



Die Belastungsstörungen

„Hilfe, ich hab ein Trauma!“ In unserer Alltagssprache bezeichnen wir mit Trauma alle möglichen schlimmen und erschütternden Ereignisse, wie Unfälle, Katastrophen, Überfälle, körperliche oder sexuelle Gewalt, schlimme Erniedrigungen oder schwere Verluste. Wir wollen ausdrücken, dass etwas Schlimmes passiert ist, das in unseren alltäglichen Erfahrungen nicht vorkommt und für die Betroffenen eine große Belastung darstellt. Nach Großschadensereignissen werden Notfallseelsorger eingesetzt, die den Menschen helfen mit dem Erlebten zurecht zu kommen. Nach einschneidenden Veränderungen in unserem Leben, wie einem Umzug in eine fremde Stadt, dem Verlust des Arbeitsplatzes,..... geht es uns psychisch schlecht, wir fühlen uns belastet. Jeder Mensch hat so etwas schon einmal erlebt.

Terminologie

Immer dann, wenn belastende Ereignisse zu einer nachhaltigen psychischen Veränderung führen, spricht man von „Belastungsstörungen“. Unter diesem Begriff werden verschiedene Störungsbilder zusammengefasst.

Belastungsstörungen können nach schlimmen Ereignissen auftreten. Wenn das Ereignis noch nicht lange zurück liegt spricht man von der „Akuten Belastungsreaktion“. Wenn das Ereignis schon einige Zeit zurückliegt, spricht man von einer „Posttraumatischen Belastungsstörung“ (Abkürzung: PTBS). Wenn nicht ein Ereignis sondern Lebensumstände die psychische Belastung ausgelöst haben spricht man von einer „Anpassungsstörung“. (siehe Kasten ICD-10)

Der Begriff Trauma kommt aus dem Griechischen und bedeutet „Wunde“. In der Medizin wird der Begriff als Bezeichnung für verschiedene körperliche und seelische Verletzungen verwendet (z.B. Schädel-Hirn Trauma).

Im Kontext der psychischen Belastungsstörungen wird unter Trauma eine "seelische Verletzung" verstanden, ein psychisches Trauma. Wie unser Körper kann unsere Seele verletzt werden, wenn wir Erlebnisse haben, bei denen es zu einer Überforderung unserer psychischen Schutzmechanismen kommt. Ein weiter gebräuchlicher Begriff für Belastungsstörung ist „Traumafolgestörung“.

Im medizinischen Klassifikationssystem ICD-10 werden die Belastungsstörungen unter F 43 codiert und schließen alle Ereignisse mit ein, die

- objektiv "mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentem Ausmaß" verbunden sind,
- subjektiv "bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde" (ICD-10)

Wie kommt es zu einer Belastungsstörung?

Bei schlimmen Ereignissen ist unser neurophysiologisches Stresssystem überfordert. Das Erlebte kann mit unseren Alltagsressourcen nicht mehr verarbeitet werden. Unser Gehirn wird überflutet, was zur Folge hat, dass wir die Erfahrungen nicht mehr angemessen verarbeiten und in unseren Erfahrungsschatz integrieren können. Wir können keine angemessene innere Distanz zu den Erlebnissen entwickeln.

Dieser Umstand kann dazu führen, dass der Organismus dauerhaft auf einem erhöhten Stressniveau verharrt und lange anhaltende psychische und körperliche Folgebeschwerden entwickelt.

„Bei den Betroffenen lässt sich häufig generelle physiologische Überaktivität sowie verstärkte noradrenerge Aktivität nachweisen. Hinweise gibt es auch auf erhöhte Schmerzempfindlichkeit, welche wiederum möglicherweise auf Minderaktivität des endogenen Opioidsystems beruht.“ (Thomas Köhler, S 125)

Die von traumatischen Belastungen Betroffenen haben deshalb nicht nur psychische, sondern auch körperliche Symptome.

Die akute Belastungsreaktion

Eine akute Belastungsreaktion muss nicht unbedingt psychotherapeutisch behandelt werden. Betroffene brauchen die Präsenz von Familienangehörigen oder Freunden, unterstützende Gesprächsangebote, sportlichen und kulturellen Aktivitäten, die Spaß machen und ablenken, oder einfach Urlaub und schöne Dinge tun. Je nach psychischer Disposition und Qualität der Hilfe des sozialen Umfeldes können die



Symptome bald wieder abklingen. Wenn die Betroffenen sehr irritiert sind ist es ratsam das Gespräch mit Fachleuten zu suchen (Psychotherapeuten, Notfallseelsorger oder Fachärzten).

Hier werden zunächst unterstützende ressourcenorientierte Gespräche geführt.

Die posttraumatische Belastungsstörung

Psychische Symptome nach einem schlimmen Ereignis sind also eine normale Reaktion. Aber was ist, wenn die Symptome länger anhalten? Nach ICD-10 spricht man von einer **posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)**, wenn die Beschwerden länger als 4 Wochen anhalten. Manchmal kann es auch vorkommen, dass die Beschwerden erst zeitlich verzögert nach dem auslösenden Ereignis erstmals auftreten.

Folgende Beschwerden, Verhaltensweisen und Verarbeitungsmechanismen sind typisch für eine posttraumatische Belastungsstörung:

Wiedererleben

Betroffene erleben oft Teile der traumatischen Erfahrung immer wieder. Das Wiedererleben wird auch als „**Flash Back**“ bezeichnet. Die Betroffenen werden von den Erinnerungen und den damit verbundenen belastenden Gefühlen überflutet und reagieren so, als ob sie sich wieder in der traumatischen Situation befänden. Ausgelöst werden diese Erinnerungen durch sinnliche Wahrnehmungen, die so oder so ähnlich auch beim Trauma vorkamen. Diese Auslöser werden als „**Trigger**“ bezeichnet.

Vermeidung

Um sich vor dem belastenden Wiedererleben zu schützen, vermeiden die Betroffenen jegliche Situationen, die sie an das traumatische Ereignis erinnern könnten. Sie möchten nicht an das Erlebte erinnert werden, es scheint zu belastend, um darüber zu sprechen. Manchmal führt dies dazu, dass sie sich wie betäubt fühlen, als ob sie nicht am eigenen Leben teilnehmen.

Übererregung

Nach einem Trauma kann es vorkommen, dass der Körper die Stressreaktion aufrecht erhält, er bleibt in einem dauerhaften Alarmzustand. Typische Beschwerden dabei sind Nervosität, Konzentrationsstörungen, erhöhte Wachsamkeit, Unruhe, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit und Schlafstörungen. (Quelle: Website der Deutschen Gesellschaft für Psychotraumatologie)

Entstehung von Belastungsstörungen

Die Belastungsstörungen sind die einzigen Störungsbilder, bei denen es immer eindeutige ursächlich auslösende Faktoren gibt:

- ein oder mehrere außergewöhnlich belastende Lebensereignisse, die eine akute Belastungsreaktion hervorrufen,
- oder dauerhaft belastende Lebensumstände,
- oder besondere Veränderungen im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt haben .

F43.0 Akute Belastungsreaktion

Eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt, und die im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt.

Die Symptomatik zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, folgende Symptome können vorkommen:

- eine Art von "Betäubung", mit Bewusstseinsminderung und eingeschränkter Aufmerksamkeit und Fähigkeit, Reize zu verarbeiten,
- Desorientiertheit,
- Sichzurückziehen aus der Umweltsituation,
- Unruhezustand,
- Überaktivität,
- Vegetative Zeichen panischer Angst,
- Manchmal kann es auch zur vollständigen oder teilweisen Amnesie kommen.

Die Symptome kennen wir alle, als Reaktion auf ein schlimmes Ereignis. Im Allgemeinen gehen sie innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis zurück und verschwinden innerhalb einiger Tage oder Wochen. Wenn die Symptome andauern, sollte eine Änderung der Diagnose in Erwägung gezogen werden.

F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung.

Diese entsteht als eine langandauernde oder verzögerte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder Situation, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Neben den Symptomen der akuten Belastungsreaktion sind typische Merkmale:

- das wiederholte Erleben des Traumas (Nachhallerinnerungen, Flashbacks),
- belastende Träume oder Alpträume,
- Gleichgültigkeit, Teilnahmslosigkeit oder Freudlosigkeit,
- Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten,
- Zustand von vegetativer Übererregtheit mit übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlafstörung,
- Angst, Depression oder Suizidgedanken sind nicht selten.

Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung.

F43.2 Anpassungsstörungen

Diese treten nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auf. Die Betroffenen erleben, dass sie mit der Veränderung nicht zurecht kommen und stark belastet sind, in vielen sozialen Funktionen und Leistungen sind sie eingeschränkt und behindert. Eine Anpassungsstörung kann beispielsweise nach einem Trauerfall oder Trennungserlebnis, bei Emigration oder nach einer Flucht oder einem erzwungenen Umzug auftreten. Sie kann auch vorkommen, wenn größere Entwicklungsschritte krisenhaft oder unzureichend bewältigt werden (wie Schulbesuch, Elternschaft, Misserfolg, Erreichen eines ersehnten Zieles und Ruhestand). Die Anzeichen sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst oder Sorge (oder eine Mischung von diesen). Außerdem kann ein Gefühl bestehen, mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurechtzukommen, diese nicht vorausplanen oder fortsetzen zu können. Störungen des Sozialverhaltens können insbesondere bei Jugendlichen ein zusätzliches Symptom sein. Hervorstechendes Merkmal kann eine kurze oder längere depressive Reaktion oder eine Störung anderer Gefühle und des Sozialverhaltens sein.

F 62.0 Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung

Diese Kategorie wird dann genutzt, wenn die Symptomatik der PTBS auch nach längerer Zeit nicht zurückgeht oder bei Veränderung der Persönlichkeit nach langanhaltenden extremen Belastungen (z. B. Folter, Gefangenschaft, Geiselnhaft).



Die hier aufgeführten Störungen entstehen immer als direkte Folge der akuten schweren Belastung oder des kontinuierlichen Traumas. „Das belastende Ereignis oder die andauernden, unangenehmen Umstände sind primäre und ausschlaggebende Kausalfaktoren, und die Störung wäre ohne ihre Einwirkung nicht entstanden. Die Störungen dieses Abschnittes können insofern als Anpassungsstörungen bei schwerer oder kontinuierlicher Belastung angesehen werden, als sie erfolgreiche Bewältigungsstrategien behindern und aus diesem Grunde zu Problemen der sozialen Funktionsfähigkeit führen.“ (ICD- 10)

Leider gibt es im ICD-10 derzeit noch keine eindeutige Kategorie für sogenannte Entwicklungstraumata, die entstehen, wenn schwer belastende Lebensumstände die Entwicklung eines Menschen stark beeinträchtigen. Wenn beispielsweise Kinder vernachlässigt oder misshandelt wurden führt dies neben den Entwicklungsstörungen auch zu Belastungsstörungen, mit den typischen Symptomen einer PTBS. Viele Traumatherapeuten befürworten, dass das ICD-10 um eine weitere Kategorie ergänzt wird. In den entsprechenden Gremien wird dies derzeit diskutiert.

Therapie

Eigentlich versucht das Gehirn beim Wiedererleben sich selbst zu heilen. Bei traumatischem Stress wird das Erlebte nur bruchstückhaft und unzusammenhängend gespeichert und unvollständig verarbeitet. Bei den Flash Backs versucht das Gehirn die Verarbeitung nachzuholen, was aber nicht gelingt, weil die Erregung zu hoch ist. Bei allen bekannten Traumatherapien werden diese Verarbeitungsversuche des Körpers unterstützt. Die Betroffenen werden dabei niemals abrupt mit dem Erlebten konfrontiert oder ungeschützt Triggern ausgesetzt. In der Traumatherapie hat Sicherheit immer die höchste Priorität. Wenn Betroffene zu einem Traumatherapeuten gehen, wird dieser zunächst eine gesicherte Diagnose stellen und andere Störungsbilder ausschließen. Danach folgt die Therapie. Die folgenden Bausteine sollten in einer guten Traumatherapie enthalten (Vergl. Janet) :

- Stabilisierung
- Traumaverarbeitung
- Integration

Stabilisierung

Hier lernen die Betroffenen Techniken, wie sie sich selbst beruhigen und stabilisieren können, dies können Entspannungs- oder Imaginationstechniken sein. Dies kann beispielsweise autogenes Training, Yoga, Traumreisen oder Meditation sein. Außerdem wird in dieser Therapiephase intensiv eine Ressourcenanalyse und Ressourcenaktivierung gefördert. Die Betroffenen erfahren etwas über ihre Stärken, ihre Vorlieben, ihre Kompetenzen, ihre Schutzmechanismen und ihr Unterstützersystem. Viele Menschen haben nach einem traumatischen Ereignis den Zugang zu ihren Ressourcen verloren. Sie glauben, die Welt sei nur noch feindselig, bedrohlich oder gewalttätig. Deshalb ist es in der Stabilisierungsphase wichtig, sich daran zu erinnern, dass es auch positive, glückliche und zufriedene Lebensphasen, liebevolle Beziehungen oder erfüllende Erlebnisse gab.

Traumaverarbeitung

Um eine Retraumatisierung zu vermeiden, ist es unerlässlich, dass das Erlebte systematisch und vorsichtig dosiert bearbeitet wird. Die Betroffenen können dabei nach und nach Distanz zu dem belastenden Ereignis aufbauen, ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle wiedergewinnen und schließlich das Erlebte in den eigenen Erfahrungsschatz integrieren. Verdrängung des Erlebten ist eine verständliche, wenn auch meistens wenig hilfreiche, Reaktion der Betroffenen. Sie wollen oder können sich nicht an das Geschehene erinnern oder darüber sprechen. Zusätzlich kommt es oft zu Vermeidungsverhalten, dem eine allmähliche Verringerung des persönlichen Aktionsradius folgen kann, was mit der Zeit zu erheblichen Einschränkungen im Alltag führen kann.

Deshalb ist es wichtig, dass die Betroffenen in der Traumatherapie lernen, sich mit dem Geschehen auseinander zu setzen und darüber in angemessener Weise zu erzählen. Sie lernen sich an das Geschehene zu erinnern und es zu erzählen ohne massiv von inneren Gefühlen überschwemmt zu werden. Das erlebte Trauma wird so allmählich zu einem schlimmen Ereignis, das in der Vergangenheit passiert ist.



Integrationsphase

Gegen Ende einer Therapie ist es wichtig, sich wieder zu trauen am Leben teilzunehmen. Wer die belastenden Ereignisse verarbeitet hat, findet meistens einen Weg zurück ins Leben, wieder zu arbeiten und am sozialen und kulturellen Leben teilzunehmen. Die traumatischen Ereignisse bekommen einen angemessenen Platz in der Biographie der Menschen. In der Therapie bekommen die Betroffenen dabei Unterstützung.

Welche Therapien sind wissenschaftlich erforscht und sicher?

Die Traumatherapie sollte immer von approbierten Psychotherapeuten oder psychotherapeutisch geschulten Psychiatern durchgeführt werden. Nur dann ist es sicher, dass diese auch andere begleitende Störungsbilder mitbehandeln können, die sogenannten komorbiden Störungen.

Derzeit gibt es drei gut erforschte therapeutische Methoden, die schulenübergreifend zur Anwendung kommen.

1. EMDR

EMDR bedeutet: **Eye Movement Desensitization and Reprocessing**. Wörtlich übersetzt würde es ‚Augenbewegungs-Desensibilisierung und Wiederaufarbeitung‘ bedeuten. EMDR wurde von Francine Shapiro in den USA entwickelt. Shapiro hatte zufällig in ihrer Arbeit als Traumatherapeutin entdeckt, dass Menschen nach erlebten Traumata sich distanzierter erinnern konnten, wenn sich dabei ihre Augen hin und her bewegten. Neurophysiologisch wird bei der Augenbewegung eine bilaterale (wechselseitige) Stimulation ausgelöst. Abwechselnd werden linke und rechte Gehirnhälfte angeregt. Die bilaterale Stimulation kann auch durch taktile oder akustische Reize angeregt werden.

Sie hilft dabei dem Patienten während der Traumakonfrontation weniger Angst und Stress zu erleben. Sie beruhigen sich und erinnern sich gleichzeitig an die traumatischen Ereignisse. (vgl. Shapiro)

2. PITT

PITT steht als Abkürzung für **Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie** und wurde von Luise Reddemann entwickelt. Sie ist eine tiefenpsychologisch-psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie. Sie ist vom Konzept her sehr ressourcenorientiert. Zunächst werden mit den Patienten sehr viele Übungen zur Ressourcenaktivierung gemacht. Da hier sehr schonend mit emotionalen Belastungen umgegangen wird ist PITT für komplexe Traumafolgestörungen sehr geeignet. In PITT arbeiten die Patienten mit innerer Vorstellungskraft und ihrer Phantasie. In Imaginationsübungen geht es darum, sich die durch das Trauma verletzten Anteile vorzustellen und diese in der Vorstellung an einen guten und sicheren Ort zu bringen. Die Imagination dient als innere Bühne und soll die Selbstregulationskräfte stärken und damit das Gefühl der Hilflosigkeit verringern. (vgl. Reddemann)

3. Kognitiv behaviorale Traumatherapie

Diese Traumatherapie basiert auf Verhaltenstherapeutischen Konzepten und wurde von Donald Meichenbaum entwickelt. Zentrales Element dabei ist die **Kognitive Umstrukturierung**. Dies bedeutet, dass die Gedanken, die unser Verhalten und unsere Gefühle steuern verändert werden. Ausgelöst durch das Trauma entstehen in der Gedankenwelt der Betroffenen negative Überzeugungen (negative Kognitionen). Mit Hilfe eines Therapeuten werden diese negativen Überzeugungen so verändert, dass sie sich positiv auf Verhalten und Erleben auswirken. (vergl. Boss)

Auch bei Menschen mit geistigen Behinderungen sind Traumatherapien mit entsprechenden Modifikationen anwendbar.



Wie kann ich mehr erfahren

Boss A. , Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung: Ein Therapiemanual, Hogrefe, 2006

Shapiro, F., EMDR. Grundlagen & Praxis; Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen Junfermann, Paderborn 1999.

Reddemann,L., Psychodynamisch imaginative Traumatherapie. Das Manual.

Pfeiffer bei Klett-Cotta Stuttgart, 2004

WHO / Horst Dilling et al. (Hrsg.) Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) überarb. Aufl. Huber 2011.

Ryan, R. Community Mental Health Journal Volume 30, Number 1, 45-54, 1994

Janet, P., L'automatisme psychologique. Paris : Editions Odile Jacobs, 1889

Website DegPT, Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie, <http://www.degpt.de/>

Website EMDRIA: <http://www.emdria.de/>

Website PITT: <http://www.luise-reddemann.info/>