


wolfgang beiglböck, senta feselmayer,
elisabeth honemann (hrsg.)

handbuch der
klinisch-psychologischen
behandlung

2. auflage

 SpringerWienNewYork

<F43.0> Akute Belastungsreaktion <F43.1> Posttraumatische Belastungsstörung

Eva Münker-Kramer

Allgemeine Darstellung

Entwicklung des Störungsbildes

Die akute Belastungsreaktion und die posttraumatische Belastungsstörung sind vergleichsweise sehr „junge“ Störungsbilder, von der WHO erst 1980 als krankheitswertige Störungen anerkannt. Sie werden im Rahmen der Psychotraumatologie (Wissenschaft, die sich mit den vielfältigen Folgen seelischer Traumatisierungen beschäftigt) systematisch untersucht und immer differenzierter beschrieben. Ebenso werden die Behandlungsansätze und deren Wirkmechanismen immer fundierter empirisch und in Metaanalysen untersucht (z.B. van Etten & Taylor 1998).

Wesentlich bei diesen Störungen ist die Tatsache, dass sie als Folgen äußerer, objektiverer „Noxen“ auftreten, so genannter „extrem belastender Ereignisse“. Dies ist klar abzugrenzen von „belastenden Lebensereignissen“ (vgl. auch Huber 2003a, S. 37ff).

Historisch bekannt sind diese Phänomene als „Schützengrabenneurose“, deren „Träger“ nach dem 1. Weltkrieg als „Kriegszitterer“ abgetan wurden. 1941 schuf Kardiner den Begriff der „Physioneurose“, der sicherlich ein Vorgänger heutiger sehr differenzierter Beschreibungen der neurophysiologischen und neurobiologischen Mechanismen bei Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung ist – hier sei die bahnbrechende Forschung van der Kolks (1997) erwähnt. Der Begriff Kardiners illustriert schon die späteren körperlichen und seelischen chronischen Leitsymptome.

Neben diesen im Rahmen von zwischenstaatlichen Auseinandersetzungen entstandenen Traumatisierungen haben im 19. Jahrhundert schon Freud und Janet von ähnlichen Zustandsbildern vor allem bei Frauen berichtet. Ihre Erklärungen für diese Beobachtungen erinnern sehr stark an die modernen Traumadefinitionen – Ereignisse, die die „normale Verarbeitungsmöglichkeit sprengen“. Auch die Phasen der erfolgreichen Behandlung charakterisierte Janet schon mit „Stabilisierung“, „Bearbeitung des Traumas“ und „Reintegration in das Lebensumfeld“. Leider sind sie nicht konsequent bei der These mit den „Außenursachen“ geblieben; möglicherweise hätte man vielen Betroffenen dann nicht über weitere 80 Jahre die Anerkennung ihrer Symptome abgesprochen.

Erst die Vergleiche der Symptome von Vietnam-Kriegsveteranen und im Rahmen von Frauenrechtsbewegungen aufgezeigten Folgen von familiärer und sexualisierter Gewalt in den 60-er und 70-er Jahren des vorigen Jahrhunderts brachten wirklich Bewegung in den Anerkennungsprozess dieser Beschwerden. Hier war Judith Herman führend – in diesem Zusammenhang entstand auch der berühmt gewordene Titel „Narben der Gewalt“ (Herman 1994, Neuauflage 2003). Letztlich kam endlich 1980 die Anerkennung der Störung unter dem Namen „Posttraumatic Stress Disorder“ (DSM-III) und 1990 im ICD-10 als einerseits F43 „Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ und F43.1 speziell als „Posttraumatische Belastungsstörung“ PTBS/PTSD.

Allgemeine Überlegungen zur psychologischen Diagnostik und Differentialdiagnose

Die beiden Diagnosen Akute Belastungsreaktion (F43.0 – DSM-IV: Acute Stress Disorder, 308.3) und Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1 – DSM-IV: Post Traumatic Stress Disorder PTSD, 309.81) müssen gerade in einem Überblickswerk über klinisch-psychologische Behandlung miteinander dargestellt werden, da die Differentialdiagnostik zwischen beiden vorrangig den Zeitfaktor nach dem Ereignis betrifft, d.h. die Persistenz der Symptome über die Zeit. Auch die Grundhaltungen bei den Interventionen sind ähnlich.

Das Vorhandensein bestimmter Risikofaktoren und die Art der Behandlung der akuten Belastungsreaktion (F43.0) beeinflussen wesentlich die Gefahr der Chronifizierung in Form der Posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1 – in der Folge als PTBS bezeichnet).

Wesentlich bei diesem Krankheitsbild ist die hohe Zahl von Sekundär Diagnosen bzw. Komorbiditäten, die vor allem bei nicht zeitgerecht diagnostizierter PTBS zum Tragen kommen: Ängste, Depressionen, Zwänge, Somatisierungsstörungen, Suchterkrankungen, psychosomatische Erkrankungen bis hin zur andauernden Persönlichkeitsveränderung aufgrund von Extrembelastung (F62.0).

Wenn PTBS gezielt behandelt wird, wird oft erst dann die Komorbidität deutlich bzw. sie löst sich auf – dieser Effekt ist umgekehrt nicht beobachtbar, im Gegenteil, es bleibt für die Betroffenen ein quälender Teil unbewältigt, selbst wenn z.B. eine Panikstörung fachgerecht behandelt wurde. Wenn nun im Sinne einer „Traumabrille“ bei den o.g. Symptomen auch gezielt die Möglichkeit einer chronischen PTBS im Rahmen einer gezielten Anamnese und Diagnostik mitberücksichtigt wird, können manchmal unzulängliche Behandlungsansätze vermieden und den Betroffenen Leidensdruck und Leidenszeit genommen werden.

Auch bei der akuten Belastungsreaktion ist eine Differentialdiagnose durch ein möglichst frühzeitiges Screening im präklinischen Setting (z.B. durch informierte, geschulte Ersthelfer und Mitarbeiter von Beratungsstellen) mit einer schnellen Überweisung zur professionellen klinisch-psychologischen Diagnostik sehr wesentlich, um die o.g. Chronifizierungen und Sekundär Diagnosen zu verringern bzw. im besten Fall sogar zu vermeiden. Um beides adäquat zu erfassen und dem Behandler / Therapeuten deutlich zu machen, wären hier Formulierungen wie „... auf dem Boden einer PTBS“ oder „in Folge einer PTBS“ ... sinnvoll, um hier auch Bewusstsein zu schärfen und die richtige Behandlung zu bahnen.

Natürlich sollen nicht die Spontanerholungen (=Integrationsleistungen des ZNS) bei reinen akuten Belastungsreaktionen übergangen werden und es braucht eben u.a. aus diesem Grund geschultes Personal. Dieses sollte Risikofaktoren adäquat erfassen und im Rahmen der Psychoedukation ebenso adäquat Instruktionen und Informationen zur Selbstbeobachtung geben, ohne im Sinne von „sich selbst erfüllenden Prophezeiungen“ zu pathologisieren bzw. durch eine nicht angemessene Exploration sekundär zu traumatisieren.

Wesentlich ist auch die Differentialdiagnose zu allen komplexeren Traumafolgestörungen (F44) und dissoziativen Störungen bis hin zur DIS (Dissoziative Identitätsstörung). Ein exzellenter Überblick hierzu und weitere Informationen zu Diagnostik und Behandlung findet sich auch bei Hofmann (1999) und Huber (2003 a,b) oder bei Gast et al. (2001), eine Zusammenfassung der Differentialdiagnostik zu den häufigsten Komorbiditäten bei Ehlers (1999, S.9f).

Wichtig ist die Feststellung, dass jedes Trauma zunächst eine Desintegration bewirkt. Ausmaß und Geschwindigkeit der Reintegration sind von vielen Faktoren abhängig (s.u.). Auch bei „einfacher PTBS“ ist zunächst die „Alltagsperson“ zu unterscheiden von der vor dem Trauma.

Die folgende Übersicht über die Traumafolgeerkrankungen (Abb.1) aus den äußert praxisnahe und fundiert erstellten „Leitlinien Psychotherapeutische Me-

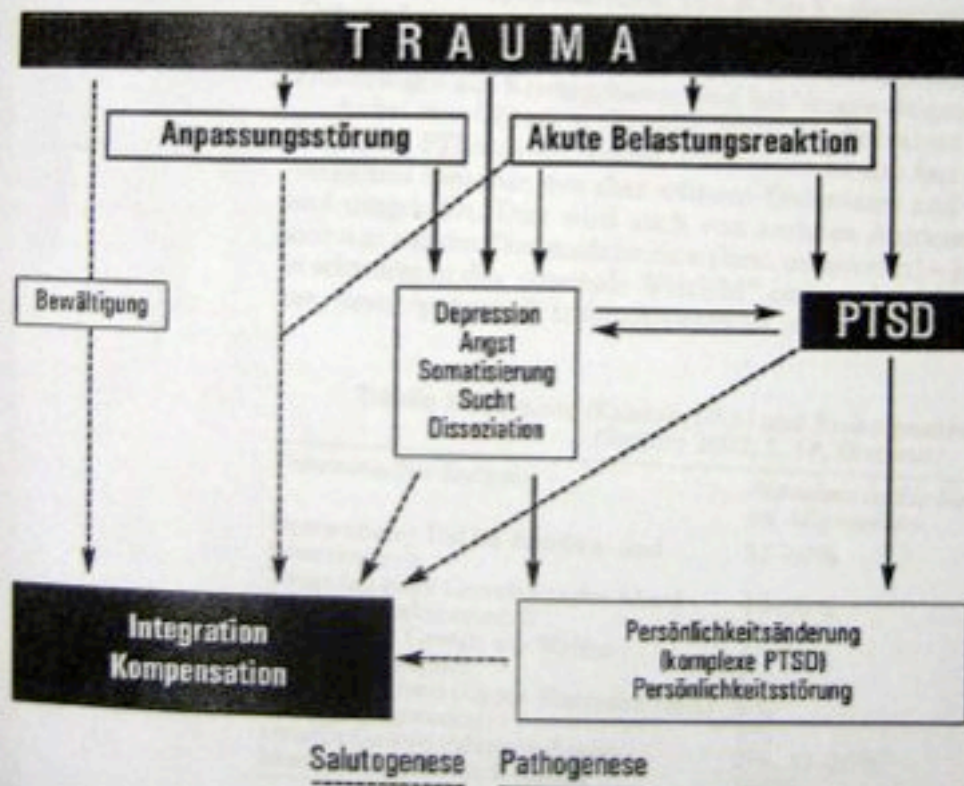


Abb. 1. Übersicht über traumareaktive Entwicklungen (Originalabdruck mit freundlicher Genehmigung des Schattauer-Verlages aus: Flatten et al. (Hrsg.) (2004) Posttraumatische Belastungsstörung. Schattauer, Stuttgart New York)

dizin: Posttraumatische Belastungsstörung der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)* (Flatten et al. 2001) visualisiert das in diesem Artikel inhaltlich Dargestellte und illustriert auch den Bereich der Salutogenese. Dieser wird mit frühzeitigen, professionellen, theorie- bzw. evidenzgeleiteten Interventionen im Bereich der Anpassungsstörungen und der akuten Belastungsreaktion verwirklicht.

Im Bereich der Pathogenese findet sich die gesamte Übersicht über traumareaktive Entwicklungen.

Interessant sind auch neuere Forschungen zum Thema transgenerationale Transmission von PTBS. Eine Studie von Yehuda (2001) zeigt, dass es eine hohe Prävalenz bei Kindern gibt, deren Eltern bereits an PTBS gelitten haben – 52%, wenn beide Eltern betroffen waren und 39,1%, wenn die Mutter betroffen war. Die Unterbrechung solcher Transmissionseffekte ist ein weiteres Argument für jegliche Bemühung um bestmögliche Versorgung.

Epidemiologie

Es besteht eine durchschnittliche Lebenszeitprävalenz von 7%–12% für das Vollbild einer PTBS nach ICD-10, nach DSM-IV von 3% (Andrews et al., zit. nach Ehlers 1999). Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder ist wesentlich höher, ebenso in Risikopopulationen: so z.B. bei Krebspatienten bzw. anderen schweren Organerkrankungen mit 15–20%, Jugendlichen in Städten mit 23%, psychiatrischen Populationen mit und nach Gewaltverbrechen 25% und schließlich bei Flüchtlingen aus Kriegsgebieten und bei Vergewaltigungen mit 50%.

Anbei eine Übersicht (Trujillo 2002) zur Prävalenz im Allgemeinen und zum Risiko an PTBS zu erkranken. Interessant ist das fast umgekehrt proportionale Verhältnis zwischen den eher seltenen Ereignissen und dem relativ hohen Risiko und umgekehrt. Dies wird auch von anderen Autoren beschrieben und erklärt sich u.a. aus der Traumadefinition (bzw. umgekehrt) – je seltener, je unerwarteter, je schwerer in das „normale Weltbild“ einzuordnen für das betroffene Individuum, desto (potentiell) traumatisierender ist ein Erlebnis.

Tabelle 1. Prävalenz (Kanada, USA) und Risiko posttraumatischen Stresses (Trujillo 2002, S. 68, übersetzt)

| Traumatisches Ereignis | Prävalenz in der Bevölkerung im Allgemeinen | Risiko PTBS |
|---|---|-------------|
| Unerwarteter Tod im Familien- und Freundeskreis | 35–60% | 10–20% |
| Zeuge bei einer Gewalttat oder Mord | 10–30% | 7% |
| Schwerer Verkehrsunfall | 10–30% | 10–25% |
| Überfall mit Gewalt u/o Waffen | 10–25% | 10% |
| Naturkatastrophen | 5% | 10–25% |
| Krieg/Schlachten (Daten Veteranen USA) | 6% | 40–60% |
| Kriegsgefangenschaft | 1% | 60–80% |
| sexuelle Gewalt (Männer, Frauen) | 2%, 15–20% | 65%, 50% |
| Misshandlung in der Kindheit | 1–4% | 20–40% |

Ätiologie

Neurobiologische Erklärungen und „blockierte Informationsverarbeitung“

Grundsätzlich begegnen wir Situationen, die durch vitale Bedrohung oder anderen Extremstress gekennzeichnet sind, durch zwei reflexhafte Möglichkeiten, die nicht „cortikal“, sondern rein „limbisch“ gesteuert sind: Nach einer kurzen Orientierungsreaktion reagieren wir automatisch mit Kampf oder Fluchttendenzen, entsprechend werden Hormone wie Noradrenalin und Cortisol ausgeschüttet, um Kampf oder Flucht optimal zu ermöglichen (z.B. Muskeltonus, Atmung....) bzw. wieder „herunterzuregulieren“. Wenn aber nun keine dieser beiden natürlichen Reaktionen möglich ist (z.B. bei einer Vergewaltigung oder inmitten einer Flutwelle wie im Dezember 2004 in Südostasien), können wir weder adäquat reagieren noch das Erlebte einordnen. Der Körper bleibt ohne cortikale Integrationsmöglichkeit des Erlebten sozusagen „in der nicht zu Ende gebrachten Stressreaktion stecken“ – Huber nennt dies „traumatische Zange“ (2003a, S. 39ff). Hier liegt u.a. der Ursprung des einen PTBS-Leitsymptoms „Übererregbarkeit“ in all seinen Facetten, das teilweise auf so genannte Trigger (Auslöser) hin bis über Jahrzehnte bestehen bleiben kann.

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 von verbranntem Fleisch), gustatorisch (z.B. Blutgeschmack bei einem Unfall), kinästhetisch (z.B. Berührung eines Toten im Zuge einer Bergung als Feuerwehrmann) bleiben aufgrund der „Überflutung“ (Neurobiologie siehe unten) im impliziten Gedächtnis und werden nicht im so genannten expliziten Gedächtnis integriert, d.h. sprachlich erinnert, chrono(logisch) und in die Biographie eingeordnet in Zeit und Zusammenhang (siehe unten).

Sie bleiben statt dessen fragmentiert im so genannten impliziten Gedächtnis (nicht integrierte Bilder, Eindrücke, Körpererinnerungen) „stecken“. 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 werden und dadurch extrem angst- und schamauslösend sind. Sie werden von den Betroffenen und leider teilweise auch von Fachleuten manchmal als Halluzinationen bzw. somatoforme Störungen und Somatisierungsstörungen falsch diagnostiziert. Folgen wie sozialer Rückzug und Substanzmissbrauch sind somit oft Sekundärsymptome aus Scham und zur Betäubung bzw. Eindämmung der (scheinbar) sensorischen Symptome.

Um dem nun zu entkommen, kann es zum *Vermeidungsverhalten* im Sinne von Konstriktion (Angst vor inneren Spannungs- bzw. Starrezuständen, Versuch der Vermeidung jeglicher äußerer Auslöser), dem dritten Leitsymptom, kommen.

Auch das Phänomen der Dissoziation (Abspaltung, Aufspaltung, Desintegration) hat hier zunächst sogar als Bewältigungsmechanismus in einer „unaushaltbaren Situation“ den Ursprung. Zu viel und zu lange jedoch „als Bewältigungsmechanismus eingesetzt“, kann das Gesamtgefüge der Persönlichkeit letztlich daran zerbrechen (komplexe Dissoziation, dissoziative Identitätsstörung...). Diese Gefahr ist umso größer, je früher z.B. eine sequentielle Traumatisierung beginnt und je

weniger sprachliche Verarbeitungsmöglichkeit und Integration im Broca-Areal zur Verfügung stehen, d.h. je höher die Sprachlosigkeit, desto höher die Gefahr der komplexen Dissoziation.

Aus den o.g. Ausführungen ergeben sich zwingend die Prinzipien der Akuthilfe und der Weiterbehandlung bis hin zur Therapie – in Sicherheit bringen, die Ereignisse „cortikal“ fassen und ordnen, Psychoedukation und Stabilisierung bzw. dann subcortikal „Reprozessieren und Neuordnen“ des „hängen gebliebenen Materials“ und somit Integration.

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 bezüglich der neuroanatomischen und neurobiologischen Repräsentanzen der Traumafolgestörungen gemacht (van der Kolk 2003, 1994 u.a., Yehuda 2001 u.a., Nijenhuis et. al 2004). 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. Diese 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 corticalen 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 bei die 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. 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 2003) mit dem bekannten „Hormoncocktail“ von Noradrenalin, Adrenalin und Cortisol in Gang. Der „kühle Kopf“ ist verloren (Besser 2005).

Diese Erkenntnisse werden bei sämtlichen Behandlungsansätzen im Bereich der akuten und chronischen Belastungsreaktion – wenn auch verschieden intensiv und auf verschiedenen Ebenen – aufgegriffen, hier finden sich einerseits eher kognitiv-behaviorale und andererseits eher dynamisch-behaviorale Methoden (s.u.).

Interessanterweise scheint der REM-Schlaf für die Integration von normalen und auch belastenden Alltagserlebnissen eine wichtige Rolle zu spielen. Die durch die Augenbewegungen unwillkürlich hervorgerufenen bilateralen Stimulationen des Gehirns scheinen die Informationsverarbeitung zu unterstützen. Dieses Phänomen wird in der Behandlung der PTBS mittels willkürlich hervorgerufener bilateraler Stimulationen zur beschleunigten Informationsverarbeitung im Rahmen einer komplexen Behandlungsmethode eingesetzt.

Behaviorale Modelle

Einige Autoren (Keane et al. 1985, zit. nach Marx 2000, S. 238) gehen davon aus, dass es sich beim Erinnern des Traumas, vor allem bei dem Leitsymptom des so genannten Flashbacks, des intrusiven Erinnerns, um eine klassisch konditionierte emotionale Reaktion handelt. Dabei wird außerdem im Weiteren die Vermeidung von Auslösern durch negative Verstärkung konditioniert. Jede Vermeidung führt zu weiterer Verstärkung, aber auch zu jeglichen angststredzierenden Habituationen. Auch das Arousal, das häufig latent oder offen als zweites Leitsymptom der PTBS vorhanden ist, wird in diesem Zusammenhang erklärt: die unverarbeitete, nur vermiedene emotionale Belastung bewirkt ein „chronisches“ erhöhtes Arousal.

Hinweise und Richtlinien für psychologische Interventionen

Die Notfallpsychologie als sehr neues, aber inzwischen präzise beschriebenes Gebiet der klinischen Psychologie ist doppelt gefragt im Bereich der akuten Belastungsreaktion und dann im bestmöglichen „Managen“ der Schnittstelle – inhaltlich zunächst zur Diagnostik und vor allem auch zur Traumatherapie und dann vom Setting her zu angrenzenden Disziplinen (Notfallseelsorge, professionelle nichtpsychologische Helfer...).

Als Standardwerke über Notfallpsychologie im deutschen Sprachraum seien das Handbuch von Hausmann (2005), der neben konkreten inhaltlichen Anleitungen auch die juristische österreichische Situation im Bereich der Gesundheitsberufe berücksichtigt und einen umfassenden Überblick über die Disziplin gibt, und das Buch von Lasogga und Gasch (2003) genannt, das ebenfalls sehr wertvolle Checklisten beinhaltet und praxisnahe, auf fundierter Forschung beruhende Grundhaltungen und Akutinterventionen vermittelt.

Ein wesentliches Prinzip der Notfallpsychologie ist, dass sie wesentlich deutlicher als andere psychologische Arbeitsbereiche mit einfachen, klaren Konzepten auftritt, dass sie hauptsächlich definiert ist durch „Arbeit im Feld in Einsätzen und Schulungen“ (Unfallorte, Rettungsorganisationen,...) und dass sie definitiv direkteres Auftreten fordert. „Notwendig sind klare, einfache Konzepte, die schnell angewandt werden können und keine langwierige differenzierte Voranalyse erfordern. Es wird sich also immer nur um 90%-Regeln handeln.“ (Lasogga & Gasch 2003, S. 10)

Die enge Arbeit mit Organisationen, mit denen die Psychologie sonst in der Regel nicht in Kontakt kommt, beinhaltet das Lernen der „Vokabeln“ und das Wissen über die innere Logik dieser Organisationen (Hierarchie, Tradition, Technik...).

Notfallpsychologische Prävention
(für alle)

Psychische erste Hilfe vor Ort (für alle)
durch Laien, professionelle nichtpsychologische Helfer
(Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienstmitarbeiter, ...)

Psycho-Soziale Notfallhilfe vor Ort durch
psycho-soziale Notfallhelfer, Akutbetreuer
(*Anm.: und Notfallpsychologen, auch in der
Koordination als leitender Notfallpsychologe*)

Nachbetreuung durch psycho-soziale
Notfallhelfer und Notfallpsychologen
(*je nach Fokus der Intervention*)

Traumatherapie / -behandlung durch klin. Psychologen
bzw. speziell dafür qualifizierte Traumatherapeuten
(*z.B. nach den Richtlinien der DeGPT Deutschsprachige Gesellschaft für
Traumatherapie*)

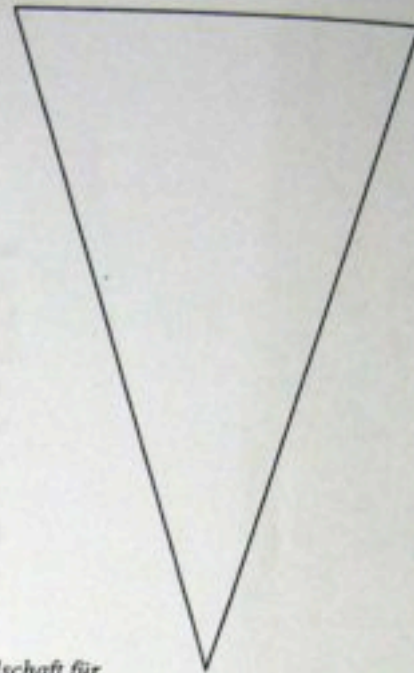


Abb. 2. Aufeinanderfolge der Akuthilfe (aus Lasogga, Gasch 2003, S. 22 bzw. Modifikationen aufgrund persönlicher Mitteilungen, mit eigenen Anmerkungen kursiv)

Der Umgang mit den Schnittstellen zu anderen professionellen nichtpsychologischen Helfern, zu Laienhelfern und dann auch zu Vertretern benachbarter Disziplinen wie zu Ärzten, Seelsorgern, Sozialarbeitern und zu lokalen Versorgungseinrichtungen erfordert einerseits das Auftreten mit klaren Konzepten und klarer praktischer Kompetenz im Wissen über und Handeln im Sinne der „Wissenschaft vom Erleben und Verhalten des Menschen in Notfällen“, andererseits ein sensibles Umgehen mit den Schnittstellen im Sinne der besten Versorgung der Betroffenen.

An dieser Stelle sei auf die Darstellung von Lasogga & Gasch verwiesen, die die Aufeinanderfolge der Akuthilfe zeigt und durch die Dreiecksform auch verdeutlicht, dass die Anzahl der Betroffenen proportional zur Größe der Expertise ist.

Ein wesentlicher Bereich, um Sekundärtraumatisierungen von Betroffenen zu vermeiden, ist auch die „Übersetzungsarbeit“, z.B. hin zu Bestattern oder Rettungskräften, wenn es um eine adäquate Verabschiedung o.ä. geht.

Die Haltung im Bereich der Behandlung und Therapie der PTBS ist nach verschiedenen Schulen und über verschiedene Ansätze hinweg immer wieder gekennzeichnet durch die Abfolge: Aufbau einer therapeutischen Beziehung, Information/Psychoedukation, traumaspezifische Anamnese, Stabilisierung (sozial, körperlich-medizinisch, psychisch) und Erlernen von Distanzierungstechniken sowie Ressourceninstallation, Traumaexposition/Traumasyntese und schließlich Integration/Trauer- und Neuorientierung.

Spezifische Darstellung

Beschreibung des Störungsbildes nach ICD-10 mit Querverweisen zu DSM-IV

Die Störung ist, wie bereits betont, charakterisiert dadurch, dass – und das ist eine wesentliche Unterscheidung zu anderen psychischen Störungen – ein außerwöhnlich belastendes (Lebens-)Ereignis vorhanden ist, das auf das Erleben und /erhalten des Betroffenen Einfluss nimmt. Wichtig ist, dass hier eindeutig und möglichst zweifelsfrei die ätiologische Bedeutung des Ereignisses feststehen muss. Die Vulnerabilität der Person, vor allem aber ähnliche Vortraumatisierungen, die vielleicht zum damaligen Zeitpunkt nicht zu einer Diagnose geführt haben, spielen für die Schwere und den Verlauf der Symptomatik eine Rolle, nicht aber für die Ursache. Im DSM-IV ist die Betonung auf der intensiven Reaktion des Opfers nach dem traumatischen Ereignis (als A2 Kriterium), die durch Gefühle von u.a. Furcht und Hilflosigkeit gekennzeichnet ist. Im Folgenden finden sich die Originaltexte und Erläuterungen (Dilling et al. 1999, 2000).

ICD10: Akute Belastungsreaktion (F43.0)

Eine vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außerwöhnliche körperliche oder seelische Belastung entwickelt und im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt...“ (Dilling et al. 1999, Klinisch-psychologische Leitlinien).

Im Folgenden werden die Ereignistypen –... „überwältigendes traumatisches Erlebnis mit einer ernsthaften Bedrohung für die eigene Sicherheit oder körperliche Unversehrtheit (oder die geliebter Personen), z.B. Naturkatastrophe, Unfall, Krieg, Verbrechen, Vergewaltigung...“ oder eine ungewöhnlich plötzliche und erhebliche Veränderung der sozialen Stellung und/oder des Beziehungsnetzes des Betroffenen.“ –... genauer beschrieben. Dies umfasst auch die Erwähnung der individuellen Vulnerabilität und eventuell vorhandener Copingstrategien – womit der bereits erwähnte subjektive Anteil der normalen vs. pathologischen Wirkung des Ereignisses auf die unterschiedlichen Personen, der auch in der Literatur immer wieder erwähnt wird, nochmals konstatiert wird.

Da es generell wichtig ist, den Begriff des psychischen Traumas nicht zu eng und nicht zu weit zu fassen, geht das ICD-10 hier deskriptiv vor – eben bis hin zum Beschreiben möglicher Auslöser.

Dieser erste Absatz im ICD-10 impliziert nun einen „Leitsatz“ bei allen Interventionen im Rahmen der Behandlung von Belastungsstörungen – egal welcher Ausprägung – den wichtigsten Startsatz jeglicher Psychoedukation, die in diesem Bereich eine Säule der Behandlung darstellt: „Dies ist eine normale Reaktion eines normalen Menschen auf eine unnormale Situation“.

Hier ein kurzes Beispiel: Im Rahmen der notfallpsychologischen Betreuung der Hochwasserkatastrophe in Niederösterreich im Jahre 2002 werde ich am 8.02 (nach der 2. Überschwemmungswelle) zu einem Betroffenen gerufen, der in einem bis in den 1. Stock überschwemmten Vierkanthof mitten im Hof, in dem ein Auto in das Kellergewölbe eingebrochen war und auf dem die Gerätschaften

ten aus der Küche um die Knie schwimmen, in seinem bis unter die Decke verschlammten Auto sitzt und mit einem Silberputztuch den Aschenbecher poliert. Er kommentiert die vorsichtige Frage der freiwilligen Helfer und der Feuerwehr, was denn als nächstes zu machen sei, mit den unwilligen Worten: „Was wollen Sie denn, Sie sehen doch, dass ich hier zu tun habe!“. Die nunmehr eher „hilflosen Helfer“ wenden sich an die Psychologen.

Dieser Mann war ein selbstbewusster Unternehmer, der immer alles geschafft hatte und weit entfernt von psychischen Problemen war...

An dieser Stelle soll auf die konkrete Behandlung nicht eingegangen werden, es zeigt aber eindrucksvoll das oben Genannte.

Risikofaktoren

Um nun mit Hilfe einerseits einer professionellen klinischen Beobachtung, einer fundierten Diagnostik, und andererseits mit Hilfe von frühzeitiger richtig indizierter Behandlung die Entwicklung einer Chronifizierung in Richtung einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu verringern bzw. zu vermeiden, ist das Erkennen spezieller Risikofaktoren wichtig:

1. peritraumatische Dissoziation (subjektives Gefühl von Betäubung, Losgelöstsein oder der Abwesenheit von Gefühlen *während* des Ereignisses, eingeschränkte Wahrnehmung der Umgebung, Derealisation, Depersonalisation, dissoziative Amnesie),
2. dauernde Übererregung (AN, Arousal, Herzfrequenz >90), ständige adrenerge Stimulation,
3. Lebensbedrohlichkeit der Situation bzw. schwere körperliche Verletzungen,
4. Retraumatisierung bzw. frühere belastende Erfahrungen,
5. extrem intensive Sinnesbeteiligung bzw. lange Dauer (z.B. mit toter Person im Körperkontakt über Stunden in einer Steilwand hängen...),
6. mangelnde soziale Unterstützung (privat, beruflich (von der eigenen Organisation)) – nachher,
7. auch vorher schon Tendenzen zu schwerer Depression,
8. Alter (Jugend, höheres Lebensalter),
9. mehrere Ereignisse hintereinander ohne Erholungsphase bzw. Sekundärtraumatisierung (z.B. durch medizinische Eingriffe oder Verhöre),
10. extreme Vermeidung wegen objektiver Dauerkonfrontation.

Die meisten dieser Risikofaktoren werden auch von Trujillo bestätigt (Trujillo 2002, S. 62 ff) – er erwähnt dabei auch das höhere Risiko bei Frauen. Seine Erkenntnisse stammen aus der intensiven Forschung und Interventionstätigkeit im Anschluss an das Attentat vom 11.9.2001 in New York. Nach Lasogga & Gasch (2003) können noch einige sozioökonomische Faktoren wie geringere Schulbildung und niedrigere sozioökonomische Schichtzugehörigkeit ergänzt werden.

Bei Vorliegen der o.g. Risikofaktoren kann ohne und auch trotz guter Betreuung eine chronische Posttraumatische Belastungsstörung entstehen, die dann durch folgende Merkmale gekennzeichnet ist:

ICD 10: (F43.1) Posttraumatische Belastungsstörung

- A. Die Betroffenen waren einem kurz oder lang anhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tief greifende Verzweiflung auslösen würde.
- B. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks), durch lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
- C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Vor dem belastenden Ereignis bestand dieses Verhalten noch nicht.
- D. Entweder 1. oder 2.
 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, sich an einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern;
 2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:
 - a. Ein- und Durchschlafstörungen
 - b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche
 - c. Konzentrationsschwierigkeiten
 - d. Hypervigilanz
 - e. Erhöhte Schreckhaftigkeit

Die Kriterien B, C und D treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf. Aus bestimmten Gründen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden. (Dilling et al. 2000)

In vielen Fällen kommt es zum Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses.

Bei Kindern sind teilweise Symptome wie z.B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens, Verhaltensauffälligkeiten, z.T. aggressive Verhaltensmuster – auf jeden Fall oft deutliche Veränderungen im Vergleich zum prämorbidem Verhalten – zu beobachten.

In manchen Darstellungen gilt ein Bestehen der Symptome über einen Monat hinaus (DSM-IV) als Kriterium für die Diagnose PTBS (vorher „Akute Belastungsreaktion“), das ICD-10 nennt „innerhalb von 6 Monaten oder nach Ende einer Belastungsperiode“ – manchmal erfolgt aus klinischen Gründen eine Ausweitung der Zeitspanne. Wesentlich ist, ob sich über die Zeit eine Besserung der Symptome in Frequenz, Dauer, Deutlichkeit und Intensität zeigt. Die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit (z.T. mehrjähriger) Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten (late-onset PTSD) (Flatten et al. 2001).

Klinisch Psychologische Diagnostik

Die akute Belastungsreaktion vor Ort ist so gut wie nie in Form von klassischer klinisch-psychologischer Diagnostik feststellbar, weil man sich oft im Feld und

Sprache (Speech)

... Stimmlage, Qualität, Flüssigkeit, Organisation ?

Gefühlslage (Emotion)

... überwiegende Stimmungslage, Angemessenheit,
Sprachlosigkeit, Euphorie, depressiv, Ärger, Feindseligkeit,
Angst, Ängstlichkeit usw. ?

Erscheinungsbild (Appearance)

... unsauber, ungekämmt, unordentlich gekleidet, untypisch schmutzig, unüblich, bizarr,
ungewohnte körperliche Merkmale?

Wachheit (Alertness)

... Orientiertheit bezüglich Person, Ort und Zeit,
Einsicht, Urteilsvermögen, Erinnerungsvermögen,
geistiges Funktionsvermögen, Flüssigkeit und Inhalt
von Gedanken?

Aktivität (Activity)

...Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Bewegungen,
Interaktion mit dem Helfer?

Abb. 3. Screeninginstrument bei akut Traumatisierten. Trainingsunterlage: *CISM Basic Training, FBA des BÖP (Willkomm 1999)*

unter Zeit- und Entscheidungsdruck befindet. Umso wichtiger sind hier geschulte Ersthelfer und professionelle nichtpsychologische Helfer, die die Beobachtungen unter Anleitung präzise und deskriptiv zusammentragen und weitergeben bzw. die Notfallpsychologen selbst (die in Österreich per se klinische Psychologen sind), die die klinischen Beobachtungen sammeln und somit laufend „screenen“. Man kann sagen, dass hier Intervention auch immer Diagnostik im weiteren Sinne ist, aus der sofort entsprechende Maßnahmen und Umfeldinstruktionen folgen müssen (vgl. Beispiel „Mann im Hochwasser“, siehe unten). Die Abgrenzung zu psychiatrischen oder medizinischen Notfällen, die vielleicht kurzfristig ähnlich aussehende Begleitsymptome haben, ist wieder ein Argument für die Anwesenheit von Fachpsychologen an dieser Stelle.

Man nennt dieses Vorgehen auch die „psychologische Triage“ – das Feststellen des Grades der psychisch-mental Beeinträchtigung der Betroffenen. Hierfür stehen neben der Diagnostik nach den klinischen Kriterien einfache Instrumente wie z.B. die Beobachtung mit Hilfe von SEA 3 (SEAAA) zur Verfügung:

Diese Checkliste (Abb.3) kann nun ein Hilfsmittel für die differenzierte Beobachtung und Beschreibung der Leitkriterien der Störung sein – Symptome im Bereich der mentalen (Orientiertheit, Einsichts- und Urteilsfähigkeit, Konzentration, Gedächtnis, Merkfähigkeit), psychischen („relative“ Angemessenheit der Affekte), physischen (Gefährdung, psychotisches Potential, Bewusstseinsstrübung durch Suchtmittel) Funktionsfähigkeit und im Verhalten („bizarres“ vs. „angemessenes“ Verhalten, Suizidhandlungen...). Diese Checklisten sind in ihrer An-

wendung und ihrer Zielsetzung deutlich zu unterscheiden von psychiatrischen Einschätzungen – hier gibt das Setting und die Gesamtdiagnostik lt. ICD-10 die klare Unterscheidung.

Andere Skalen und Checklisten finden sich auch bei Hausmann (2005) und Lasogga & Gasch (2004). Hier sei vor allem der PTSD-Fragebogen von Stieglitz et al. (2002) erwähnt, der sowohl für ein Screening der akuten Belastungsreaktion also auch für die spätere Erfassung im Rahmen der PTBS –Diagnostik nutzbar ist. Er ist schnell auszufüllen und scheint auch das Risiko der Chronifizierung zu erfassen.

Die schnelle und doch fundierte Einschätzung der einzelnen Betroffenen und die „Übersetzung“ dieser Einschätzung und der Konsequenzen an das Umfeld (Familie, Arbeitskollegen, Rettungshelfer, Beobachter....) ist ein wesentliches Aufgabenfeld des Notfallpsychologen. Dies geschieht optimalerweise in Kooperation mit dem „psychosozialen Ersthelfer“ bzw. dem „professionellen nichtpsychologischen“ Helfer in Analogie zur Kooperation zwischen Ersthelfer, Rettungssanitäter und Notarzt.

Auch im o.g. Beispiel „Hochwasser – Aschenbecher putzen“ war dies eine der wesentlichen ersten Aufgaben. Hier waren im Bereich der Sprache, der Gefühlslage, des Erscheinungsbildes, der Wachheit und der Aktivität Auffälligkeiten vorhanden, die die Umgebung verunsicherten und die dieser „übersetzt im Sinne von normalisiert“ werden mussten.

Es wird deutlich, dass die Beurteilung und Bewertung der Symptome relativ ist, weil man es grundsätzlich mit „normalen Menschen in Ausnahmesituationen“ zu tun hat. Bei der Feststellung einer akuten Belastungsreaktion geht es um eine professionelle Einschätzung des aktuellen Zustandes auf den relevanten Symptomebenen, weniger um eine differenzierte Diagnostik im engeren Sinne. Auch die Notwendigkeit einer Außenanamnese ist evident („Wie geht die Person sonst mit Belastungen um?“, „Wie ist die individuelle Norm?“).

Diagnostik der chronischen PTBS

Fundament der professionellen Diagnostik sind die traumasspezifische Fremd- und Selbstanamnese (differenzierte Darstellung z.B. bei Hofmann 1999, S. 28–38) und die klinische Beobachtung sowie die erwähnte Differentialdiagnostik z.B. entsprechend den Leitlinien von Flatten et al. (2001, 2004). Sie erwähnen an dieser Stelle bestimmte Gefahren für das Übersehen einer PTBS wie folgt:

- bei lange zurückliegender Traumatisierung (z.B. sexualisierter Gewalt bei Kindern),
- bei klinisch auffälliger Komorbidität (Depression, Angst, Somatisierung, Sucht, Dissoziation),
- bei unklaren, therapieresistenten Schmerzsyndromen (z.B. anhaltende somatoforme Schmerzstörung),
- bei misstrauischen und feindseligen Verhaltensmustern (z.B. besonders bei Persönlichkeitsstörungen),
- bei schweren Organerkrankungen.

Diese Entwicklung der Symptome entlang der Zeitachse ist ein wesentlicher diagnostischer Indikator. Wenn die o.g. Symptome innerhalb der ersten 4 Wochen nicht nachlassen, bzw. die drei so genannten Leitsymptome – erstens „Intrusi-

onen (sich aufdrängende Erinnerungen) und Flashbacks (blitzartige Wiedererinnerungen mit echter „Gefühlsqualität“) sowie zweitens physiologische Übererregung / chronisch erhöhtes Aktivierungsniveau („Faustregel“: Herzfrequenz > 90/min) und drittens Ereignis- und / oder situationsspezifisches und inneres Vermeidungsverhalten – bleiben oder sich verstärken, hat man es eindeutig mit einer chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung als protrahierte (verzögerte) Reaktion auf ein Extremereignis zu tun.

Die Risikofaktoren sind bereits weiter oben in diesem Beitrag dargestellt. Sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit für die Diagnose einer PTBS

Nachdem zur Problematik der Differentialdiagnostik in den einleitenden allgemeinen Bemerkungen schon einiges gesagt wurde, sollen hier nun die wesentlichen diagnostischen Instrumente für die Diagnose nach F43.1 dargestellt werden.

Interviewverfahren, Skalen und Fragebögen

DIPS Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (Margraf, Schneider, Ehlers 1994)

SKID Strukturiertes Klinisches Interview nach DSM IV (Wittchen et al. 1997)

IES Impact of Event Scale (Horowitz et al. 1979, deutsche Fassung nach Maercker, Schützwohl 1998, zit. nach Hausmann 1999)

CAPS Clinical Administered PTSD Scale (Blake et al. 1995)

TAQ Trauma Antecedents Questionnaire von van der Kolk (1998) – erfasst und quantifiziert die Belastung durch offene Traumatisierung und Vernachlässigung nach Lebensaltern (van der Kolk 1995)

PDS Posttraumatische Diagnose Skala (Foa 1997, deutsch nach Steil, Ehlers, in Vorbereitung)

Kölner Risiko Index Fragebogen des Psychologischen Instituts, Beratungsstelle für Kriminalitäts- und Unfallopfer

Traumalandkarte – die Erfassung inklusive subjektiver Einschätzung des Belastungsgrades der schlimmsten Belastungen und der wichtigsten Ressourcen eines Betroffenen (Hofmann 1999)

Zur Differentialdiagnose bewähren sich in der klinisch-psychologischen Diagnostik z.B. neben der klinischen Exploration in Bezug auf die prämorbid Persönlichkeitsstruktur projektive Verfahren wie das Rorschach-Verfahren und auch Verfahren zu einer grundlegenden Leistungsdiagnostik – so kann z.B. Vergesslichkeit als dissoziatives Symptom zu verstehen sein oder im Zusammenhang mit einer Depression oder hirnrorganischen Erkrankung auftreten (Rau 2005).

Zur Differentialdiagnostik auch in Hinblick auf komorbide Störungen sei außerdem auf die in den jeweiligen Beiträgen (z.B. zu den Angststörungen, Zwangsstörungen, affektiven Störungen) genannten Verfahren verwiesen.

Die Differentialdiagnostik zu anderen Traumafolgestörungen ist bereits an anderer Stelle erörtert worden. Van der Kolk bezeichnet in „The Assessment and Treatment of Complex PTSD“ in dem von Yahuda (2002) herausgegebenen Werk über traumatischen Stress bereits in den ersten Seiten „PTSD as a diagnostic construct“ als Antwort auf ein „soziales Verlangen“, quasi, um der Sache einen Namen zu geben. Er nennt dann die „Konglomeration der Symptome“ komplexe PTSD bzw. DESNOS („Disorder of extreme Stress not otherwise specified“). Die Notwendigkeit dieser weiter gehenden Diagnostik sehen die Autoren um van der Kolk in der differenzierten Behandelbarkeit und führen dies weiter aus.

Diese Andeutung der erweiterten und lauter werdenden Sichtweisen, die die Grenzen der alleinigen ICD-Diagnostik postulieren, dürfen in einem Kapitel über Diagnostik nicht fehlen. In o.g. Arbeit und vielen anderen der Autoren- und Forschergruppe um van der Kolk, Yehuda et al. kann dies genau und exzellent dargestellt nachgelesen werden (van der Kolk 2002).

Spezifische Interventionstechniken

Allgemeine Grundhaltung

Da in diesem Beitrag sowohl die akute Belastungsreaktion als auch die posttraumatische Belastungsstörung dargestellt werden, muss auch bei der Darstellung der Interventionstechniken auf beide Bereiche getrennt eingegangen werden.

Aus der ausführlich dargestellten Relevanz des Zeitpunktes für Diagnostik und Behandlung von F43 und F43.1 ergibt sich nun, dass es einerseits ganz klar zeitlich und störungsbezogen zuordenbare Interventionen gibt, die in einem anderen zeitlichen und inhaltlichen Setting zumindest ineffektiv, wenn nicht kontraindiziert wären, auf der anderen Seite aber Haltungen, Phasen, Prinzipien und auch teilweise Interventionen für beide Störungen gelten. Dabei folgt die Behandlung wie erwähnt den gleichen Prinzipien von Information über Stabilisierung, Konfrontation und Integration, Neuorientierung, lediglich Dauer, Intensität und Notwendigkeit der umfassenden Expertise und Methodik sind unterschiedlich.

In der folgenden Übersicht über Behandlungsstrategien, die ebenfalls aus den Leitlinien von Flatten et al. (2001) stammt (Abb.4), ist die multidisziplinäre Kooperation bei der Behandlung der Störung gut dargestellt

Die Rolle der klinischen Psychologie liegt in der Psychoedukation und der Differentialdiagnostik. Notfallpsychologen bieten spezielle Interventionstechniken u.U. auch in Kooperation mit professionellen nichtpsychologischen Helfern an. Außerdem haben sie vor allem auch mit diplomierten Sozialarbeitern („stützende Sozialarbeit“) und Opferbetreuungseinrichtungen wichtige Aufgaben im Bereich der traumaspezifischen Stabilisierung.

Die Traumabearbeitung/-konfrontation muss mit Hilfe von speziell ausgebildeten Traumabehandlern und Traumatherapeuten nach bestimmten empirisch und in Metaanalysen als effektiv erwiesenen Verfahren nach fundierter Ausbildung und klinischer Praxis erfolgen.

Dies deckt sich mit Abbildung 2 und 4, die – ebenfalls über die Zeitschiene differenziert – bestimmte Schwerpunkte der verschiedenen Helfer illustrieren:

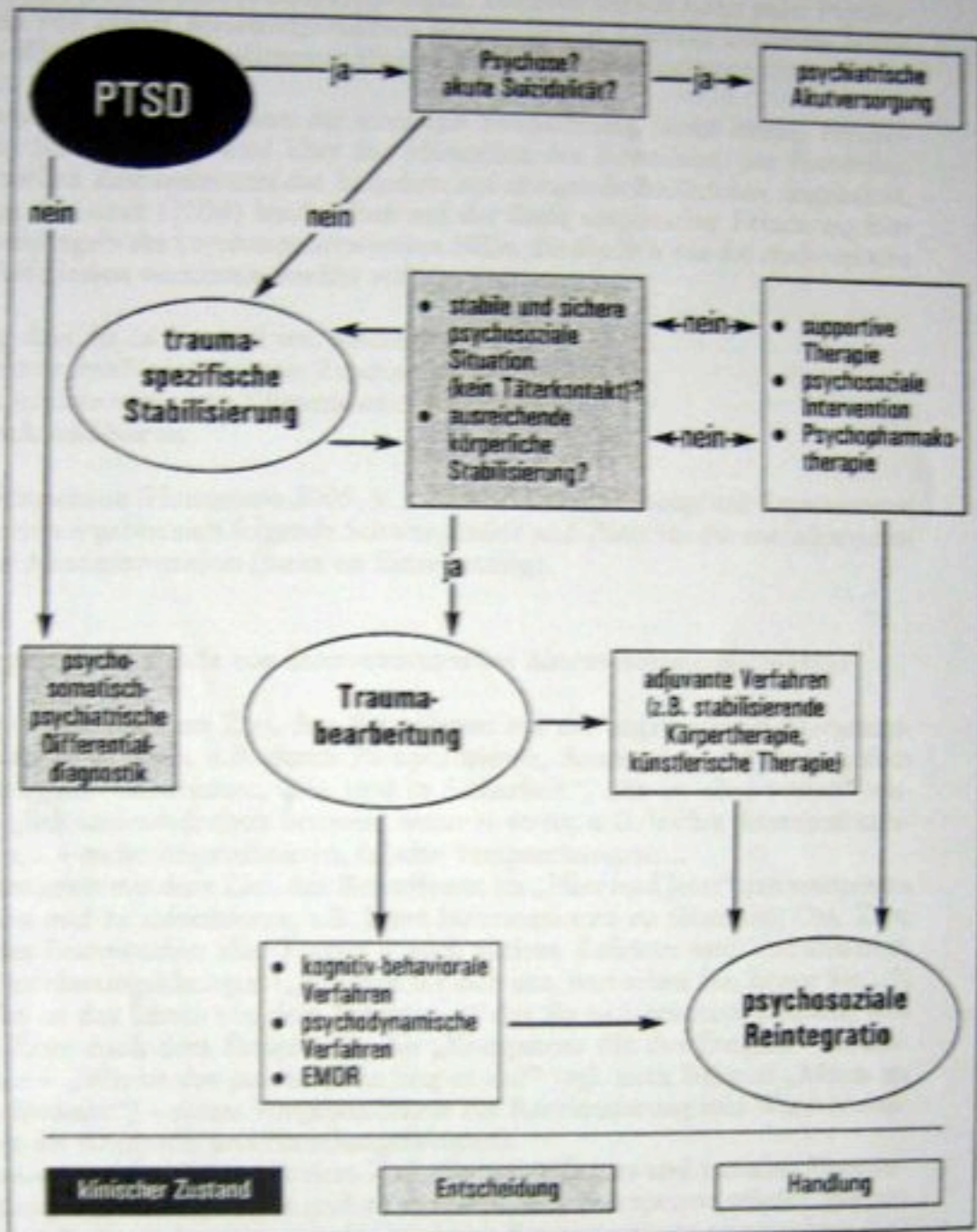


Abb. 4. Übersicht über therapeutische Strategien (mit freundlicher Genehmigung des Schattauer-Verlages aus: Flatten et al. (Hrsg.) (2004) Posttraumatische Belastungsstörung, Schattauer, Stuttgart New York)

Interventionstechniken im Bereich der Akuten Belastungsreaktion (F 43.0)

Bei der akuten Belastungsstörung muss schnell und gezielt Hilfe angeboten und organisiert werden. Beides ist je nach Setting und definierter Rolle Aufgabe des

klinischen Psychologen/Notfallpsychologen. Darüber hinaus kann jeder Psychologe mit von akuter Belastungsreaktion Betroffenen in Kontakt kommen, somit ist das Wissen über grundlegende Haltungen und Erstmaßnahmen für jeden relevant:

Standardvorgehen ist nun die klinische Beobachtung (siehe oben). Psychologische Stabilisierung wird über das Herstellen des Kontaktes, das Feststellen des aktuellen Zustandes und das Eingehen auf dringende Bedürfnisse angebahnt. Lasogga & Gasch (2004) beschreiben auf der Basis empirischer Forschung hier die Grundregeln der psychosozialen ersten Hilfe, die ähnlich wie die medizinische erste Hilfe *jedem* vermittelt werden sollten:

1. Sag, dass du da bist und was geschieht!
2. Schirme den Verletzten von Zuschauern ab.
3. Suche/biete vorsichtig Körperkontakt.
4. Sprich und hör zu.

Nach Hausmann (Hausmann 2005, S. 137) und aus Erfahrung/ mit Ergänzungen der Autorin ergeben sich folgende Schwerpunkte und Ziele für die notfallpsychologische Akutintervention (meist im Einzelsetting):

Schwerpunkte und Ziele von Interventionen bei Akuter Belastungsreaktion

1. *beruhigen*: mit dem Ziel, den Betroffenen auf ein angemessenes Erregungsniveau zu bringen, z.B. durch Paraphrasieren, Ansprechen der vermeintlich wichtigsten Bedürfnisse, „Sie sind in Sicherheit“, „Es ist alles vorbei“ eindringlich und wiederholt betonen, wenn es so ist, u.U. leichte Ateminstruktionen... – nicht: bagatellisieren, falsche Versprechungen....
2. *orientieren*: mit dem Ziel, den Betroffenen im „Hier und Jetzt“ ankommen zu lassen und zu informieren, z.B. klare Informationen zu Situation, Ort, Zeit, klares Beantworten aller Fragen – auch aktives Zuhören und Verbalisieren, Wahrnehmungsübungen („Schauen Sie sich um, was sehen Sie, hören Sie...“, „Was ist das Letzte vor dem Ereignis, an das Sie sich erinnern können, was das Erste nach dem Ereignis?“), die „Kompetenz für das Ereignis“ zurückgeben – „Wie ist das passiert, wie fing es an?“ (vgl. auch Beispiel „Mann im Hochwasser“) – dieses Vorgehen führte zur Reorientierung und Wiedererlangung der Kontrolle und Handlungsfähigkeit.
3. *Ressourcen aktivieren*: mit dem Ziel, die persönlichen und sozialen Ressourcen zugänglich zu machen und zu fördern, Selbstkompetenz wieder ansprechen; z.B. durch Anregen, mit den nächsten Bezugspersonen zu sprechen, dies zu organisieren, Übersetzungsarbeit (z.B. über verschiedene Reaktionsmuster und die Hintergründe, das Achten auf die körperlichen Bedürfnisse anzuregen, Fragen wie „Wie würden Sie das am ehesten angehen?“, „Wie gehen Sie sonst mit schwierigen Situationen um?“ (Aktivieren und Erheben von Copingstrategien).
4. *Wahrnehmung*: mit dem Ziel, die Intensität von unangenehmen Wahrnehmungen zu reduzieren und ungewöhnliche Wahrnehmungen zu erklären; z.B. Abschirmen von (weiteren) Sinneseindrücken bzw. auch Hilfe und Unterstützung oder umgekehrt angemessene Vorbereitung bei unvermeidlichen bela-

- stenden Wahrnehmungen (Identifizierung, Verabschiedung), Achtsamkeitsübungen („Nehmen Sie einmal Ihren Arm... genau wahr, spüren Sie, wie Sie sitzen...“), Erklärungen für Symptome der ABR (siehe oben Psychoedukation! – „normale Reaktion normaler Menschen auf unnormale Situationen!“)
5. *Zeiterleben*: mit dem Ziel, das Ereignis zu strukturieren und in einen zeitlichen Kontext zu stellen (beste Unterstützung von „normaler“ Informationsverarbeitung oder Vorarbeit für Traumatherapie bei Risikopatienten). z.B. durch Information und Aktivierung des narrativen Gedächtnisses, Aufzeigen von Chronologie, auch Einbetten des Ereignisses in den normalen Alltagskontext, um einen Teil des zerrissenen Wahrnehmungsgefüge zu kitteln, Zeitbegriffe deutlich und konstant einfließen lassen (jetzt, vorher, nachher, danach, davor, heute Vormittag) und die semantische Wahrnehmung beim Betroffenen überprüfen.
 6. *gedankliche Verarbeitung*: mit dem Ziel, die kognitive Verarbeitung des Ereignisses und der eigenen Reaktion zu fördern – Psychoedukation! Z.B. empathisch ermutigen, Zusammenhänge herzustellen, Gedanken auszudrücken („Was haben Sie da gedacht?“ „Wie würden Sie das beschreiben?“ ...), z.B. anregen, Erinnerungen über den Verstorbenen/Verhaltensweisen des Verunfallten auszudrücken. Dies alles ist auch entweder eine Hilfe zur Spontanerholung oder eine optimale Bahnung für Traumabearbeitung in allen Methoden.
 7. *Gefühle*: mit dem Ziel, eine emotionale Entlastung zu ermöglichen bzw. auf belastende Gefühle einzugehen z.B. einfach alle Gefühle wahrnehmen und annehmen, die geäußert werden (nicht ausreden, nicht wegreden, nicht absprechen, nicht werten!), Scham, Zorn, Wut, Angst, Ärger aufnehmen; u.U. wieder anderen gegenüber „übersetzen“ (z.B. skurrile Reaktionen – vgl. Mann beim Hochwasser) oder Abschirmen, spezielles „Moderieren“ von Schuldgefühlen (subjektive bzw. berechnete Schuldgefühle – hier sind spezielle Haltungen und Reaktionen wichtig, auch im Hinblick auf juristische Untersuchungen).
 8. *Kontrollierbarkeit*: mit dem Ziel, die subjektive Kontrolle wiederherzustellen oder zu fördern. z.B. indem die Mitentscheidung auch bei einfachen Dingen erbeten wird („Können Sie mir sagen, wie Sie am liebsten sitzen wollen, möchten Sie viel oder wenig Zucker in den Tee, soll ich Ihre Tochter um diese Zeit eher auf dem Festnetz oder auf dem Handy anrufen?“) oder Entmündigung durch andere vermieden wird (Übersetzungsarbeit!), z.B. im Hinblick auf das Verabschieden von verunfallten Angehörigen. Hier muss allerdings eine optimale Vorbereitung und Unterstützung durch den Psychologen sichergestellt werden – insgesamt gilt auch hier wieder: Wir unterstützen normale Menschen mit normalen Reaktionen in unnormalen Situationen, bahnen die Spontanerholung und sind eher Katalysatoren, die die speziellen Mechanismen und Wege der autonomen Informationsverarbeitung kennen und von Anfang an versuchen, Blockaden zu vermeiden, zu lindern oder aufzuheben.
 9. *Selbstbild*: mit dem Ziel, die Reaktionen subjektiv und objektiv zu normalisieren, Handlungsfähigkeit und eigene Copingmechanismen und Strategien zu aktivieren und zu fördern, z.B. durch die Punkte 1–8, Bezug zu anderen herstellen („Wer braucht Sie jetzt“ ...), asymmetrische Beziehungskonstellationen kurz halten bzw. bewusst unterbrechen („Mann im Hochwasser“: Intervention zu den Helfern, nachdem die Funktionsfähigkeit des Betroffenen wieder hergestellt war: „So, nun wird der Chef das Kommando wieder übernehmen, jeder braucht in so einer Situation einmal eine kurze Auszeit!“) oder ähnliche

Übersetzungsarbeit, Kommunikationsregeln (Nicht *über* den Betroffenen, sondern mit dem ansprechbaren Betroffenen sprechen – statt „Was machen wir *mit* ihm“ – „Haben Sie eine Idee, was jetzt für Sie das Beste wäre, wo möchten Sie hin?“ ...) Auch hier unterstützen diese Haltungen Normalisierung oder bahnen die Arbeit am „zerrissenen Selbst(bild)“ in der Traumabehandlung und -therapie.

10. *die nächsten Schritte*: mit dem Ziel, die Betroffenen „wieder auf die Schiene zu stellen“. Hier werden ganz konkret Pläne gemacht und Vereinbarungen getroffen, Kontakte hergestellt, Transfer organisiert („Mann im Hochwasser“ – Besprechung der Arbeitsverteilung der Helfer, nächste Aufräumschritte und gemeinsam einen Kaffee trinken gehen).

Es wird deutlich, dass all diese Maßnahmen, Haltungen und Organisationen gleichzeitig Intervention und Diagnostik sind, wenn sie einem klinisch erfahrenen Psychologen gemeldet werden bzw. von ihm durchgeführt werden.

CISD als Beispiel für eine strukturierte Gruppenmaßnahme

Die oben erwähnten Grundhaltungen gelten auch für das Methodengebäude des Critical Incident Stress Management (CISM) – ebenfalls ein Überbegriff für die o.g. Gebiete der Notfallpsychologie (Everly & Mitchell 2002). Beispielhaft sei hier das CISD – Critical Incident Stress Debriefing – eine psychologische Nachbesprechung nach belastenden Erlebnissen analog dem „technischen Debriefing“ näher beschrieben:

Diese Intervention wird nach bestimmten Indikationen (nicht vor 72 Std. und nicht nach 4 Wochen nach einem Ereignis), einem genau vorbereiteten Setting und oft in Kooperation mit anderen darin ausgebildeten psychosozialen Notfall Helfern von so genannten Mental Health Professionals (im deutschsprachigen Raum Psychologen, Ärzte und Psychotherapeuten mit Ausbildung) geleitet.

Die standardisierte, nur von autorisierten Trainern weltweit für Helfer und Zivilbetroffene weitergegebene Methode kann eine sehr gute Weichenstellung für Traumabehandlung oder Therapie oder ein wichtiger Schritt in Richtung Integration, Normalisierung sein (Münker-Kramer 2004). Dazu muss sie aber fachgerecht bzgl. Staffing, Zeit, Dauer, Gruppenzusammensetzung, Rahmenbedingungen und Nachsorgemöglichkeit angewendet werden – mit dem Anspruch des klinischen Screenings neben dem Interventionscharakter und einer Möglichkeit der 1:1 Nachbetreuung für Personen, bei denen Risikofaktoren bestehen.

Durch die Internationalität der Methode können sich Helfer mittels einheitlichen fachlichen Vokabulars schnellstes verständigen. Diese Standardisiertheit reduziert Chaos und Komplexität und schafft Stabilität, Funktionalität und Sicherheit bei Betroffenen und Helfern – zunächst die wichtigste Behandlungs- und Normalisierungsvoraussetzung!

CISM ist eine 2–3 Stunden dauernde Intervention mit einer homogenen Gruppe von 10–15 Betroffenen eines schwerwiegenden Ereignisses, die mit einer die Intervention leitenden Fachkraft und Laienhelfern sogar in einer bestimmten Sitzordnung die Geschehnisse und die subjektiven Eindrücke und Folgen sukzessive durchgehen.

Die Phasen dabei sind: die *Einleitung*, in der Zielsetzung und Grundregeln wie z.B. die Vertraulichkeit und der Unterschied zu einer behördlichen Untersuchung, aber auch die Rollen der Betreuer geklärt werden. Dann folgt die *Faktenphase*, in

der jeder aufgefordert wird, die objektiven Fakten, seine Rolle und seine Perspektive zu schildern. Im Anschluss daran werden die Teilnehmer ermuntert, die *Gedanken* zu reflektieren, die ihnen während der Geschehnisse durch den Kopf gegangen sind – danach die so genannten *Reaktionen* (Psychoedukation, Normalisierung!), bei denen auch nach dem subjektiv schlimmsten Moment gefragt wird und Gefühle und Abreaktionen deutlich werden. In der nächsten Phase werden konkret *Symptome* benannt, die auf der Basis der vorher besprochenen Reaktionen sehr „natürlich“ eingeführt werden – oft bzw. meistens sind den Betroffenen psychologische Termini und Reflexionen fremd. Dieser Austausch über die Symptome wird in der sechsten Phase zum Anlass genommen, *Informationen* genau darüber zu geben, was sich nach den Erkenntnissen der Psychotraumatologie (vgl. Kapitel Ätiologie) ereignet und „welche Auswirkungen das auf das Verhalten und Erleben des Menschen in Notfallsituationen (= Notfallpsychologie)“ hat. Hier ist Psychoedukation *das* Thema und auf angemessene Art und Weise – es soll nicht pathologisiert werden im Sinne einer „sich selbst erfüllende Prophezeiung“ – werden Risikofaktoren, Möglichkeiten der Selbstbeobachtung und weitere Behandlungsmöglichkeiten besprochen.

In der siebten Phase, der *Rückorientierung*, werden die nächsten Schritte besprochen und Adressen hinterlassen.

Abgerundet wird die Intervention mit einem gemeinsamen Imbiss, bei dem Einzelgespräche angebahnt und möglicherweise notwendige Weiterbehandlungen in der Dyade thematisiert werden können.

Wenn dies entsprechend den Regeln mit der richtigen Haltung und Ausbildung, mit Screeningcharakter und mit gut recherchierten, am besten persönlich bekannten Nachfolgestrukturen läuft, ist es eine optimale Kooperation und Kombination zwischen Notfallpsychologie und Traumatherapie. Die Konzeption der Phasen und die Schwerpunkte führen optimal über bzw. bereiten – wenn noch nötig – die Weiterarbeit vor, sei es mit kognitiv-behavioralen Ansätzen oder mit EMDR, den als wirksam erwiesenen Methoden der Behandlung von PTBS (u.a. National Clinical Practice Guideline No. 26, 2005, van Etten & Taylor 1998). Insgesamt sind eine hohe Flexibilität und soziale Kompetenz der Psychologen notwendig, ebenso ein Kennen der wichtigsten „Vokabeln“ und Charakteristika der Organisationen, denen die Betroffenen angehören. Es ist eine Arbeit, bei der Wissen und Methoden psychologischer Theoriemodelle und psychologischer Behandlung direkt zu Betroffenen gebracht werden können, die davon sonst vielleicht nie hören oder psychologische Hilfe suchen würden und hier aber in hohem Maße profitieren können.

Für die optimale Weiterversorgung müssen Notfallpsychologen offen und informiert über Traumatherapie und Traumatherapeuten sein und auf der anderen Seite Therapeuten die Möglichkeiten der Bahnung und Vorbereitung durch psychologische Interventionen kennen und eine Kooperation, im besten Fall Übergabe im Sinne der Betroffenen, anstreben (Munker-Kramer 2004).

Interventionen im Bereich der PTBS (F43.1) – effektive Behandlungsverfahren

Die oben genannten Grundprinzipien für die Soforthilfe am Unfallort und für die Behandlung im Rahmen einer akuten Belastungsreaktion (vgl. „Hochwasserbeispiel“) gelten im Grunde ebenso für die Behandlung einfacher und komplexer PTSD. Es sind allerdings die Zeiträume und die Komplexität der Intervention sehr unterschiedlich.

Auch der Verlauf, das so genannte Trauma-U, das besagt, dass es nach Beginn der Behandlung zunächst zu einer erhöhten Belastung kommen kann, ist z.B. im Ablauf eines Debriefings sowie auch bei langfristigen Behandlungsverläufen beobachtbar.

Die Therapie/Behandlung der nicht komplexen PTSD, die nur durch entsprechend qualifizierte und klinisch erfahrenen Psychotherapeuten/Behandler erfolgen sollte, kann nur unter bestimmten Bedingungen und dem Prinzip „dosierte Konfrontation mit dem auslösenden Ereignis mit dem Ziel der Durcharbeitung und Integration unter geschützten therapeutischen Bedingungen“ erfolgen (vgl. auch Flatten et al. 2001).

Folgende Voraussetzungen müssen dafür zumindest gegeben sein:

- gute und stabile, gesicherte therapeutische Beziehung,
- Vorhandensein einer sicheren Umgebung (Schutz vor weiterer Traumaeinwirkung, kein Täterkontakt),
- Vorhandensein eines psycho-sozialen Helfersystems,
- Einbindung der speziellen Traumatherapie in eine Gesamtbehandlung, nicht losgelöst als Kurzmaßnahme, d.h. traumaadaptierte Verfahren im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes,
- Anbindung zur engmaschigen diagnostischen und therapeutischen Betreuung.

Bei einer Traumatisierung gibt es eine implizite traumatische Erinnerung, die dem Alltagsbewusstsein oft nicht zugänglich ist. Im Rahmen einer normalen symptombezogenen Behandlung, die sicher sehr wichtig für u.U. sogar einen großen Teil der Symptome ist im Sinne einer Situationskontrolle, dem Verringern von Vermeidungsverhalten etc., wird von den Patienten oft gesagt, dass sie nun „alles besser verstehen, es aber noch wehtut“. Somit bleibt manchmal ein „Schmerzrest“ emotionell oder auch körperlich spürbar und verursacht weiter Leidensdruck.

Dies ist dann eine Indikation für gezielte Traumatherapie. Wenn ein Patient sagen kann „Der Schmerz ist weg und es ist nicht mehr so wichtig, es ist verblasst, es dominiert mein Empfinden nicht mehr.“ ist dies ein Zeichen, dass eine wirkliche Integration stattgefunden hat, was nicht Vergessen bedeutet!

Schritte in der Traumabehandlung

Informationsvermittlung und Psychoedukation bzgl. traumatypischer Symptome und Verläufe

Nach dem Aufbau einer guten Arbeitsbeziehung zwischen Behandler und Patient ist die erste Phase der Behandlung eines PTBS die Informationsvermittlung und die Psychoedukation, d.h., dem Patienten werden grundlegende Zusammenhänge über die Entstehungsbedingungen und die Folgen von Traumafolgeerkrankungen in einer partnerschaftlichen Grundhaltung vermittelt. Dies muss in angemessener bildhafter Sprache passieren und für jeden Patienten maßgeschneidert sein. Es ist der erste Schritt für das Wiedergewinnen von Kontrolle und Selbstwert. Es bleibt ein wesentlicher Teil der Behandlung, denn es kommen immer wieder Phasen, wo

Hintergrunderklärungen und gemeinsame Analyse von Symptomen, Hinweise zu Literatur etc. sinnvoll, hilfreich und wichtig sind. Sowohl die verhaltenstherapeutischen Ansätze als auch das EMDR arbeiten mit Informationsunterlagen und schriftlichen Arbeitsmaterialien, durch die der Patient aktiv eingebunden ist.

Traumaspesifische Stabilisierung und Verstärken von Ressourcen

Diese grundlegenden Maßnahmen, die auch längere Zeit in Anspruch nehmen können, aber das Fundament einer verantwortungsvollen Behandlung bilden, müssen vor jeder Traumakonfrontation erfolgen. Hier sind einerseits einfache Distanzierungstechniken gefragt, die zunächst zur Unterbrechung z.B. von Intrusionen, zweitens zur sukzessiven Wiedererlangung von Kontrolle dienen und somit auch wesentliche Schritte in Richtung Therapiemotivation sind. Die Patienten sind oft durch lange Behandlungsodysseen gegangen und haben vielfach das Vertrauen eingebüßt, „dass überhaupt etwas hilft“.

5-4-3-2-1-Übung als Beispiel für eine einfach, effektive Distanzierungstechnik: Distanzierungstechniken sind z.B. die so genannte 5-4-3-2-1 Übung, bei der der Patient zunächst mit 5–6 Bauchatmungszügen eine Grundentspannung einleitet und dann bewusst externalisiert: er muss zunächst laut, dann leise oder vorgestellt 5 Dinge konkret benennen, die er um sich herum sieht „Ich sehe den Tisch, ich sehe die Bank, ich sehe den Blumenstock...“ – jeweils bewusst mit Subjekt, Prädikat, Objekt, um wirkliche Konzentration und „Hirnarbeit“ sicherzustellen. Dann 5 Dinge, die er hört, dann 5 Dinge, die er spürt (nicht „fühlt“), z.B. „Ich spüre die Naht an meinem Schuh.“, „Ich spüre das Kitzeln des Haares an meiner Wange.“, „Ich spüre die Kälte von der Rückenlehne an meinem Rücken.“. Dies wird dann 4-3-2-1x gemacht und dann mit einigen bewussten Atemzügen wieder abgeschlossen.

Der Effekt ist ein Hinwenden zum „Hier und jetzt“ und der Patient muss es üben (ohne und mit Anlass). Hiermit wird eindeutig der Cortex „bemüht“, speziell auch das Broca-Areal und somit eine komplexe Wahrnehmung und Bearbeitung erzwungen, die mit den Intrusionen nicht kompatibel ist. Wenn dies gelingt und die Patienten nur ansatzweise Erleichterung und mehr Distanz zu ihrem Intrusionen spüren, steigert das sehr das Vertrauen in die „Heilbarkeit“.

Weitere Distanzierungstechniken und Ressourcenübungen

Weitere Distanzierungstechniken sind die Video- oder Beobachtertechnik, bei der man das Geschehen auf einen Videoscreen imaginiert und dann mit sämtlichen Funktionen einer modernen Fernbedienung je nach Bedürfnis modifizieren kann bis hin zum Hinausnehmen und Verpacken der Kassette (auch eine Abschlusstechnik in Traumakonfrontationssitzungen, s.u.) oder sich selbst in eine Beobachterposition (z.B. im Vorführraum eines Kinos) bringt, um nicht so unmittelbar am Erlebnis dran zu sein. Die Tresorübung ist eine andere Möglichkeit, das Geschehene „in den Tresor“ zu packen und diesen zu schließen.

Das Suchen, Imaginieren und Etablieren eines so genannten „sicheren Ortes“, der mit allen seinen Sinnesqualitäten erfasst wird (Wie sieht es dort aus? Wie riecht es dort? Wie fühlt es sich an? Wie schmeckt es?) ist ebenfalls eine Grundübung, die auch diagnostischen Wert hat. Lediglich Personen mit komplexem

PTBS, bei denen dissoziative Phänomene nicht auszuschließen sind, finden keinen sicheren Ort, sonst sind die Patienten oft erstaunlich kreativ und finden sehr treffende Dinge, die ihnen auch Spaß machen.

Die Installation von Ressourcen ist ein weiterer Schritt, hier wird neben der Erhebung belastender Ereignisse in der Biographie (Traumalandkarte, s.o.) nach Ressourcen, Kraftquellen gefragt und u.U. verstärkt (durch Imaginationen, im Rahmen von EMDR auch mittels bilateraler Stimulationen). Dies können neben Menschen, Einstellungen, Glaube etc. auch Tiere, Filmfiguren, Natur u.ä. sein.

Es geht darum, positive Erinnerungsnetzwerke den impliziten negativen Traumanetzwerken gegenüberzustellen und aufzubauen, bevor an die negativen Erinnerungsnetzwerke herangegangen wird. Dies ist bei der kognitiven Verhaltenstherapie im Zusammenhang mit der Neudefinition und Umstrukturierung wichtig, beim EMDR im Zusammenhang damit, die blockierte Information beim Durchprozessieren leicht mit positivem Material zu speisen, um auch neue Verknüpfungen anzuregen.

Auch hier gilt also wieder, dass Intervention gleichzeitig Diagnostik, Motivationsarbeit, Materialsammlung und Bahnung für Weiteres ist.

Eine Technik, die die Körperkorrelate von Traumamaterial betrifft (aber auch zu jeder anderen „Erleichterung“ von körperlichen Belastungen dienlich sein kann), ist die so genannte Lichtstromtechnik (genaue Instruktionen und Indikationen siehe Hofmann 1999, S. 83f):

Hier wird der Patient aufgefordert, den Körper durchzugehen und nach einer beunruhigenden Körpersensation zu suchen (u.U. auch Residuum nach einer Traumakonfrontation) und zu versuchen, diese mit einer Form und dann einer Farbe zu imaginieren. Nun wird dies entweder verpackt, geschrumpft (als Abschluss oder als Selbstkontrollmöglichkeit) oder z.B. von einem Licht, das für den Patienten mit Heilung verbunden ist, verkleinert, aufgenommen, geschrumpft.

Eine Quelle für weitere Imaginationstechniken und ressourcenorientiertes Vorgehen sind die Bücher von Reddemann (2003), Huber (2003b) Lazarus (1993).

Traumaexposition, Traumakonfrontation und Traumasynthese

Über im Bereich der PTBS derzeit als effektiv betrachtete Therapien gibt es im deutschsprachigen Raum in der Leitlinie des AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Forschung, von Flatten et al. 2001) eine genaue Aufstellung.

Die vielfach zitierte (z.B. von Ehlers 1999, S. 73ff) Metaanalyse von van Etten und Taylor (van Etten, & Taylor 1998), in der 61 Behandlungsstudien untersucht wurden, stellt als gemeinsamen Erfolgsfaktor effektiver Behandlungen die strukturierte Wiederbegegnung mit der Erinnerung als Prinzip dar. Dies wird im Großen und Ganzen auch in der von Bradley et al. (Bradley et al. 2005) vorgelegten Metaanalyse bestätigt, wobei allerdings im Kriterium „Improvement Rate“ das EMDR überlegen ist (S. 223) und eine wesentliche Studie mit 100 Patienten leider fehlt. Unabhängig von der Methode ist psychologische Behandlung bzw. Psychotherapie allen Medikamenten und auch den Wartelistebedingungen überlegen, außerdem bessert sich die Komorbidität (z.B. Angst, Depression) signifikant.

Unter den effektiven Methoden sind einerseits verhaltenstherapeutische Expositions-Methoden wie die Reizüberflutung, die Stressimpfung nach Meichenbaum (1994) und die kognitiv-behaviorale Therapie nach Ehlers, Marks und Resnick (Ehlers 1999), die kognitive und Expositionsverfahren eng verzahnt, außerdem EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing nach Francine Shapiro, s.u.). Weiter sind Hypnotherapien und imaginative Therapien wie Screentechnik und Beobachtertechniken und PITT (Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie) sowie mit einer Studie die Modifizierte Psychodynamische Psychotherapie nach Horowitz vertreten.

Es zeigt sich, dass zwischen den verhaltenstherapeutischen Methoden (Exposition mit und ohne kognitive Verhaltenstherapie) und EMDR eine nahezu gleiche Effektstärke besteht, aber EMDR in weniger Sitzungen und ohne Hausaufgaben zu den Ergebnissen kommt. Dies zeigt sich auch deutlich in den Empfehlungen des National Collaborating Centre for Mental Health (2005).

Der kognitiv behaviorale Ansatz (CBT) (z.B. in Ehlers 1999) und EMDR (z.B. Hofmann 2005, Shapiro 1998, 2003) sollen daher zur Illustration mit ihren Grundannahmen und den Säulen der Behandlung kurz dargestellt werden, auf die Originalliteratur ist mehrfach hingewiesen worden.

Der Kognitiv-Behaviorale Ansatz (CBT – Cognitive Behavior Therapy)

CBT: Die Behandlung im Rahmen des kognitiv behavioralen Ansatzes setzt bei der Verarbeitung der traumatischen Erinnerung an und konstatiert als Hauptproblem die dysfunktionale negative Interpretation des Traumas und seiner Konsequenzen. Außerdem arbeiten die Autoren mit der Annahme, dass manche Verhaltensweisen, die zur Kontrolle einiger PTBS Symptome notwendig sind, andere Symptome verstärken (vgl. Behaviorale Modelle weiter oben).

Ziel der Behandlung ist somit erstens die Modifikation der entstandenen und teilweise verallgemeinerten Interpretationen, zweitens das Durchbrechen dysfunktionaler Verhaltensweisen und kognitiver Strategien und drittens die Öffnung einer elaborierten (tiefergehenderen) Verarbeitung des Traumagedächtnisses, die durch Unterdrückung der Gedanken an das traumatische Ereignis verhindert wird.

Diese „falschen“ bzw. hinderlichen Strategien“ werden einerseits diagnostisch erfasst, in einer Bedingungsanalyse auch im Zusammenhang mit ihrem Kontext betrachtet und andererseits sukzessive modifiziert, was mit Hausübungen unterstützt wird. Somit gibt es in einer sehr strukturierten Behandlungsplanung eine enge Verbindung zwischen kognitiven Verfahren und Expositionsverfahren in einem sehr klaren Setting, mit schriftlichen Unterlagen, Selbstbeobachtung, Tonbandaufnahmen und Übungen. Imaginationstechniken werden eingesetzt (beispielsweise für das Zu-Ende-Führen von im Ereignis unterbrochenen Abläufen oder auch für ein imaginatives Nacherleben der Störung). Schuld- und Schamgefühle werden kognitiv umstrukturiert, Spezialthemen wie der Umgang mit Ärger haben einen eigenen Platz in der Therapieplanung und Rückfallprophylaxe.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EMDR ist ein dynamisch-behaviorales Verfahren, das ebenfalls sehr strukturiert in acht Phasen vorgeht, sich aber neben kognitiven und dynamischen Elementen der oben bereits erwähnten Methode der bilateralen Stimulationen zur Aufhebung und Beschleunigung der blockierten Informationsverarbeitung bedient.

Es ist ein sehr effektives Instrument, da es neben einem sehr gezielten und aktiven gemeinsamen Einstieg in den ersten Phasen (Anamnese und Behandlungsplanung, Stabilisierung und Ressourceninstallation und der Bewertung des Traumas (mit verschiedenen Bewertungsskalen und positiven und negativen Leitkognitionen) im Zuge der Phase 4 zum Desensibilisieren und assoziativen Prozessieren kommt.

Dies ist die Phase, in der die bilaterale Stimulation des Gehirns ausgehend vom repräsentativen Bild des Ereignisses („der Augenblick, wo das Kind im Auto verbrennt“), einer negativ generalisierten kognitiven Überzeugung über sich selbst („Ich bin schuld!“ z.B. als Feuerwehrmann) und einem damit verbundenen Körpergefühl („Es schnürt mir die Kehle zu.“) stattfindet. Hier liegt die Hypothese der beschleunigten „Nachprozessierung“ des stecken gebliebenen Materials zugrunde und man erlebt ein Prozessieren durch verschiedene Repräsentationssysteme (Gedanken, Bilder, Gefühle, Körpersensationen) und Themen hindurch, bis sich – teilweise über mehrere Sitzungen – die Dinge integrieren und das blockierte Material raum-zeitlich-sinngemäß-biographisch eingeordnet werden kann und Kongruenzen auftreten, wo sie vorher nicht waren. Hier werden die angenommenen und durch die o.g. neurobiologische Forschung immer weiter objektivierten „impliziten Traumanetze“ fokussiert und offensichtlich erreicht. Dann werden die „neuen“ Überzeugungen und entsprechenden Körperkorrelate „verankert“ (Phase 5), dies in einem Körpertest (Phase 6) noch einmal überprüft und dann im Abschluss (Phase 7) der Sitzung nochmals stabilisiert oder verstärkt. Nun wird die Integration der erarbeiteten Dinge und neuen Erkenntnisse in den Alltag vorbereitet – auch, wo notwendig mit dem erarbeiteten Material wieder Möglichkeiten zur „Psychoedukation“ genutzt. Beobachtungsaufgaben für zu Hause werden gegeben und schließlich beim nächsten Mal die Überprüfung der Effekte durchgeführt bzw. die individuelle Behandlungsplanung weitergeführt.

Interessant und wichtig beim EMDR ist zudem, dass ein häufiger Effekt ein Ausspruch von auch langjährig therapierten Patienten ist: „Vieles war mir schon klar und ich habe das gewusst – dass ich keine Schuld habe, dass es vorbei ist, dass ich hinter mir lassen muss – aber jetzt *kann* ich es, fühle ich es, bin ich endlich davon überzeugt.“ Es integriert scheinbar also genau auf den Ebenen, wo das traumatische Erlebnis die Einheit hat zerspringen lassen – mit einem starken Anteil an unbewussten Körperanteilen, an den andere Verfahren nicht herankommen und die aber für die Patienten subjektiv einen hohen Leidensdruck ausmachen – und der muss letztlich der Maßstab von therapeutischen Bemühungen und Erfolgen sein. Somit geschieht erwiesenermaßen Integration als definiertes „Gegengift“ gegen jede Art von Desintegration / Dissoziation im Zusammenhang mit Traumafolgestörungen.

Integration von klinisch-psychologischer Behandlung und medizinischen Verfahren – Pharmakotherapie

Die Medikation bei PTBS (akut und chronisch) ist und bleibt – vordergründig – ein Problem. Von der Genese und der Beschreibung sowie dem Charakteristikum der Störung her (Auswirkung äußerer Noxen) ist das auf der anderen Seite auch einleuchtend. Weiters ergibt sich daraus, dass die Medikation nur symptombezogen und nicht kausal wirksam ist und die Belastungsspitzen bei den Betroffenen,

was offen mit diesen besprochen werden kann, neben den psychologisch-psychotherapeutischen Methoden der Wahl lindern soll und lindert.

Die besten Effekte haben die so genannten SSRIs (Selektive – Serotonin – Reuptake – Inhibitors – Serotonin Wiederaufnahme Hemmer), die an sich in der antidepressiven Medikation verwendet werden. Sie regulieren das serotonerge Transmittersystem, indem sie die Verfügbarkeit von Serotonin an den Schaltstellen erhöhen. Dies wirkt sich antidepressiv und psychisch „stabilisierend“ aus.

Große Erwartungen werden in selektive Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer (SNRI) gesetzt, die das entgleiste Stresssystem stabilisieren sollen. Sie sind derzeit für die Behandlung der PTBS in Erprobung (Wintersperger 2005).

Wesentlich bei dieser Störung, bei der man in Diagnostik und Behandlung vom Leitsatz „normale Menschen mit normalen Reaktionen auf unnormale Ereignisse“ ausgeht, sind die Attribuierungen, die die Betroffenen den Wirkmechanismen geben „Ich sollte es geschafft haben, nicht das Medikament.“ – somit ist die intervenierende Variable der „subjektiven Kontrollüberzeugung“ für den Wiederaufbau von Selbstmanagementkompetenz nicht zu unterschätzen. In der Akutphase (ABR) gilt zunächst bei extremem Arousal und somit oft extremen Schlafproblemen und auch Intrusionen, dass z.B. Tranquilizer für kurze Zeit zur Bekämpfung der Schlafstörungen gegeben werden können – mit allen Nachteilen (siehe Suchtgefahr und Attribution) – und selbstverständlich sollten zunächst Entspannungs- und Distanzierungstechniken probiert worden sein.

Zur Behandlung von PTBS wird immer häufiger die neue Generation von Antipsychotika (Neuroleptika, heute eben eher „atypische Antipsychotika“ genannt) eingesetzt.

Weniger starke atypische Antipsychotika können zu Beginn der Therapie Schwertraumatisierter individuell sinnvoll sein, hier ist aber auch Beobachtung geboten. Wichtig ist zu erwähnen (vgl. auch Hofmann 1999, Flatten et al. 2003), dass jegliche Medikation, wenn sie während aufdeckender Traumatherapie genommen wird, teilweise Symptome und Erinnerungen überdecken kann. Diese tauchen dann nach Absetzen der Medikamente (wenn z.B. – was wünschenswert wäre – Stabilisierungsmethoden sie sukzessive ersetzen können) auf und werden oft fälschlicherweise als Rückfall interpretiert und nicht „ganz einfach“ als „bisher verdecktes Material, das nun aufgearbeitet werden kann“. Diese Zusammenhänge mit dem Patienten besprechen ist Teil der Grundhaltung in der Traumabehandlung und ein Beispiel für wertvolle Psychoedukation.

In Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsstudien – ganz aktuell z.B. im sehr differenzierten NICE-Report (2005) – werden EMDR und CBT als einer Pharmakotherapie deutlich überlegen eingestuft.

Kurzes Fallbeispiel

Ein 58jähriger Mann, der 2 Jahre nach einem schweren Verkehrsunfall (28 Brüche – Kopf, Schulter, Becken, Beine, Füße – eine Vielzahl von Operationen, ohne jegliche psychologische Betreuung während dieser Zeit) vom Facharzt für Psychiatrie überwiesen wurde: Nach einjähriger körperlicher Rehabilitation hatte er seine ursprüngliche Arbeit wieder aufgenommen (Botendienste in einer Großstadt, die seiner körperlichen Leistungsfähigkeit angepasst waren). Er wurde aber nach drei Wochen von seinem Arbeitgeber wieder freigestellt, da er nicht in der Lage

war, sich unbeeinträchtigt im Straßenverkehr zu bewegen: er litt unter massiven Schreckreaktionen, sobald er im Augenwinkel Autos kommen sah, Bremsen oder Hupen hörte. Er beschrieb es so, dass er „nichts mehr mitbekomme, außer sich stehe“, „rot sehe, wenn das passiere“ und sich „irgendwo an einer Hauswand kauern wiederfände oder über den Gehsteig taumelnd“. Außerdem klopfe sein Herz übermäßig und er könne sich lange nicht beruhigen. Weiters habe er nahezu jede Nacht einen festen Alptraum, er sehe immer wieder die Scheinwerfer des Autos, das auf ihn zukäme und wo er dann schweißgebadet (er könne seinen Schlafanzug auswringen) mit stärkstem Herzklopfen, Schmerzen in der Schulter und den Beinen, Benommenheit aufwache und auch immer sehr viel spreche und um sich schlage. Dadurch sei seine Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit massiv eingeschränkt. Zeichen von Selbstwertproblematik und Depressivität waren selbstverständlich auch vorhanden. Er verließ das Haus kaum noch, weil ihm sein Verhalten auch peinlich war.

Der Beginn der Therapie stand nach der Diagnostik ganz im Zeichen von Psychoedukation. Er war sehr interessiert an den Erklärungen und sehr erleichtert über die neuen Attributionsmöglichkeiten, die er hatte. Es half ihm, seine „Ich werde verrückt“-Selbstzuschreibungen (und die seiner Umgebung) zu überwinden und er machte sehr konsequent seine Entspannungsübungen zur Unterstützung der Reduktion des Dauerarousals, seine Realitätsübungen zum Thema „Was ist angemessene Vorsicht im Straßenverkehr“ und „Was ist eine Reaktion, die peinlich ist und die u.U. auch ironischerweise wieder in Gefahr bringen kann?“. Er übte diese Dinge dann ganz konkret im Straßenverkehr, auch Distanzierungstechniken. Weiters führten wir eine systematische Desensibilisierung *in vitro* durch, er übte *in vivo*. Dies reduzierte die Symptome im Alltag, die Selbstwertproblematik und die Depressivität maßgeblich. Trotzdem blieb ein Rest und vor allem ließen die Alpträume fast überhaupt nicht nach. Hier waren ca. 10 Sitzungen EMDR mit Traumakonfrontation notwendig, im Wechsel mit „normalen“ Therapiesitzungen, bei denen das jeweils Erarbeitete in den Alltag integriert wurde. Im EMDR wurde die gesamte Geschichte deutlich, außerdem wurde ein perioperativer Zwischenfall erinnert – die Narkose hatte zu früh nachgelassen und das hatte dann niemand geglaubt. Die EMDR-Sitzungen führten dazu, dass der Traum immer weiterging, bis er durchträumte (mit weniger „Um-sich-Schlagen“, Schwitzen und Herzklopfen), sich die Frequenz der Alpträume und Schreckreaktionen überhaupt reduzierte und dann ganz aufhörte, als er (im EMDR und im Traum) ankam an dem Punkt, wo er dann „in Sicherheit war“ und somit die ganze „Geschichte“ abgerundet und in die Lebensgeschichte als „vergangenes sehr belastendes Ereignis“ einordenbar wurde.

Zusammenfassung

Die Diagnostik und Behandlung der Akuten Belastungsstörung und der Posttraumatischen Belastungsstörung sind eng mit einander verzahnt und vor allem die Entwicklung der Symptome über die Zeit ist differentialdiagnostisch relevant. Aufgrund der hohen Komorbidität der PTBS mit anderen Störungen ist eine wichtige Aufgabe die traumaspezifische klinisch-psychologische Diagnostik und das Risikoscreening durch praktisch-klinisch erfahrene Psychologen und die Behandlung der akuten Belastungsreaktion durch speziell geschulte Notfallpsychologen.

Auch die Arbeit in und mit den Schnittstellen der psychosozialen Akuthilfe und gezielte Psychoedukation und Stabilisierung auf der einen Seite sowie die gute Bahnung zur und Durchführung von kompetenter Traumatherapie sind wesentliche Aufgaben. Diese soll im Bereich der PTSD und komplexerer Traumafolgestörungen seriöserweise und im Sinne der Betroffenen nur durch speziell geschulte Traumatherapeuten und Traumabehandler erfolgen.

Neben der konkreten Behandlung des Individuums gibt es vor allem auch einen gesellschaftlichen Auftrag – die professionelle und fundierte Information über traumareaktive Entwicklungen für Organisationen und die Allgemeinheit durch klinische Psychologen und Notfallpsychologen sowie durch Psychotraumatologen. Diese Entwicklung findet erfreulicherweise schon statt und das Interesse steigt.

Eine Integration des Wissens über das Gebiet in die der Grundausbildung, wie es in einigen europäischen Ländern bereits verwirklicht ist, wäre erstrebenswert.

Literatur

- Besser, L. (2005) Skripten zum Fortbildungslehrgang Psychotraumatologie und Traumatherapie im Zentrum für Angewandte Psychotraumatologie Wien (zap Wien)
- Bradley, R. et al (2005) A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry* 162(2): 214–227
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (1999) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 3. Auflage. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H., Schulte-Markwort, E. (2000) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 2. Auflage. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Huber, Bern
- Ehlers, A. (1999) Posttraumatische Belastungsstörung. Hogrefe, Göttingen
- Everly, G., Mitchell, J. (2002) CISM – Stressmanagement nach kritischen Ereignissen. Facultas, Wien
- Flatten, G. et al (2001) Leitlinie der AWMF (www.uni-duesseldorf.de/www/awmf) Stand der letzten Aktualisierung. Januar 2004
- Flatten, G., Hofmann, A., Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T., Petzold, E. (2004) Posttraumatische Belastungsstörung. Schattauer, Stuttgart New York
- NICE Report (2005) National clinical practice guideline no. 26: post traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Gaskell & British Psychological Society. www.nice.org.uk
- Gast, U., Rodewald, F., Nickel, V., Emrich, H. (2001) Diagnostik und Therapie Dissoziativer (Identitäts-)Störungen. *Psychotherapeut* 46: 289–300
- Hausmann, C. (2005) Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards. 2. korr. und ergänzte Auflage. Facultas, Wien
- Herman, J. (2003) Die Narben der Gewalt. Junfermann, Paderborn
- Hofmann, A. (1999) EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Thieme Stuttgart (Neuaufgabe in Vorbereitung)
- Huber, M. (2003) Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil I. Junfermann, Paderborn
- Huber, M. (2003) Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil II. Junfermann, Paderborn
- Hütter, M.T. (2000) Klinisch-psychologische Behandlung an der unfallchirurgischen Intensivstation. *Psychologie in Österreich* 5/2000: 270–275
- Lasogga, F., Gasch, B. (2002) Psychische Erste Hilfe bei Unfällen. 2. überarbeitete Auflage. Stumpf & Kossendey, Edewecht

- Lasogga, F., Gasch, B. (2004) Notfallpsychologie. 2. Auflage. Stumpf & Kossendey Edewecht
- Lasogga, F., Karutz, H. (2005) Hilfen für Helfer. Stumpf & Kossendey, Edewecht
- Lazarus, A. (1993) Innenbilder. Imaginationen in der Therapie und als Selbsthilfe. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart
- Nijenhuis, E., van der Hart, O., Steele, K. (2004) Trauma-related structural dissociation of the personality. Trauma information pages website. January 2004. web url: <http://www.trauma-pages.com/nijenhuis-2004.htm>
- Marx, R. (2000) F 43.1: Posttraumatische Belastungsstörungen. In: Beiglböck, W., Feselmayer, S., Honemann, E. (Hrsg.) Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung. Springer, Wien New York, S. 235-249
- Münker-Kramer, E., Gmeiner, V. (2000) Notfallpsychologie im trojanischen Pferd – Flüchtlingsbetreuung ohne Auftrag und ohne Struktur. Psychologie in Österreich 20. Jg., Nr. 5/2000: 293-300
- Münker-Kramer, E. (2004) EMDR und notfallpsychologische Akutintervention – Aspekte optimaler Kooperation. Vortrag bei der 6. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie Wien. 3.-5.9.2004
- Parnell, L. (1998) EMDR in the treatment of adults abused als children. W.W. Norton & Company, New York London
- Psychologisches Institut Beratungsstelle für Kriminalitäts- und Unfallopfer, Zülpicher Str. 45, 50923 Köln (Kölner Risiko Index, Fragebogen zur Erfassung von PTBS-Risiko)
- Rau, P. (2005) Vertragspsychologin für Klinisch-Psychologische Diagnostik. Mündliche Auskünfte zur speziellen Traumadiagnostik, Wien
- Richard, G. (Hrsg.) (2000) Notfallpsychologie – Erste Hilfe für die Seele, Psychologen im Einsatz bei Krisen, Notfällen und Katastrophen, 8. Brixener Tage für Psychologen. Eigenverlag des BDP (Berufsverband Deutscher PsychologInnen)
- Reddemann, L. (2002) Imagination als heilsame Kraft – Leben lernen 141 – Pfeiffer bei Klett Cotta, Stuttgart
- Reyes, G., Elhai, J. (2004) Psychosocial interventions in the early phases of disasters. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training 41 (4): 399-411
- Saari, Salli (2005) A bolt from the blue. Coping with disasters and acute trauma. Jessica Kingsley Publishers, London
- Sack, M. (2004) Psychophysiological monitoring during trauma therapy with EMDR. Vortrag anlässlich der Tagung der ISSD in Donaueschingen, Sept. 2004. Martin Sack, Abtl. Für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Medizinische Hochschule, Hannover
- Saigh, P. (Hrsg.) (1995) Posttraumatische Belastungsstörung, Diagnose und Behandlung psychischer Störungen bei Opfern von Gewalttaten und Katastrophen. Huber, Bern
- Schwerpunktheft „Notfallpsychologie und Psychotraumatologie“ der Zeitschrift des Berufsverbandes Österreichischer PsychologInnen (BÖP): Psychologie in Österreich, 5/2000, bestellbar über BÖP, 01/4072671, Möllwaldplatz 4/39, 1040 Wien
- Shapiro, F. (1998) EMDR – Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Junfermann, Paderborn
- Shapiro, F. (Hg.) (2003) EMDR – ein integrativer psychotherapeutischer Ansatz. Junfermann, Paderborn
- Teegen, F. (2003) Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen, Prävalenz – Prävention – Behandlung. Huber, Bern
- Trujillo, M. (2002) Cómo superar el estrés in situaciones críticas: Psicología para después de una crisis. Aguilar-Verlag, Buenos Aires
- van Etten, M., Taylor, S. (1998) Comparative Efficacy of Treatments for Post-Traumatic-Stress-Disorder: A Meta-Analysis. Clinical Psychology and Psychotherapy. Clin Psychol Psychoth 5: 126-144
- van der Kolk, B. (1995) Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ). Boston

- van der Kolk, B. (1997) The psychobiology of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 58: 16–24
- van der Kolk, B.A. (1994) The body keeps the score. Memory and the emerging psychobiology of post traumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry* 1: 253–265
- van der Kolk, B. A. (2002) The assessment and Treatment of complex PTSD. In: Yehuda, R. (eds.) *Treating Trauma Survivors with PTSD*. American Psychiatric Press Inc, Washington DC
- Willkomm, B. (1999) SEAAA –SEA 3: im Rahmen des Basistrainings Critical Incident Stress Management bei der Fortbildungsakademie der Serviceorganisation des Berufsverbandes Österreichischer PsychologInnen überreichtes Skriptum
- Wintersperger, S. (2005) FA für Psychiatrie und Neurologie. Mündliche Auskünfte zur Pharmakotherapie. Zentrum für Angewandte Psychotraumatologie, Wien. Zap-Wien
- Yehuda, R. et al. (2001) *Journal of Psychiatric Research* 35: 261–270
- Znoj, H.-J. (2004) *Komplizierte Trauer*. Hogrefe, Göttingen