

Akute und chronische Traumatisierung - Möglichkeiten der Behandlung

Seit den Forschungen von Bessel van der Kolk u.a., beginnend in den 80er Jahren, wurde deutlich, dass sich die Verarbeitung von traumatischer Information von der Verarbeitung anderer Information (auch wenn es sich um schwierige Lebenssituationen handelt) grundlegend unterscheidet. Dies bedeutet auch, dass gänzlich unterschiedliche Therapieansätze für die Behandlung gefunden werden mussten,.

Definition traumatisiert

Ein Mensch gilt dann im klinischen Sinne als traumatisiert, wenn seine Informationsverarbeitung für bestimmte überwältigende Lebensereignisse fragmentiert und unvollständig ist. Die Qualität des Ereignisses selbst ist dabei wichtig, aber nicht allein bestimmend. Der Organismus wählt aus, was er als lebensbedrohlich einschätzt, und daher entsprechend genetisch angelegter Programme / Automatismen behandelt.

Wann wird nun eine posttraumatische Belastungsstörung als Folge eines Traumaereignisses wahrscheinlich ? (Oder anders gesagt: wann heilt die Zeit nicht mehr alle Wunden?)

Prof. Dr. Fischer von der Universität in Köln hat einen Traumaindex erarbeitet, nach dem die Schwere von Traumata eingeschätzt werden kann.

Danach wirken besonders traumatisierend:

- von Menschen gemachte Traumata (vs Naturkatastrophen)
- häufigere Traumatisierungen (wie z.B. sexueller Mißbrauch)
- Unvorhersehbarkeit
- Körperliche Schmerzen während des Ereignisses
- Todesnäheerfahrungen / Todesangst
- Alter bei Eintritt des Ereignisses
- Fluchtmöglichkeiten, die wahrgenommen werden

Als Risikofaktoren kommen hinzu (für die Entwicklung von PTBS)

- vorherige Traumatisierungen
- institutionelle Traumatisierungen
- fehlende oder falsche soziale Unterstützung

Die Diagnose einer posttraumatische Belastungsstörung

Zunächst ist es im Zeitraum von 1-2 Monaten nach einem traumatischen Ereignis völlig normal, ausgeprägte Symptome, starke Gefühle, eindringende Bilder und Gedanken an das Ereignis zu haben. Auch bei einer nicht traumatischen Verarbeitung wäre davon auszugehen.

Erst wenn die Symptome über diesen Zeitraum hinaus reichen, spricht man von einer posttraumatischen Belastungsreaktion. Diese kann unbehandelt chronisch werden.

Dies bedeutet ein mögliches Auftreten von Traumasymptomen, als geschähe dieses Trauma gerade jetzt im Moment, auch wenn die Ereignisse Jahre zurückliegen.

Für die Betroffenen selbst ist dies häufig nicht nachzuvollziehen. Im Bewusstsein wissen sie, dass diese Ereignisse vorbei sind, aber das Gefühl scheint ihnen dennoch zu suggerieren, „das ist aktuell, das ist jetzt“. Da die mit traumatischen Ereignissen verbundenen Gefühle oft sehr stark sind, hört man von traumatisierten Menschen häufig den Satz „ich glaube, ich werde verrückt“. Oft kommt es zu Selbstbeschimpfungen, man sei schwach, unfähig.

Kriterien für die Diagnose PTBS: Symptomgruppen nach DSM IV:

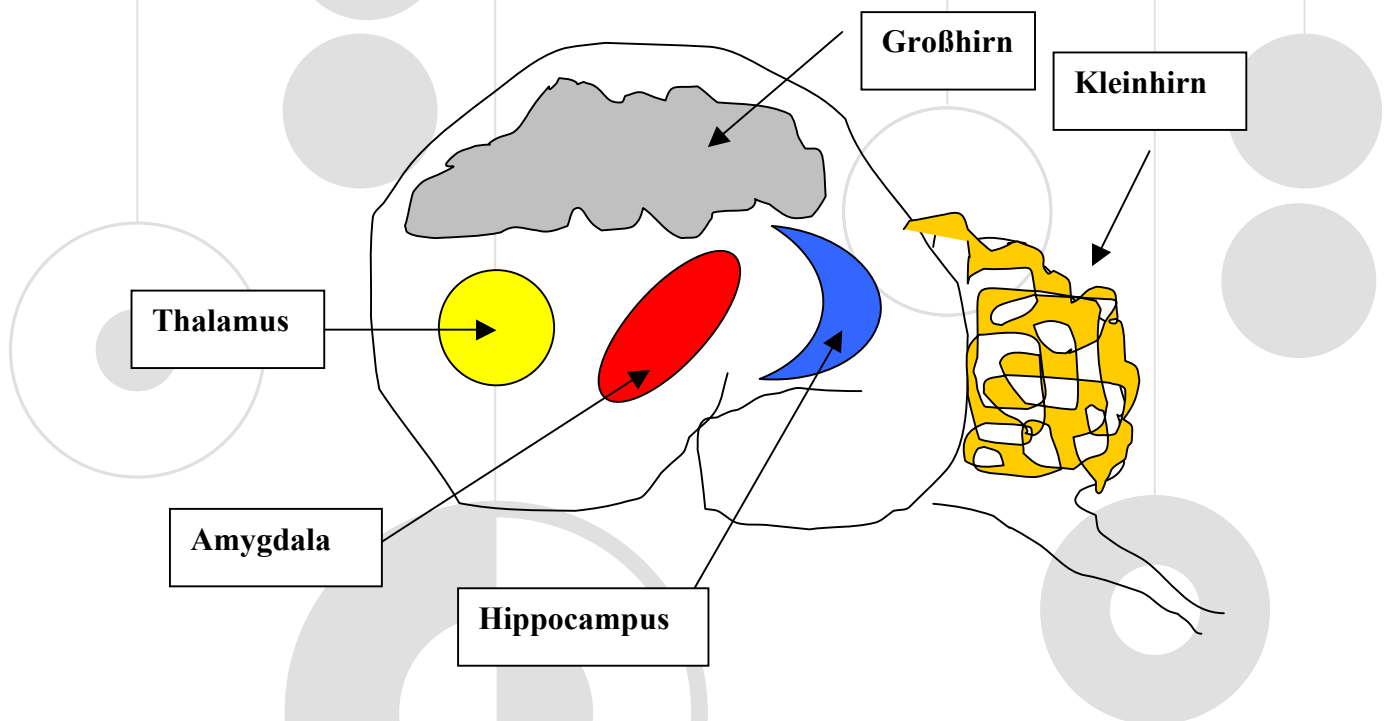
- A) Ein überwältigendes Ereignis ist eingetreten
- B) Wiedererleben des Traumatischen Ereignisses: Träume, Bilder, Gedanken...
- C) Anhaltende Vermeidung von traumanahen Reizen im Denken und Handeln
- D) Anhaltende Symptome eines erhöhten Arousal (Hypervigilanz – Übererregung)

Was geschieht bei einer Traumatisierung im Organismus ?

Wenn der Organismus eine Situation als für die Person extrem bedrohlich oder überwältigend wahrnimmt, dann wird unmittelbar eine angeborene Alarmreaktion in Gang gesetzt. Das Ereignis selbst wird fragmentiert (in Teile aufgespalten) die an verschiedenen Stellen abgespeichert werden, die Informationsverarbeitung wird blockiert. Der Körper schüttet die zehnfache Menge an körpereigenen Opiaten aus, um den Organismus zu schützen und das Überleben zu sichern (Diese Menge entspricht der Menge zur Anästhesie bei einer Operation).

Zwischen der Amygdala (emotionale Bewertung) und dem Hippocampus (kategoriale Einordnung und Verzeitlichung) wird die Informationsweiterleitung blockiert.

Von Stirnhirn zu Amygdala können keine beruhigenden Muster mehr gelangen – eine Beruhigung findet nicht mehr, oder nur sehr aufwändig und mühsam statt.



Die traumatische Erfahrung hängt nun praktisch in der Amygdala fest. Jeder ähnliche Reiz vermag sie wieder auszulösen (und zwar in der gefühlsmäßigen Stärke wie beim Ursprungsereignis), und da es noch nicht zu einer Einordnung in der Zeit usw. gekommen ist, wird es als aktuell erlebt. In der Folge vermeiden die Menschen immer mehr Situationen, in denen das Trauma angesprochen werden könnte.

Heutzutage weiß man, dass dies nichts mit einer Empfindlichkeit der betroffenen Personen zu tun hat. Denn spätestens bei der Forschung über die Störung bei Vietnamveteranen ist

deutlich geworden, dass nicht deren scheinbare übergroße Sensibilität das Problem darstellen kann, sondern die Massivität des Ereignisses und damit auch die Auslösung der angeborenen Alarm- und Schutzreaktion.

Damit diese dem Körper auch weiterhin zur Verfügung steht (also nicht immer wieder neu entschieden werden muss, „das ist gefährlich“), haben Patienten, denen ein solches Ereignis (oder mehrere) zustößt, in diesem Sinne lebenslänglich – bis sie eine Behandlung erfahren, die in der Lage ist, die unterbrochene Informationsverarbeitung wieder ins Laufen zu bringen und damit die Information den Ressourcen und Selbstheilungskräften der Menschen zur Verfügung zu stellen. Dann wird die Information verzeitlicht und schließlich tatsächlich zur Erinnerung. (das bedeutet: man weiß es war; weiß, es war schlimm; aber man erlebt es nicht mehr).

Eine Besonderheit betrifft die Versprachlichung der traumatischen Information. Häufig wurde früher angenommen, diese Patienten seien verstockt und wollten nur nicht reden. Heute weiß man, dass zum einen bei Kindern die Information gar nicht sprachlich sondern sensomotorisch gespeichert ist und dass häufig während einer Traumatisierung das Broca-Areal das für Versprachlichung (es aussprechen können) von Erfahrung zuständig ist, nicht durchblutet wird. Die Patienten sehen und erleben dann zwar alles, aber ihre Sprache verstummt.

Die Behandlung von traumatischen Erfahrungen in der Psychotherapie *Was für Behandlungsmöglichkeiten stehen zur Verfügung ?*

Grundsätzlich gilt für jede Art der Traumatherapie, dass im Vordergrund jeder Behandlung zunächst die Stabilisierung steht.

Stabilisierungsarbeit bedeutet, die Klienten dazu zu befähigen, dass sie in der Lage sind, die im Zusammenhang mit Traumakonfrontation aufkommenden **Gefühle wieder herunterzuregulieren**, ohne sich selbst zu verletzen oder suizidale Handlungen vorzunehmen, Drogen zu nehmen...

Dies bedeutet auch, den Klienten dabei zu helfen, soviel wie möglich vom **Trauma stabil wegpacken** zu können. Bearbeitet werden soll und muss nur das, was die Alltagsbewältigung behindert und nicht mehr zu verdrängen ist. Keinesfalls sollte nach weiteren Traumata gegraben werden. Dies würde nur destabilisieren.

Klienten dürfen, wenn sie dies wünschen, darüber reden. Generell ist reden nicht immer der Königsweg, sondern einfach nur darüber reden kann sogar extrem retraumatisierend sein. Das heißt, **wenn darüber geredet wird, ist es an den Therapeuten zu begleiten, zu begrenzen**. Denn die Belastbarkeit beider Seiten hat Grenzen. Wäre das Erfahrene nicht überwältigend, dann wäre es nicht traumatisch gespeichert.

Manche Klienten packen uns den „**inneren Müll**“ aufs Fax oder schicken Briefe, Bilder, die dann **in der Praxis verwahrt** werden. Der Vorteil hierbei ist, dass Klienten wissen, die Information geht nicht verloren, ohne sie sich selbst merken zu müssen (z.B. für ein späteres Gerichtsverfahren).

Zur Stabilisierungsarbeit gehört auch die **Schaffung von äußerer Sicherheit**, soweit möglich. Das bedeutet z.B. das Beenden von **Täterkontakt** oder das **Einführen von Grenzen** gegenüber Menschen, die gut gemeint immer wieder das Trauma triggern „Na, wie geht es denn jetzt ? Gell gut, dass der Täter jetzt in Haft ist. Aber man weiß halt nicht, wann er raus kommt. Hab´ schon zu meinem Man gesagt, da hätte ich auch Angst.“

Zur Stabilisierungsarbeit zählt auch das Erarbeiten **von Notfallplänen und Kriseninterventionsplanung**. (Was ist im Notfall okay für mich, wo wende ich mich hin?)

Nicht zuletzt kann hierzu auch gehören, über **stationäre Traumatherapie** zu sprechen und eventuell auch gut **abgestimmte Medikation** zu erwägen.

Methodisch werden hier **Imaginationsübungen** eingesetzt (z.B. Reddemann), wie z.B. der innere sichere Ort, daneben **Techniken zur Distanzierung** wie eine Variante der Bildschirmtechnik oder die Tresortechnik, Lichtstrahltechnik, sowie bestimmte Varianten von Übungen zur **Aufmerksamkeitsfokussierung** (aktive Entspannung), wie z.B. 5-4-3-2-1 Technik. Und nicht zuletzt **grounding-Techniken** haben hier ihren Platz.

Ist die Stabilisierungsarbeit erfolgreich abgeschlossen, so kann unter bestimmten Umständen nun die **Traumakonfrontation** erfolgen.

Dies kann nun anhand von folgenden Methoden vorgenommen werden **EMDR - Eye movement desensitization and reprocessing** (Augenbewegungs-Desensibilisierungs- und Verarbeitungsmethode, oder mit einer **Variante der Bildschirmtechnik, der Täterintrojektarbeit** und schließlich der **Methode der Traumasynthese**.

Letztlich ist das Ziel jeder traumazentrierten Therapie, so schonend wie möglich vorzugehen. Dies bedeutet auch, dass Techniken wie EMDR als invasive Techniken eher bei Monotrauma zu bevorzugen wären, während Techniken wie PITT sich eher in der Bearbeitung von komplexen Traumata eignen. Auch das Prinzip der Dosierung spielt eine wichtige Rolle. So sollte in der Therapie nur so viel an Traumakonfrontation und Gesprächen über den Inhalt von Traumatisierung vorkommen, wie unabdingbar ist, die Lebenswirklichkeit erträglicher zu gestalten.

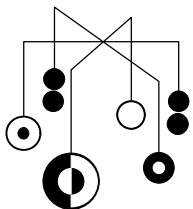
Des Weiteren bedeutet die Wahl einer traumazentrierten Therapie auch, dass die Behandlung innerhalb eines gestalteten und geplanten Behandlungskonzeptes stattfindet.

Dies bietet auch dem Klienten ein hohes Maß an Kontrolle und Transparenz in der Behandlung.

Auch wenn manche Werbung zur Traumatherapie zu versprechen scheint, dass nun alles schnell und leicht gehe – letztlich gilt auch hier das alte Motto: „Wer langsam geht, kommt schneller (vor allem aber sicherer) ans Ziel.“

* Vortrag anlässlich des VHS-Vortrages zum Thema: VHS Stuttgart

© Villa Lindenfels



Institut für systemische Therapie und Traumatherapie

Psychotherapeutische Praxis

Gaby Breitenbach / Harald Requardt

Lindenfelsstraße 35,

70327 Stuttgart

Telefon 0711 - 48 00 00 8

Telefax 0711 - 48 10 08