

Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Zusammenfassung auf der Basis des Referats von Frau K. Cyliax am 13.5.2019

Trauma

- Der Begriff Trauma (Griechisch: Verletzung, Wunde) wird in der Medizin bei körperlichen Verletzungen (Fach Traumatologie, Schädel-Hirn-Trauma), in der Psychologie im Zusammenhang mit seelischen Verletzungen verwendet.
- Gemeint ist damit nicht ein Ereignis selbst, sondern das, was beim Betroffenen ausgelöst wird. Die einen werden traumatisiert, andere verkraften dasselbe Ereignis besser.

Traumatisierende Erlebnisse:

- Traumatisierend wirken können selbst erlebte oder bei anderen beobachteten lebensbedrohenden Gefahren wie bei Unfällen, körperlichen Attacken, Mordanschlägen, Naturkatastrophen, Bränden, aber auch Ereignisse von vorwiegend emotionaler Bedrohung wie bei sexuellem Missbrauch und Vergewaltigungen, bei häuslicher Gewalt oder Kindesvernachlässigung. Auch der Tod eines geliebten Menschen, eine Scheidung oder auch Mobbing können ein Trauma auslösen.
- Ein traumatisierendes Erlebnis kann einmalig und kurz oder wiederholt und anhaltend sein: man unterscheidet zwischen Monotraumata (Flugzeugabsturz), multiplen Traumata (Konzentrationslager), sequenziellen Traumata (jahrelanger sex. Missbrauch) und Entwicklungs Traumata (frühkindliche Vernachlässigung o.ä.).
- Entscheidend ist ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine anhaltende Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis auslöst.“ (Fischer/Riedesser, Lehrbuch der Psychotraumatologie)

Spontanreaktionen in Akutsituationen:

- Trauma, Angst und Schrecken führen zu archaischen Reaktionen. Diese waren überlebenswichtig, als der Mensch noch Jäger und Sammler war.
- Kämpfen oder flüchten (engl.: fight or flight) ist das Erste. In der Akutreaktion steigert ein hoher Adrenalin Spiegel die Leistungsbereitschaft enorm mit Erregung und Angespanntheit.
- In einem zweiten Stadium (Erstarrung; engl.: freeze) fällt der Adrenalin Spiegel ab, man stellt sich quasi tot und funktioniert wie ein Automat.
- Eine letzte Möglichkeit ist Unterwerfung (Dissoziation), wenn die Gefahr nicht abzuwehren ist.

Verlauf, Traumafolgen:

- Vielen Traumatisierten fällt es schwer, über das Erlebte zu sprechen, weil sie sich schämen (z.B. gehänselte Kinder, Mobbing- oder Vergewaltigungsoffer). Zur Scham führt das Gefühl, eine Niederlage erlitten und versagt zu haben und/oder auf irgendeine Weise selbst (mit-) schuldig am Ereignis zu sein. Viele Betroffene versuchen, das Erlebte zu verdrängen. Das kann über lange Zeit gelingen, aber auch zu Traumafolgestörungen (siehe unten) führen.

Heilungschancen:

- Traumatisierungen können überwunden werden. Gute Vorbedingungen sind z.B. eine stabile Persönlichkeitsstruktur, ein Aufgehobensein im Umfeld und im Leben und die Bereitschaft, sich zu öffnen und das Erlebte preiszugeben. Andererseits können Traumatisierungen eine zentrale Rolle bei der Entwicklung psychischer Störungen spielen. Die Entwicklung von Traumafolgestörungen wie einer PTBS ist ebenso möglich.

Therapien

- Traumatherapien sind in der Psychologie und Psychotherapie zu einem noch recht jungen eigenen Gebiet mit vielfältigen Behandlungsansätzen geworden. Sie sind oft erfolgreich. Die wichtigste Voraussetzung ist aber die Bereitschaft der Betroffenen, über ihre tief verborgenen Erlebnisse zu berichten. Eine solche Therapie kann lange, manchmal Jahre dauern.

Traumafolgestörungen:

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

- Eine PTBS ist eine längerfristige Reaktionsform. Sie ist eine psychische Erkrankung. Der Begriff beschreibt eine komplexe Störung.
- Die PTBS ist erst seit einigen Jahrzehnten als Krankheit identifiziert und anerkannt. Nach dem 1. Weltkrieg wurden Traumatisierte als „Kriegszitterer“ verhöhnt und verächtlich behandelt. Sie galten als schwächlich und als Simulanten.
- Häufigkeit: nach Angaben aus Deutschland erleben im Durchschnitt 5-6 % der Männer und 10-12 % der Frauen in Deutschland einmal im Leben eine PTBS.
- Die Definition einer PTBS setzt voraus, dass die Traumatisierung nicht länger als 6 Monate zurückliegt und die Symptome mindestens einen Monat bestehen.
- Die Störung muss funktionell bedeutsam sein und Auswirkungen auf wichtige Lebensbereiche haben.

Symptome / Diagnosekriterien (eine Auswahl):

- Wiederkehrendes Erleben (Flashbacks), Alpträume (auch ohne konkreten Bezug auf das Trauma), kreisende Gedanken
- Vermeidendes Verhalten z.B. Menschenansammlungen (auch bei nur vermeintlichen Gefahren),
- Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrationsstörungen
- Gestörte Affektregulation: Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, Wutausbrüche
- Aufmerksamkeitsstörungen: Überhöhte Wachsamkeit (Hypervigilanz)
- Selbstdestruktives Verhalten, verändertes Selbst- und Weltbild („Ich bin schlecht“, „die ganze Welt ist böse und gegen mich“), verzerrte Vorwürfe gegen sich oder andere, auch mit auto- und fremdaggressiven Verhaltensstörungen.
- Markant vermindertes Interesse an wichtigen Tätigkeiten, auch wenn diese keinen Traumabezug haben
- Das Gefühl, anderen fremd zu sein (Distanziertheit, Entfremdung)
- Depressivität bis hin zu Suizidversuchen.

Risikofaktoren (eine Auswahl)

- Geringer gefestigte Persönlichkeit (zu wenig emotionale Unterstützung im Kindesalter, geringe familiäre Harmonie, autoritäres elterliches Verhalten, Aufwachsen in Armut, gering ausgeprägtes soziales Netz...)
- Frühere traumatische Erfahrungen
- Vorbestehende Depressionen

Differenzialdiagnostische Abgrenzungen gegen andere Traumafolgestörungen:

- **Akute Belastungsreaktion:** Kürzerdauernde Reaktion auf extreme psychische Belastung, die vom Betroffenen nicht „mit Bordmitteln“ bewältigt werden kann. Sie ist eine extreme, aber nicht krankhafte der menschlichen Psyche auf ein außergewöhnliches Belastungsereignis.
- **Anpassungsstörungen** sind eine psychische Reaktion auf psychosoziale Belastungsfaktoren, die zur Entwicklung klinisch bedeutsamer emotionaler und verhaltensmäßiger Symptome führt. Diese können sehr vielfältig sein.
- **Posttraumatische Verbitterungsstörung** (früher als Querulantentum bezeichnet): jede(r) und alle werden verantwortlich gemacht für das eigene Leid.
- **Komplexe posttraumatische Belastungsstörung:** eine schwere Form der PTBS als Reaktion auf fortgesetzte oder besonders schwere Traumata, nicht auf Einzelereignisse. Sie sind mit komplexeren Problemen verbunden.
- **Weitere Folgestörungen** können sein: Somatoforme Schmerzstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit etc.

Krankheitsverlauf:

- Viele Betroffene fühlen sich allein, wozu sie, ohne es zu wollen, selbst beitragen: es fällt den meisten schwer, über das Erlebte zu sprechen.
- Sie fühlen sich minderwertig, weil ausgerechnet ihnen so etwas passiert ist, sie ziehen sich

- zurück. Sie meiden alles, was sie an das Erlebte erinnert.
- Viele „funktionieren“ nur nach außen hin, bei sehr frühen Traumatisierungen oft jahrzehntelang. Es ist dann schwer, an sie heranzukommen. Auf diese Weise kann eine PTBS ein ganzes Leben prägen.
- Manche verlieren ihre Grundüberzeugungen über die Welt und sich selbst.
- Wichtig: die PTBS wirkt sich auf wichtige Lebensbereiche aus.

Therapie:

- Auch eine PTBS ist psychotherapeutisch gut behandelbar. Wichtigste Voraussetzung ist aber, dass die Traumatisierung nicht andauert.
- Ein gutes soziales Umfeld und gesicherte Lebensbedingungen sind sehr wichtig.
- Die Behandlung sollte so früh wie möglich beginnen – was sehr schwierig ist, weil das Erlebte oft verdrängt wird.
- Es gibt eine ganze Reihe von psychotherapeutischen Möglichkeiten. Je nach Symptomatik werden zeitweilig, vor allem bei Beginn, auch verschiedene Medikamente (Antidepressiva, Neuroleptika, Tranquillanzien) eingesetzt.
- Wichtig: Die Therapie kann lange, auch Jahre dauern. Diese Zeit muss vom Patienten und vom Therapeuten zur Verfügung stehen. Während der Therapie werden bisher wirksame Bewältigungsstrategien (z.B. Verdrängung) in Frage gestellt mit der Folge einer Destabilisierung. Es ist Aufgabe des Therapeuten, für den Aufbau einer neuen Sicherheitsstruktur zu sorgen. Bis dahin darf die Therapie nicht abgebrochen werden.

Dies alles gilt für Traumafolgestörungen in unserem Kulturkreis. Bei Geflüchteten gibt es Besonderheiten.

Sequenzielle Traumatisierung durch kollektive Traumata vor und auf der Flucht:

- Traumatisierung vor der Flucht (Krieg, Vertreibung, Verfolgung, Not, gefährdete Lebensgrundlagen)
- Verlust der eigenen Wurzeln
- Schuldgefühle gegenüber den Zurückgebliebenen
- Während der Flucht: Hunger, Angst, Lebensgefahr, miterlebter Tod anderer
- Andauerndes Gefühl von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein

Leben im Ankunftsland:

- Erlebnis von Misstrauen und Ablehnung (die „Willkommenskultur“ war nur kurz)
- Abhängigkeit von anderen
- Re-Traumatisierung durch verhör-ähnliche Situationen
- Ungewissheit über die Zukunft, den Aufenthaltsstatus, die Gefahr der Abschiebung
- Lager- oder Ghetto-Situationen (ANKER-Zentren, Ebert-Park-Hotel Weinheim)
- Bevormundende, schwer verständliche Regelungen von Arbeits- und Ausbildungsmöglichkeiten
- Probleme in den Familien: Kinder übernehmen die Rolle der Eltern. Schüler müssen dem Vater übersetzen, was der Lehrer an ihnen auszusetzen hat, Kinder müssen dem Arzt die Krankheiten der Mutter schildern und vor allem dieser erklären, was der Arzt gesagt hat. Kinder müssen funktionieren; ihre eigenen Probleme gehen dabei oft unter
- Traditionelle Elternrollen werden so ausgehebelt: der Vater wird entmachtet, die Fürsorge wird nicht von der Mutter, sondern eher von Kindern wahrgenommen
- Ein traditionelles Familienverständnis (der Mann ist der Chef und arbeitet, die Frau versorgt die Familie) kollidiert mit unserem Gesellschaftsverständnis (jeder ist für sich selbst verantwortlich)
- Wichtig: ein Verständnis für seelische Probleme mit der Möglichkeit, sie wahrzunehmen und darüber zu sprechen, gibt es in traditionellen Gesellschaften oft nicht. Seelisches Leid drückt sich über den Körper aus: so entstehen somatoforme (früher: psychosomatische)

Störungen, bei denen die Betroffenen auf immer neue Untersuchungen drängen und nicht verstehen, dass niemand ihre Krankheit findet und heilen kann. Es ist schwer, diesen Menschen zu helfen.

- Das Trauma Verständnis kann anders sein als heute bei uns: ein Trauma kann als Gottes Wille, als Strafe verstanden werden. Das gibt dem Trauma einen Sinn und führt mit Schuldgefühlen zu einer schweren Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls mit Ergebnislosigkeit und Passivität, wie auch zu Ängsten vor weiteren Strafen. Eine Therapie wird sehr erschwert.

Menschliche und therapeutische Hilfe:

- Zuerst: Erlangen von Sicherheit mit Wohnung, Kleidung, Nahrung
- Abstand zum Erlebten gewinnen, lernen, das Überleben wertzuschätzen
- Verlässliche Beziehungen aufbauen: Freunde, Familie, Gruppen
- Hilfe im Alltag, Beratung bei Realitätsthemen (Bürokratie, Arztbesuche etc.)
- Zukunftsplanung, -perspektiven erarbeiten
- Trauma-spezifische Stabilisierung, „Integration“ der Traumatisierung
- Eine Traumatherapie im engeren Sinn ist oft notwendig. Sie braucht aber viel Zeit und darf nur eingeleitet werden, wenn diese Zeit zur Verfügung steht, z.B. der Aufenthaltsstatus sicher ist. Eine abgebrochene Therapie (z.B. bei Abschiebung) kann schädlicher sein als eine nicht begonnene.

Worauf sollten Helfer achten?

- Mehr Hilfe brauchen oft die Stillen, nicht die Lautstarken. Wer traumatisierende Erlebnisse schildern kann, hat den größten Schritt zur Besserung schon hinter sich.
- Wer zieht sich eher zurück? Bei wem hat man das Gefühl, dass er etwas verbirgt, an das man nicht herankommt?
- Wer ist depressiv oder besonders ängstlich, schreckhaft?
- Wer verhält sich in auffälliger Weise nicht situationsgerecht?
- Man sollte nicht direkt nach Trauma Erlebnissen fragen. Diese sind schambesetzt. Besser ist behutsame Näherung z.B. mit der Frage: „müssen Sie viel denken?“

Gefahr für Helfer: Sekundäre Traumatisierung:

- Das ist die Traumatisierung, die PTBS der Helfer: nimmt man das Leid der Betroffenen zu sehr in sich auf, mit nach Hause und bis in die Nacht, können auch Helfer eine PTBS entwickeln als „stellvertretende Traumatisierung“ . Man spricht z.B. vom Mitgefühlerschöpfungssyndrom und vom Burn-Out.
- Ohne Empathie geht es nicht. Bei zu viel Mitgefühl aber geht man selbst unter.

Was kann den Helfern helfen?

- Man muss persönliche Verwundbarkeiten und eigene ungelöste Probleme kennen.
- Übergroße Empathie vermeiden, die Betreuung ggf. abgeben: manchmal gelingt es anderen besser.
- Nicht verantwortlich fühlen für fremdes Leid, das man nicht verschuldet hat.
- Nicht zu vielen gleichzeitig helfen wollen
- Ganz wichtig: die Selbstverantwortlichkeit der Betreuten stärken.

Weinheim, am 26.7.2019

Friedrich-K. Schmidt.