

# Die Posttraumatische Belastungsreaktion (PTB) – ein (häufig) unterschätztes Krankheitsbild

Unabhängig von diesen Personengruppen kann jeder Mensch unerwartet mit Situationen konfrontiert werden, die für ihn objektiv und subjektiv Gefahren- und Extremsituationen darstellen. Naturkatastrophen, wie aktuell an den Beispielen der zurückliegenden Überschwemmungen (Oderbruch) oder Lawinenunglücke in den Alpen nachvollziehbar, sind solche Situationen. Als Beispiele sind aber besonders Ereignisse und Situationen aufzuführen, die jeder Person alltäglich an jedem Ort widerfahren können. Zu diesen zählen Unfallereignisse und Verbrechen/delikte. Im weiteren soll aufgrund der potentiellen Häufigkeit dieser Gefahrensituationen bzw. Delikte besonders auf Verkehrsunfallopfer eingegangen werden. Diese weisen nach Durchleben des Akutereignisses eine hohe Gefährdung auf, eine posttraumatische Belastungsreaktion zu entwickeln.

## Begriffsentstehung

Diverse emotionale Reaktionen wie Schock, Verwirrung, Hilflosigkeit, Ängstlichkeit und Depressionen, die sich nach einem traumatischen Ereignis einstellen können, faßte man zum Krankheitsbild der post-traumatic-stress-disorder (PTSD) bzw. posttraumatischen Belastungsreaktion (PTB) zusammen. Die Zusammenfassung dieser Reaktionen zur psychiatrischen Diagnose der PTB wurde vor allem aufgrund der Forschungsergebnisse über Vietnam-Veteranen der USA eingeführt, die zu einem großen Anteil diesen Beschwerdekomples aufwiesen. Die posttraumatische Belastungsreaktion wird zu der Gruppe der Angststörungen gerechnet. Im Gegensatz zu diversen anderen Angststörungen liegt bei der PTB ursächlich ein traumatisches Ereignis (Abb. 1) vor, das für andere Personen als Auslöser der Erkrankung nachvollziehbar ist. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsreaktion bzw. die post-traumatic-stress-disorder fand erst spät Eingang in die Krankheitsklassifikationen und wurde erstmals 1980 in das DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association) eingeführt und später 1987 (DSM-III-R) und 1994 (DSM-IV) revidiert. 1992 wurde es im wesentlichen in die ICD-10 (International Classification of Diseases) übernommen.

## Definition und Symptome

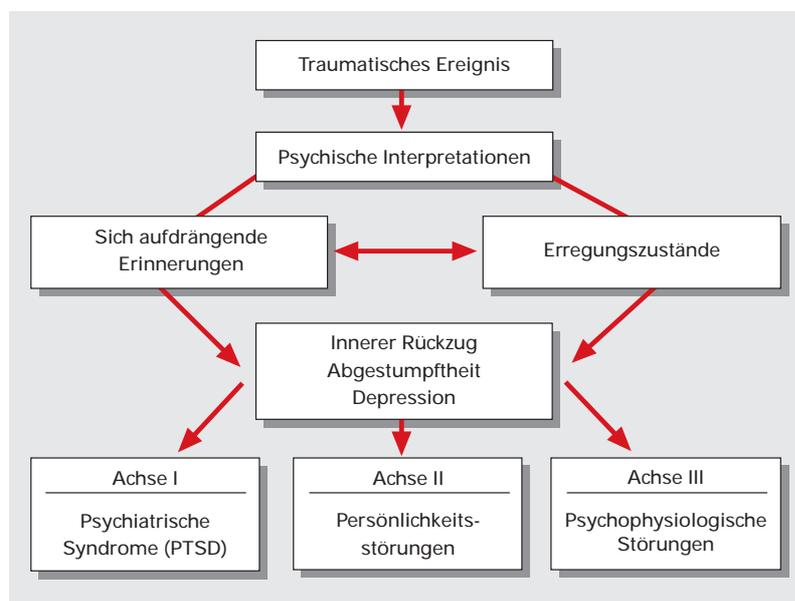
### Akute Belastungsreaktion

Eine akute Belastungssituation kann sich als Folge einer außergewöhnlichen körperlichen und/oder seelischen Belastung entwickeln, die in der Regel innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis auftritt und nur wenige Stunden bis Tage

D.G. Albrecht, S. von Gierke, U. Völkel, J. Barth, M. Gaspar

## Eine Übersicht

**Jeder Mensch ist im Laufe seines Lebens einschneidenden Erlebnissen sowie Gefahren- und Extremsituationen ausgesetzt, deren Bewältigung individuell mehr oder weniger große Schwierigkeiten bereitet und für die zum Teil ein langer Zeitraum benötigt wird. Als einschneidende Erlebnisse sind Verlustereignisse wie das eines Lebenspartners, Kindes, Elternteiles, einer Vertrauensperson zu nennen. Auch die Diagnose lebensbedrohlicher Erkrankungen wie Krebserkrankungen u.a. fallen hierunter. Potentiell sind viele Berufsgruppen, wie zum Beispiel Soldaten, Polizisten, Katastrophen- und Rettungsdienste, während ihrer täglichen Arbeit belastenden Extrem- oder Gefahrensituationen ausgesetzt.**



andauert. Auslösende Ereignisse stellen oft ernsthafte Bedrohungen für die Sicherheit und körperliche Unversehrtheit der Betroffenen bzw. von Angehörigen oder ungewöhnlich plötzliche und bedrohliche Veränderungen der sozialen Situation dar. Das Risiko, diese Störung zu entwickeln, hängt von der körperlichen Verfassung, von organischen Beeinträchtigungen

**Abb. 1:** Modell zu Posttraumatischen Belastungen

(aus: Streßbearbeitung nach belastenden Ereignissen, Dt. Ausgabe hrsg. von A. Igl und J. Müller-Lange, Stumpf & Kossendey, Edewecht 1998)

*Anschrift für die Verfasser:*

Dr. Dirk G. Albrecht, Reha-Klinik Bellevue (Leitende Ärztin: Sabine von Gierke), Brüder-Grimm-Straße 20, D-63628 Bad Soden-Salmünster

und von den zur Verfügung stehenden Belastungsbewältigungsfähigkeiten ab. Die Symptome können verschiedener Art sein. Zu Beginn, nach der akuten Belastungssituation, treten oft Bewußtseinengung, Aufmerksamkeitsstörungen und Desorientiertheit auf (Tab. 1). Anschließend können sozialer Rückzug, Unruhezustände, Überaktivität oder Angstreaktionen folgen. Als körperliche Anzeichen einer panischen Angst können Herzrasen, Schwindel, Schwitzen und Erröten vorliegen. Als weiteres Symptom kann auch ein teilweiser oder vollständiger Gedächtnisverlust für diese Episode bestehen.

**Tabelle 1**

### Frühe Zeichen einer beginnenden PTB

- Flashbacks  
(sich plötzlich aufdrängende gedankliche Rückblenden)
- traumatische Träume  
(Alpträume mit Bildern aus dem traumatischen Ereignis)
- Gedächtnisstörungen
- Selbstmedikation (z.B. Alkoholmißbrauch)
- Wut, Gereiztheit, Aggressivität, die nur schwer kontrollierbar sind
- anhaltende Depression, Rückzug
- Benommenheit, Abstumpfung
- Panikattacken
- Phobien

### Chronische Belastungsreaktion (PTB)

Eine posttraumatische Belastungsreaktion entsteht als verzögerte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (potentiell traumatisierender Charakter). Persönlichkeitsfaktoren wie bestimmte Persönlichkeitszüge oder neurotische Erkrankungen in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf verstärken. Die letztgenannten Faktoren sind aber weder nötig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären. Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen bis Monate (selten mehr als sechs Monate nach dem Trauma) dauern kann. Typische Merkmale bzw. diagnostische Kriterien der Erkrankung sind:

- Erleben oder direktes Miterleben eines schweren Traumas
- Überfallsartige Wiedererinnerungserlebnisse/Nachhallerinnerungen (Intrusionen bis hin zu „Flashbacks“), in denen das Trauma als real wiedererlebt wird
- Starke Vermeidung sämtlicher Auslösereize, die an das Erlebte erinnern und die bei entsprechender Generalisierung erhebliche Auswirkungen im psychosozialen und Verhaltensbereich mit sich bringen können
- Reduzierte emotionale Reaktionsfähigkeit (emotionale Taubheit, Desinteresse an früheren, bedeutenden Aktivitäten, Gefühl der Entfremdung)

- Gesteigertes Erregungsniveau bzw. psychophysiologische Reaktion und Reaktionsbereitschaft (Schlaf-, Konzentrationsstörungen, erhöhte Reizbarkeit, Schreckreaktionen)
- Auftreten dieser Reaktionen über einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten

Der Verlauf der Erkrankung ist wechselhaft, in der Mehrzahl kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Nimmt die Störung einen chronischen Verlauf über mehrere Jahre, kann sie in eine dauernde Persönlichkeitsstörung übergehen.

## Prädisponierende Faktoren

Die Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis führt nicht in jedem Fall zur Entwicklung einer PTB. Nur ein Teil der Personen, die ein potentiell traumatisierendes Erlebnis hatten, erkrankt an einer posttraumatischen Belastungsreaktion (Rothbaum et al., 1992). In einer Vielzahl von Studien wurde versucht, Faktoren zu finden, die erklären können, warum einige Personen eine Chronifizierung der Symptome (PTB) entwickeln und andere dagegen nicht.

Aus psychologischer Sicht spielen die subjektive Bedeutung des Traumas und die dabei empfundene Bedrohung eine wichtige Rolle, zumal Grundüberzeugungen wie die eigene Unverletzbarkeit, Sicherheit, Vertrauen, Selbstachtung, Macht und Intimität in ihren Grundfesten erschüttert worden sein können. Ebenso soziale Kontakte und Interpretation der PTB-Symptome durch Betroffene sowie durch deren Umgebung beeinflussen das Krankheitsbild. Auch die kognitive Verarbeitung während des Traumas (Gefühl des Ausgeliefertseins bzw. Kontrollierbarkeit des Trauma-Ereignisses), Verhaltensweisen nach dem Trauma und kognitive Stile der weiteren Traumaverarbeitung können die Aufrechterhaltung von PTB-Symptomen beeinflussen (Ehlers und Steil, 1995).

Insgesamt ist die Gefahr, nach einem durchlebten traumatischen Ereignis auch eine PTB zu entwickeln, von vielen verschiedenen Faktoren abhängig. Unter anderem spielt die Art des Traumas eine entscheidende Rolle. Sie liegt zum Beispiel bei Vergewaltigungsoffern mit 60-80% (Solomon und Davidson, 1997) extrem hoch und somit bei diesen Delikten wesentlich höher als bei anderen traumatischen Ereignissen. Verbrechenopfer entwickeln ebenso häufiger eine PTB als Opfer anderer Traumata (Boudreaux et al., 1998). Foa (1997) beschreibt bei Frauen eine wesentlich höhere Prävalenz der PTB bei Vergewaltigungsoffern im Vergleich zu Opfern von nicht sexuellen Delikten. Auch wird beschrieben, daß Frauen mehr Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTB als Männer aufweisen (Bromet et al., 1998).

Das Risiko, nach einem Trauma-Erlebnis eine PTB zu entwickeln, ist durchschnittlich bei Frauen häufiger als bei Männern (Breslau et al., 1998). Dieses wird trotz geringerer Lebenszeitexpositionsrate gegenüber dem Erleben eines traumatischen Ereignisses dadurch verständlich, daß Frauen häufiger mit Ereignissen (z.B. sexuelle Gewalt) konfrontiert werden, die prozentual eine höhere PTB-Entwicklung verursachen. Mit Ab-

sicht zugefügte Verletzungen oder solche, für die sich das Opfer teilweise selbst verantwortlich fühlt, beinhalten ebenso ein höheres Risiko als „schicksalhafte“ traumatische Ereignisse wie Verkehrsunfälle oder Umweltkatastrophen. Des Weiteren spielen Lebensalter, sozioökonomischer Status, Rasse, Familienanamnese, frühe Trennung vom Elternhaus und andere Faktoren eine Rolle. So beschreiben Untersuchungsergebnisse, daß zum Beispiel Kinder und Heranwachsende sowie alte Menschen eher eine PTB entwickeln. Zusätzlich begünstigen vorangegangene psychiatrische Symptome (Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Drogenmißbrauch, Alkoholmißbrauch und Kindheitstraumata [Zlotnick et al., 1999]) eine Chronifizierung der Belastungsreaktion.

## Epidemiologie der PTB – allg. Teil

Der Anteil von Personen, die während ihres Lebens mindestens einmal einer traumatisierenden Situation ausgesetzt waren, welche potentiell eine PTB auslösen kann, ist nach Aussage repräsentativer Studien (Breslau et al., 1997; Resnick et al., 1993; Kessler et al., 1994; Solomon und Davidson, 1997; Giaconia et al., 1995) hoch und wird mit ca. 40-69% angegeben. In einer weiteren großen Untersuchung an über 2.000 Personen im Alter von 18-45 Jahren zeigte sich nach einem erlebten Trauma eine generelle PTB-Gefährdung von 9,2 %. Das am häufigsten genannte traumatische Ereignis, welches in dieser Altersgruppe bei 31% aller PTB-Fälle vorlag, war der Verlust einer nahestehenden Person (Breslau et al., 1998). Nach einem traumatischen Ereignis entwickeln ca. 20% aller betroffenen Frauen (besonders nach Vergewaltigung und Mißbrauch in der Kindheit) und ca. 8% der Männer chronische Beschwerden im Sinne einer PTB.

Die Gefährdung für die Gesamtbevölkerung, während des Lebens eine posttraumatische Belastungsreaktion zu entwickeln, liegt bei Frauen nach Resnick et al. (1993) bei 12,3% und nach Breslau et al. (1997) bei 13,8%. Solomon und Davidson (1997) beschreiben Zahlen von 5% (Männer) bzw. 10-12% (Frauen), wobei ein Drittel dieser Personen über mehrere Jahre von der PTB betroffen ist (Kessler et al., 1995) und zu über 80% weitere psychiatrische Beschwerden aufweist. Bei vielen Betroffenen treten zusätzlich eheliche, finanzielle, berufliche und gesundheitliche Probleme hinzu, die insgesamt zu einer schlechteren Lebensqualität führen (Zatzick et al., 1997). Hiermit können sowohl für die betroffene Person als auch für Gesellschaft und Gesundheitswesen enorme Kosten verbunden sein. Studien beweisen, daß bei dem hohen Grad der Chronifizierung die posttraumatische Belastungsreaktion ein weitverbreitetes Krankheitsbild darstellt.

## Epidemiologie der PTB nach Verkehrsunfällen

Zu einer der häufigsten Ursachen eines potentiell traumatisierenden Erlebnisses gehören Verkehrsunfälle, in die ca. 25% aller Menschen irgendwann verwickelt sind (Abb. 2 und 3). Nach vorläufigen Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes (Internetseiten) wurde auf Deutschlands Straßen für 1998 eine Gesamtunfallzahl von ca. 2,25 Millionen registriert, davon



Abb. 2 und 3 (umseitig):  
Traumatisieren-  
des Erlebnis  
„Verkehrsunfall“  
– jeder vierte  
Mensch wird im  
Laufe seines  
Lebens damit  
konfrontiert  
(Fotos: Arnold)

377.660 Verkehrsunfälle mit Personenschaden. Dabei wurden 497.638 Personen verletzt und 7.772 Personen getötet. Die Mehrzahl der Betroffenen weist im Verlauf über drei Monate ein spontanes Nachlassen der psychischen Symptomatik auf (Mayou et al., 1993). Untersuchungen von Frommberger et al. (1998) an Verkehrsoptionen mit Krankenhausbehandlung aufgrund von Knochenbrüchen zeigten, daß 18,4% der Betroffenen nach 6 Monaten die Kriterien einer PTB erfüllten. Andere Autoren beschreiben zum Teil höhere Prävalenzen einer PTB von bis zu 39,2% nach einem Verkehrsunfall (Blanchard et al., 1995; Ehlers et al., 1998). Die Entwicklung einer PTB-Symptomatik war abhängig von der Schwere der Verletzung und des Unfallereignisses, von vorhergehenden emotionalen Störungen (Blanchard et al., 1995), der Persönlichkeitsstruktur sowie davon, ob bereits wenige Tage nach dem Unfallereignis Angstsymptome oder Depressionen auftraten. Unbehandelte psychologische Folgen wie das Auftreten einer PTB verlängerten zudem den Krankenhausaufenthalt und erhöhten die Kosten. Bei einer frühen Beurteilung können somit die PTB-gefährdeten Personen identifiziert und einer präventiven Behandlung zugeführt werden. Inadäquate Bewältigungsstrategien, fortbestehende medizinische Probleme und Grübeln spielen bei der weiteren Persistenz einer PTB eine wichtige Rolle (Ehlers et al., 1998). Einbezogen werden muß, daß viele Opfer nach Versorgung ihrer Unfallfolgen erst nach Entlassung aus der Akutklinik oder Reha-Klinik manifeste Symptome im Sinne einer PTB entwickeln, da sie während dieser Zeit kaum durch adäquate Stimuli an das Unfallgeschehen erinnert werden (Burstein, 1989).

In einer Studie von Green et al. (1993) zeigen unbehandelte Betroffene 18 Monate nach dem Unfallereignis zu 25% ein klinisch relevantes Bild der PTB, so daß die posttraumatische Belastungsreaktion einen bedeutenden Faktor für eine Arbeitsunfähigkeit darstellt.

## Prognostisch günstige Faktoren bei der Therapie

Anhand empirischer Untersuchungsbefunde gibt es für Personen, die besser auf therapeutische Maßnahmen ansprechen, individuelle Verhaltensstrategien, die den positiven Verlauf nach durchlebtem Trauma-Ereignis fördern (Gromus, 1998):

Abb. 3



- Relativ schnelle Öffnung gegenüber anderen, besonders gegenüber vertrauten Personen nach dem Traumaereignis
- Gute Beziehungen zur eigenen Familie
- Fähigkeit, sich eigenständig Unterstützung zu holen
- Soziale Umgebung, die eine Verarbeitung von Trauer, Depression, Wut zuläßt und individuelle Bewältigungsstrategien unterstützt
- Familie und Freunde, die keine sekundäre Traumatisierung vornehmen (z.B. Opfer für das Geschehen verantwortlich machen)

Besonders bei Sexualdelikten, die das Trauma der sexuellen Gewalt und einen erlebten Autonomieverlust hervorrufen, gibt es bewußt und kontrolliert einsetzbare Bewältigungsstrategien, die dem weiteren Verlauf des traumatischen Beschwerdebildes förderlich sind:

- Ausdrücken von Gefühlen, Reden über das Trauma
- Kontrolle der Intrusionen („Flashbacks“) durch kognitive Strategien
- Planung und Durchführung von Aktivitäten, welche die Alltagsstruktur stärken
- Treffen präventiver Vorsichtsmaßnahmen
- Erlernen von Selbstbehauptungsstrategien
- Suchen von Erklärungen für das Trauma-Ereignis, die nicht in der eigenen Person liegen. Unbestritten ist, daß akute Störungen eine bessere Prognose als chronische Störungen (Erkrankungen) aufweisen.

## Präventive Maßnahmen

Wenn sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt ein Opfer bzw. ein Betroffener aus eigenem Antrieb in professionelle Behandlung begibt, besteht in der Regel schon eine zum Teil langjährige Chronifizierung der posttraumatischen Belastungsreaktion (Kessler et al., 1998). Unter präventivem Therapieansatz sollte bei gefährdeten Personen eine entsprechende Betreuung jedoch schon vor der Entwicklung einer PTB beginnen.

Da sich eine posttraumatische Belastungsreaktion in der Regel in einem Zeitraum von wenigen Wochen bis hin zu sechs Monaten nach dem durchlebten traumatisierenden Ereignis ausbildet, sollte der Therapiebeginn bezüglich der Streßbewältigung demnach in dem genannten Zeitraum beginnen. Wichtig ist in diesem speziellen Zusammenhang auch, die betroffenen Personen nicht als psychisch Kranke zu stigmatisieren, sondern nachdrücklich und überzeugend zu vermitteln, daß man ihnen im Rahmen der Therapie eine professionelle Hilfestellung geben kann, die Umstände und Folgen des erlebten traumatisierenden Ereignisses zu verarbeiten, um weiterhin eine adäquate Lebensführung betreiben zu können. Angestrebte Therapieziele stellen unter diesem Aspekt u.a. folgende Punkte dar (Gromus, 1998):

- Verarbeitung des traumatischen Erlebnisses
- Stärkung der eigenen Kraft und des Selbstvertrauens; Kontrolle über das eigene Leben
- Entwicklung von Verhaltensstrategien gegen selbstschädigendes Verhalten
- Erlernen neuer Fähigkeiten (statt Hilflosigkeit)
- Verringerung des Schmerzes über die verlorengangene Autonomie
- Stärkung der Selbstakzeptanz (statt Schuld- und evtl. Schamgefühl)

Eine prophylaktische psychologische Betreuung direkt nach dem traumatischen Ereignis wird von den Betroffenen subjektiv als hilfreich erlebt, zeigt aber in den vorliegenden Untersuchungen in Hinsicht auf den weiteren Verlauf über Monate und Jahre hinweg keine klinische Effektivität und somit keine signifikante Reduktion der PTB-Entwicklung (Hobbs et al., 1996; Raphael et al., 1995; Bisson und Deahl, 1994). Demnach erscheinen psychologische Interventionen, die direkt nach dem Trauma einsetzen, als nur wenig wirksam, da die Betroffenen noch unter dem akuten Eindruck des Ereignisses stehen und somit die Anforderungen, die eine therapeutische Intervention beinhaltet, in dieser Phase die Leistungsfähigkeit des Individuums übersteigen. Nach Foa et al. (1995) schlägt sich andererseits eine professionelle Unterstützung, die in einem Zeitraum von 2-4 Wochen nach dem Trauma einsetzt, in einer Reduktion einer nachfolgenden posttraumatischen Symptomatik nieder, so daß hierdurch das Ziel eines präventiven Ansatzes zur Vermeidung einer manifesten PTB gewährleistet ist.

## Erfolgversprechende psychologische Interventionen

Die meisten Personen mit PTB-Gefährdung (aber auch mit manifester PTB) werden aktuell inadäquat therapiert (Kessler et al., 1994; Oswalt et al., 1994). Zur Linderung der Beschwerdesymptomatik begeben sie sich oft in Behandlung von Hausärzten und Psychologen, denen die PTB-Symptome nicht gängig sind. Hieraus resultiert nicht selten eine pharmakologische Behandlung mit Substanzen aus verschiedenen Gruppen, durch welche die o.g. Therapieziele nicht erreicht werden können. Die hierbei am häufigsten angewandten Substanzgruppen sind Anxiolytika und Antidepressiva. Anhand von Studien ist bekannt, daß Anxiolytika zwar die Angstsymptomatik und Übererregbarkeit, nicht aber das Vermeidungsverhalten und die Intrusionen (Wiedererleben des Traumas, „Flashbacks“) günstig beeinflussen. Antidepressiva zeigen bezüglich des Vermeidungs- und Rückzugsverhaltens nur eine inadäquate Wirksamkeit und zeigen nur in Hinsicht auf Schlafstörungen und Intrusionen eine gewisse Effektivität (Solomon et al., 1992).

Basis einer erfolgversprechenden psychologischen Therapie ist, Zeit für die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung zu investieren, da der Therapeut auch auf die aktive Mitarbeit und Eigenverantwortlichkeit der betroffenen Person angewiesen ist. Die Ziele einer psychologischen Therapie bestehen in der Konfrontation des Betroffenen mit relevanten Stimuli, die das Wiedererleben des ursächlich traumatisierenden Ereignis-

ses bewirken. Auch wird das Vermeidungsverhalten verringert und eine Umstrukturierung von inadäquaten kognitiven Strukturen in bezug auf das Trauma-Erleben und die nachfolgende posttraumatische Symptomatik vorgenommen.

Im Vergleich zur pharmakologischen Behandlung und anderen Therapieformen beschreiben Solomon et al. (1992) und Foa et al. (1991 und 1995) insbesondere bei behavioralen (Verhaltenstherapie) Techniken erfolgversprechende Ergebnisse. Einen Schwerpunkt stellt hierbei - unter Anleitung des Therapeuten - die Konfrontation des Betroffenen mit angstauslösenden Erinnerungen, Stimuli und Gedanken dar. Diese kann individuell im Rahmen eines abgestuften oder massierten Vorgehens durch Schilderungen (in sensu) als auch durch eine direkte Konfrontation (in vivo) erfolgen.

Zur Reduktion der PTB-Symptomatik haben sich auch Konfrontationsbehandlungen wie die sog. Augenbewegungsdesensibilisierung (eye movement desensitization) als wirksam erwiesen (Saphiro, 1989; Saphiro, 1995). Diese Methode zeichnet sich dadurch aus, daß sie oft schon nach einem kurzen Behandlungszeitraum Erfolge aufweist. Bei der Konfrontation mit den Erinnerungen an das Trauma folgt der Betroffene hierbei den Fingern des Therapeuten, die dieser schnell und gleichmäßig hin und her bewegt. Nach individueller Häufigkeit dieser Anwendung wird die Erinnerung an das traumatische Ereignis abschließend als nicht mehr so belastend empfunden. Auch sogenannte kognitive Verfahren weisen Erfolge in der Behandlung der PTB auf. Hierbei werden Veränderungen in der eigenen Wahrnehmung von Schuld und Verantwortung für das erlebte Trauma angestrebt. Auch das Entdecken und Aufarbeiten unangemessener und belastender Verhaltensmuster sowie die Restrukturierung des oft stark negativ veränderten Bildes von der eigenen Person sind Bestandteile dieses Behandlungsverfahrens (Foa et al., 1991).

In Untersuchungen hat sich die Effektivität einer spezifischen Therapie bestätigt, da behandelte Personen zu einem geringeren Anteil eine PTB entwickelten (Foa et al., 1995; Andersen, 1998). Eine posttraumatische Symptomatik wirkt sich in der Regel auch auf das soziale Umfeld (Familie, Partner, Angehörige, Freunde u.a.) aus. Diese Personen können durch ihr Verhalten den psychologischen Therapieerfolg maßgeblich beeinflussen, da sie den Betroffenen bei der Konfrontation mit dem traumatisierenden Ereignis sowohl unterstützen als auch behindern. Daraus folgt, daß wichtige Bezugspersonen mit in den therapeutischen Prozeß eingebunden werden sollten (Glynn et al., 1995). In Orientierung an ein stationär und ambulant durchführbares Therapieprogramm (Lundberg-Love, 1989) sollten folgende Therapieinhalte bearbeitet werden:

- Thematisieren des Traumas/der belastenden Aspekte
- Genaue Erinnerung an das traumatische Ereignis und dessen Bewertung
- Bearbeitung der Schäden, die durch das Trauma entstanden sind, durch Aufbau von kommunikativen und sozialen Fertigkeiten
- Spezifische Bearbeitung von Defiziten/Symptomen
- Vermittlung von Entspannungstechniken, um auch dem Streß in der Therapie zu begegnen

Das bereits beschriebene Behandlungsprogramm kann zudem durch weitere Maßnahmen wie Gruppentherapie, Entspannungstechniken, pharmakologische Therapie, Wiedereinführung in das soziale System und ggf. durch eine Berufsförderung ergänzt werden. Auch eine Behandlung möglicher psychischer Begleitsymptome und Erkrankungen (Depressionen, Selbstmordgedanken u.a.) ist parallel erforderlich. Insgesamt existieren viele Behandlungsverfahren, die Personen nach einem erlebten Trauma-Ereignis unterstützen sollen. Nach Ochberg (1995) werden verschiedene Pfeiler der Behandlung beschrieben. Zunächst die Unterrichtung des Opfers hinsichtlich des Traumas und seiner Folgen durch psychologische Techniken. Als nächstes die Besserung der ganzheitlichen Verfassung inkl. körperlichem Training, Ernährung, geistigem Training und Humor. Des Weiteren wird die soziale Integration und soziale Bindung gesteigert, wobei Gruppen- und Familientherapie typische Aspekte dieses Behandlungspfeilers darstellen.

## Resümee

Der Anteil von Personen, die während ihres Lebens mindestens einmal einer traumatisierenden Situation ausgesetzt waren, die potentiell eine PTB auslösen kann, ist nach Aussage repräsentativer Studien (Resnick et al., 1993; Kessler et al., 1994) hoch. Die Gefährdung, während seines Lebens aufgrund des erlebten Traumas auch eine posttraumatische Belastungsreaktion zu entwickeln, wird in diversen Untersuchungen insgesamt mit mehr als 10% angegeben. Dieses bedeutet, daß ein großer Teil der Bevölkerung zeitlebens hiervon betroffen ist.

Große Studien belegen, daß zum einen die Prävalenz psychischer Störungen im Sinne der PTB wesentlich größer ist als angenommen und daß zum anderen weniger als 40% der von der PTB betroffenen Personen eine professionelle Hilfe erhalten (Kessler et al., 1994). Eine Studie bei Studenten zeigte, daß diese sich größtenteils selbst bzw. durch Freunde „behandeln“ ließen (Oswald et al., 1995). Wenn man bedenkt, daß ein Drittel dieser Personen einen chronischen Verlauf über mehrere Jahre und weitere psychiatrische Beschwerden aufweist und zudem bei vielen Betroffenen zusätzlich eheliche, finanzielle, berufliche und gesundheitliche sowie gesellschaftliche Probleme hinzutreten, ist einer Bagatellisierung dieses Krankheitsbildes entgegenzutreten.

Resümierend bleibt somit festzuhalten, daß zum einen noch ein großer Aufklärungsbedarf besteht und das therapeutische Angebot bzw. die professionelle Unterstützung, die möglichst schon das Auftreten einer manifesten PTB verhindern bzw. die Bewältigung einer manifesten PTB unterstützen soll, wesentlich erweitert werden muß. Eine weitere Aufklärung über das Krankheitsbild einer PTB erscheint dringend notwendig, um eine frühzeitige psychotherapeutische Behandlung von betroffenen Patienten sicherzustellen. ■

*Literatur bei den Verfassern*