komplizierende Faktoren hinzukommen. Insgesamt werden Komorbiditäten bei bis zu 77 % der Patienten mit einer PTSD diagnostiziert.

Obwohl die Schwere des Traumas die Auftretenswahrscheinlichkeit, den Ausprägungsgrad und die Dauer der PTSD am grundlegendsten bestimmt, bietet ein traumatisches Ereignis keine vollständige Erklärung für die Entwicklung einer PTSD. Viele Menschen entwickeln nach einem schweren Trauma keine PTSD. Somit sind individuelle prämorbid Faktoren wirksam, die es den Patienten erschweren, ein Trauma zu verarbeiten. Diese Faktoren werden in die Psychotherapie bei der PTSD einbezogen.

## Therapeutische Prinzipien

Patienten mit einer PTSD leben häufig sozial zurückgezogen, insbesondere dann, wenn die Traumatisierung durch vorsätzliche menschliche Einwirkung (z. B. Misshandlungen oder sonstige kriminelle Delikte) bedingt ist. Von elementarer Bedeutung für einen günstigen Verlauf der Psychotherapie ist vor diesem Hintergrund der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Eine noch größere Bedeutung als bei anderen Störungsbildern hat hier die korrigierende Erfahrung einer tragfähigen und annehmenden Beziehung. Im therapeutischen Prozess der Behandlung ist in der Patienten–Therapeuten–Interaktion ein äußerst behutsames Vorgehen notwendig, bei dem der Therapeut mit professioneller Sicherheit Halt vermittelt und bereit ist, sich mit dem Patienten dem Trauma zu nähern. Dabei bestimmt der Patient das Tempo und erhält in der Interaktion ein Höchstmaß an Entscheidungs- und Wahlfreiheit.

Auf der Grundlage einer tragfähigen Patienten–Therapeuten–Beziehung wird sukzessive auf die Ressourcen des Patienten orientiert. Auf der Bewältigungsebene werden konsequent die Anteile im Verhalten verstärkt, die auf eine Auseinsetzung mit dem erlebten Trauma hinauslaufen. Der Patient lernt, dass die von ihm beklagten Symptome unter den gegebenen Bedingungen des Traumas auch von vielen anderen Menschen in ähnlicher Form erlebt werden würden. Er lernt in kleinen Schritten, das „Unnormale zu normalisieren“. Ziel dabei ist eine Integration und Neubewertung des traumatischen Ereignisses mit einem Verlassen der Opferrolle.

Gelingt es, mit dem Patienten in der Klärungsperspektive ein Ätiologiemodell unter Einbeziehung präorbider Faktoren zu erarbeiten, ist auch die Möglichkeit der transparenten Entwicklung eines Veränderungsmodells gegeben. In der stationären Verhaltenstherapie hat der Patient vor diesem Hintergrund in therapeutischer Begleitung die Möglichkeit, sich dem Wiedererleben des Traumas konsequent zu nähern. In einem weiteren Schritt ist zum Abbau des dysfunktionalen Vermeidungsverhaltens eine Exposition mit den traumaassoziierten Gedanken, Gefühlen und körperlichen Reaktionen notwendig. Diese Konfrontation ist Voraussetzung, um beispielsweise mit Hilfe kognitiv-behavioraler oder imaginativer Techniken dem Geschehenen einen neuen Sinn zu verleihen und die Voraussetzung zur Entwicklung einer realistischen Lebensperspektive zu erarbeiten.

## Therapieziele

Der Stabilisierung, Verbesserung oder Wiederherstellung beruflicher und sozialer Leistungsfähigkeit sowie der Bewältigung bestehender gesundheitlicher Beeinträchtigungen dient die Bearbeitung folgender übergeordneter Therapieziele:

- Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung
- Aufbau eines sozialen Netzes
- Auseinandersetzung mit dem Trauma und Reduktion des dysfunktionalen Vermeidungsverhaltens
- Modifikation von Schuldgefühlen und Hilflosigkeitserleben
- Kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Schemata
- Stabilisierung der physischen Integrität
- Selbstwertstabilisierung
- Ausbau sozialer Kompetenzen
- Senkung des erhöhten Erregungsniveaus
- Verbesserung der Entspannungsfähigkeit

## Therapiebausteine

Es ist Bestandteil der verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzeption, dass durch ein vielgestaltiges Therapieprogramm den Patienten die Möglichkeit gegeben wird, die erarbeiteten Inhalte und Veränderungsstrategien bereits im Therapiesetting konkret umzusetzen und zu erproben. Hierdurch soll insbesondere der Transfer in den häuslichen Bereich erleichtert werden.

Therapiebausteine ergeben sich aus folgenden Behandlungselementen:

- Einzelpsychotherapie
- Gruppenpsychotherapie
- Indikative Gruppentherapien je nach individuellen Problembereichen
- Paar- oder Familiengespräche
- Entspannungstraining
- Sport- und Bewegungstherapie
- Ergotherapie
- Soziotherapie
- Physikalische Therapie
- Ernährungsberatung
- Hausinterne oder externe Belastungserprobungen

## Literatur

- EHLERS, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- MAERCKER, A. (Hrsg.), (1999). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Verhaltenstherapie, 4.
- MAERCKER, A. (Hrsg.), (2009). *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer.
- PIEPER, G. & BENGEL, J. (2008). *Traumatherapie in sieben Stufen*. Bern: Huber.
- STEIL, R. & EHLERS, A. (1996). *Die Posttraumatische Belastungsstörung: Eine Übersicht*. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin, 3, 169-212.
- TEEGEN, F. (2003). *Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen*. Bern: Huber.
- VOGELGESANG, M. (1996). *Verhaltenstherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung*. Psychotherapeut, 41, 254-263.







In dieser Reihe sind bisher erschienen:

- Heft 1     Depressive Störungen
- Heft 2     Angststörungen
- Heft 3     Somatoforme Störungen
- Heft 4     Essstörungen (Bulimia und Anorexia nervosa)
- Heft 5     Glücksspielsucht
- Heft 6     Posttraumatische Belastungsstörungen
- Heft 7     Therapie für Mütter/Väter mit Kindern
- Heft 8     Indikation zur stationären Verhaltenstherapie
- Heft 9     Russischsprachige Migranten mit  
Abhängigkeitserkrankungen
- Heft 10    Soziotherapeutische Maßnahmen zur  
beruflichen Wiedereingliederung
- Heft 11    Adipositas bei gestörtem Essverhalten
- Heft 12    Stationäre Behandlung von Suchtkranken im  
höheren Lebensalter
- Heft 13    Medikamentenabhängigkeit
- Heft 14    Pathologischer PC-Gebrauch
- Heft 15    Tabakabhängigkeit



ISSN 1433-3163 (Print)

ISSN 1619-4411 (Internet)