

Newsletter – April 2007

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Der Körper erinnert sich!

Eine Studentin sieht ihr kleines Kind unter ein Auto geraten. Ein Taxifahrer wird ausgeraubt. Eine Bankangestellte wird von fünf bewaffneten Räufern bedroht. Doch niemand wird körperlich verletzt. Der Schrecken scheint vorüber zu sein. Aber die Geschichte geht weiter: Die Studentin schafft ihre Prüfung nicht, weil sie sich nicht konzentrieren kann. Sie hat ständig Angst um ihr Kind. Der Taxifahrer schreckt Nacht für Nacht schweißgebadet aus dem Schlaf. Er arbeitet nun als Kellner, um nicht mehr an den Überfall denken zu müssen. Die Bankangestellte erinnert sich an eine frühere Vergewaltigung, die sie schon dachte, vergessen zu haben. Alle drei Personen fühlen sich unerklärlich stark angespannt. Sie sind verunsichert: Irgendetwas stimmt mit ihnen nicht!

Ein neuer Begriff taucht immer öfter auf: die posttraumatische Belastungsstörung (oft auch nur mit PTBS abgekürzt – aus dem Englischen „Post-traumatic stress disorder“). Das Wort Trauma kommt aus dem Griechischen und heißt „Wunde“, „Verletzung“. Posttraumatische Belastungsstörungen sind die psychischen, körperlichen und sozialen Folgen von Extrembelastungen, die nicht nur im Krieg oder bei Geiselnahme, sondern im Alltag einer Großstadt tausendfach passieren können. Der Begriff ist nicht neu! Die Folgen von Extrembelastungen – seien es Krieg, Gewalt im Zivilleben oder Naturkatastrophen – sind seit Menschengedenken bekannt. Eindrucksvolle Schilderungen kennt man schon seit Mitte des 17. Jahrhunderts. Der Begriff der „Schreckneurose“ (vom deutschen Psychiater Kraepelin) ist über 100 Jahre alt. Um was geht es? Was kann man als Opfer dagegen tun?

Was sind Extrembelastungen? Zahlenmäßig am häufigsten sind Krieg, Terrorismus, Vertreibung und Flucht. Aber auch individuelle Gewalteinwirkungen sollten nicht unterschätzt werden: Überfall, Entführung und Geiselnahme, Folterung, sexueller Missbrauch und Vergewaltigung. Und natürlich alle Arten von Unfällen sowie Naturkatastrophen. Nicht jeder Betroffene/jedes Opfer reagiert gleich – es hängt von verschiedenen Faktoren ab, besonders von den persönlichen Ressourcen, wie ich mit einer Extrembelastung umgehe, sie in meine Lebensgeschichte einordne.

Bemerkenswert viele Menschen haben die Kraft, traumatische Erfahrungen ohne professionelle Hilfe zu bewältigen. Zirka 25 Prozent der traumatisierten Menschen entwickelt das vollständige Bild einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Wenn das Trauma nicht rechtzeitig diagnostiziert wird, chronifiziert die Hälfte aller unbehandelten Verläufe! Die Störung kann einen derart chronischen Verlauf nehmen, dass es zu einer tief greifenden Veränderung der Persönlichkeitsstruktur kommen kann. Diese ist nicht durch eine verstärkte Ausprägung primärer Persönlichkeitszüge charakterisiert, sondern durch das Auftreten neuer Symptome, die vorher nicht bestanden haben – wie feindliche und misstrauische Haltung der Welt gegenüber, sozialer Rückzug, Entfremdung, Gefühl der Leere oder Hoffnungslosigkeit, chronische Nervosität wie bei ständiger Bedrohung. Man spricht nach dem Klassifikationssystem ICD-10 von einer „andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“.

Das Leidensbild ist verwirrend vielfältig. Vor allem sieht man es den meisten Betroffenen nicht an, sie leiden „nur“ innerlich. Viele lassen überhaupt nichts aus sich heraus, weil sie ohnehin nicht

erwarten, auf Verständnis zu treffen. Es ist wie bei der Trauerreaktion. Ein kurz aufwallendes Mitgefühl der Umgebung, dann aber soll sich der Betroffene wieder rasch zusammennehmen, damit er die anderen nicht unnötig belastet. Vielfach kommt es - nachdem die erste Schreck- oder Schockreaktion abgeklungen ist - zu einem Verlust an Lebensfreude, an Interesse, Aktivität, Antrieb und Kreativität. Dann „beißt“ sich regelrecht ein ständiges, fast zwanghaftes Wiedererinnern mit ängstlicher Unruhe, Anspannung und Erregungsbereitschaft fest. Außerdem zermürben Schlafstörungen, besonders quälend mit Angstträumen. Manchmal entsteht auch das Gefühl, als ob sich das belastende Ereignis gerade wiederholt (Intrusionen, „Flashbacks“, das heißt Rückblenden), bisweilen nur aufgrund eines belanglosen Auslösers (z.B. Gerüche, Geräusche oder Emotionen) aus der Umgebung oder durch reine Vorstellung. Daraus resultiert dann ein entsprechendes Vermeidungsverhalten mit Rückzug und Isolationsgefahr. Schließlich droht eine zunehmende Leistungseinschränkung, die Opfer können ihre Aufgaben im Beruf und der Familie nur noch mit größter Anstrengung bewältigen. Das Ende ist von einer eigenartigen Schwermütigkeit geprägt, die allerdings wenig mit „klassischen Kriterien“ einer depressiven Störung zu tun hat. Es handelt sich mehr um eine stille Resignation, eine Art gemütsmäßige Betäubung bis Erstarrung, die der Umgebung eigentlich nur durch schwindende Anteilnahme an der Umwelt auffällt. Dazu drohen Zwangsgedanken, Merk- und Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit und zahlreiche psychosomatische Beschwerden. Besonders belastend sind die meist schweren Schlafstörungen und das Aufschrecken aus Alpträumen. Der Teufelskreis schließt sich. Eine Erholung von der belasteten Lebenssituation gelingt kaum ohne Hilfe.

Was die Umgebung vor allem mitbekommt, ist eine bisher unbekannte Übererregbarkeit im Sinne übersteigerter Wachsamkeit, Anspannung, Nervosität und Schreckhaftigkeit. Und plötzliche Angstattacken, vielleicht sogar aggressive Durchbrüche - ohne Grund, jedenfalls nicht nach außen nachvollziehbar. Das leitet einen Teufelskreis ein. Denn welches Familienmitglied, welcher Freund oder welcher Arbeitskollege lässt sich so etwas gefallen, wenn er nicht weiß, auf was es zurückgeht. Und selbst diejenigen, die die Ursache kennen oder ahnen, sehen nicht ein, hier als „stellvertretende Prügelknaben“ den Kopf für etwas hinzuhalten, was sie nicht verschuldet haben. Auf jeden Fall weiß niemand, mit dieser Situation adäquat umzugehen, auch der Betroffene nicht, der sich selber immer fremder wird.

Am Institut für Psychosomatik/EMCO-Privatklinik, unter der Leitung von Prim. Dr. Olaf Rossiwall, wird stationäre und/oder ambulante Traumabehandlung durchgeführt. Als Initialbehandlung wird eine Kombination aus medizinischer (Psychopharmaka) und psychologischer (Entspannung, Biofeedback, Gespräche) Therapie durchgeführt, die akut Symptome wie Schlaflosigkeit und Panikattacken lindern sollen. Fortgeführt wird die Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung durch schnell wirkende kurative psychotherapeutische Interventionen. Gezielt werden die traumatischen Erfahrungen bearbeitet und in die individuelle Lebensgeschichte eingeordnet. Dazu ist es wichtig, die Erinnerung mit Hilfe neuer Lernreize oder wiederholter Visualisierung zu desensibilisieren, um ihr schließlich einen angemessenen Platz im Selbst- und Weltbild des Patienten zu geben.

Ausblick/Veranstaltungen Mai 2007

- **Newsletter – Mai 2007**
Lebenskrisen, Lebensveränderungen bei organischen Erkrankungen
- **Privatärztliche Schmerzambulanz** – Leitung Prim. Dr. Olaf Rossiwall
- **Inkontinenz-Therapie mittels Biofeedback**
- **Jeden Donnerstag 18:00 bis 19:30 Uhr Trainingsprogramm „Schmerz lass nach“ - mentale Schmerztherapie, Inst. Psychosomatik EMCO-Privatklinik**

Kontakt: Institut für Psychosomatik, EMCO-Privatklinik;
Martin-Hell-Straße7-11; 5422 Bad Dürrenberg
Leitung: Prim. Dr. Olaf Rossiwall
MMag^a. Annemarie Pleininger; Tel: 0676/6396902
e-mail: office@diepsychologin.info
www.emco-klinik.at