



Christine Rost & Bettina Overkamp

Selbsthilfe bei posttraumatischen Symptomen

Übungen für Körper, Geist und Seele

ve Gegenwehr mehr möglich ist. Reicht das nicht aus, wird über das Herunterfahren des Kreislaufs der Totstellreflex aktiviert. Es kann zu einer Ohnmacht kommen, im Extremfall sogar zum Tod des Individuums.

Die in der Neurozeption ausgelöste chemische Reaktion dient immer dem bestmöglichen Schutz, mit dem Ziel, das Überleben zu sichern. Im vegetativen Nervensystem gibt es keine „gute“ oder „schlechte“ Reaktion bzw. Aktivierung. Es passt sich einfach an die vorhandenen Bedingungen an. Entscheidend ist aber: Bestehen nach Beendigung der Gefahr die Reaktionen des vegetativen Nervensystems fort und lösen sie jetzt auch bei zuvor als „ungefährlich“ eingestuften Reizen Kampf, Flucht oder den Totstellreflex aus, werden sie zum Problem. Das Nervensystem schafft nicht mehr den „Sprung zurück“ in die Wahrnehmung von Sicherheit.

2.4 Welche Folgen kann es nach einer Traumatisierung geben?

Es ist normal, auf eine traumatische Situation mit Stresssymptomen zu reagieren. Laut Fischer (2011) handelt es sich um „normale Reaktionen auf eine unnormale Situation“. Wenn der Stress zu hoch wird, kann das Gehirn die aufzunehmenden Informationen aber nicht mehr vollständig integrieren und verarbeiten. Teile der Informationen werden dissoziiert, sie werden quasi in den Aufnahmezentren des Gehirns unverarbeitet liegen gelassen.

Was macht eine integriert verarbeitete Information aus? Integration bedeutet: Die Erinnerung an eine Erfahrung beinhaltet nur noch die subjektiv wichtigsten Informationen in Bezug auf das Erlebte. Ich kann akzeptieren, dass mir das passiert ist, und was ich erlebt habe, wurde abschließend beurteilt und seine Bedeutung in meine Lebensgeschichte eingeordnet. Doch damit das passieren kann, müssen die mit der Erfahrung verbundenen Gefühle, Körperempfindungen und Gedanken ins Bewusstsein kommen. Das gilt auch für das Wissen, wie ich mich selbst verhalten habe, sowie für den gesamten Ablauf und die Rahmenbedingungen des Ereignisses. Erst dann kann ein Erlebnis als integrierte Erfahrung innerlich abgelegt werden.

Dissoziation (siehe ausführlich dazu Kapitel 9) ist das Gegenteil von Integration und bedeutet, dass einzelne Aspekte kurz- oder langfristig *nicht* in den Fluss des Bewusstseins integriert sind. Beispielsweise wird Schmerz nicht so stark wahrgenommen oder überhaupt nicht empfunden (körperliche Anästhesie). Auch Gefühle können weniger intensiv oder überhaupt nicht empfunden werden (emotionale Betäubung) oder auch Fakten bzw. Wissen zum Ereignis können ausgeblendet sein

(Amnesie). Diese Reduktion der Wahrnehmung und des Erlebens bezeichnet man als Untererregungssymptomatik (siehe Kapitel 8).

Parallel dazu kann sich aber auch eine Übererregungssymptomatik (siehe Kapitel 6) zeigen. Hierunter versteht man eine chronisch erhöhte vegetative Grundanspannung, also anhaltende Stresssymptome. Typisch hierfür sind Schlafstörungen (siehe Kapitel 7), intrusive Symptome (einschießende Erinnerung oder Wiedererleben des belastenden Ereignisses, siehe Kapitel 3, 4 und 5), eine erhöhte Wachsamkeit (Hypervigilanz) und Schreckhaftigkeit, belastende Gedanken und Gefühle, Verhaltensänderungen wie vermehrte Aggression (siehe Kapitel 10), sozialer Rückzug bis hin zu regressivem Verhalten; außerdem Vermeidungsverhalten in Bezug auf alles, was mit dem belastenden Ereignis zu tun hatte, sowie unklare körperliche Beschwerden, besonders im Magen- und Darmbereich (siehe Kapitel 5 und 6).

Im Anschluss an eine belastende Situation ist es also notwendig, den Betroffenen zu helfen, die vegetative Über- oder Untererregung wieder zu normalisieren.

2.5 Was hilft Betroffenen direkt nach einer Traumatisierung?

Nach Hobfoll (2007) gibt es grundsätzlich fünf hilfreiche Unterstützungsmöglichkeiten:

- den Betroffenen ein Gefühl von Sicherheit vermitteln,
- sie beruhigen,
- ein Gefühl für die eigene und die kollektive Selbstwirksamkeit anstoßen,
- ein Gefühl von Verbundenheit anstoßen (Bindungssystem aktivieren) und
- Hoffnung vermitteln.

Allgemeine Empfehlungen für Betroffene sind:

- alltägliche Routine möglichst beizubehalten,
- mit verlässlichen Menschen (wenn möglich) über die Gefühle und das Erlebte zu sprechen,
- Entspannungsübungen durchzuführen, um Ängste und Spannungen zu reduzieren,
- sich regelmäßig sportlich zu betätigen, um Stress zu reduzieren,
- regelmäßig und ausreichend zu schlafen,
- keinen Alkohol zu trinken und keine Drogen zu nehmen.

Als nicht hilfreich in der Zeit nach einer Traumatisierung haben sich Beruhigungsmittel (Benzodiazepine) und Antidepressiva (WHO 2013) erwiesen. Benzodiazepine stören die Verarbeitung und die Speicherung von Informationen im Gehirn.

Aufgrund ihres Suchtpotenzials sollten Schlafmittel nur sehr kurz (einige Tage) eingenommen werden. Sedierende Antidepressiva eignen sich wegen ihrer schlafanstoßenden Wirkung dafür besser (Leitlinie S2 für akute Traumatisierungen). Hilfreicher kann tatsächlich die Gabe eines Betablockers sein, wenn die Übererregung auch nach zwei Wochen nicht aufhört und der Puls dadurch weiterhin bei über 90 Schlägen pro Minute bleibt. Ein Betablocker reguliert die Erregung auf körperlicher Ebene, und mit einer Beruhigung im vegetativen Nervensystem erhöht sich die Chance für eine (spontane psychische) Verarbeitung. Aber auch Akkupunktur, soziale Kontakte oder selbst eine warme Hühnersuppe können hier helfen, also alles, was beruhigt.

Psychisch gesunden und widerstandsfähigen Menschen helfen diese Maßnahmen, besser mit der hohen Stressbelastung fertigzuwerden und auch eine traumatische Erfahrung schneller zu integrieren. Doch bei ca. einem Drittel aller Betroffenen erfordert es spezifischere Interventionen, die zum einen den Umgang mit den entstandenen Beschwerden betreffen (Übungen im Buch), zum anderen die Verarbeitung und Integration der traumatischen Erfahrung in die eigene Lebensgeschichte ermöglichen sollen (im Rahmen einer Traumatherapie).

Es ist also nicht notwendig, nach *jedem* belastenden Ereignis fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, denn bei vielen Menschen reichen die Selbstheilungskräfte aus, um die Erfahrung zu integrieren. Es ist jedoch völlig in Ordnung, sich dazu eine fachliche Meinung einzuholen, etwa bei Beratungsstellen, Opferhilfe-Einrichtungen, Trauma-Ambulanzen in Kliniken oder bei ambulant arbeitenden TraumatherapeutInnen. In einem ersten Gespräch lässt sich einschätzen, ob es Anzeichen für eine gute Verarbeitung gibt bzw. ob jemand bereits in der Frühphase unter starken Symptomen leidet und/oder ein erhöhtes Risiko aufweist, eine Traumafolgestörung zu entwickeln. In den ersten vier (Probe-)Stunden einer Psychotherapie wird erklärt, was ein Trauma ist, welche Folgen entstehen können (Psychoedukation), welche grundsätzlichen Techniken zur Affektregulation möglich sind, wie eine Therapie aussehen würde, welche Methoden dabei eingesetzt werden bzw. wo sie durchgeführt werden könnte.

Im privaten Bereich sind hier die gesetzlichen und auch die privaten Krankenkassen zuständig. Im Rahmen von berufsgenossenschaftlich versicherten Unfällen (Arbeits- oder Wegeunfällen) und Überfällen wurde über die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) nicht nur die durchgangsärztliche (medizinische) Versorgung geregelt, sondern auch ein Verfahren etabliert, das zeitnah die Einleitung psychologischer Interventionen und Frühinterventionen unterstützt (Psychotherapeutenverfahren).

2.6 Wie verlaufen die Symptome?

Nahezu jeder Mensch zeigt nach einer Konfrontation mit einer traumatisierenden Erfahrung in den ersten drei Tagen psychische Belastungssymptome. Ein Großteil der Beschwerden klingt meistens schnell (innerhalb der ersten zwei Wochen) ab. Die restlichen Symptome brauchen etwas länger, aber nach drei bis vier Monaten sollten auch sie abgeklungen sein.

Seltener kommt es zu posttraumatischen Beschwerden, die erstmalig mit einer Verzögerung von bis zu sechs Monaten auftreten (late onset). Bei schweren Traumatisierungen wie Vergewaltigung, sexuellem Missbrauch in der Kindheit und Kriegsgeschehen bleiben im Durchschnitt bei ungefähr 30–40 Prozent aller Betroffenen posttraumatische Beschwerden bestehen (Rothbaum 1992, Kessler 1999, Flatten et al. 2011) und chronifizieren.

Das Risiko, ein traumatisches Ereignis nicht zu verarbeiten, steigt, je mehr Gewalt im Spiel war, je jünger die Betroffenen und je geringer ihre Handlungsmöglichkeiten waren. Auch Vortraumatisierungen erhöhen die Vulnerabilität (= Anfälligkeit, eine langfristige oder schwerere psychische Folgesymptomatik zu entwickeln) bei einem erneuten Vorfall.

Für die Verarbeitung eines traumatischen Ereignisses ist auch Unterstützung aus dem Umfeld sehr wichtig. Fehlt diese oder kommen weitere Belastungsfaktoren hinzu (wie z. B. Bürokratie, Ärger mit Versicherungen und Kostenträgern, Befragung bei der Polizei unter Druck, Schuldzuweisungen, Kündigung durch den Arbeitgeber u. Ä.), kann dies die Verarbeitung nachhaltig erschweren (Flatten et al. 2011).

Ist eine der Traumafolgen eine schwere körperliche Verletzung, fließt ein Großteil der Kraft und der Aufmerksamkeit in die medizinische Versorgung und die körperliche Heilung. Dies kann anfangs sogar die psychische Belastung durch den Vorfall überlagern, sodass die psychischen Folgen erst in Erscheinung treten, wenn die körperliche Heilung weit fortgeschritten oder abgeschlossen ist und der Alltag wieder seinen Lauf nimmt (S2 Leitlinien für akute Traumatisierung). Es können aber bereits von Anfang an auch Intrusionen wie Albträume (siehe Kapitel 4) und/oder Dauerintrusionen bestehen, und das nicht nur bei schweren körperlichen Folgen wie Verbrennungen oder bei Amputationen.

Wenn die psychische Belastung von Anfang an hoch ist oder über die ersten Tage hoch bleibt, z. B. wegen anhaltender Schlafstörungen und belastender Intrusionen, sollte auch zeitnah zum Ereignis eine professionelle spezifische traumatherapeutische Unterstützung gesucht werden. Auch bei Suizidgedanken ist es auf jeden Fall angeraten, umgehend professionelle Hilfe aufzusuchen.

2.7 Welche Krankheiten können nach einem traumatischen Erleben entstehen?

Bei uns Menschen gibt es keine einfache Verbindung zwischen Ursachen bzw. auslösenden Ereignissen und Krankheiten. Immer spielen ganz unterschiedliche Faktoren eine Rolle, und deshalb gibt es auch etwas komplexere Modelle, um diese Zusammenhänge abzubilden. Für die westliche Medizin gibt es u. a. das biopsychosoziale Entstehungsmodell (Egger 2005) von Krankheiten.

Als psychische Traumafolgestörungen bezeichnen wir alle psychischen Symptome, Syndrome und Störungen, die nach einer Traumatisierung auftreten und mit dieser in Zusammenhang stehen. In diagnostischen Manualen wie der ICD-10 werden spezifische und ergänzende Störungen aufgelistet.

Spezifische Störungen:

- Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
- Akute Belastungsreaktion (F43.0)
- Anpassungsstörungen (F43.2)

Ergänzende Störungen:

- Angststörungen (insbesondere die Phobien F40.2)
- Dissoziative Störungen (F44)
- Somatoforme Störungen (F45)
- Depressionen

Die Prävalenz (also das Vorliegen der Störung zum Zeitpunkt der Erhebung) der Posttraumatischen Belastungsstörung in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland liegt zwischen 1,5 und 2 Prozent (Flatten et al. 2011).

Nach Unfällen (also nach einem potenziell traumatisierenden Ereignis) kommt es zu mehr Angststörungen als zu der vermeintlich „typischen“ Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). In einer Untersuchung von Yehuda et al. (1998) an 174 Personen nach Verkehrsunfällen in Australien entwickelten nur 19 Prozent in der Folge das Vollbild einer PTBS, aber 37 Prozent regierten mit einer Angststörung, 17 Prozent entwickelten depressive Reaktionen und 15 Prozent eine Suchterkrankung. Diese Zahlen erfassen wohlgerne nur das Vollbild der Störungen. Es gibt natürlich häufiger auch Teilbilder oder ein gemeinsames Auftreten von Erkrankungen (Komorbidität).

Wenn bereits in der Kindheit Traumatisierungen stattfinden, steigt das Risiko deutlich an, im Lebensverlauf auch körperliche Erkrankungen zu entwickeln. Dies wurde in der ACE-Studie (Adverse Childhood Experiences, Felitti et al. 1998) erstmals ex-