

Fortbildung für Ehrenamtliche

Handout zum

Einführungsreferat: Psychische Traumatisierung

I. Definition eines psychischen Traumas

Ein psychisches Trauma ist ein belastendes Ereignis oder eine Situation von außergewöhnlicher Belastung oder katastrophenartigen Ausmaßes, das bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde (ICD 10). Traumafolgestörungen sind also „normale“ Reaktionen auf „unnormale“ Ereignisse.

Kategorisierung von Traumata:

	Akzidentiell	„Man-made“
Typ I (kurz dauernd)	Naturkatastrophen, Unfälle	Vergewaltigung, kriminelle Gewalt
Typ II (länger dauernd oder wiederholt)	Erdbeben	Inzest, häusliche Gewalt, Geiselhaft, Krieg, Folter, politische Haft

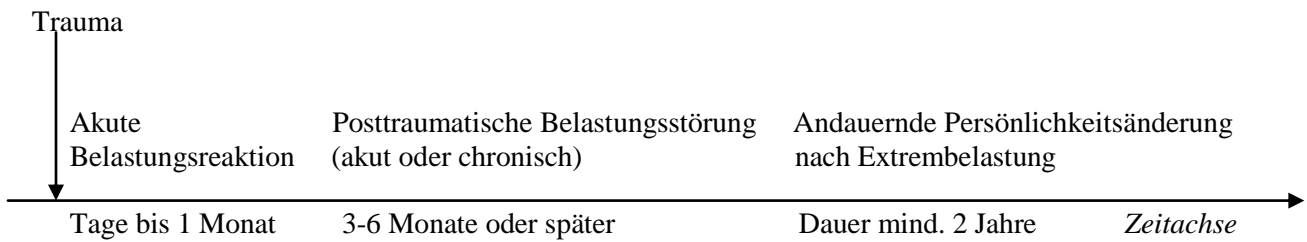
Besonders belastend in solchen Extremsituationen sind u.a. ihre Unvorhersehbarkeit, Unvermeidbarkeit, unabsehbare Dauer, beständige (Lebens-)Gefahr, beständige Ohnmacht, Ächtung der Person, Isolation, Zerstörung des Vertrauens in menschliche Beziehungen, Zerstörung der eigenen Person durch körperliche und psychische Gewalt.

II. Mögliche Reaktionen (Störungsbilder) im Gefolge eines Traumas

Aus der neuropsychologischen Forschung:

Im Gegensatz zur normalen Verarbeitung von Erlebnissen (Wahrnehmung → Informationsverarbeitung → Speicherung als versprachlichte Erinnerung → Integration in die eigene Persönlichkeit) kommt es beim Erleben eines Traumas zur Überlastung des psychischen Apparats: Als Notfallreaktion wird die Informationsverarbeitung abgeschaltet, und das Traumaerlebnis wird unverarbeitet als sensorische Eindrücke (Sehen, Hören, Riechen, Fühlen usw.), fragmentiert und nicht versprachlicht in einer tieferen Hirnregion (Amygdala) „weggesteckt“ und gespeichert. Ähnliche sensorische Reize können aber das Traumaerlebnis ein Leben lang „triggern“, d.h. es taucht wieder auf (Flash back oder Intrusion) und wird nochmals erlebt als fände es gerade statt. Dies bedeutet eine Retraumatisierung, kann zur Verschlimmerung und Chronifizierung führen und dazu, dass immer schwächere Trigger Intrusionen hervorrufen.

Traumafolgestörungen (ICD 10, geordnet nach Beginn und Dauer):



III. Genauere Betrachtung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS oder PTSD)

Kriterien nach ICD 10:

Trauma z.B. Typ I oder Typ II, man-made oder akzidentiell

Intrusionen z.B. unwillkürliche, meist bildhafte Erinnerungen,
Alpträume
Flash backs Angst
(jeweils verbunden mit Angst und vegetativen Reaktionen)

Vermeidung z.B. Vermeiden von Gedanken oder Gesprächen über das Ereignis
Amnesie
Interessenverlust und Rückzugsverhalten
Entfremdungsgefühle
Einengung von Gefühlen
Einengung von Zukunftsperspektiven

Übererregung z.B. Schlafstörungen
Reizbarkeit und Impulsdurchbrüche
Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen
Schreckhaftigkeit und erhöhte Wachsamkeit/Misstrauen

IV. Weitere traumaassoziierte Störungen

Nach einer Traumatisierung können folgende Krankheitsbilder an Stelle oder zusätzlich zur PTBS auftreten; manchmal verdecken sie das Trauma, und es kann dann zu Fehldiagnosen (z.B. „Schizophrenie“) kommen.

- Depressive Störung
- Somatoforme Störung
- Angststörung, Panikattacken
- Dissoziative Störungen, z.B. Amnesie, Fugue, Depersonalisation, DIS
- Zwangsstörung
- Borderline-Störung
- Sucht
- Reaktive Psychose, z.B. Verfolgungswahn, Halluzinationen

V. Behandlung von Traumafolgestörungen

Wichtigste Maßnahme, ohne die alle anderen Bemühungen nicht auf Dauer helfen werden:

- Sicherheit für die Betroffene/ den Betroffenen schaffen (z.B. sichere Umgebung, kein Täterkontakt, keine Abschiebebedrohung). Sonst Gefahr der Retraumatisierung.
- Eindeutige Haltung der Betreuer: Unterstützung und Halt geben, aber gleichzeitig Selbstkontrolle und Autonomie der Betroffenen/des Betroffenen fördern.
- Informationen über die Erkrankung geben (z.B. normale Reaktion auf unnormale Ereignisse, Behandlungsmöglichkeiten)
- Spezifische Psychotherapie: Stabilisierung und Ich-Stärkung der Betroffenen/des Betroffenen über ausreichend lange Zeit; erst danach (eventuell) Traumabearbeitung mit dem Ziel der Integration des Erlebten in den eigenen Lebenszusammenhang. Methoden z.B. PIT (Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie), modifizierte Entspannungsverfahren, Körpertherapien, Gestaltungstherapie, EMDR, Debriefing u.a.
- Medikamentöse Behandlung: Unbefriedigend. Es lassen sich allenfalls einzelne Symptome mildern, z.B. Schlafstörungen oder innere Anspannung und Angst. Aber bei vielen Medikamenten, vor allem Tranquilizern und „typischen“ Schlafmitteln, besteht die Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung! Sie dürfen deshalb nur im Notfall und nur für kurze Zeit verordnet werden. Ohne Suchtpotential, daher auch über längere Zeit einsetzbar und gut wirksam sind neuere Antidepressiva, z.B. SSRI oder Mirtazapin.

Literaturbeispiele

Eberhard O (2011). Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung.
<http://www.eberhard-okon.de/ptsd1.htm>

Koll-Krüsmann Dr. M (2016). Trauma-Awareness und Psychoedukation. Internationale DAAD Akademie

Reddemann L (2001). Imagination als heilsame Kraft. 15. Auflage 2010, Klett-Cotta, Stuttgart

Zito D, Martin E (2016). Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen. Beltz Juventa

