

# Psychotraumatologie

Neues Wissen und Evergreens

**Die psychischen Folgen von Traumata wurden über lange Zeit weder spezifisch erkannt noch wirksam therapiert. Heute werden sie intensiv beforscht, und es gibt eine Vielzahl an Therapien. Den aktuellen Wissensstand stellen wir hier im Überblick dar.**

**Tobias Hecker und Andreas Maercker**

Traumata werden im ICD-10 der WHO als kurz oder lang anhaltende Ereignisse oder Geschehen von aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmass definiert, die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würden (1). Das amerikanische DSM-System beschreibt Traumata als Ereignisse, die eine Konfrontation mit dem Tod, schwerer Verletzung oder sexueller Gewalt umfassen (2). Als vier mögliche Formen werden spezifiziert:

- ❖ direkte Erfahrung
- ❖ persönliche Zeugenschaft
- ❖ Auftreten in der nahen Familie beziehungsweise bei nahen Freunden
- ❖ wiederholte Konfrontation mit aversiven Details (z.B. im Kontext des Berufs).

## MERKSÄTZE

- ❖ Ein Trauma ist definiert als ein Geschehen von aussergewöhnlicher Bedrohung, die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
- ❖ Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zeichnet sich durch Wiedererleben der traumatischen Situation (Intrusion), Vermeidung und Übererregung (Hyperarousal) aus.
- ❖ Neben biologischen und psychologischen Einflüssen tragen soziale und interpersonelle Faktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer PTBS bei.
- ❖ Verhaltenstherapeutische Ansätze (u.a. prolongierte Exposition) und EMDR gelten als evidenzbasierte Therapieansätze bei PTBS.

Traumatische Ereignisse lassen sich nach verschiedenen Gesichtspunkten einteilen. Als orientierendes Schema hat sich die Einteilung in menschlich verursachte versus zufällige Traumata sowie in kurze versus langfristige Traumata (Typ I vs. Typ II) bewährt. Typ-I-Traumata sind meist durch akute Lebensgefahr, Plötzlichkeit und Überraschung gekennzeichnet, Typ-II-Traumata durch Serien verschiedener traumatischer Einzelereignisse und durch geringe Vorhersagbarkeit des weiteren traumatischen Geschehens.

### Posttraumatische Belastungsstörung

«Seit dem Überfall bin ich ein völlig anderer Mensch geworden», berichtet ein 60-jähriger Mann, «abends liege ich im Bett, und dann kommen diese Gedanken und Bilder, und dann liege ich ewig wach. (...). Wenn ich irgendwo bin, und es gibt ein plötzliches Geräusch, dann zucke ich zusammen. (...) Man kanns nicht abstellen.» Der Mann, Opfer eines Überfalls, leidet an einer sogenannten posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Das Vorliegen eines schweren Traumas ist die Voraussetzung für die Diagnose einer PTBS. Sie wird diagnostiziert, wenn einige Einzelsymptome gemeinsam über einen längeren Zeitraum auftreten. Im Mittelpunkt der Symptome stehen dabei das Wiedererleben der traumatischen Situation (Intrusion), die Vermeidung und das sogenannte Numbing sowie die Übererregung (Hyperarousal).

### Intrusion

Patienten mit PTBS weisen eine ungewollte Gebundenheit an das schreckliche Erlebte auf. Diese Gebundenheit zeigt sich in Bildern, Geräuschen oder anderen lebhaften Eindrücken des traumatischen Ereignisses, die unbeabsichtigt sowohl in den wachen Bewusstseinszustand als auch in den Schlaf «eindringen». Oftmals kommt es zu einem subjektiv erlebten Überflutungszustand durch diese inneren Bilder.

### Vermeidung/Numbing

Daneben versuchen Betroffene oft mit aller Macht, die sie überflutenden Gedanken «abzuschalten», das heisst nicht mehr an das Geschehene zu denken. Trotz der intensiven Versuche gelingt diese Vermeidung in den meisten Fällen nicht. Das Vermeidungsverhalten schliesst ebenfalls die Scheu davor ein, Aktivitäten durchzuführen oder Orte aufzusuchen, die an das Trauma erinnern.

Das Numbing, was als Abflachung der allgemeinen Reagibilität bezeichnet werden kann, ist gleichsam mit den Vermeidungssymptomen assoziiert. Die Betroffenen berichten, dass sich die eigenen Gefühle immer mehr gleichen und sie eine

Entfremdung gegenüber anderen Menschen empfinden. Damit geht oft ein sozialer Rückzug einher.

**Hyperarousal**

Schliesslich ist es auch der Körper, der nach einem Trauma reagiert – selbst wenn Betroffene die körperlichen Folgen oft nicht im Zusammenhang mit dem Trauma sehen. Die Erregungsschwelle des autonomen Nervensystems senkt sich, Belastungen wirken also früher und nachhaltiger. Die damit einhergehende Erregungssteigerung beeinflusst vor allem das Schlafverhalten: Tagsüber sind Betroffene erhöht wachsam gegenüber allen Reizen (Geräusche, fremde Gesichter u.a.), die unter Umständen heftige Schreckreaktionen auslösen können. In der Nacht verhindert die ständige Erregung das Ein- beziehungsweise Durchschlafen erheblich.

**Komplexe PTBS**

Für alle Traumata sind die gleichen psychischen Symptome beschrieben worden. Es hat sich allerdings gezeigt, dass die willentlich durch Menschen verursachten Traumata und die zeitlich länger andauernden Typ-II-Traumata in vielen Fällen zu umfassenderen Beeinträchtigungen führen als die anderen Formen. Daher wird im ICD-11 (3) die komplexe PTBS als neue Diagnose vorgeschlagen. Die komplexe PTSD umfasst die starke psychologische Reaktion, hervorgerufen durch anhaltende, traumatische Erlebnisse, die in der Regel mehrere oder sich wiederholende traumatische Ereignisse einschliesst (z.B. sexueller Missbrauch in der Kindheit). Die vorgeschlagene Diagnose umfasst alle Hauptsymptome der klassischen PTBS. Darüber hinaus müssen für die Diagnose einer komplexen PTBS eine Affektregulationsstörung (einschl. Dissoziationsneigung), negative Selbstwahrnehmung und Beziehungsstörungen vorliegen.

**Epidemiologie und Verlauf der PTBS**

Epidemiologische Studien zeigen zwar, dass der grösste Teil der Bevölkerung im Laufe des Lebens traumatische Ereignisse erlebt, die Lebenszeitprävalenz liegt in Deutschland und Europa aber nur zwischen 1 bis 3 Prozent (4), das heisst, die meisten Traumatisierten entwickeln keine PTBS, sondern zeigen Spontanerholung. Auch der Verlauf einer PTBS ist dadurch gekennzeichnet, dass beim grössten Teil der Traumatisierten die Symptomatik innerhalb von wenigen Wochen remittiert. Eine Dauer der Symptomatik von mehr als 3 Monaten ist prognostisch ungünstig, da die Symptome längere Zeit anhalten und chronifizieren.

**Entstehung und Aufrechterhaltung**

In den letzten Jahrzehnten haben kognitive und psychobiologische Modelle zu unserem Verständnis zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer PTBS beigetragen und zu verstärkter Forschung im Bereich der (Epi-)Genetik der PTBS, Gedächtnisverarbeitung traumatischer Erlebnisse und der Emotionsregulation nach einem Trauma geführt.

Als Rahmenmodell für die Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS dient uns hier ein sozial-interpersonelles Modell (5) (Abbildung). Dieses Modell betont über die individuellen biologischen und psychologischen Wirkfaktoren auch die sozialen und interpersonellen Einflüsse. Soziale und interpersonelle Faktoren spielen auf unterschiedlichen

Ebenen eine entscheidende Rolle für die Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS.

Auf der individuellen Ebene beeinflussen soziale Emotionen, wie Schuld, Scham und Rachegefühle, die PTBS-Symptomatik. Auf der Ebene der engen Beziehungen, wie Partner, Familie oder enge Freunde, ist der Einfluss sozialer Unterstützung, negativer Reaktionen (Ausgrenzung und Beschuldigung des Opfers) und der Offenlegung des Traumas als Einflussfaktor für Entstehung, Aufrechterhaltung, aber auch Behandlung der PTBS nicht zu unterschätzen. Auf gesellschaftlicher Ebene spielen die wahrgenommene Ungerechtigkeit und die soziale Anerkennung des Traumas eine wichtige Rolle bei der Entwicklung und dem Verlauf einer PTBS. Im Folgenden werden wir auf die verschiedenen Einflussfaktoren im Einzelnen eingehen.

**Genetische und biologische Einflussfaktoren**

Insbesondere bei PTBS nach Kriegstraumata ist gezeigt worden, dass genetische Faktoren eine Rolle zu spielen scheinen, wie eine umfangreiche Zwillingsstudie an homo- und heterozygoten Vietnam-Kriegsveteranen-Zwillingen belegte. Jeweils ein Zwilling war als Soldat traumatisiert worden. Der andere war weder Soldat noch traumatisiert. In der Studie wurde das Hippocampus- und das Amygdalavolumen der beiden Zwillingsgruppen untersucht (6). Im Hippocampus- und Amygdalavolumen der jeweiligen Zwillinge wurden keine Unterschiede gefunden. Die traumatisierten Soldaten, die eine PTBS-Diagnose aufwiesen, hatten ein zirka 10 Prozent kleineres Hippocampusvolumen als die traumatisierten Soldaten ohne PTBS-Diagnose. Die nicht traumatisierten Zwillingsbrüder der PTBS-Patienten hatten aber ebenfalls ein kleineres Hippocampusvolumen. Diese Daten weisen darauf hin, dass ein kleinerer Hippocampus ein genetischer oder familiärer Risikofaktor für die Ausbildung einer PTBS darstellt.

**Psychologische Einflussfaktoren: Traumagedächtnis**

Ehlers und Clark (7) haben ein Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer chronischen PTBS entwickelt, in dessen Mittelpunkt die Erklärung der fortbestehenden Angstsymptome sowie starker Emotionen wie Ärger, Scham oder Trauer steht. Die negative Interpretation der erlebten Intrusionen (z. B. «die Bilder im Kopf machen mich verrückt») wurde in Quer- und Längsschnittstudien als wesentlicher Entstehungs- und Aufrechterhaltungsfaktor der PTBS gefunden. Das intrusive Wiedererleben scheint als Warnsignal zu wirken, da es überwiegend Erinnerungsbruchstücke dessen enthält, was unmittelbar vor dem traumatischen Ereignis oder kurz vor den Erlebnissen mit der grössten emotionalen Wirkung stattfand. Dies würde erklären, warum die Intrusionen von einem anhaltenden Gefährdungsgefühl begleitet sind. Als Merkmal des Traumagedächtnisses wurde ein hohes Mass an Gedächtnisunorganisiertheit (z.B. Fragmentierung, Sprünge, Wiederholungen) gefunden. Das Ausmass an berichteter Dissoziation der Erinnerungen (z.B. häufige Verwirrung, veränderter Zeitsinn) wurde ebenfalls als Beleg der veränderten Gedächtnissituation herangezogen. Posttraumatische kognitive Veränderungen wie eine verstärkte genutzte Gedankenunterdrückung sowie anhaltende Überzeugungen vom eigenen Beschädigtsein wurden bei verschiedenen PTBS-Patientengruppen gefunden.



Abbildung 1: Interpersonelles Rahmenmodell der PTBS

### Soziale Einflussfaktoren: Partner, Familie und Gesellschaft

Die Art und Weise, wie Menschen nach einem traumatischen Ereignis behandelt werden, kann Auswirkungen auf ihre Genesung haben. In den USA unterschied sich beispielsweise der Empfang der heimkehrenden Soldaten des Zweiten Weltkrieges erheblich vom Empfang der heimkehrenden Vietnamkriegssoldaten. Erstere wurden als Helden gefeiert, Letztere von demonstrierenden Studenten geschmäht. Man vermutete, dass dieser unterschiedliche Heimatempfang einen Einfluss auf die Art und Weise hat, mit der die ehemaligen Soldaten ihre Erfahrungen betrachteten.

Auch bei Vergewaltigungsopfern kann man sich zwei unterschiedliche Reaktionen ihrer Umgebung vor Augen halten. In einem Fall sagen die Eltern: «Es tut uns so leid. Was können wir tun, um dir zu helfen?» Im anderen Fall sagen sie hingegen: «Was hattest du dort überhaupt zu suchen? Was für Kleidung hattest du denn an? Hab ich dich nicht gewarnt?» Wie andere auf das Trauma reagieren, kann also einen starken Einfluss darauf haben, wie die Opfer die Vorfälle interpretieren und ob sie weiterhin ihre Erfahrungen und Reaktionen mit anderen teilen oder sich eher zurückziehen und von anderen abkapseln.

Die soziale Anerkennung als jemand, der extrem belastende Erfahrungen gemacht hat, kann sich auf verschiedene Weise auf die psychische Befindlichkeit nach einem Trauma auswirken und im günstigen Fall die psychischen Belastungen und Symptome vermindern. Gesellschaftliche Anerkennung als Opfer drückt aus, inwieweit ein Traumatisierter von seiner Umgebung Mitgefühl ausgedrückt bekommt, Verständnis für seine besondere Lage gezeigt wird, die Besonderheiten des Erlebens und Empfindens nach einem traumatischen Erlebnis anerkannt werden sowie Hochachtung vor der Bewältigungsleistung gezollt wird. Dies ist sowohl im familiären Rahmen als auch im Kollegen- und Freundeskreis sowie der lokalen Öffentlichkeit (z.B. Stadt oder Gemeinde) von grosser Wichtigkeit.

Die soziale Unterstützung kann sich sowohl auf vorherige Einflüsse beziehen als auch auf die posttraumatischen Reaktionen. Zu wissen, dass die eigene Familie oder Freunde in der Vergangenheit nicht hilfreich oder sogar behindernd waren, kann dazu führen, dass der Überlebende eines Traumas versucht, alleine mit der Situation zurechtzukommen. Das wahrgenommene familiäre oder soziale Klima bestimmt massgeblich, wie viel man Angehörigen und Bezugspersonen von den traumatischen Ereignissen und ihren Folgen erzählt. Das klinisch-psychologische Konstrukt des Offenlegens (engl. = disclosure) der Traumaerfahrungen umfasst mehrere Dimensionen: Mitteilungsdrang, Verschwiegenheit und emo-

tionale Reaktionen beim Erzählen. Die beiden Dimensionen Mitteilungsdrang und Verschwiegenheit schliessen sich nicht gegenseitig aus. Dies hängt mit dem Kommunikationsverhalten Traumatisierter zusammen, die oft verstärkt über das Trauma reden wollen, dies aber gleichzeitig nicht können, weil sie befürchten, «alles damit noch schlimmer» zu machen. So kommt es, dass PTBS-Patienten durchschnittlich höhere Werte für Mitteilungsdrang, Verschwiegenheit und emotionale Reaktionen beim Erzählen haben als traumatisierte Personen ohne PTBS.

In einer Metaanalyse zu verschiedenen Risikofaktoren in der PTBS-Ätiologie fanden Brewin und Kollegen (8), dass soziale Unterstützung die vergleichsweise höchste Effektstärke aufweist. Bei genauerer Untersuchung fand sich allerdings, dass nicht das Vorhandensein positiver Unterstützung diesen Effekt ausmachte, sondern negative soziale Reaktionen sowie die Unzufriedenheit mit der Unterstützung.

### Psychotherapie

In den letzten beiden Jahrzehnten wurden erfolgreiche Methoden zur Therapie posttraumatischer Reaktionen und manifester Traumafolgestörungen entwickelt. Wichtig zu bedenken bei der Behandlung der PTBS ist, dass viele Patienten eine Reihe weiterer psychischer und interpersoneller Probleme aufweisen (Depressionen, Suchterkrankungen, körperliche Erkrankungen, sozialer Rückzug).

Im deutschen Sprachraum haben sich bei der Behandlung von PTBS drei Therapiephasen etabliert:

1. Sicherheit: Stabilisierung und Affektregulation
2. Traumaexposition (in verschiedenen Formen)
3. Integration und Neuorientierung.

In anderen Ländern wird dagegen weder in der Praxis noch in der Forschung diese Phaseneinteilung explizit angewendet. Darum erstaunt es nicht, wenn Überblicke über die weltweit verfügbaren empirischen Studien keine Notwendigkeit für diese Phasenabfolge aufzeigen. Es ist fraglich, ob die drei Phasen für alle Traumatypen, PTBS-Varianten und Settings (stationär/ambulant) relevant sind. Auch die zeitliche Abfolge wird zum Teil infrage gestellt.

Als traumafokussierte Verfahren werden im engeren Sinne Therapieansätze bezeichnet, bei denen die Reduktion der PTBS-Symptomatik im Mittelpunkt steht. Dazu gehört beispielsweise die prolongierte Exposition nach Foa (9). Hierbei geht man davon aus, dass die Modifikation anhaltender Furchtstrukturen nur durch eine komplette und umfassende gedankliche Konfrontation zu erreichen ist, in der alle Arten von Elementen (Fakten, Emotionen, Körperreaktionen) therapeutisch aktiviert werden und im Ergebnis eine Habituation der Angstaktivierung eintritt. Das Trauma wird daher mithilfe der eigenen Gefühle nacherlebt und erzählt.

Ein anderes traumafokussiertes Verfahren ist die EMDR-Methode (eye movement desensitization and reprocessing: Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegung) nach Shapiro (10). Hier soll mithilfe von angeleiteten Augenbewegungen und einer dadurch erfolgenden bilateralen Stimulation des Gehirns das traumatische Erlebnis von Angstgefühlen abgekoppelt werden.

Verhaltenstherapeutische Ansätze (u.a. prolongierte Exposition) und EMDR weisen die höchsten Effektstärken auf. Für

multiple Traumatisierung ist die narrative Expositionstherapie (NET) ein vielversprechender Ansatz. Zusätzlich können Kombinationstherapien, Paar- und Familientherapien bei schwer beeinträchtigten Patienten und bei komplexen Störungspräsentationen durchaus indiziert sein.

**Ausblick**

Insgesamt zeigt die psychotraumatologische Forschung in allen genannten Bereichen der beteiligten biopsychosozialen Prozesse ein rasches Wachstumstempo. Um in Zukunft auslösende und aufrechterhaltende Faktoren noch besser verstehen zu können, ist es wichtig, die bis jetzt üblichen Ein-Ebenen-Modelle (biologisch, psychologisch oder sozial) zu erweitern. Das beschriebene interpersonelle Rahmenmodell stellt hierbei eine erste Erweiterung dar. Soziale Einflussfaktoren sollten zukünftig auch verstärkt bei der Behandlung von Traumafolgestörungen berücksichtigt und genutzt werden. ❖

**Korrespondenzadresse:**

Dr. Tobias Hecker  
 Psychologisches Institut  
 Universität Zürich  
 Binzmühlestrasse 14/17 / Raum BIN 3 E 12  
 8050 Zürich  
 Tel. 044 635 73 05, Fax 044 635 73 19  
 E-Mail: t.hecker@psychologie.uzh.ch

Interessenlage: Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

**Referenzen:**

1. World Health Organization: ICD-10-GM-2014 F43.1: Posttraumatische Belastungsstörung, 2014; [www.icd-code.de/suche/icd/code/F43-.html](http://www.icd-code.de/suche/icd/code/F43-.html).
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). American Psychiatric Press, Washington, 2013.
3. Maercker A et al.: Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. Lancet 2013; 381: 1683–1685.
4. Maercker A et al.: Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. Nervenarzt 2008; 79: 577–586.
5. Maercker A, Horn AB: A socio-interpersonal perspective on PTSD: The case for environments and interpersonal processes. Clin Psychol Psychother 2013; 20: 465–481.
6. Gilbertson MW et al.: Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. Nat Neurosci 2002; 5: 1242–1247.
7. Ehlers A, Clark DM: A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behav Res Ther 2000; 38: 319–345.
8. Brewin CR et al.: Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin Psychol 2000; 68: 748–766.
9. Foa EB et al.: Handbuch der Prolongierten Exposition: Basiskonzepte und Anwendung – eine Anleitung für Therapeuten. G.P. Probst, Lichtenau, 2014.
10. Shapiro F: EMDR – Grundlagen und Praxis: Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Junfermann, Paderborn, 2012.

*Dies zu lesen  
 lohnt sich ...*

[www.rosenfluh.ch](http://www.rosenfluh.ch)



*Hier können Sie ein Abonnement oder ein Einzelheft bestellen: [s.tomasi@rosenfluh.ch](mailto:s.tomasi@rosenfluh.ch)*