

Seelisch Kranke unter uns

Allgemeine Informationen – Reports – Kommentare

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (3)

Kurz gefasste Übersicht

Gewalt im Zivilleben, durch Naturkatastrophen oder gar Terror und Krieg gehören zum Alltag der Menschheit. Das geht so seit Jahrtausenden und wird wohl nie enden. Was aber geschah, geschieht und wird auch weiterhin mit den Opfern geschehen? Die unterschiedlichen Reaktionsweisen hängen zwar von mehreren Faktoren ab, was auch die Betroffenen (und ihr Umfeld!) belastet, im Extremfall aber droht eine posttraumatische Belastungsstörung. Was versteht man darunter und vor allem: wie äußert sie sich, welche Folgen drohen und was kann man dagegen tun, ggf. schon vorbeugend? Dazu eine kurz gefasste Übersicht.

Erwähnte Fachbegriffe:

posttraumatische Belastungsstörung – posttraumatische Belastungsreaktion – komplexe posttraumatische Belastungsstörung – traumatische Erfahrungen – Trauma-Folgestörungen – Häufigkeit von Extrembelastungen – individuelle Trauma-Reaktion – die wichtigsten Trauma-Krankheitszeichen – der posttraumatische Endzustand – Verlauf posttraumatischer Belastungsstörungen – psychophysiologische Aspekte der posttraumatischen Belastungsstörung – Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung – Prävention einer posttraumatischen Belastungsstörung – u. a. m.

Ein medizinisch-psychologischer Fachbegriff verbreitet sich immer öfter in den Medien: posttraumatische Belastungsstörung bzw. -reaktion (vom Lateinischen: post = danach sowie vom Griechischen: trauma = Verwundung, in diesem Fall vor allem eine seelische Verwundung). Neuerdings auch der Begriff komplexe posttraumatische Belastungsstörung.

Nichts ist neu, schon gar nicht in der Psychiatrie, der Seelenheilkunde. Auch die Folgen von Extrembelastungen – seien es Gewalt im Zivilleben, Naturkatastrophen, vor allem aber Geiselnahme, Terror, Verlust von Heimat, sozialer Sicherheit und wirtschaftlicher Existenz, d. h. der Zerstörung persönlicher Identität und körperlicher Integrität – alles ist seit Menschengedenken leidvoll bekannt.

Eindrucksvolle Schilderungen kennt man schon seit Mitte des 17. Jahrhunderts; auch die wissenschaftliche Forschung reicht über 150 Jahre zurück (Fachbegriffe: „Schreck- oder Kriegs-Neurose“, „Granaten-Schock“, „Kriegszittern“ oder gar „Ganzkörper-Zittern“, „Überlebenden-Syndrom“ u. a.).

Doch warum beschäftigt man sich erst jetzt verstärkt mit diesem Thema, Betroffene hat es schließlich seit jeher gegeben? Das geht vor allem auf die militärpsychiatrischen und -psychologischen Erkenntnisse zurück, die nach dem Zweiten Weltkrieg die regionalen Kriegsschauplätze erzwangen. Zuvor war dies – so unverständlich es sich anhört – kein besonderes Thema für die Medizin und natürlich doppelt nicht für die Kriegsführung. Im Gefolge davon erinnerte man sich aber endlich auch an die zunehmende Zahl von zivilen Opfern mit entsprechenden Belastungen und Folgen vom Alltag bis in den Intimbereich.

1980 wurde schließlich die posttraumatische Belastungsstörung als psychische Störung im US-amerikanischen Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen – DSM der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) und 1994 schließlich auch in der weltweit ton-angebenden Klassifikation psychischer Störungen – ICD der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgeführt. Und damit endlich als Krankheit offiziell anerkannt. Letztere erweitert demnächst ihre ICD-Klassifikation um die komplexe posttraumatische Belastungsstörung.

Heute gibt es eine international vernetzte Trauma-Forschung, die den Betroffenen wenigstens ein gewisses Maß an Verständnis und Betreuung, ggf. vielleicht sogar Vorbeugung sichern soll. Nachfolgend deshalb aus ständig gegebenem Anlass (Medien!) eine kurz gefasste Übersicht zu dieser schwerwiegenden psychosozialen Entwicklung, basierend auf dem allgemeinen Lehrbuchwissen der entsprechenden Fachbereiche, vor allem Psychiatrie und Psychologie:

- **Wie häufig sind posttraumatische Belastungsstörungen?**

Über die statistischen Vermutungen zur Häufigkeit traumatischer Erfahrungen generell in unserer Zeit und Gesellschaft kann man nur staunen, woran sich auch durchaus kontroverse Diskussionen anschließen. Einzelne Mutmaßungen sprechen von mehr als der Hälfte der Bevölkerung, die in ihrem Leben mindestens eine entsprechende Erfahrung gemacht haben soll. Wenn man aber bedenkt, dass es sich hier nicht nur um Verbrechen, Terrorakte und schwere Operationen, sondern auch folgenreiche Unfälle, Naturkatastrophen und sexuelle Übergriffe bis zur Vergewaltigung handelt, wird selbst diese ungewöhnliche Statistik etwas verständlicher. Interessant ein zweiter statistischer Aspekt, der angesichts der

täglichen Berichterstattung wohl ebenfalls Erstaunen auslöst: Männer sind häufiger betroffen als Frauen, was jedoch auch wieder verständlich wird, je nach Ort und Art der Traumatisierung.

Bei den statistischen Erkenntnissen handelt es sich erst einmal um traumatische Erfahrungen generell. Ob sich daraus eine Krankheit namens posttraumatische Belastungsstörung entwickelt, hängt von weiteren Faktoren ab (siehe später). Man spricht im Rahmen der Gesamtbelastung von etwa 8 bis 15 % Trauma-Folgestörungen, die man als posttraumatische Belastungsstörung bezeichnen kann. Dabei reicht die Spanne von rund 5 % nach schweren Verkehrsunfällen, Natur-, Brand- und Feuerkatastrophen u. a. über 25 % nach Gewaltverbrechen bzw. 50 % nach Vergewaltigungen und sexuellem Missbrauch bis zu 50 bis 65 % nach direktem Kriegserleben als Zivilist und noch mehr bei Folteropfern. Auch bei Flüchtlingen vermutet man eine 10-fach erhöhte Rate an posttraumatischen Belastungsstörungen gegenüber einer vergleichbaren Bevölkerungsgruppe. Dort ist übrigens die Möglichkeit fachliche Hilfe zu suchen deutlich eingeschränkt, wobei selbst unter durchaus akzeptablen Bedingungen in der westlichen Welt nur jedes 20. Opfer auch eine konkrete Behandlung sucht (und unter selbst günstigeren Bedingungen auch findet).

- **Welches sind die häufigsten Extrembelastungen?**

Zahlenmäßig am häufigsten sind Krieg, Terrorismus, Vertreibung und Flucht. Aber auch individuelle Gewalteinwirkungen sollten nicht unterschätzt werden: Überfall, Terror, Entführung und Geiselnahme, Folterung, sexueller Missbrauch und Vergewaltigung. Und natürlich Verkehrsunfälle im Straßen-, Schiffs- und Bahnverkehr, Nuklear-, Chemie- und Elektrounfälle sowie Naturkatastrophen. Zu Letzteren zählen Brände, Blitzschlag, Dammbürche oder sonstige Überschwemmungen, Lawinen, Gebirgsunfälle und Erdbeben. Letztere sind übrigens unter den Naturkatastrophen besonders verunsichernd, weil sich das scheinbar festeste und sicherste Element, der Erdboden unter mir, als unverlässlich, ja als lebensbedrohend erweist. Klima-bedingte oder zumindest -nahe Ursachen sollen übrigens zunehmen.

Immer häufiger werden auch schwere körperliche und seelisch Belastungen zur Diskussion gestellt: komplikationsreiche Operationen und Verbrennungen, Herzinfarkt oder -stillstand, Hirnschlag, Schock, schwerste Schmerz-Zustände, Verätzungen, Verstümmelungen u. a. Dies auch bei anderen (vor allem nahestehenden) Personen. Manchmal selbst der unerwartete Anblick eines toten Körpers oder Körperteils.

- **Reagiert jedes Opfer gleich?**

Natürlich reagiert nicht jedes Opfer gleich. Dies hängt von verschiedenen Faktoren ab. Zum einen gibt es Unterschiede in der Art der Belastung. Wichtig ist auch

ob überraschend oder halbwegs befürchtet bzw. erwartet. Und schließlich hängt vieles von der Ausgangspersönlichkeit, von Alter, Geschlecht, Dauer und vor allem der Regenerationsmöglichkeit ab. Wer sich zwischen mehreren (Extrem-)Belastungen nicht mehr erholen kann, verschleißt seine seelisch-körperlichen Reserven noch schneller und verschlechtert damit langfristig seine Heilungsaussichten. Weitere Hinweise siehe später.

- **Welches sind die wichtigsten Krankheitszeichen?**

Das Leidensbild der posttraumatischen Belastungsstörung ist nicht nur zermürbend, sondern auch verwirrend vielfältig. Vor allem sieht man es den meisten gar nicht an, sie leiden „nur“ innerlich. Viele lassen überhaupt nichts raus, da sie ohnehin nicht erwarten, auf Verständnis zu treffen, besonders langfristig. Es ist wie bei der Trauerreaktion. Ein kurz aufwallendes Mitgefühl der Umgebung, dann aber soll sich der Betroffene wieder rasch zusammennehmen, damit er die anderen nicht unnötig belastet.

Im Allgemeinen kommt es – nachdem die erste Schreck- oder Schockreaktion abgeklungen ist – zu einem Verlust an Lebensfreude, an Interesse, Aktivität, Initiative und Kreativität. Alles scheint wie weggeschmolzen. Dann „beißt“ sich regelrecht ein ständiges, fast zwanghaftes Wiedererinnern mit ängstlicher Unruhe, Anspannung und Erregungs-Bereitschaft fest. Das Wiedererleben kann Bilder, Gedanken, Gerüche oder Geräusche umfassen, meist aber mehrere Bereiche auf einmal. Außerdem zermürben Schlafstörungen; und wenn Schlaf sein darf, dann Angstträume.

Manchmal entsteht auch das Gefühl, als ob sich das belastende Ereignis gerade wiederholt, bisweilen nur aufgrund eines belanglosen Auslösers aus der Umgebung oder durch reine Vorstellung (so genannte Flashbacks). Daraus resultiert dann ein entsprechendes Vermeidungsverhalten mit Rückzug und Isolationsgefahr. Schließlich droht eine zunehmende Leistungseinschränkung, d. h. man kann seine Aufgaben nur noch mit größter Anstrengung bewältigen.

Viele Betroffene meiden bewusst Situationen, ja sogar Gedanken und Gefühle, die eine Erinnerung an das Trauma auslösen könnten. Dadurch werden sie langsam unfähig, sich an wichtige Aspekte des Geschehens zu erinnern. Durch diese – im Laufe der Zeit auch unbewusste – Vermeidung kommt es nicht nur zu Antriebsschwäche und sozialem Rückzug (s. u.), auch der gesamte Erlebnisbereich schränkt sich ein.

Die so genannte *komplexe posttraumatische Belastungsstörung* ist eine schwere Ausprägung dieser Entwicklung, bei der noch folgenreiche Störungen der Emotions-Regulation hinzukommen. Beispiele: Scham, Schuld, Ekel, ja Selbstverachtung und damit ein negatives Selbst-, vor allem Körperbild. Das schlägt sich dann doppelt auf das Verhalten und die Reaktion des – ja meist ahnungslosen, zumindest nicht ausreichend informierten – Umfelds nieder.

Kein Wunder, dass dabei auch weitere seelische Störungen drohen, insbesondere Depressionen, Angsterkrankungen, Alkoholabhängigkeit, ja eine Borderline-Persönlichkeitsstörung und chronische Schmerz-Bilder ohne fassbaren organischen Befund (s. u.). Die Suizid-Gefahr ist – gemessen an der Allgemeinheit – um das 8-Fache erhöht.

Die posttraumatische Belastungsstörung – wissenschaftlich gesehen

Eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) wird diagnostiziert, wenn einige Einzelsymptome gemeinsam über einen längeren Zeitraum auftreten. Dazu gehören vor allem Intrusionen, Numbing und Hyperarousal. Was heißt das?

– *Intrusionen* sind ungewollt wiederkehrende Erinnerungen, kaum kontrollierbar oder vermeidbar, die mit unkorrigierbarer Hartnäckigkeit an das schreckliche Erleben erinnern – andauernd. Beispiele: Bilder, Geräusche, andere quälende Eindrücke des traumatischen Ereignisses etc. Sie dringen unbeabsichtigt sowohl in den wachen Bewusstseinszustand als auch in den Schlaf ein, bis hin zu subjektiv erlebten „gedanklichen Überflutungen“ durch diese Belastungsreize.

– *Numbing/Vermeidung* bedeutet der Versuch, mit aller willentlichen Macht diese überflutenden Gedanken abzuschalten, d. h. nicht mehr an das traumatisierende Ereignis zu denken. Das geht bis zu einem entsprechenden Vermeidungsverhalten in Gedanken und alltäglicher Aktivität. Man versucht alles gedanklich zu verdrängen und vor allem jene Orte, Handlungen, Kontakte etc. zu vermeiden, die an das Trauma erinnern könnten. Folge: Gefühls-Einengung, Rückzug, Entfremdung gegenüber anderen Menschen (einschließlich Familienmitglieder, Freunde, Nachbarn u. a.) – und damit Isolations-Gefahr.

– *Hyperarousal*: Zuerst trifft es „Geist und Seele“, später auch den Körper, selbst wenn die Betroffenen vor allem die körperlichen Folgen oft nicht im Zusammenhang mit dem Trauma sehen (wollen). Die Erregungsschwelle des autonomen Nervensystems senkt sich, d. h. Belastungen jeglicher Art wirken früher, nachhaltiger, folgenschwerer. Da sich der Betroffene dagegen zu wehren versucht, kommt es zu einer inneren Erregungs-Steigerung: Tagsüber erhöhte Wachsamkeit gegenüber allen (selbst unerheblichen, auf jeden Fall nicht relevanten) Reizen wie Geräusche, ja fremde Gesichter etc., bis hin zu heftigen Schreck-Reaktionen, wenn man doch damit konfrontiert wurde. In der Nacht verhindert die ständige Überregung das Ein- bzw. Durchschlafen mit nachfolgenden Erschöpfungszuständen.

- **Der posttraumatische Endzustand**

Der *Endzustand* ist nicht selten von einer eigenartigen Schwermütigkeit geprägt, die allerdings wenig mit einer „klassischen Depression“ zu tun hat. Es handelt

sich mehr um eine „heimlich anfressende Resignation“, eine Art gemütsmäßige Betäubung bis Erstarrung, die der Umgebung eigentlich nur durch schwindende Anteilnahme an der Umwelt auffällt. Dazu drohen Zwangsgedanken, Merk- und Konzentrationsstörungen, ja Vergesslichkeit und zahlreiche psychosomatisch interpretierbare Beschwerden ohne nachweisbare Ursache: Missempfindungen oder die erwähnten Schmerzen, besonders im Bereich von Kopf, Herz, Kreislauf, Magen-Darm, Wirbelsäule, Gelenken u.a.

Was die Umgebung aber besonders irritiert, ist eine bisher unbekannte Übererregbarkeit im Sinne übersteigerter Wachsamkeit, Anspannung, Nervosität und Schreckhaftigkeit. Und plötzliche Angstattacken, ggf. Reizbarkeit und sogar aggressive Durchbrüche (Wutanfälle) – ohne Grund, jedenfalls nicht nach außen nachvollziehbar.

Das leitet einen Teufelskreis ein. Denn wer lässt sich so etwas gefallen, wenn er nicht weiß, auf was es zurückgeht. Und selbst diejenigen, die die Ursache kennen oder ahnen, sehen nicht ein, hier als „stellvertretende Prügelknaben“ den Kopf für etwas hinzuhalten, was sie nicht verschuldet haben. Auf jeden Fall weiß niemand mit dieser Situation adäquat umzugehen, auch der Betroffene nicht, der sich selber immer fremder wird.

- **Verlauf**

Vom *Verlauf* her unterscheidet man die kurz- bis mittelfristige posttraumatische Belastungs*reaktion* und die längerfristige Belastungs*störung*, die ein halbes oder ganzes Leben ruinieren kann. Inzwischen spricht man – wie erwähnt – auch von *komplexer* posttraumatische Belastungs*störung*. Ursache: Sich ständig wiederholende traumatische Ereignisse, die mitunter das ganze Leben belasten und damit prägen.

Zu den Einflussfaktoren, die die Dauer des Leidens mitbestimmen, gehört auch die Frage: Ist es eine Natur- oder technische Katastrophe, mit der man offenbar besser fertig wird? Oder ist der Auslöser „man made“, wie der Fachausdruck heißt, also von Mensch zu Mensch? Letzteres führt besonders nachhaltig zum Verlust des Vertrauens in den Mitmenschen schlechthin – und hat ernste langfristige Folgen (s. o.).

- **Psychophysiologische Aspekte**

Die Frage, was zu einem solch komplexen und vor allem langwierigen und folgenreichen Phänomen führen kann, und zwar „innerseelisch“, ist zunehmend Gegenstand aktueller Forschungsbemühungen, vor allem psycho- und neuropsychologisch. Und - was besonders verwundert - genetisch, d. h. die Erbanlage betreffend.

Tatsächlich wird die posttraumatische Belastungsstörung auch durch eine Reihe von Faktoren ausgelöst, zu denen nicht nur frühere Stress- und Lernerfahrungen, sondern auch eine genetische Disposition (also Vererbungs-Aspekte) gehören. So weiß man, dass es durch die traumatische Situation zu einem so genannten konditionierten emotionalen Gedächtnis der Situation kommen kann, oder schlicht gesprochen: gehirn-mäßig eingepägt.

Diese „Erb-Last“ hat – wissenschaftlich gesprochen – mit einer Überreaktion bestimmter subkortikaler Hirn-Areale zu tun, vor allem der Amygdala. Dabei werden bestimmte Hinweis-Reize auf das erlittene Trauma (z. B. Gerüche oder Geräusche) durch eine so genannte Furcht-Konditionierung in das Gedächtnis regelrecht „eingebrennt“. Dadurch können sie ständig wiederbelebt bzw. wieder-erlebt werden und verhindern das an sich hilfreiche tröstliche Vergessen. Natürlich sind vor allem jene Opfer gefährdet, die schon zuvor eher furchtsam reagierten und jetzt verstärkt heimgesucht werden.

Gehirn-physiologisch interessant ist auch die Hirn-Region des Hippokampus, die für das bewusste Erinnern von Fakten und Ereignissen bedeutsam ist. Auch hier werden bestimmte Funktionsstörungen vermutet, die dazu führen können, dass beispielsweise eine durchaus sichere Umgebung plötzlich unverständlich als unsicher erlebt wird, was eine dauerhafte Furcht-Bereitschaft unterhält. Auch hier spielen genetische (Erb-)Aspekte eine Rolle, insbesondere was die Stress-Regulation anbelangt.

Darüber hinaus hat in den letzten Jahren die erwähnte Epigenetik zu bedeutsamen Erkenntnissen geführt. Das bezeichnet in diesem Fall den Umstand, dass traumatische Ereignisse das „An- oder Abschalten von Erbanlagen“ beeinflussen können. So kann man beispielsweise bei den Nachkommen traumatisierter Opfer (besonders gut dokumentiert an Holocaust-Opfern) entsprechende Veränderungen im Erbgut finden, die zu scheinbar unverständlichen Anfälligkeiten über Generationen hinweg beitragen.

Schließlich kann bei posttraumatischen Belastungsstörungen auch die erwähnte Stress-Antwort beeinträchtigt sein. Deshalb lösen Stress-Faktoren, die nichts mit dem eigentlichen Trauma zu tun haben, ggf. übermäßige Reaktionen aus, die ansonsten problemlos bewältigt worden wären. Dies betrifft beispielsweise die Wahrnehmung von Schmerz und anderen körperlichen Empfindungen. Das findet man vor allem bei jenen Opfern ausgeprägt, die in Kindheit oder Jugend traumatisiert worden sind. Das lässt sich sogar psychophysiologisch durch Messung des Stress-Hormons Cortisol belegen.

- **Was kann man tun?**

Die *Betreuung oder ggf. Behandlung* einer posttraumatischen Belastungsreaktion bzw. -störung ist eine schwere Bürde, viel schwieriger, als sich die meisten vorstellen, selbst wenn sie (anfangs) guten Willens sind. Vor allem braucht es Ge-

duld und Verständnis, und zwar über längere Zeit. Die Entscheidung trifft der Betroffene, und nicht einmal er selber, sondern sein psychophysiologischer Zustand, dem er ja weitgehend hilflos ausgeliefert ist.

- **Mögliche Schutzfaktoren**

Natürlich diskutiert man in der Wissenschaft auch mögliche Schutzfaktoren, um das Risiko einer sich anbahnenden oder schließlich längerfristigen Belastungsstörung zu mildern. Dabei stellt sich auch die Frage: Warum trifft es - unabhängig vom Auslöser - den einen mehr, den anderen weniger? Tatsächlich konnte die psychotraumatologische Forschung zeigen, dass hier eine Reihe von *prä-* (vor dem Trauma), *peri-* (zum Zeitpunkt des Traumas) und *posttraumatische* Faktoren die Entwicklung, Schwere und den Verlauf eines drohenden Leidens beeinflussen können.

So konnte beispielsweise bewiesen werden, was sich ohnehin jeder denken kann: Je heftiger die Erlebnisse waren oder je länger die dauerten, desto höher pflegt das Traumatisierungs-Risiko auszufallen, vor allem was den Umfang und das Beschwerde-Ausmaß betrifft. Weitere Aspekte sind bereits früher erlittene Traumatisierungen, frühe Trennungs-Erlebnisse, seelische und/oder körperliche Vorerkrankungen und das, was man geringe Ressourcen (Hilfsquellen, Reserven) nennt, die die Bewältigung von Belastungen erleichtern, negative Auswirkungen von Risikofaktoren abmildern und zur Genesung beitragen sollen. Beispiele: Intelligenz-Niveau, Bildungs-Voraussetzungen, sozioökonomischer Status etc. Das stimmt zwar, ist aber wissenschaftlich gesehen recht unspezifisch, denn mangelhafte Ressourcen erhöhen auch das psychosoziale Risiko bei nahezu jeder psychischen Störung, nicht nur bei Traumatisierung.

Weitere Aspekte, die durchaus therapeutisch nutzbar sind, ist beispielsweise die Berücksichtigung der psychologischen Initial-Reaktion, wie man das wissenschaftlich nennt. Oder allgemeinverständlich: Wie stark waren die Gefühls-Reaktionen bei der traumatisierenden Belastung? Beispiele: Angst, Entsetzen, Ekel, ggf. vielleicht sogar Bewusstseinsveränderungen wie Derealisation (alles so sonderbar um mich herum), wenn nicht gar Depersonalisation (sich selber plötzlich fremd sein). Hier spielt dann auch der Überraschungs-Effekt eine Rolle, ggf. die Möglichkeiten und Grenzen des Vorbereitet-Seins und damit der Situations-Kontrolle (Kontrollverlust oder nicht).

Neben diesen individuellen, opfer-bestimmten Erkenntnissen geht es auch um alltägliche Erfahrungen und damit Empfehlungen, zum Teil nachvollziehbar, leider aber nicht immer umsetzbar. Gemeint ist vor allem die soziale Unterstützung. Sie hat – wissenschaftlich gesehen – die höchste Effektstärke im Vergleich zu anderen Risiko- und Schutzfaktoren, d. h. ist am hilfreichsten. Aber eben auch nicht immer zu erwarten.

Dabei geht es nicht nur um die Außen-Hilfe, auch um die Reaktion des Betroffenen selber, d. h. ob er die positiven Reaktionen als hilfreich, zumindest befriedigend akzeptiert oder mit den Unterstützungs-Versuchen des Umfelds nichts anzufangen weiß oder gar unzufrieden ist. Deshalb kann es zwischen individuellem Bedarf und machbarem Unterstützungs-Umfang erhebliche Diskrepanzen geben, die sich nicht selten auf das aktuelle Leidensbild, ja das ganze Leben auswirken.

Wichtig ist also nicht zuletzt die gesellschaftliche Anerkennung als Opfer-Überlebender, d. h. inwieweit ein Traumatisierter von seiner Umgebung nicht nur Mitgefühl, sondern auch Respekt für den überfallartigen Leidenszustand ausgedrückt bekommt. D. h. es sind vor allem Verständnis für die besondere Notlage und Hochachtung vor der Bewältigungsleistung, die erfahrungsgemäß nicht unerheblich stabilisieren, ja sogar Ausprägung und Verlauf der posttraumatischen Belastungsstörung wesentlich beeinflussen.

Bedeutsam ist nicht nur das soziale Klima generell, sondern auch die familiäre Atmosphäre. Hier spielen dann auch spezielle Aspekte eine Rolle, man kann es sich denken. Stichworte: Belastbarkeit, Dauer des Traumas und damit langsam schwindende Reserven des Umfelds, zusätzliche Auseinandersetzungen von früher, die jetzt eine eigene Gewichtung bekommen können etc.

Ein Faktor ist dabei besonders bedeutsam, wengleich selten ausdrücklich beklagt: Oft wollen Traumatisierte gar nicht länger, intensiver und vor allem klagbarer über ihr Trauma reden, weil sie befürchten „damit alles noch schlimmer zu machen“, sowohl für sich, als auch für ihr näheres und weiteres Umfeld.

- **Konkrete Hilfen**

Zu den scheinbar banalen, aber sinnvollen Selbst-Behandlungsempfehlungen gehört nicht zuletzt die Bewegung in jeder Form, also nicht nur „gehen-gehen-gehen“, sondern auch „reden-reden-reden“. Das kann den gefürchteten inneren Stau (psychomotorische Blockierung) abbauen helfen. Leider reduziert sich ja langsam der (mit-leidende) Zuhörer-Kreis, wie angedeutet. Dann verstummt ggf. auch der Betroffene und verliert damit eine wirksame Selbst-Genesungshilfe. Hier empfiehlt sich deshalb die schon seit Jahrtausenden gepriesene Soliqui, nämlich das halblaute Gespräch mit sich selber. Dieser virtuelle Dialog mit dem so genannten „alter ego“, dem anderen Ich, hat sich nicht nur für den problemlosen Alltag bewährt, es ist auch eine wirkungsvolle Unterstützungs-Maßnahme in eigener Sache: Zu jeder Zeit, an jedem Ort und mit überschaubarer, aber letztlich hoffnungsvoller Effektivität.

In schwereren Fällen bedarf es aber einer stützenden psychotherapeutischen Behandlung, zu der notfalls auch Medikamente kommen dürfen, vor allem gegen Schlafstörungen, innere Unruhe, Schreckreaktionen und Depressionen. Dabei muss man allerdings einige Besonderheiten bedenken:

Die gerne genutzten Beruhigungs- und Schlafmittel aus der Gruppe der Benzodiazepine können nämlich, vor allem wenn sie in der frühen Phase verordnet werden, die Trauma-Verarbeitung erschweren, in unglücklichen Fällen sogar neue Beeinträchtigungen auslösen. Außerdem ist die bekannte Abhängigkeits-Gefahr einzurechnen.

Eine den Leitlinien gerechte Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörung wäre natürlich sinnvoller, dürfte aber nur selten konsequent umsetzbar sein. Das beginnt mit der begrenzten Zahl entsprechender Fachleute und endet noch lange nicht bei der Frage, wann, wie lange und wie erfolgreich sich die Betroffenen selber daran beteiligen. Denn hier geht es ja nicht zuletzt um eine gezielte Auseinandersetzung mit dem Trauma durch Konfrontation.

Die Konfrontations-Therapie, auch Expositions-Therapie genannt, ist eine verhaltens-therapeutische Vorgehensweise. Dabei wird der Patient in abgesprochener Form mit dem angst-auslösenden Reiz konfrontiert, und zwar solange (und heftig?), bis die Angstreaktion aufgrund der Habituation (Gewöhnung) nachlässt. Das geht von dezenten therapeutischen Einflüssen bis zur so genannten Reiz-Überflutung (Flooding). Auf jeden Fall gilt es nach und nach die krankhafte Gefühlswelt zu löschen. Gleichzeitig wird durch eine so genannte kognitive Verhaltenstherapie die Verarbeitung des Traumas vermittelt. Es gilt das Geschehene aktiv zu bewältigen.

Diese Konfrontation mit dem traumatisierenden Erlebnis erfolgt in der Regel zunächst in der Vorstellung. Dann aber folgt auch die Realität. Hier arbeitet man vor allem mit virtuellen Umgebungen, was die zu erwartenden Ängste etwas mindert. Wichtig ist auch die Arbeit mit Angehörigen, um deren längerfristige bis dauerhafte Unterstützung zu sichern.

Aber auch hier muss der Therapeut oft stellvertretend aushalten, was das Opfer (oder sein Umfeld) als „beispiellose Ungerechtigkeit“ beklagt: Warum gerade ich? Das ist nicht einfach, das braucht Erfahrung und Nerven.

Und wenn es sich um eine so genannte Ko-Morbidität handelt, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt, gilt es natürlich auch dieses erschwerende Phänomen im Auge zu behalten. Bei der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung beispielsweise, die oft mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung einhergeht, hat sich speziell die dialektische Verhaltenstherapie bewährt. Hier geht es vor allem um die zwischenmenschlichen Beziehungen, die bei dieser zusätzlichen Erkrankung besonders leiden können.

Ein interessantes, so genanntes trauma-fokussiertes Verfahren ist die EMDR-Methode. Dabei handelt es sich um eine psychosoziale Desensibilisierung und Belastungs-Verarbeitung durch Augenbewegung (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Dabei werden Bilder, Wahrnehmungen, Gefühle und alles, was mit dem Erkennen und Wahrnehmen, mit Gedächtnis, Lernen, Erwartung

und Bewertung zusammenhängt, über eine Stimulation der Augenbewegungen erarbeitet, bis sich die Belastung verringert.

- **Präventive Möglichkeiten**

Intensiviert haben sich in den letzten Jahren auch die Bemühungen, schon zur *Prävention (Vorbeugung)* von posttraumatischen Belastungsstörungen beizutragen. Dies betrifft insbesondere jene Opfer, die schon früher eine solche seelische Verwundung ertragen mussten. Hier kann eine so genannte kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention das Schlimmste verhindern helfen, vor allem ein chronisches Leidensbild. Das schließt sogar bestimmte medikamentöse Versuche ein (z. B. Hydrokortison, das die Stress-Antwort stützen kann).

Neuerdings macht man sich sogar Gedanken, ob eine *zu erwartende Bedrohung* mit traumatisierenden Erlebnissen durch entsprechendes Training verhindert oder zumindest gemildert werden kann. Das würde dann vor allem bestimmte Berufsgruppen treffen, z. B. Sanitäter, Schwestern und Pflege des Pflegepersonals in Notfallstationen, ferner Polizisten und Soldaten im Einsatz von Unfallsituationen, Katastrophen- und Kriegsgebieten. Das mag dem einen oder anderen zwar überzogen vorkommen, hat aber einen Vorteil: Damit können nämlich bereits im Vorfeld ggf. anfälligeren Personen rechtzeitig erkannt und vor den seelischen Folgen eines solchen Einsatzes bewahrt bleiben.

- **Schlussfolgerung**

Posttraumatische Belastungsstörungen sind so alt wie die Menschheit. Aber erst seit einigen Jahren nimmt man konsequenter zur Kenntnis, was die Opfer auszuhalten hatten, über Jahrtausende hinweg. Dann soll es wenigstens jetzt denjenigen besser gehen, die es heute trifft.

Hier sind wir jedoch alle angesprochen. Posttraumatische Belastungsstörungen gibt es häufiger, als man ahnt, auch in Friedenszeiten und scheinbarer wirtschaftlicher Sicherheit. Und dort, wo Krieg, Flucht und Vertreibung herrschen, kann man sich denken, welche regionalen und schließlich internationalen Folgen zu bewältigen sind. Glücklicherweise helfen uns hier die wachsenden Erkenntnisse der so genannte Trauma-Forschung weiter, was das zu erwartende Leid etwas mildern könnte.

Einzelheiten zu den erwähnten Fachbegriffen bzw. weiteren Krankheitsbildern
siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Internet-Serie

<http://www.volker-faust.de/psychiatrie>