

Eustress – Distress – Extremstress/ traumatischer Stress – und was dann? Folgestörungen und Behandlungsansätze

Eustress – Distress – Extreme Stress/Traumatic Stress – And What Next?
Aftereffects and Treatment Approach

Eva Münker-Kramer

Themenschwerpunkt Stresspsychologie

Zusammenfassung

In diesem Beitrag geht es darum, die „pathologischen“ Erscheinungsformen von Stress – jenseits von Distress – auf Basis der klassischen psychologischen Stresstheorie von Hans Selye zu beleuchten sowie dann die wichtigsten Behandlungsprinzipien auf diesem Hintergrund darzulegen. Diese Beschäftigung mit „toxischem“ Stress (auch Extremstress, traumatischer Stress), der nach potentiell psychisch traumatisierenden Ereignissen/Erlebnissen akute bis chronische Folgen haben kann, soll in Anlehnung an die die aktuellen Erkenntnisse der Psychotraumatologie erfolgen.

Abstract

This article wants to point out the pathological forms of stress – going beyond distress based on the pioneering work of Hans Selye. Furthermore it aims to describe the most important treatment principles on this background. This concern – working on the consequences of so called “toxic” stress in its acute and chronic manifestations takes recent findings of psychotraumatology into consideration.

1. Die Begriffe

Dieses Thema „toxischer Stress“ in dieser Schwerpunktnummer zu platzieren, macht es kurz notwendig, Psychologie des Stresses und als Begriffsklärung und Definition von Psychologie herzuleiten: Psychologie ist die Wissenschaft vom Erleben und Verhalten des Menschen – in dem Fall „unter Stress bzw. richtig im Erleben und im Umgehen mit Stressoren verschiedensten Ausmaßes“.

Wichtig ist, Sprache und Beschreibungen einerseits im Sinne des erwähnten Stresskonzeptes zu benutzen und andererseits den Begriff „Psychotrauma“ anstatt des inhaltlich eigentlich falschen Begriffes aber eingebür-

gerten Begriffes „Trauma“ (=medizinische Verletzung) zu verwenden.

Dies macht es teilweise holprig, dafür inhaltlich korrekter. Lediglich in der Beschreibung des Grundkonzeptes ist „traumatischer Stress“ geblieben, weil hier nahezu ein „terminus technicus“ entstanden ist. Außerdem war das Konzept zunächst historisch im Jahr 1981 zum Zeitpunkt der WHO-Anerkennung der Posttraumatischen Belastungsstörung als „Mutter der Diagnosen im Kontext toxischen Stresses logischerweise medizinnahe. Die Anerkennung der Störung basierte auf Selyes Stresskonzept und erfolgte aufgrund der Zusammenschau der Symptome bei Opfern aus kriegerischen Auseinandersetzungen und Opfern aus familiärer Gewalt nach ca. 150 Jahren nach den ersten Symptombeschreibungen (mehr in Herman, 2003, S. 17-51 und Münker-Kramer, 2005, S. 293f).

Eine wichtige Botschaft des Artikels soll somit sein, den Konnex zwischen den historischen Wurzeln der Psychologie des Stresses und den modernen Konzepten der Psychotraumatologie bzw. Psychotherapie und klinisch-psychologischen Diagnostik und –Behandlung von Folgen traumatischem Stress, Stressforschung und Psychotraumatologie explizit herzustellen. Sie liegen eng beieinander und bringen zwei Forschungsrichtungen, die sich lange in getrennte Richtungen entwickelt haben – Körper vs. Seele/Geist wieder zusammen.

In den letzten 15 Jahren bieten die modernen bildgebenden Verfahren darüber hinaus in beiden Bereichen faszinierende Ergebnisse, die sowohl die Alltagserfahrungen im Kontext traumatischen Stresses (siehe unten) als auch das klinische Wissen und die klinische Beobachtung bestätigen.

2. Entstehung von Extremstress bzw. „toxischem Stress“, semantische Abgrenzung zu Stress und Parallelen zu Stress

2.1. Was ist nun ein „potentiell traumatisierendes Ereignis“?

Es ist wichtig, nicht beim Ereignis per se schon von „Psychotrauma“ zu sprechen. Es ergibt sich erst bei einem ungünstigen Verhältnis zwischen Ressourcen und subjektiven Bewältigungsfaktoren und dem Ausmaß der Belastung sowie anderen intervenierenden Variablen – von Fischer/Riedesser „der traumatische Prozess“ (Fischer & Riedesser, 2003, S. 61ff) genannt. An dieser Stelle die Originaldefinition: „Ein psychisches Trauma (besser: „potentiell traumatisierendes Ereignis“, s.o.) ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und subjektiven Bewältigungsfaktoren, das mit einem Gefühl von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und zu einer dauerhaften Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses führt.“ (Fischer & Riedesser, 2003)

Diese sprachliche Klarheit ist wie beim Umgang mit dem Begriff Stress wichtig: auch hier sagt man im Alltag schnell: „ich bin im Stress“ und meint noch nicht das Ergebnis, sondern die Ursache, im Sinne von „ich bin diversen Stressoren ausgesetzt, die mich derzeit destabilisieren und Symptome machen aufgrund eines Missverhältnisses von Bedrohlichkeit und Copingmechanismen“.

Das Konzept des traumatischen Prozesses mit dem ungünstigsten Endergebnis „Psychotrauma“ entspricht der korrekten Beschreibung von Stressentstehung nach Selye in den bekannten drei Stufen, nur sozusagen „einige Oktaven tiefer, stärker und mit tieferen und in manchen Fällen chronischen neurobiologischen Spuren („The body keeps the sore“ – van der Kolk, 2007).

Auswirkungen von Extremstress können sich demnach auf vier Repräsentationsebenen zeigen: Verhalten, Gedanken, Gefühle und Körper – die drei letzten kommen in der obigen Definition vor und werden weiter unten als Alltagsphänomene und klinische Symptome in den verschiedenen Krankheitsbildern noch einmal aufgegriffen bzw. auch in der neurobiologischen Erklärung thematisiert.

3. Neurobiologie des Extremstresses und „blockierte Informationsverarbeitung“

Grundsätzlich begegnen wir Situationen, die durch vitale Bedrohung oder anderen Extremstress gekennzeichnet sind, durch zwei reflexhafte Möglichkeiten, die nicht „kortikal“, sondern rein „limbisch“ gesteuert sind: Nach einer kurzen Orientierungsreaktion reagieren wir automatisch mit Kampf oder Fluchttendenzen, entspre-

chend werden Hormone wie Noradrenalin und Cortisol ausgeschüttet, um Kampf oder Flucht optimal zu ermöglichen (z.B. Muskeltonus, Atmung...). Dies ist, wenn es „gut ausgeht“, im klassischen Stresskonzept von Selye und auch den Weiterführungen von Lazarus beschrieben (Lazarus & Folkman, 1984)

Wenn aber nun keine dieser beiden natürlichen Reaktionen möglich ist und wir weder adäquat reagieren noch das Erlebte einordnen können, bleibt der Körper ohne cortikale Einordnungsmöglichkeit des Erlebten sozusagen „in der nicht zu Ende gebrachten Stressreaktion stecken“ – Huber nennt dies „traumatische Zange“ – „no fight, no flight“ führt zu „freeze“ (Huber, 2003a, S. 39ff). Hier liegt u.a. der Ursprung des ersten PTBS-Leitsymptoms „Übererregbarkeit“ in all seinen Facetten, das teilweise auf sogenannte Trigger (Auslöser) hin bis über Jahrzehnte bestehen bleiben kann (siehe unten – hier auch der Bezug zum „vitalen Diskrepanzerlebnis“ in der obigen Definition von Fischer/Riedesser).

Darüber hinaus passiert aber auch mental etwas im Zusammenhang mit dem oben Genannten: Die oft starken sensorischen Erlebnisse – visuell (z.B. verstümmelte Leichen), auditiv (z.B. Reifenquietschen vor dem Unfall), olfaktorisch (z.B. Geruch des Rasierwassers des Vergewaltigers oder des Täters bei lang andauernder sexueller Gewalt), gustatorisch (z.B. Blutgeschmack bei einem Unfall), kinästhetisch (z.B. Berührung eines Toten im Zuge einer Bergung als Feuerwehrmann) werden aufgrund der „Überflutung“ (Neurobiologie siehe unten) kortikal nicht entsprechend weiterverarbeitet und daher nicht im so genannten expliziten Gedächtnis (sprachlich erinnert, chrono(logisch) und in die Biographie eingeordnet in Zeit und Zusammenhang) integriert.

Sie bleiben stattdessen fragmentiert im so genannten impliziten Gedächtnis (nicht integriert, Bilder, Eindrücke, Körpererinnerungen). Aufgrund dessen sind sie dann unwillkürlich und ungesteuert jederzeit auslösbar und wiedererlebbar. Sie stellen damit das zweite Leitsymptom der akuten und chronischen Belastungsreaktion/-störung dar: die realistisch wirkenden Wiedererinnerungen (Flashbacks, Intrusionen), die wie im „Hier und Jetzt“ erlebt werden, sobald sie aktiviert sind und dadurch extrem angst- und schamauslösend. Sie werden von den Betroffenen und leider teilweise auch von Fachleuten manchmal mit Halluzinationen u.ä. falsch oder auch gar nicht adäquat diagnostiziert.

Daraus können sich Folgen wie z.B. sozialer Rückzug und Substanzmissbrauch als Sekundärsymptome aus Scham und zur Betäubung bzw. Eindämmung der (scheinbar) sensorischen Symptome ergeben.

Exkurs Dissoziation: Eine weitere „Möglichkeit“, Auslöser und somit Symptome zu reduzieren, ist es, diese konsequent zu vermeiden. Dieses Vermeidungsverhalten ist das dritte Leitsymptom der PTBS.

Auch das Phänomen der Dissoziation (Abspaltung, Gegenteil von Assoziation, auseinandergeben dessen, was eigentlich zusammengehört, im Falle von toxischem Stress „das Ereignis“, s.o.) hat zunächst als Bewältigungsmechanismus in einer „unaushaltbaren Situation“

hier den Ursprung.

Es ist ein neurobiologischer Reflex (kein neurotischer Abwehrmechanismus, wie oftmals missverstanden) unter Extremstress wie die körpereigene Analgesie sich bei für das volle Bewusstsein unaushaltbaren Schmerzen quasi einschaltet – beides in der Situation segensreiche Mechanismen, um Unaushaltbares auszuhalten.

„Chronisch zu viel und zu lange jedoch als „Bewältigungsmechanismus eingesetzt“, kann das Gesamtgefüge der Persönlichkeit letztlich daran zerbrechen (komplexe Dissoziation bis hin zu dissoziativer Identitätsstörung). Hier sei nur am Rande erwähnt, dass diese Gefahr umso größer ist, je früher z.B. eine sequentielle Traumatisierung beginnt und je weniger sprachliche Verarbeitungsmöglichkeit und Integration im Broca-Areal, d.h. je höher die Sprachlosigkeit, desto höher die Gefahr der komplexen Dissoziation.

In diesem Kontext können also Intrusionen sozusagen als „Stressoren aus der Vergangenheit“ über aktuelle Trigger aktiviert verstanden werden. Diese aktuellen Trigger müssen per se (unkonditioniert!) keine Stressoren sein.

Speziell in den letzten Jahren wurden mittels PET (Positronen Emissions Tomografie) oder MRT (Magnet Resonanz Tomografie) – Untersuchungen bei Personen, die gezielt an die traumatischen Ereignisse erinnert werden („Trauma Skript“), große Fortschritte zu den neuroanatomischen und neurobiologischen Repräsentanzen der Traumafolgestörungen gemacht (van der Kolk, 2003, 1994, Yehuda et al., 2001) Laut dieser Forschung stehen folgende topografische Strukturen mit folgenden spezifischen Aufgaben bei den gegenständlichen Phänomenen im Vordergrund: einerseits das limbische System mit Amygdala („Mandelkern – „Zuordnung von Signifikanz von Reizen“), Hippocampus („Seepferdchen“ – „kognitive Weltkarte“) und Thalamus („Schaltstelle für sensorische Informationen“), andererseits der vor allem für die Interpretation und Integration verantwortliche frontale Cortex, aber auch das so genannte Broca-Areal, das Sprachzentrum im linken frontalen Cortex (nach van der Kolk, in Hofmann (2005) und Huber (2003a). Informationen und Reize, die das Gehirn aufnimmt, werden zum Thalamus und von dort aus zur Amygdala weitergeleitet. Sie aktiviert dann je nach „Bedeutung“ des Reizes die Prozesse für neurochemische Vorgänge für jegliche Reaktion des Organismus (Kampf, Flucht, Ruhe...).

Nun wird bei einem normalen (= in den individuellen relativen normativen Bezugsrahmen einzuordnenden...) Reiz einerseits das so genannte „cool system“ in Gang gesetzt, das so aussieht, dass die Information von der Amygdala in den Hippocampus (auch „kognitive Weltkarte, Bibliothek“ genannt) weitergeleitet wird, dort mit Bedeutung versehen – interpretiert – wird und ihren weiteren Weg wieder über den Thalamus in die kortikalen Verarbeitungszentren – vor allem den frontalen Cortex (Integration und Planung) und das Broca-Sprachzentrum („narrative Einordnung“) findet. Hier kann dann die raumzeitliche Integration des Erlebten in das vorhandene Material aus Erfahrungen und Lebensgeschichte

erfolgen – es ist eingeordnet und abgelegt – und „ruhig“ – eine erfolgreiche Informationsverarbeitung.

Anders ist es bei den bisherigen subjektiven Erfahrungen oder das objektiv „Ertragbare, Erwartbare“ sprengenden Erlebnissen: Hier beginnt es ähnlich – der Thalamus nimmt die Information auf, leitet sie schnellstens zur Amygdala weiter. Diese identifiziert den Reiz als „heiß“, gibt generellen Alarm und aktiviert dabei als erstes und sehr massiv die reflexartige Schreckreaktion unseres Körpers – Kampf/Flucht (vor der Hormonaktivierung) und setzt dann die Stresskaskade (Selye, 1976 zit. nach Huber, 2003a) mit dem bekannten „Hormoncocktail von Noradrenalin, Adrenalin und Cortisol in Gang. Der „kühle Kopf“ ist verloren (vgl. Kapitel Alltagsprache und klinische Einordnung).

Diese Erkenntnisse werden bei sämtlichen Behandlungsansätzen im Bereich der akuten und chronischen Belastungsreaktion – wenn auch verschieden intensiv und auf verschiedenen Ebenen – aufgegriffen.

Aus den o.g. Ausführungen ergeben sich zwingend sowohl die Prinzipien der Akuthilfe und der Weiterbehandlung bis hin zur Therapie: in Sicherheit bringen, die Ereignisse „kortikal“ fassen und ordnen, Psychoedukation und Stabilisierung bzw. „Reprozessieren und Neuordnen“ des „hängengebliebenen Materials“ und somit Integration – dazu unten Genaueres.

„Die besondere Qual der Trauma-Überlebenden besteht darin, dass sie zuviel oder zuwenig fühlen“ (Onno van der Hart, in Huber, 2003). Dies ist tägliche Erfahrung von BehandlerInnen traumatisierter Menschen und hat viel mit dem Thema Extremstress zu tun. Unter einer bestimmten Schwelle bleibt die Übererregung im Körper stecken, über dieser Schwelle springt der neurobiologische Schutzmechanismus der Dissoziation an. Zu den körperlichen Spuren findet sich bei Rothschild (2005) unter dem Titel „Der Körper erinnert sich“ sehr viel Weiterführendes.

Inzwischen weiß man u.a., dass traumatischer Stress die Neubildung von Nervenzellen besonders im Hippocampus unterdrückt und somit sogar strukturelle-morphologische Auswirkungen zu verzeichnen sind.

4. Mögliche Folgestörungen von Extremstress – Systematik, klinische Diagnosen und Behandlung

Um die Abstufungen der Auswirkungen traumatischen Stresses klinisch genauer zu beleuchten, möchte ich mich zweier einander ergänzender Systematiken potentiell traumatisierender Ereignisse bedienen, die im Folgenden dargestellt werden:

Zunächst sei eine Systematik der Psychiaterin Lenore Terr erwähnt (siehe auch in Abb. 1, ganz oben), die zwischen so genannten Typ I Traumata – Folgen eines unerwarteten Einzelereignisses wie z.B. Vergewaltigung, Überfall, Unfall, Naturkatastrophen, Unglücksfälle und Typ II Traumata als Folgen mehrmaliger, sich wiederho-

lender oder auch andauernder – kumulativer Traumata, z.B. andauernder sexueller Missbrauch, länger dauernde Entführung u.ä. unterscheidet (Herman, 2003, S. 167).

Die wesentlichen potentiellen Folgen von „Typ I Ereignissen“ sind in der PTBS-Diagnose F43.1 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005) beschrieben:

- Intrusionen im Sinne von intrusivem Erinnern. Dies kann über visuelle, affektive, taktile, olfaktorische, auditive, gustatorische oder situative Auslöser (siehe auch oben, Kapitel Neurobiologie) kommen, fühlt sich „wie real“ an, da herausgehoben aus einem Raum-Zeit Kontext und die Unterscheidung „hier und jetzt“ und „dort und damals“ ist nicht möglich. Diese Erinnerungen kommen aus dem so genannten „impliziten Gedächtnis“.
- vermeiden der Auslöser (situativ und intrapsychisch! Hieraus können sich Komorbiditäten wie Sozialängste, generalisierte Angststörungen – auch Suchtprobleme ergeben.
- In dem dritten Bereich, der chronischen Übererregung, die sich klinisch über Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, verstärkte Schreckreaktion, Tachykardie, Schwitzen, Erröten u.ä. zeigt, ist die Basis in der sympatiktönen steckengebliebenen Erregung und somit im toxischen Stress klar.

Einer der wesentlichen Unterschiede ist, dass bei den Typ I Traumata oft die „Stressstörung“ im Erleben, Verhalten und in Betreuung und Behandlung im Vordergrund steht. Damit ist ein wesentlicher Teil des Umganges damit Psychoedukation und Stresscoping. Dies ist, wie an anderer Stelle bereits erwähnt, wieder ein Beleg dafür, dass grundsätzliches „umgehen Können mit Distress“, im Sinne von eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten, das Erleben und Entstehen traumatischen Stresses reduzieren kann (= Vorhandensein „subjektiver Bewältigungsmechanismen“ im Sinne von Fischer/Riedessers Definition).

Beim Typ II Trauma, das nicht selten im Kontext von Beziehungen stattfindet und somit ungleich komplexere Dynamiken von Bindung, Schuld, Scham, „Lebenskonzept“, Attributionen etc. in Gang setzt, kommt im Sinne der so genannten Trauma-Dynamik das „veränderte Selbst- und Weltverständnis“ massiv erschwerend dazu. Hier ist neben dem Stresscoping, um den Sympathikus überhaupt soweit „herunterzufahren“, damit überhaupt Ressourcen wahrnehmbar sind – intensive Ressourcenaaktivierung (soweit vorhanden, z.B. bei sequentiellen Trauma „von vorher“) oder Ressourcenaufbau vonnöten.

In diesem Kontext findet sich seit einigen Jahren eine pragmatisch wichtige so genannte „neue Diagnose“ (Herman, 2003, S. 161 ff und Huber, 2003, S. 255ff), die mit umständlicher anglo-amerikanischer Bezeichnung DENOS (= disorder of extreme stress not otherwise specified – Störung nach Extremstress, die anderweitig nicht spezifiziert wurde) im Deutschen als komplexe posttraumatische Belastungsstörung Einzug in die Fachliteratur genommen hat. Sie bezeichnet über die klassischen Symptome der „einfachen“ PTBS hinaus folgende Symp-

tombereiche:

Typ II Trauma als Außenereignis + Störungen der Affektregulation (hier ist der Bezug zu toxischem Stress wie bei der einfachen PTBS) + Bewusstseinsveränderungen wie u.a. Amnesien und dissoziative Phasen + gestörte Selbstwahrnehmung + gestörte Wahrnehmung des Täters + Beziehungsprobleme + Veränderungen des Wertesystems.

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung oder Störung nach Extremstress, die anderweitig nicht spezifiziert wurde, ist in der klinischen Wirklichkeit oder z.B. auch in Einrichtungen von Jugendwohlfahrt etc. als diagnostische Kategorie nicht mehr wegzudenken und ist daher hier erwähnt. Auch in der psychiatrischen Versorgung wäre hier sicher einiges anders zu sehen, wenn diese diagnostische Brille „öfter aufgesetzt würde“. In einem exzellenten Artikel dazu gehen Driessen, Beblo, Reddemann und Kollegen (2002) im deutschen Fachmagazin „Nervenarzt“ sogar so weit, die Annahme eines Diathese-Stress-Modells der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit Traumatisierung als notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung zu postulieren.

In folgender Darstellung (Abbildung 1) werden nun einerseits die potentiellen Folgestörungen nach psychischer Traumatisierung (siehe ICD Nummern in Abbildung 2, um diagnostische Klarheit zu haben), andererseits auch die über die Unterscheidung in Typ I und Typ II hinausgehende, noch einmal pragmatisch aufgeschlüsselte Klassifizierung potentiell traumatisierender Ereignisse/Erlebnisse in Mono-, Multi-, sequentielles und Entwicklungstrauma dargestellt.

Diese Unterteilung bezieht sich einerseits auf die Anzahl der Ereignisse (Mono-Multitrauma) und hat andererseits Implikationen bezüglich der „Systematik“ (sequentiell – immer wieder dasselbe) und des Beginns (Entwicklungstrauma – Beginn in der Kindheit) der Belastungen (Besser, 2004). Es ist nachvollziehbar, dass diese Bedingungen von der kognitiv-emotional-körperlichen Verarbeitung her verschiedene Schwerpunkte und somit verschiedene Behandlungsschwerpunkte bei Überschneidungen genau im Bereich des Stresscopings nahe legen.

4.1. Darüber hinaus liegen der Darstellung folgende Überlegungen zur Behandlungsplanung zugrunde:

Sie sollen die Rolle der Psychoedukation, die Rolle der Stabilisierung, die Platzierung der Traumakonfrontation visualisieren, andererseits die verschiedenen Arten von Belastungen in ihrem Charakter und ihrer Wirkung auf die Persönlichkeit demonstrieren. Aus diesen Gründen sollte jede/r TraumabehandlerIn grundsätzlich zunächst eine Grobeinschätzung machen – die eine Maßnahme zum Zeitpunkt x bei Traumatyp y kann zum einen Zeitpunkt genau richtig und zum anderen Zeitpunkt komplett kontraindiziert sein. Alle Implikationen dessen im Rahmen dieses Beitrages zu erläutern, ist unmöglich.

Die Darstellung soll lediglich zur Sensibilisierung für die Vielfältigkeit des Themas und damit zur Sorgfalt in Diagnose, Behandlungsplanung und Behandlung dienen. Im Kontext des vorliegenden Artikels soll die Logik der Unterscheidung des behandlungstechnischen Fokus auf Stresscoping und somit Wiederermächtigung der durch die Symptomatik oft in dieser Hinsicht hilflos gewordenen PatientInnen und Reduktion des unmittelbaren Leidensdruckes einerseits (einfache PTBS) und zusätzlicher Behandlung der Traumadynamik andererseits übersichtlich verdeutlicht werden.

All dies hat Auswirkungen auf das Ausmaß der Beeinträchtigung und Selbstbildschädigung, wobei selbstverständlich in allen Bereichen Behandlungsbedarf besteht und nicht zwischen „weniger schlimm und schlimmer“ gewertet werden soll. Für die betroffene Person ist das jeweils Erlebte das schlimmste Vorstellbare und soll selbstverständlich auch so gewürdigt werden.

Der nächste Bereich im Schaubild macht Aussagen über die Behandlungsplanung. Bei diagnostisch „abgesicherten“ Monotraumata (= Einzelereignisse), wo die Belastung auf eine relativ stabile Grundpersönlichkeit mit Ressourcen und guter Einbettung trifft, kann relativ bald eine Traumakonfrontation mit den verschiedensten Methoden erfolgen (vgl. auch Munker-Kramer, 2006, S. 307-317 und Lasogga & Munker-Kramer, 2009). Auch Psychoedukation (den Betroffenen in angemessener Weise die Hintergründe ihres Erlebens und ihrer Reaktionen erklären, um sie zu informieren und zu entlasten und die eigenen Handlungsschritte transparent zu machen) alleine ist hier schon sehr hilfreich und wirksam.

Nach dem Erleben von Multitrauma ist häufig natürlich „mehr desselben“ nötig und es bedarf mehr Stabilisierung, da sich mitunter sehr belastende blockierende Überzeugungen herausbilden (vgl. auch Ehlers, 1999) „ich bin vom Pech verfolgt“, „das ist mein Schicksal“. Auf der anderen Seite hilft die Art der Attribution auch wieder, weil es nach mehreren verschiedenen Ereignissen zwar auf der Metaebene diese Blockierungen geben kann, im Detail aber durchaus unterschiedliche Erklärungsmuster – häufig auch mit „äußeren Auslösern oder „Schicksal“ im Vergleich zu interpersoneller Gewalt (s.u.) – in der Behandlung herauszuarbeiten sind (Verkehrsunfall, schwere Krankheit, Naturkatastrophe...). Oft kommen die Erklärungen aus unterschiedlichen Bereichen und Kontrollüberzeugungen („das ist Schicksal“, „da war ich zur falschen Zeit am falschen Ort,...“) und so ist die Bedrohung im Sinne der dauerhaften (siehe Definition Fischer/Riedesser oben) Selbstbilderschütterung geringer.

Ganz anders hingegen ist es bei sequentieller Gewalt: anhand der o.g. konkreten Beispiele wird deutlich, dass hier die Betroffenen oft interpersoneller Gewalt und großer Hilflosigkeit ausgesetzt sind und hier die Gefahr der dauerhaften (siehe Definition Fischer/Riedesser) Selbstbilderschütterung – „ich bin nicht ok, so wie ich bin“, „ich bin wertlos“... außerordentlich groß ist. Wenn es keine äußeren Erklärungsmuster für ein Geschehen gibt, ich aber für die Bewältigung bzw. zunächst nur einmal für

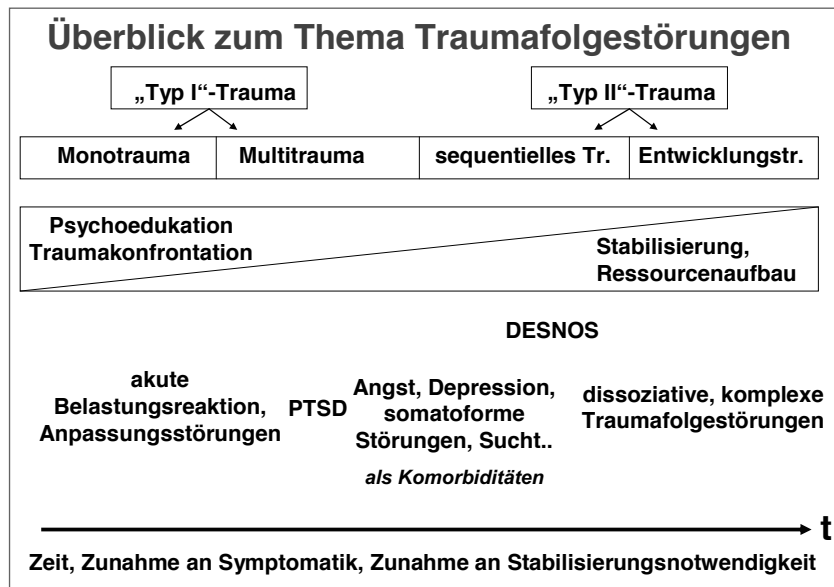
das „Ertragen, Aushalten, Überleben“ irgendeine Erklärung brauche („man kann alles ertragen, wenn man weiß, warum“, Bettelheim, 1982), dann hilft immer noch, die Schuld und Verantwortung bei sich selbst zu suchen „ich bin schuld, ich bin nicht gut genug...“

Dies wird von den Tätern in diesem Bereich perfide genutzt und gefördert. Hilfreich ist, wenn diese Belastungen zumindest auf Menschen treffen, die schon ein Grundkonzept, eine Grundpersönlichkeitsstruktur haben, eine Grundidee im Sinne von „ich bin wertvoll“, „ich bin liebenswert...“. Je mehr hier Ressourcen sozusagen vor Beginn der Belastungen an da sind, je voller das Ressourcennetzwerk ist, desto schneller kann man diese aktivieren und die Person stabilisieren, indem man sie wieder in Kontakt damit bringt.

Der wichtigste Unterschied zum Charakter des Entwicklungstraumas und dessen Behandlungsimplicationen ist nun einerseits das Alter beim Beginn der Traumatisierung und damit das Ausmaß der Grundstabilität als Person. Ist schon eine Person vorhanden, die grundsätzlich irgendwann von irgendwem das sichere Gefühl hatte, in dieser Welt willkommen zu sein? An dieser Stelle kann und soll (siehe oben, andere Beiträge) hierauf nicht näher eingegangen werden, nur soviel sei gesagt – je früher der Beginn der Traumatisierung, je länger dauernd und je weiter der/die TäterIn im eigenen engsten Bindungssystem ist, desto fataler, schwerwiegender sind die Folgen und desto länger dauert die Stabilisierung und der Ressourcenaufbau. Auch in diesem Bereich ist ein fundamenteller Teil der Behandlung das Stresscoping wie z.B. Skills-Training (vgl. dazu sehr ausführlich Sendera, 2005) – sehr oft finden sich bei diesen PatientInnen Selbstverletzungen. Diese fügen sie sich u.a. zu, um die durch die Erlebnisse häufig „not-wendig“ gewordenen körpereigenen Analgesierungen, die dann chronisch oder auf Trigger leicht auslösbar als sogenannte dysfunktionale Symptome bestehen, zu lösen.

In etlichen Fällen ist Traumakonfrontation lange bis nie Thema, da Alltagsstabilisierung, kompetenter Umgang mit dem eigenen Stress und ein grundsätzliches „ja“ zu sich selbst im Vordergrund stehen und nicht wenige PatientInnen damit sehr zufrieden sind, weil es mehr ist, als sie je hatten.

Abb. 1: Überblick zum Thema Traumafolgestörungen



In Abbildung 1 finden sich die konkreten möglichen Folgediagnosen und in Abbildung 2 dieselben noch einmal als ICD Codierung mit jeweils einigen Screening- oder Testverfahren. Die Zahlen in Klammern weisen auf die Stelle hin, an der diese Verfahren bzw. Bezüge dazu bei in einem Buchbeitrag zum Thema F43.0 und F43.1 zu finden sind (Münker-Kramer, 2006).

Abb. 2: ICD-10 Kodierungen

Monotrauma	Multitrauma	sequentielles Tr.	Entwicklungstr.
Psychoedukation Traumakonfrontation		Stabilisierung, Ressourcenaufbau	
F43.0, F43.2...	F43.1, F.62 F43.1 und Komorbiditäten (F41..., F42..., F44..., F45...)	DESNOS	DIS (F44.81), BPS
Akutscreening (vgl. SEA3, S. 304), IES, Risikofaktoren- abschätzung	vgl. S. 305ff + PTSS10, Dissoziationsscreening (FDS, DES – S.306) Diagnostik von Komorbiditäten (vgl. S.306)	IK-PTBS	Verfahren zur Dissoziations- Diagnostik, z.B. SKID-D
Zunahme an Symptomatik, Zunahme an Stabilisierungsnotwendigkeit →			

5. Setting von Betreuung und Behandlung zur optimalen Stressreduktion bei Typ I-Traumafolgen

Um den oben erläuterten Systematiken, Logiken und Ursprüngen von potentieller psychischer Traumatisierung adäquat begegnen zu können, hat sich in den letzten 20-30 Jahren von Betreuung, Versorgung, Diagnostik, Behandlung und Therapie Betroffener her sehr viel getan. Wie erwähnt ist es auch im Sinne der Betroffenen

sehr wichtig, diese Hilfe in Setting, im Angebot und in der Kooperation der Versorgenden an der Bedürftigkeit zu orientieren, da es bei Folgestörungen von potentieller psychischer Traumatisierung um Wiederermächtigung nach Außenursachen geht und jegliche Art von vorschneller Pathologisierung vermieden werden soll. Ein Vorschlag einer guten Platzierung von Hilfe nach vor allem einfacher PTBS mit der hohen Stresssymptomatik, der sich in den letzten Jahren in der Fachliteratur und auch in der Arbeit von Experten (z.B. auch ähnlich Arbeitsgruppe Akuttrauma der DeGPT (deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie, www.degpt.de) etabliert hat, soll im Folgenden dargestellt werden.

5.1. Psychische Erste Hilfe (PEH, vgl. auch Lasogga & Gasch, 2002)

PEH ist eine erste Unterstützung parallel zur sonstigen Erstversorgung und soll eine Reduktion von Zusatzstressoren durch sogenanntes „psychologisch angemessenes Verhalten“ bewirken, z.B. Sprache, Informationsgabe, keine Vorwürfe, kein Pathologisieren von Akutreaktionen, etc. Diese Betreuung bietet auch meistens ein erstes wichtiges Bindungsangebot für die oft total destabilisierten Betroffenen und passiert nebenbei. Dieses „nebenbei“ soll keine Abwertung dieser wichtigen Tätigkeit sein, sondern im Gegenteil – es ist oft genau das Richtige niederschwellige und sozusagen „mitgelieferte Angebot“ für die Betroffenen, wenn alles andere (noch) zuviel wäre bzw. u.U. auch per se unnötig wäre. Beispiele im Sinne von Stresscoping bzw. Vermeidung von Stressoren wären:

5.2. Psycho-Soziale Notfall-Hilfe (PSNH)

PSNH (vgl. genauer auch das gleichnamige Buch von Lasogga & Münker-Kramer, 2009) trägt ebenfalls dazu bei, zusätzliche Belastungen und potentielle psychische Traumatisierungen (z.B. durch Verhöre...) aktiv zu vermeiden und auch „Übersetzungshilfe“ zu sein im „sozialen System des Notfalls“, wie z.B. Rettungskräfte, Familie, Schulklasse...

Geleistet wird diese Tätigkeit oft durch sogenannte KIT (Kriseninterventionsteams) von Rettungsorganisationen und NotfallseelsorgerInnen, aber es ist auch möglich, dass sich vor Ort schnell genug Fachkräfte (z.B.

NotfallpsychologInnen) einfinden. Die PSNH soll erste Erklärungen in angemessener Form für das geben, was die Betroffenen erleben (Vorstufe von Psychoedukation), das erste Erfassen von situativen und sozialen Risikofaktoren soll erfolgen, die Organisation praktischer Hilfen kann in Gang gesetzt werden. PSNH können in Kenntnis der Übergabeindikationen und bei guter Netzwerkkompetenz eine inhaltliche und persönliche Brücke zu Fachkräften darstellen und somit den Stress der Opfer deutlich reduzieren.

5.3. Diagnostik und Trauma“beratung“/ -behandlung durch Fachkräfte (z.B.: (Notfall-)psychologInnen, dipl. SozialarbeiterInnen, MedizinerInnen, SeelsorgerInnen,...)

Hier geht es um die Zeit nach den ersten Stunden bis 1,5 Tagen bis hin zu ca. 4 Wochen, in der ganz verschiedene Fachkräfte, je nach Schwerpunktproblematik, „not-wendig“ sind, d.h. mit ihrem jeweiligen spezifischen Angebot Abhilfe schaffen können.

5.3.1. Notfall-PsychologInnen

Dies kann aus psychologischer Sicht zeitraumspezifische Differentialdiagnostik sein (Bsp. Im Hochwasser bei manchen älteren Betroffenen – „Ist die depressive Reaktion Anpassungsstörung oder prämorbid?“), Erfassen klinischer (in Ergänzung zu „situativ“, was auch durch Laien erledigt werden kann und soll) Risikofaktoren und ggf. Weitervermittlung in traumaspezifische Psychotherapie, Stabilisierung (Stresscoping, Ressourcenaktivierung, medizinisch, sozial), gezielte Psychoedukation, weitere Übersetzungsarbeit, Hilfe bei der Rückkehr in den Alltag.

5.3.2. TheologInnen

Bei Notfällen im Zusammenhang mit Tod und Sterben wie bei Suizid und Suizidversuch, wenn Rituale und Sinnfragen und spirituelle Bedürfnisse im Vordergrund stehen, sollte die Unterstützung durch TheologInnen angeboten werden. Es kann auch im Zuge der Übergabe in das engere soziale Netz der PastorIn/Pfarrer vor Ort sein.

5.3.3. MedizinerInnen

Wenn z.B. körperliche Erschöpfung oder körperliche Beschwerden im Vordergrund stehen (beispielsweise „Hyperarousal“) und nicht mit anderen Möglichkeiten wie Entspannungs- und Distanzierungstechniken gelöst werden können oder andere körperliche Auswirkungen im Vordergrund stehen, sind Mediziner, auch u.U. PsychiaterInnen gefragt.

5.3.4. SozialarbeiterInnen

Der Beitrag der Sozialarbeit nach Notfallsituationen kann eminent wichtig und indirekt stressreduzierend sein, wenn z.B. der Ernährer einer Familie bei einem Unfall ums Leben kommt und die Schuldenlast beim neu gebauten Haus erdrückend ist oder wenn aufgrund von Verletzungen ein Notfallopfer pflegebedürftig wird. Diese Arbeit kann bis zur Heranziehung von Juristen gehen (genauer auch Aufreiter, 2006, Hörmann & Munker-Kramer, 2002, Lasogga & Gasch, 2004, Munker-Kramer, 2003).

5.4. Traumaspezifische Psychotherapie und klinisch-psychologische Behandlung

Psychotraumaspezifische Psychotherapie ist spezifische Heilbehandlung der o.g. krankheitswertigen Störungen mittels 4-stufigen Vorgehens (vgl. auch Huber, 2003b).

Dies kann sich entweder auf die Chronifizierung im Sinne einer PTBS aufgrund eines ungünstigen Ressourcen-Risikofaktorenverhältnisses beziehen oder auch darauf, dass hinter dem aktuellen Ereignis liegende Multi- oder auch Typ-II-Traumatisierungen liegen, die anlässlich dessen zum Tragen kommen und die die Akut- und Nachbehandlung sprengen.

Diejenigen Aspekte dieses Vorgehens, die sich im engeren Sinne auf den Teil der Stressstörung beziehen, seien im Folgenden kurz skizziert (Munker-Kramer & Wintersperger, 2004 für www.zap-wien.at)

Es ist ein sehr strukturiertes Gesamtbehandlungskonzept. Alle Verfahren wurden spezifisch vor dem Hintergrund der psychischen und neurophysiologischen Besonderheiten der Vorgänge bei traumatischem Stress (siehe oben) entwickelt und erprobt und die Grundhaltung ist geprägt von parteilicher Abstinenz.

Dem Bedürfnis nach Sicherheit und Orientierung wird im Aufbau und in einer speziellen Haltung in der therapeutischen Beziehung Rechnung getragen. Dies ist im Wesentlichen gekennzeichnet durch sehr viel Information über alles, was im Hier und Jetzt geschieht, durch frühzeitige Aufklärung über die Vorgänge bei Psychotrauma im Sinne einer kognitiven Stärkung und „Normalisierung“ der Symptome (Psychoedukation). Weiters werden zu allen Zeiten der Therapie die PatientInnen als PartnerInnen und „ExpertInnen“ für ihre belastenden und Extremstresserfahrungen und die TherapeutInnen als ExpertInnen für die Methoden und wissenschaftlichen Hintergründe der Reaktionen/Störungen gesehen. Viele psychotraumaspezifische Symptome sind in der Regel durch herkömmliche Therapieverfahren nicht zugänglich bzw. kaum beeinflussbar.

Auf dieser Basis erfolgt in allen Phasen eine transparente gemeinsame Behandlungsplanung, wobei dieses Vorgehen auch immer gleichzeitig immanent ressourcenstärkend ist. Hier wird die Haltung beibehalten.

Psychotherapie von von traumatischem Stress Betroffenen ist keineswegs eine neue „Schule“ unter den

zahlreichen Psychotherapie-Methoden oder den Methoden der klinisch-psychologischen Behandlung, vielmehr ist sie eine spezifische Ergänzung. Sie ist aufgrund der psychotraumatologischen Theorienbildung notwendigerweise und konsequenterweise schulübergreifend und erfordert klare und fundierte Konzepte und persönlich reflektierte und inhaltlich-methodisch gut ausgebildete Experten in den zugelassenen Heilberufen. In der Traumatherapie sollen jene wie abgekapselt vorhandenen traumatischen Erlebnisfragmente in kontrollierter und „portionierter“ Form der Verarbeitung zugänglich gemacht werden.

Dazu ist es notwendig, in der ersten Phase der Stabilisierung eine Minimalkontrolle über die inneren Vorgänge wiederzuerlangen. Das geschieht durch gezielte körperliche, kognitive und imaginative Übungen. Ziel ist die Wiederermächtigung über das eigene Innenleben und die Überwindung des Gefühls der Ausgeliefertheit an intrusive Symptome.

In der Phase der Konfrontation mit den Extremstresssituationen und Erlebnissen werden einzelne repräsentative Erlebnisse von Extremstress aus der Traumageschichte wiederholt in sehr standardisierter und kontrollierter Weise bearbeitet. Es erfolgt aus dem stabilisierten Zustand heraus eine schrittweise Konfrontation und fraktionierte Begegnung mit Bildern, Gefühlen und kognitiven Leitsätzen aus der individuellen „Psychotraumageschichte“.

Es wurden hierfür in den letzten Jahren verschiedene Techniken auf der Basis verhaltenstherapeutischer, hypnotherapeutischer (Screentechnik) und psychodynamischer (PITT) Ansätze heraus entwickelt. Mit EMDR steht hier auch eine neu entwickelte Technik zur Verfügung (hierzu Genaueres www.emdr-institut.at, www.emdr-netzwerk.at, Münker-Kramer, Hofmann & Wintersperger, 2008, Hofmann, 2005).

Dieser Prozess, naturgemäß auch begleitet von Trauer, führt in die vierte Phase, die Phase von Trauer und Neuorientierung.

Zusammenfassend geben Fischer und Riedesser (1998) eine klinische und pragmatische Definition von erfolgreicher Behandlung/Integration und schließen inhaltlich damit durchaus an die neuropsychologische Forschung an (z.B. Broca-Areal-Wiederermächtigung).

„Personen, die ihre traumatischen Erfahrungen erfolgreich durchgearbeitet haben, sprechen mit adäquatem Affekt von den Erlebnissen und sind in der Lage, einen vollständigen Bericht zu geben.“

Hier wird eine klinische Beschreibung davon gegeben, wie es aussehen kann, wenn neben den dysfunktionalen Gedanken, den Gefühlen und dem Verhalten auch der toxische Stress erfolgreich reguliert werden kann. Das ist Integration und das Ziel jeder Begleitung, Betreuung, Behandlung und Therapie in diesem Bereich.

Literatur

- AUFREITER, C. (2007) Die Sozialarbeit in der multiprofessionellen Betreuung von Traumabetroffenen am Beispiel des PsychoSozialen AKUTteams NÖ – Eine Positionierung, eingereicht an der Fachhochschule St. Pölten, (unveröffentl. Arb.)
- BESSER, L. (2004) Seminarunterlagen im Curriculum Traumaspesifische Psychotherapie am Zentrum für Angewandte Psychotraumatologie Wien www.zap-wien.at
- BETTELHEIM, B. et al. (1982) Kinder brauchen Märchen, München: dtv.
- DILLING H., MOMBOUR W. & SCHMIDT M. H. (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD 10. Huber. Bern.
- DRIESSEN, M., BEBLO, T., REDDEMANN, L. et al. (2002) Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung. Zum Stand der Forschung, *Neverarzt*, 73, 820-829.
- EHLERS, A. (1999) Posttraumatische Belastungsstörung. Verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze. Göttingen: Hofgreffe.
- FISCHER, G. & RIEDESSER, P. (2003) Lehrbuch der Psychotraumatologie. München, Basel: Reinhardt Verlag.
- HERMAN, J., (2003) Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden, Paderborn: Junfermann.
- HOFMANN, A. (2006) EMDR in der Behandlung posttraumatischer Belastungssyndrome. Stuttgart, New York: Thieme.
- HÖRMANN, R., MÜNKER-KRAMER, E. (2003) Expertinnenbeitrag – PsychoSoziales Akutteam NÖ Kooperation Sozialarbeit – Notfallpsychologie – Hochwasser August 2002. In: G. Pantucek (Hrsg.), *Hochwasser 2002 – eine Text- und Bilderchronik* (S. 127-131). Wien: Holzhausen Druck und Medien.
- HUBER, M. (2003a) Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil I., Paderborn: Junfermann.
- HUBER, M. (2003b): Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil II., Paderborn: Junfermann.
- LASOGGA, F. & GASCH, B. (2006). Das Akutteam Niederösterreich. Evaluation. Unveröffentlichter Abschlussbericht.
- LASOGGA, F. & GASCH, B. (2006). Psychische Erste Hilfe bei Unfällen. Edewecht: Stumpf und Kossendey.
- LASOGGA, F. & GASCH, B. (2007). Notfallpsychologie. Wien, New York: Springer.
- LASOGGA, F. & MÜNKER-KRAMER (2009). Psychosoziale Notfallhilfe. Edewecht: Stumpf und Kossendey.
- LAZARUS, R. & FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- MITCHELL, J. & EVERLY, G. (1998). Streßbearbeitung nach belastenden Ereignissen. Edewecht: Stumpf und Kossendey.
- MÜNKER-KRAMER, E. & LASOGGA, F. (2008). Das PsychoSoziale Akutteam Niederösterreich. In F. Lasogga & B. Gasch (Hrsg.), *Notfallpsychologie* (S. 243-266). Wien, New York: Springer.
- MÜNKER-KRAMER, E. & LASOGGA, F. (2009). Psychosoziale Notfallhilfe. Edewecht: Stumpf und Kossendey.
- MÜNKER-KRAMER, E. (2003). Disaster and Crisis Psychology and Social Work – a cooperation model. Vortrag beim 7. Europäischen Psychologenkongress in Wien (7.7.2003), Österreich.
- MÜNKER-KRAMER, E. (2006). F.43.0 (ABR) und F.43.1 (PTBS) – Grundlagen, Diagnostik, Behandlungsansätze. In: W. Beiglböck, S. Feselmayer & E. Honemann (Hrsg.), *Handbuch klinisch-psychologischer Behandlung* (S. 293-322). Wien, New York: Springer.
- MÜNKER-KRAMER, E., HOFMANN, A. & WINTERSPERGER, S. (2007). Zum Verständnis von EMDR als Behandlungsmethode für PTSD auf dem Hintergrund der modernen Psychotraumatologie. *Psychologie in Österreich*, 27(1), 53-60.
- ROTHSCHILD, B. (2002). Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung. Essen: Synthesis.
- SELYE, H. (1976). *Stress in health and disease*. Reading: Butterworth.
- SENDERA, A. (2005). *Skills-training bei Borderline und Posttraumatischer Belastungsstörung*. Wien, New York: Springer.
- SHAPIRO, F. (2005). *EMDR – Grundlagen und Praxis*. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen (2. Auflage). Paderborn: Junfermann.

- VAN der KOLK B. A., PELCOVITZ D., ROTH S., MANDEL F. S., McFARLANE A. & HERMAN J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153, 83-93.
- VAN der KOLK, B. (1997). The psychobiology of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 16-24.
- VAN der KOLK, B. (2007). *Traumatic Stress*. New York, London: Guilford.
- YEHUDA, R. Halligan, S. L. & Bierer, L. M. (2001) Relationship of parental trauma exposure and PTSD to PTSD, depressive and anxiety disorders in offspring. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 261-270

Außerdem: Trauma – Tagungsband NÖ Kinder – und Jugendanwaltschaft, 13.6.2006, erhältlich noch in begrenzter Anzahl über post@kija.noel.gv.at, mit Beiträgen von Lutz Besser, Eva Münker-Kramer, Petra Rau, Sylvia Wintersperger

Autorin

Mag. Eva Münker-Kramer

geb. 1961, Klinische- und Gesundheitspsychologin, Notfallpsychologin, Psychotherapeutin (VT, EMDR, Traumatherapie) in eigener Praxis in Krems/D., EMDR Supervisorin und Facilitatorin am EMDR Institut Deutschland und Austria, Miteigentümerin des EMDR Institutes Austria und Zentrum für Angewandte Psychotraumatologie Wien (www.emdr.institut.at, www.zap-wien.at), Vorsitzende der österr. Fachgesellschaft EMDR-Netzwerk Österreich und österr. Vertreterin bei EMDR Europe, Mitgründerin des PsychoSozialen Akutteams NÖ und Mitglied der Leitung 2001-2008, Mitgründerin des NDÖ und Vorsitzende 2000-2003, Mitglied der Arbeitsgruppe Akuttrauma der DeGPT (www.degpt.de), Vortrags-, Seminar- und Supervisionstätigkeit, Supervision und Publikationen u.a. im Bereich der Psychotraumatologie und traumaspezifischen Psychotherapie, psychosozialen Notfallhilfe



muenker-kramer@zap-wien.at