

Praktische Verhaltensmedizin

Schriftenreihe der AHG Klinik Waren

Heft 8



Psychotherapie nach Trauma in der psychosomatischen Rehabilitation

AHG Klinik Waren
Psychosomatisches Behandlungszentrum
an der Müritz

Albrecht Schumacher

**Psychotherapie nach Trauma
in der psychosomatischen Rehabilitation**

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	Seite 4
2. Diagnosen und Problembereiche	Seite 6
a) Akute Belastungsreaktionen nach Trauma	Seite 6
b) Posttraumatische Belastungsstörung	Seite 8
c) Die Unterscheidung zwischen Typ-I und Typ-II-Trauma	Seite 9
d) Traumatisierung durch Unfälle	Seite 11
e) Traumatisierung durch sexuelle Gewalt	Seite 12
3. Therapeutische Prinzipien	Seite 13
a) Akute Belastungsreaktionen	Seite 13
b) Posttraumatische Belastungsstörung	Seite 14
c) Therapeutische Besonderheiten bei Typ-II- Traumatisierungen und sexueller Gewalt	Seite 17
4. Differenzialindikationen ambulante Therapie, stationäre Therapie	Seite 19
5. Das Vorgehen in der AHG Klinik Waren	Seite 20
6. Literatur	Seite 22

Psychotherapie nach Trauma

1. Einleitung

Eine Traumatisierung ist eine Verletzung oder Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit (einschließlich Lebensbedrohung). Sie kann von Menschen verursacht und sogar gewollt sein (körperliche Gewalt, sexuelle Gewalt, Krieg) oder sie kann eher schicksalhaft eintreten (Unfälle, Naturkatastrophen). Eine Traumatisierung kann auch dann eintreten, wenn ein körperlich selbst nicht Betroffener eine schwere Bedrohung, Verletzung oder gar den Tod eines Anderen miterlebt.

Solche Vorgänge sind nicht selten, sie gehören zu den allgemeinen menschlichen Erfahrungen und zum menschlichen Vorstellungsvermögen. Aber sie sind nicht alltäglich und sie übersteigen oft die normalen Widerstands-, Kompensations- und Bewältigungsmöglichkeiten der Betroffenen.

In der modernen Medizin (einschließlich Psychiatrie und Psychotherapie) lässt sich retrospektiv ein Wechsel zwischen intensiver Beschäftigung mit und der Vernachlässigung dieser Probleme feststellen. Beginnend mit der Bismarckschen Sozialgesetzgebung spielten politische und wirtschaftliche Interessen bei der Wertung von Traumafolgen eine Rolle. Vor und im Ersten Weltkrieg gab es erbitterte Streitigkeiten, ob über die körperlichen Verletzungen hinaus seelische Unfall- und Kriegsfolgen als krankheitswertig zu sehen sind oder nicht. Aktuell befinden wir uns in einer Phase, in der Traumafolgen in Form der posttraumatischen Belastungsreaktionen und posttraumatischen Belastungsstörungen wieder als hoch bedeutsam betrachtet werden. Zwei Einflüsse wirken sich in der seit Anfang 1980 in den USA

und in Europa entstandenen Diskussion über Traumafolgen aus: die Langzeitfolgen des Holocaust und die psychischen Folgen des Vietnamkrieges. Parallel dazu haben soziale Bewegungen wie Feminismus und kritische Psychiatrie die sexuelle Gewalt als Trauma wieder stärker in das Bewußtsein von Fach- und Laien-öffentlichkeit gerückt.

Die Psychotherapie sah von Anfang an ihre Aufgabe in der Behandlung seelischer Verletzungen und der Unterstützung bei deren Bewältigung. Lange Zeit hat sie jedoch die Bedeutung realer Belastungen durch Traumata gegenüber den subjektiven oder phantasierten Verletzungen unterschätzt. Insofern ist erst mit der jetzigen Welle der Anerkennung und Beschäftigung mit Traumafolgen eine psychologische Forschung zu den Vorgängen und zu den Behandlungsmöglichkeiten bei traumatisierenden Erfahrungen entstanden. In den letzten 10 bis 15 Jahren ist hier sehr viel wissenschaftlich gearbeitet und veröffentlicht worden, es sind andere Disziplinen einbezogen worden bzw. haben sich damit befasst, insbesondere die Neuropsychologie und die Neurophysiologie. Es gibt eine Fülle von empirischen, wissenschaftlich abgesicherten Daten zum Verlauf und zu den Behandlungsmöglichkeiten von Traumafolgen. In der nachfolgenden kurzen Darstellung können wir nur einen kleinen Teil dieser Erkenntnisse referieren.

Wir wollen uns dabei auf den aus unserer Sicht für die psychosomatische Rehabilitation relevanten Teil der Behandlung von Traumafolgen nach Unfällen und nach sexueller Gewalt beschränken.

2. Diagnosen und Problembereiche

a) Akute Belastungsreaktionen nach Trauma

In den diagnostischen Klassifikationssystemen DSM IV und ICD10 wird als psychopathologisches Bild die akute Belastungsreaktion beschrieben. Sie ist folgendermaßen definiert (ICD 10):

Nach einer ungewöhnlichen Belastung tritt unmittelbar, innerhalb von wenigen Minuten oder sofort

- 1) Ein gemischtes und wechselndes Bild aus 'Betäubung', nachfolgend Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität und Rückzug auf. Kein Symptom ist längere Zeit vorherrschend.
- 2) Die Symptome sind rasch rückläufig, längstens innerhalb weniger Stunden, wenn eine Entfernung aus der belastenden Umgebung möglich ist. Wenn die Belastung weiterbesteht oder in ihrer Natur nicht reversibel ist, beginnen die Symptome nach 24-48 Stunden abzuklingen und sind gewöhnlich nach 3 Tagen nur noch minimal vorhanden.

Die akute Belastungsreaktion hat einen eher günstigen Spontanverlauf. Häufigkeit und Verlauf sind allerdings nach den unterschiedlichen Formen traumatischer Erfahrungen verschieden.

Tabelle 1.

Fälle mit Posttraumatischer Belastungsstörung in Prozent quer über verschiedene Studien, erhoben in verschiedenen Zeitabständen nach dem Trauma (nach Rothenbaum & Foa, 1993; zit. aus Butollo, 1997)

Studien	Zeitraum nach Trauma (W = Woche, M = Monat, J = Jahr)							
	1 W	< 1 M	1 M	2 M	6 M	9 M	12-36 M	10-15 J
Sexuelle Gewalt (Foa & Rothenb., 1990)	94		65	47	42	47		
Sexuelle Gewalt (Resnick, 1989)		76	61				39	
Sexuelle Gewalt (Kilpatrick, 1987)								17
Nichtsexuelle Gewalt (Foa & Rothenb., 1990)	65		37	25	11	0		
Nichtsexuelle Gewalt (Kilpatrick, 1987)								11
Zivilpersonen im Krieg (Saigh, 1988)		82	9					
Kinder im Zentrum eines traumat. Ereignisses (Pynoos, 1987)			77			74		
Kinder am Rand eines traumat. Ereignisses (Pynoos, 1987)				67			<19	

Etwa in einem Drittel der Fälle kommt es auch nach mehreren Wochen nicht zu einer spontanen Remission der Symptomatik, nach einer Dauer von ca. 4 Wochen wird von einer posttraumatischen Belastungsstörung gesprochen. Bei sexueller Gewalt entwickelt ein

noch höherer Anteil der Betroffenen eine posttraumatische Belastungsstörung (vgl. Tab.1).

Therapeutische Hilfe bei einer akuten Belastungsreaktion ist bei schwerer Ausprägung angezeigt und sie sollte unabhängig vom Schweregrad angeboten werden, wenn ein Betroffener aus eigenen Stücken darum nachsucht. Zur Behandlung einer akuten Belastungsreaktion siehe die Ausführungen im Kapitel Therapie.

b) Posttraumatische Belastungsstörung

Wenn von einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gesprochen wird, sind bestimmte Zeitkriterien erfüllt (die allerdings in den verschiedenen Diagnose-Systemen etwas unterschiedlich definiert sind). Eine PTBS tritt im Gegensatz zur Belastungsreaktion (die sofort einsetzt) mit einem Intervall von Tagen oder Wochen, nach ICD 10 spätestens nach 6 Monaten nach einer Traumaerfahrung auf. Sie kann einer akuten Belastungsreaktion folgen bzw. aus dieser hervorgehen, wenn letztere nicht abklingt. Nach 4 Wochen spricht man dann von einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Besteht eine PTBS länger als 3 Monate, spricht das DSM IV von einem chronischen Verlauf. Abweichend von diesen offiziellen Kriterien wissen wir aus der klinischen Praxis heute, dass in etwa 25% aller Fälle sich eine posttraumatische Symptomatik erst später als 6 Monate nach dem auslösenden Ereignis entwickelt, in manchen Fällen sogar 20 Jahre nach dem Ereignis und später.

Die PTBS ist in der ICD10 folgendermaßen definiert:

Ein belastendes Ereignis oder eine außergewöhnliche Bedrohung von katastrophalem Ausmaß (kurz oder länger anhaltend), die bei jedem Menschen tiefe Verzweiflung erzeugen würde

(Naturkatastrophen, von Menschen direkt oder indirekt herbeigeführte Katastrophen einschließlich Kampfhandlungen, Unfällen, schwere Gewalterfahrungen als Opfer oder Zeuge mit tödlicher Bedrohung/tödlichem Ausgang), wird erlebt.

- 1) Es treten Nachhallerinnerungen (flashbacks), sich aufdrängende Erinnerungen (Intrusionen), belastende Träume, intensives Erinnern und durch Auslöser Wiedererleben mit physiologischer Reaktion auf.
- 2) Es besteht ein Gefühl von Betäubtsein, emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit und Teilnahmslosigkeit verbunden mit Vermeiden von Gedanken und Gefühlen in Bezug auf die traumatische Erfahrung. Handlungen und Situationen, die Erinnerungen wachrufen könnten, werden ebenfalls vermieden (bis zur Ausbildung einer Agoraphobie).
- 3) Gewöhnlich tritt ein Zustand vegetativer Übererregbarkeit, Vigilanzsteigerung, Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit auf.

Angst und Depression sind häufig mit diesen Merkmalen assoziiert. Suizidgedanken sind eher häufig. Drogen-, Medikamenten- und Alkoholmißbrauch können komplizierend dazukommen.

Der Verlauf ist wechselhaft, in vielen Fällen bilden sich Störungen mit der Zeit von selbst zurück. Chronische Verläufe sind möglich, sind von dauernden Persönlichkeitsänderungen nach Extrembelastungen (ICD 10: F 62) schwer abzugrenzen.

c) Die Unterscheidung zwischen Typ-I- und Typ-II-Trauma

Für die therapeutische Behandlung ist die Unterscheidung in kurz andauernde Typ-I-Traumatisierungen sowie länger andauernde Typ-II-Traumatisierungen wichtig.

Typische Typ-I-Traumatisierungen sind Vergewaltigungen im Erwachsenenalter, schwere Verkehrsunfälle, Überfälle oder Naturkatastrophen. Es bestehen meistens sehr klare, lebendige Erinnerungen

an das traumatisierende Ereignis. Oft besteht das klassische Bild einer Posttraumatischen Belastungsstörung. In vielen Fällen gehen die Symptome nach einem gewissen Zeitraum von selbst zurück, die Symptomatik ist therapeutisch gut zu behandeln.

Komplexe, d.h. wiederholt und über einen längeren Zeitraum auftretende Traumatisierungen hingegen führen zu Typ-II-Traumata. Beispiele hierfür sind wiederholte körperliche Misshandlungen und sexueller Mißbrauch in der Kindheit oder in der Jugend, Kriegs- und Haftenerfahrungen. Das Opfer ist meist nicht in der Lage, aus eigener Kraft die Traumatisierung zu verhindern oder zu beenden. Oftmals bestehen nur diffuse, wenig klare Wiedererinnerungen an die Traumatisierung. Es können sehr unterschiedliche psychische Symptome und Störungen auftreten, nicht immer sind die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt. Probleme mit Ängsten, Depressionen, körperlichen Symptomen und Schmerzen sind häufig, auch Essstörungen treten oft auf. Sehr häufig bestehen aufgrund der gemachten Erfahrungen das Alltagsleben stark behindernde Grundüberzeugungen (z. B.: „Man darf niemand vertrauen“; „Ich bin selbst schuld und deswegen schlecht“ etc.) und eine Tendenz zu heftigen Gefühlsschwankungen auf dem Boden einer allgemein hohen Daueranspannung. Zur Bewältigung dieser als unterträglich empfundenen Spannungszustände oder Emotionen kann es zu dissoziativen Reaktionen kommen (die Betroffenen steigen in schwierigen Situationen emotional aus und „beamen sich weg“), zum verstärkten Konsum von Alkohol und Drogen oder zu selbstverletzendem Verhalten. Die Behandlung ist deutlich schwieriger als bei Typ-I-Traumatisierungen, in der Regel ist mit mehrjährigen Therapieverläufen zu rechnen. Die stationäre Behandlung ist hier nur als ein Behandlungselement im Rahmen einer längeren ambulanten psychotherapeutischen Behandlung anzusehen. In unserer Klinik sehen und behandeln wir deutlich mehr PatientInnen mit Typ-II-Traumatisierungen als mit Typ-I-Traumatisierung.

Im folgenden gehen wir auf Traumatisierungen durch Unfälle (Typ-I-Traumatisierung) und durch sexuelle Gewalt (je nach den Umständen eine Typ-I oder eine Typ-II-Traumatisierung) etwas näher ein.

d) Traumatisierung durch Unfälle

Die Wahrscheinlichkeit, nach einem Unfall eine posttraumatische Belastungsstörung auszubilden, ist geringer als nach anderen traumatischen Ereignissen. Andererseits erleiden jährlich 12,2 % der Gesamtbevölkerung Verletzungen durch Unfälle. Von der halben Million Menschen, die jährlich bei Straßenverkehrsunfällen verletzt werden, sind ein fünftel schwer verletzt. Verkehrsunfälle einschließlich der Wegeunfälle sind die häufigste Unfallart. Unfälle mit Massenverkehrsmitteln (Eisenbahn, Flugzeug, Schiff) sind insgesamt sehr selten, erregen jedoch die größte Aufmerksamkeit und vermitteln durch die Zahl der Betroffenen die Dimension einer Katastrophe.

Die Prävalenz von PTBS nach Verkehrsunfällen wird sehr uneinheitlich berichtet. Je nach Nachuntersuchungszeiträumen, Kriterien und Untersuchungsdesign ergeben sich Prävalenzraten von 1 bis 49 %. Aktuelle Studien in Deutschland ergaben im Durchschnitt Prävalenzraten von 8 % des Vollbildes einer PTBS 6 Monate nach Unfall und ca. 10 % von Teilsyndromen einer PTBS. Die Traumata schwere scheint bei PTBS nach Unfall eine geringere Rolle zu spielen als die initialen kognitiv-emotionalen Reaktionen bzw. Veränderungen bei den Betroffenen. Es gibt einzelne Studien, die darauf hinweisen, dass depressive Symptome vor und unmittelbar nach einem Unfalltrauma ein Indikator für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung sein könnten. Ebenso sprechen Ergebnisse einer Studie dafür, dass das gemeinsame Auftreten von Intrusionen (im Rahmen einer akuten Belastungsreaktion sehr häufig) mit kognitiven Vermeidungsstrategien (Ablenken, Umbewertung) mit einer erhöhten Auftretenswahrscheinlichkeit von Symptomen einer PTBS verbunden ist.

Ausgeprägte Symptomatik (Depression und Hilflosigkeit, Intrusionen, Angstsymptome) sollten Anlass für eine gezielte psychische Unterstützung und Betreuung sein. Auf das hierbei nötige Vorgehen wird im Therapieteil eingegangen.

e) Traumatisierung durch sexuelle Gewalt

In den epidemiologischen Studien wird sexuelle Gewalt als die am meisten traumatisierende Erfahrung beschrieben. Besonderheiten bei dieser Art von Traumata sind spezifische emotionale Reaktionen mit Scham-, Schuld- und Ekelgefühlen, spezifische kognitive Reaktionen, insbesondere ein negatives Selbstbild und häufig „Viktimisierungsprozesse“ (i.S. einer Chronifizierung der Opferrolle). Traumatisierungen durch sexuelle Gewalt werden deswegen häufiger verschwiegen oder geleugnet.

Eine besondere Art sexueller Gewalt ist der Kindesmissbrauch, der häufig erst durch seine Langzeitfolgen bekannt bzw. erkannt wird. Nach Kindesmißbrauch bestehen meist nicht durchgehend Symptome im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung, häufig werden solche Symptome durch Wiedererinnern oder belastende Erlebnisse im Sinne einer Reaktualisierung oder „Retraumatisierung“ im Erwachsenenalter hervorgerufen.

Insbesondere bei sexueller Gewalterfahrung ist es wichtig zu betonen, dass solche Traumata nicht nur zum Bild einer PTBS führen sondern zahlreiche andere psychische Störungen nach sich ziehen können.

3. Therapeutische Prinzipien

Die Therapie von akuten Belastungsreaktionen und posttraumatischen Belastungsstörungen kann prinzipiell ambulant, teilstationär oder stationär durchgeführt werden. Die Indikation für diese unterschiedlichen Organisationsformen richtet sich nach dem Schweregrad der Symptomatik, insbesondere aber auch nach dem Ausmaß der subjektiven Beeinträchtigungen und Funktionsstörungen im beruflichen oder familiären Bereich. Eine stationäre Behandlung ist besonders indiziert, wenn der/die Betroffene im Kontakt mit dem Täter oder in einem traumatisierenden Milieu lebt und eine Distanzierung vordringlich nötig ist.

a) Akute Belastungsreaktionen

Eine Indikation zur Psychotherapie ergibt sich aus dem subjektiven Erleben des/der Betroffenen und aus dem Ausmaß der Funktionsstörungen.

Im Vordergrund steht bei der Behandlung einer akuten Belastungsreaktion das Ziel, wieder Sicherheit und Beruhigung zu finden. Den Betroffenen wird in dieser Phase das Bedürfnis nach Rückzug und Schonung zugestanden. Wesentlich ist der Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung und eine gute Integration in ein stabiles/verlässliches therapeutisches Setting. Klare Strukturen im Sinne eines strukturierten Tagesablaufs sind vorteilhaft. Bei den therapeutischen Gesprächen handelt es sich um Gesprächsangebote. Das Thema der traumatischen Erfahrungen wird von therapeutischer Seite nicht vermieden, aber auch nicht aufgedrängt. Wesentliche Gesprächsinhalte sind Informationsvermittlung über Zusammenhänge zwischen belastenden Erfahrungen, körperlichen und seelischen Reaktionen und den üblichen Verhaltensweisen nach solchen Ereignissen.

nissen. Ein sehr ausgeprägter Mitteilungsdrang, der sich unterschiedslos an alle verfügbaren Personen richtet oder zwanghaftes Wiederholen traumatisierender Details muss behutsam aufgefangen und strukturiert werden. Augenmerk sollte auf kognitive Verzerrungen gerichtet werden (fehlerhafte Zuschreibungen, Selbstvorwürfe, Selbstabwertung), die die Erholung von der traumatischen Belastung verzögern bzw. einer Chronifizierung, die zu einer posttraumatischen Belastungsstörung führen könnte, Vorschub leisten.

Begleitend werden im teilstationären oder stationären Rahmen Entspannungstraining, Sporttherapie, Ergotherapie zur Förderung des nonverbalen Ausdrucks durchgeführt.

Ambulante Gesprächsangebote in normaler Frequenz (1 Termin/Woche) können in manchen Fällen als Unterstützung bei einer akuten Belastungsreaktion nicht ausreichend sein. Ein multimodales Hilfsangebot, das eine Schutz und Sicherheit vermittelnde Umgebung und traumaspezifische und unspezifische Maßnahmen beinhaltet, ist dann zu bevorzugen.

b) Posttraumatische Belastungsstörung

Bei der Behandlung der PTBS gibt es mittlerweile mehrere veröffentlichte Therapieprogramme, die unabhängig von der „psychotherapeutischen Schule“, aus der sie stammen, in den wesentlichen Teilen deckungsgleich sind.

Übergeordnete Ziele sind:

- Vertrauen in Beziehungen wiedergewinnen
- Hilfe annehmen, soziale Kontakte zulassen
- Vermeiden traumaverbundener Themen (einschl. Situationen) abbauen
- Schuldgefühle und Verantwortungszuschreibungen überprüfen und korrigieren
- Erhöhtes Erregungsniveau senken
- Entspannungsfähigkeit verbessern
- Vertrauen in die körperliche Integrität und Belastbarkeit gewinnen
- Selbstwert stabilisieren
- Soziale Kompetenzen ausbauen

Es lassen sich 3 Phasen der Behandlung beschreiben:

1) Stabilisierungsphase,

in welcher die bereits bei der Behandlung der Belastungsreaktionen wichtigen Ziele, Sicherheit und Vertrauen schaffen, im Vordergrund stehen. Dazu gehört der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung in einem geschützten Kontext. Desweiteren werden in dieser Phase Entspannung und Distanz vermittelnde Techniken erlernt und es werden ausführliche Informationen über das Krankheitsbild der PTBS, deren Folgen und deren Behandlungsmöglichkeiten vermittelt.

Das Erlernen von Distanzierungstechniken und Entspannungsmethoden ist eine wichtige Voraussetzung für die nächste Phase, der

2) Konfrontation mit dem Trauma

In dieser Phase werden eine strukturierte Vorbereitung auf die Konfrontation mit den traumatischen Erinnerungen geleistet, die eigentliche Konfrontation durchgeführt (in Frage kommen Erstellung eines Narratives, „Miniexpositionen“, das Schreiben von therapeutischen Briefen, Eye Movement Desensitization and Reprocessing) und nachfolgend jeweils Distanzierung und Nachbearbeitung der Konfrontation.

In der dritten Phase, der

3) Integrationsphase

liegt der Behandlungsschwerpunkt auf der Akzeptanz des Traumas als nicht mehr rückgängig zu machende Erfahrung, die in die persönliche Entwicklung zu integrieren ist. Diese überwiegend kognitive Arbeit kann in Abhängigkeit vom Setting Teil einer Gruppenarbeit sein. Wichtige Themen in der Integrationsphase sind z.B. Verarbeitung von Verlusten, Aufbau von Zukunftsperspektiven, bei chronifizierten Störungen Rückfallprophylaxe und schwerpunktmäßig die Vermittlung von Selbsthilfetechniken.

Im stationären Rahmen finden in diesem Behandlungsabschnitt ggf. soziotherapeutische Beratungen, Vermittlung lebenspraktischer Fertigkeiten, Belastungserprobungen, Vorbereitung und Einleitung von Weiterbehandlungen statt.

c) Therapeutische Besonderheiten bei Typ-II-Traumatisierungen und sexueller Gewalt

Diese Einteilung der Behandlung in drei Phasen ist grundsätzlich auch bei PatientInnen mit Typ-II-Traumatisierungen gültig. Allerdings ist zu beachten, dass bei diesen PatientInnen ein noch wesentlich größeres Gewicht auf die Stabilisierungsphase gelegt werden muss als bei PatientInnen mit Typ-I-Trauma. Die Phase 2 mit Trauma-Konfrontation kann nur dann begonnen werden, wenn die PatientInnen ausreichende Fertigkeiten und Ressourcen im Umgang mit heftigen Emotionen besitzen. Hilfreich in diesem Zusammenhang sind körperliche Aktivität, das Erlernen von Entspannungsverfahren wie Progressive Muskelrelaxation, Atemtherapie oder Tai Chi und das speziell auf PatientInnen mit dieser Problematik zugeschnittene Gefühlssteuerungstraining (siehe Seite 16). Oft kommen PatientInnen mit der Erwartung, jetzt endlich eine Traumakonfrontation durchführen zu können, um Erleichterung von den sie quälenden Symptomen und Emotionen zu erreichen. Wir müssen jedoch häufig feststellen, dass die Voraussetzungen für eine Traumakonfrontation noch nicht gegeben sind und wir erst gemeinsam an den notwendigen Voraussetzungen arbeiten müssen. Da bei Typ-II-Traumatisierungen häufig sexuelle Gewalt eine wichtige Rolle spielt, werden einige therapeutisch relevante Besonderheiten noch einmal kurz zusammengefasst.

Schuld- und Schamgefühle (Tabuisierung) spielen bei den Folgen sexueller Gewalt eine größere Rolle als bei anderen Traumatisierungen. Vermeidungs-Verhalten erstreckt sich auf die Kommunikation, Opfer vertrauen sich seltener an. Sexuelle Gewalt findet häufiger versteckt statt als andere Gewalttaten, wiederholte oder anhaltende Anwendung sexueller Gewalt kommt häufiger vor. Sicherheit und Vertrauen spielen deshalb bei der Therapie dieser Art von Traumafolgen eine besonders wichtige Rolle. Geschlechtsspezifische Besonder-

heiten müssen dabei berücksichtigt werden, z.B. in Form gleichgeschlechtlicher TherapeutInnen/ PatientInnenzuordnung. Der Aspekt der Selbstkontrolle (Patient bestimmt Tempo und Umfang der Thematisierung des Traumas) wird bei Beginn der Therapie und beim Aufbau der therapeutischen Beziehung besonders beachtet. Schutz und Distanzierung von Täterpersonen (häufig Familie) und Opfer ist ebenfalls vordringlich.

4. Differenzialindikation ambulante Therapie, stationäre Therapie

Die Indikation zur stationären Traumatherapie stellt sich in Abhängigkeit vom Ausmaß der Fähigkeitsstörungen (Einschränkungen im privaten und beruflichen Alltag). Vermeidungsverhalten, Schlafstörungen, interpersonelle Probleme, mit vegetativer Übererregung verbundene körperliche Beschwerden können so ausgeprägt sein, dass die Rückzugs- und Versorgungsmöglichkeiten eines stationären Settings schneller und besser therapeutische Interventionen ermöglichen als ein eher niederfrequentes ambulantes Setting. Schutz, Sicherheit und Distanzierung bei noch bestehender Exposition gegenüber Gewalt und Tätern stellen ebenfalls eine eindeutige Indikation für eine stationäre Aufnahme dar.

Komplexe Krankheitsbilder, bei denen neben der posttraumatischen Belastungsstörung ausgeprägte weitere symptomatische Störungen vorliegen (soziale Phobie, sonstige Angststörungen, schwere Depressionen), sind ebenfalls mit dem multimodalen Angebot einer stationären Behandlung zunächst besser zu beeinflussen als in einer ambulanten Therapie.

Desweiteren sei auf die Ausführungen im Heft 1 dieser Schriftenreihe („Indikation zur stationären Verhaltenstherapie“) verwiesen.

5. Das Vorgehen in der AHG Klinik Waren

ist auf diese Vorzüge des stationären Settings aufgebaut. In einer intensiven diagnostischen Phase zu Beginn der Behandlung findet einzeltherapeutisch die Exploration, daneben die psychometrische Routinediagnostik und die Verhaltensbeobachtung im Stationsalltag, in den Standardpsychotherapiegruppen und bei den körperbezogenen Maßnahmen statt. Gerade bei letzterem (Sporttherapie, Entspannungstherapie, Physiotherapie) ergeben sich oft entscheidende Hinweise auf ein Symptomverhalten, das für das Vorliegen einer traumassozierten Störung spricht.

Das therapeutische Angebot erlaubt, die beschriebenen drei Phasen einer Traumatherapie in Form von Kombination von einzeltherapeutischen Interventionen und Gruppenangeboten konzentriert durchzuführen. Entspannung und körperliches Training stellen wichtige Mittel der Distanzierung und Beruhigung und der gezielten Beeinflussung des Hyperarousals dar.

Das Prinzip der Bezugstherapie (Therapeutin/Therapeut ist für Patienten/Patientin während des gesamten Aufenthaltes in allen Belangen zuständig) erleichtert den Aufbau der bei diesen Störungen besonders wichtigen guten, belastbaren therapeutischen Beziehung. Störungsspezifische Interventionen in der Einzeltherapie werden mit denen der Indikativgruppen (z. B. Gefühlssteuerungstraining, Angstbewältigungsgruppe, Depressionsbewältigungsgruppe, Schmerzbewältigungsgruppe) kombiniert. Zu vermittelnde Techniken (z.B. Imaginationsübungen oder Entspannungstechniken in der Phase 1, Traumatabuch, Exposition oder EMDR in der Phase 2, Problemlösung, Konfliktklärung, Selbstsicherheitstraining oder Schmerzbewältigung in Phase 3) können sowohl in der Einzeltherapie, sehr gut aber auch in spezifischen Gruppen eingeübt werden. Generell werden zusätzlich zur traumabezogenen Therapie erforderliche/indizierte Angebote wie Selbstsicherheitstraining, Genusstraining, zusätzliche Entspan-

nungstherapieformen parallel oder sukzessive in den Gesamttherapieplan eingebaut.

Ein spezieller Therapiebaustein ist die Gruppe „Gefühlssteuerungstraining“, die insbesondere für Menschen mit wiederholten und langandauernden Traumatisierungen (Typ-II-Traumatisierung) in Beziehungen in Frage kommt. Ein Teil dieser Patienten leidet in der Folge unter außergewöhnlich heftigen Spannungs- oder Gefühlszuständen. Die Betroffenen versuchen häufig, diese Spannungs- oder Gefühlszustände durch problematische Verhaltensweisen wie vermehrten Alkohol- oder Drogenkonsum, übermäßiges Essen, selbstschädigendes oder selbstverletzendes Verhalten in den Griff zu bekommen. Im Gefühlssteuerungstraining erlernen die Patienten Techniken, die ihnen helfen, starke Gefühls- und Stimmungsschwankungen zu beeinflussen und zu verringern. Ziel des Gefühlssteuerungstrainings ist die Verringerung von starken Gefühls- und Stimmungsschwankungen, von übermäßiger Impulsivität sowie von Identitätsunsicherheit und Denkstörungen. Gefördert werden soll die Fähigkeit Stimmungsschwankungen zu regulieren, die Achtsamkeit für sich und andere und die Fähigkeit Spannungen und Frustrationen zu ertragen.

Insbesondere bei lang zurückliegenden Traumatisierungen, bei chronifizierten posttraumatischen Störungen und bei bleibenden Persönlichkeitsveränderungen stellt die stationäre Therapie nur einen Baustein im Rahmen einer langfristig angelegten ambulanten Psychotherapie dar. Gegebenenfalls wird die ambulante Psychotherapie während der stationären Phase vorbereitet. Dazu zählen Einsicht- und Motivationsarbeit bei den Betroffenen, die nicht selten von unrealistischen Vorstellungen einer raschen Heilung ausgehen, und die Suche nach und Kontaktaufnahme zu geeigneten Therapieangeboten im heimatlichen Umfeld der Patientinnen/Patienten. Beratung zu sinnvollen sozialen und juristischen Schritten kann im Rahmen soziotherapeutischer Interventionen parallel zur Behandlung erfolgen.

6. Literaturverzeichnis

- BOOS, A. (2005). Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Hogrefe: Göttingen
- BUTOLLO, W. (1997). Traumapsychologie und Traumapsychotherapie. Psychotherapie, 2 (1), 23-34.
- FISCHER, G. & RIEDESSER, P. (1993). Lehrbuch Psychotraumatologie. Reinhardt: München, Basel.
- FLATTEN, G. et al. (2002). Zum Stand der psychischen Versorgung von Unfallopfern in Deutschland. Der Unfallchirurg, 105 (3), 231–236
- LINEHAN, M. (1996). Trainingsmanual zur Dialektischen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien: München.
- MAYOU, R. & FARMER, A. (2002). Trauma. British Medical Journal, 325, 426–429.
- STEIL, R. & EHLERS, A. (1997). Posttraumatische Belastungsstörung. In H. Reinecker (Hrsg.), Lehrbuch der klinischen Psychologie (S. 155-181). Göttingen: Hogrefe.
- VOGELSANG, M. (1996). Verhaltenstherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. Psychotherapeut, 41, 254–263.

Herausgeber:

AHG Klinik Waren

Chefarzt Dr. med. Otmar Kristof

Facharzt für Innere Medizin, Psychotherapie,
Sozialmedizin, Rehabilitationswesen

Auf dem Nesselberg 5, 17192 Waren (Müritz)

Telefon (03991) 635-420

Telefax (03991) 635-426

Net: <http://www.ahg.de>

<http://www.fachklinik-waren.de>

Ansprechpartner für Traumabehandlungen:

Dipl.-Psych. Dr. Albrecht Schumacher

Leitender Psychologe

Telefon (03991) 635-412

Dipl.-Psych. Sabine Krengel

Leitende Psychologin

Telefon (03991) 635-411