

Alice Sendera · MA

Trauma und in helfende

Erkennen, Vorbeuge

Methoden, Strategie

Alice Sendera

Martina Sendera

Trauma und Burnout in helfenden Berufen

Alice Sendera
Martina Sendera

Trauma und Burnout in helfenden Berufen

Erkennen, Vorbeugen, Behandeln –
Methoden, Strategien und Skills

 Springer

Dr. Alice Sendera

Wiener Gasse 23 - 25/2/8
2380 Perchtoldsdorf, Austria

Dr. Martina Sendera

Wiener Gasse 23 - 25/2/8
2380 Perchtoldsdorf, Austria

ISBN 978-3-7091-1243-4

ISBN 978-3-7091-1244-1 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-7091-1244-1

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag Wien 2013

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

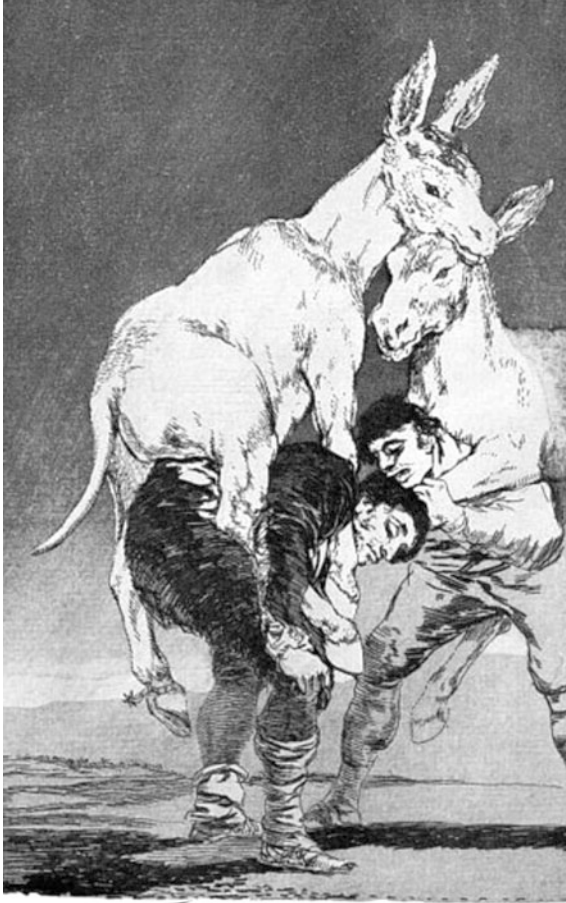
Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Satz und Repro: am productions GmbH, Wiesloch

Einbandentwurf: WMXDesign, Heidelberg

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist ein Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science-Business Media
www.springer.com



Tu que no puedes.

Abbildung Francisco José de Goya y Lucientes

Du weißt nicht mehr wie die Blumen duften,
kennst nur die Arbeit und das Schuften
... so geh'n sie hin die schönsten Jahre,
am Ende liegst Du auf der Bahre
und hinter Dir da grinst der Tod:
Kaputtgerackert – Vollidiot.

Joachim Ringelnatz

Geleitwort

Wie können Helfende in der Behandlung und Begleitung schwer belasteter und traumatisierter Menschen Unterstützung leisten, ohne selbst Schaden zu nehmen oder nachhaltig zu leiden?

Dies ist zentrales Thema des vorliegenden Buches *Trauma und Burnout in helfenden Berufen* von Alice und Martina Sendera.

Extrembelastungen, Bedrohungen, lang dauernde Demütigungen, Qualen oder Missachtungen wirken nicht nur auf unmittelbar Betroffene, sondern können als *Sekundärtraumatisierungen* auch diejenigen erschüttern, die in der Begleitung oder Therapie Betroffener längerfristig damit konfrontiert werden, und so auch ihre Kraft und Fähigkeiten schleichend aufzehren.

Das „*affektive Betroffensein*“ (Schmitz, 2009) von Opfern kann sich auf Helfer ausweiten und sie in doppelter Weise herausfordern:

Zum einen können sie selbst von starken Emotionen, wie Angst, Wut, Hass, Trauer, Verzweiflung, Hilflosigkeit, Mitleid, berührt werden oder aber gerade diese von primär Betroffenen nicht offen erlebten, benennbaren oder kommunizierbaren Emotionen eigenleiblich spüren.

Zum anderen können sie in dem langfristigen Wunsch Betroffener nach verlässlicher Unterstützung, Klärung, Bewältigung und Integration selbst sehr belastet, überfordert und ausgezehrt werden.

Damit stellt sich auch die Frage: Sind Empathie und Mitmenschlichkeit ein Risikofaktor für Helfende, selbst zu leiden und möglicherweise selbst zu erkranken?

Ist es nicht vielleicht viel schonender, den eigenen emotionalen Resonanzraum, das „*affektive Betroffensein*“, zu verschließen und sich stattdessen auf Techniken der Symptomkontrolle und eine eher „*technologische Behandlung*“ von PatientInnen (mit traumatisierenden Erfahrungen) zu konzentrieren?

Oder: Was kann Helfende auf Dauer vor einem Ausbrennen schützen?

Die Antwort auf eine der Schlüsselfragen der Psychotherapie und Begleitung in helfenden Berufen ist in dem vorliegenden Buch eindeutig:

Eigene emotionale Resonanzräume zu verschließen ist kein Modell einer hilfreichen und professionellen Therapie. Symptomkontrolle ist wichtig, aber wirklich heilsam ist die Lebendigkeit einer feinfühligsten, emotionalen, mitmenschlichen und reflektierten therapeutischen Beziehung als wichtigstem therapeutischem Wirkfaktor.

Doch diese Beziehungsgestaltung muss erlernt werden und braucht selbst Anleitung und reflexive Begleitung, Supervision, und: Sie ist erlernbar.

Wir erleben im klinisch-therapeutischen Alltag oft beides: eine überengagierte, identifikatorische, fast emotional verschmelzende Haltung Helfen-

der mit leidenden Menschen, eine „emotionale Infizierung“, einerseits, eine nüchterne, kühle, technologische Wissensanwendung oder eine selbstverliebte „Therapie im luftleeren Raum“ andererseits.

Hilfreiche Therapeuten halten demgegenüber Feinfühligkeit in einem Bindungsangebot an Patienten, und sie halten sie aus. Sie orientieren sich am Lebensalltag von Menschen, und sie helfen zu verstehen, zu klären und zu verändern. Sie reflektieren die Beziehung und die therapeutischen Prozesse, nehmen sich auch selbst wieder zurück, und sie holen sich im Bedarfsfall Hilfe und Unterstützung. Sie setzen sich auch selbst Grenzen der Belastbarkeit und Zumutbarkeit, und sie sind auch demütig.

Psychotherapie ist eine achtsame und gestaltende professionelle und mitmenschliche Beziehung auf Zeit, die manches kann, aber vieles auch nicht kann.

Gegenüber der Psychologisierung und Therapeutisierung vieler Lebensbereiche tut manchmal auch eine Bescheidenheit von Psychologen und Therapeuten gut.

In dem Buch von Sendera/Sendera klingen sechs fundamentale Prinzipien professioneller therapeutischer Arbeit an:

1. das dialektische Prinzip:

Nähe und Distanz, emotionales Involviertsein und reflexive Distanzierung, das Anerkennen von Leidenszuständen wie deren systematische Veränderung, das Arbeiten mit gedanklichen Mustern und mit Emotionen, die Konzentration auf das Erleben von Menschen wie auch eine effektive somatische und pharmakologische Behandlung, sind keine unauflösbaren Gegensätze, kein *Entweder-oder*, sondern dauerhaftes dialektisches Spannungsfeld therapeutischer Arbeit.

2. Achtsamkeit:

Achtsamkeit heißt, die eigene Aufmerksamkeit willentlich und ohne Wertungen auf gegenwärtige Bewusstseinsinhalte zu lenken, diese in der Gegenwart wahrzunehmen, zu beobachten und differenziert zu untersuchen und somit eine tiefere Einsicht in Phänomene des eigenen Erlebens und eigener geistiger, körperlicher und seelischer Aktivität zu gewinnen. Achtsamkeit bedeutet *Gewahrsein im gegenwärtigen Moment*.

Achtsamkeit im therapeutischen Kontext heißt auch, Perspektiven einer *metacognitive awareness* für die Reflexion mentaler Zustände und Prozesse wie auch für die Dynamiken therapeutischer Beziehungen zu nutzen und diese zur Grundlage therapeutischer Interventionen zu machen.

3. Phänomenologie und das Gestaltprinzip:

Das Primat psychotherapeutischer Arbeit ist die Orientierung am subjektiven Erleben von Menschen. Dies schließt Erinnerungen, Wahrnehmungen, Gedanken, Gefühle, Beziehungserleben und vieles mehr ein. Diese subjek-

tive, phänomenologische Seite psychischer, körperlicher und sozialer Prozesse ist das vorrangige Material therapeutischer Arbeit.

Darin und in den Übertragungsbeziehungen werden gleichzeitig Muster, Strukturen, Ordnungsprinzipien und Schemata von Menschen in ihren Außen- und Selbstwahrnehmungen, ihrem Denken, Fühlen und Verhalten sichtbar.

Beispiele etwa sind ein generalisierendes Denken, ein Schwarz-Weiß-Denken, das Knüpfen von Selbstwert an einen eigenen Perfektionismus, abhängige oder vermeidende Beziehungsgestaltungen usw.

Die Orientierung an Phänomenen, das Aufspüren, Verstehen, Klären und Reflektieren von Ordnungsprinzipien und die Integration mehrerer Ebenen seelischen Erlebens und sozialer Beziehungsgestaltungen folgt dem Gestaltprinzip in der therapeutischen Wahrnehmung und im therapeutischen Handeln.

4. Mitmenschlichkeit und Realitätsorientierung:

Therapeutische Beziehungen sind in vielerlei Hinsicht asymmetrische Beziehungen. Ein Betroffener, Patient oder Klient, sucht zur Linderung seiner Beschwerden und einer nachhaltigen Veränderung seines Erlebens und Verhaltens Hilfe bei einem „Experten“. Er/sie teilt sich mit und im Idealfall erarbeitet er/sie mit dem Therapeuten / der Therapeutin Lösungsansätze. Ansonsten folgt der/die Betroffene Anregungen, Empfehlungen und Lösungsansätzen des Therapeuten / der Therapeutin. Der Therapeutin / dem Therapeuten kommt damit auch über Informationsauswahl, Problemfokussierung, Methoden- und Themenauswahl etc. eine große Macht und ein großer Einfluss auf das Leben des Patienten / der Patientin zu.

Diese Asymmetrie einer therapeutischen Beziehung auf Zeit ist nicht aufzulösen, sondern kann nur reflektiert, akzeptiert und auf einer mitmenschlichen, personalen Basis gemeinsam verantwortet werden.

5. das Prinzip der Selbstanwendung:

Was Helfende Patienten empfehlen, sollte auch grundsätzlich für sie selbst gelten.

Schutz vor Überforderung und Überlastung, eigene Ressourcen nutzen und entwickeln, Erholung und Auszeiten, das eigene Leben verbreitern und vertiefen, Grenzen erkennen und akzeptieren, eigene überhöhte Ansprüche, hilfreiche und hinderliche Muster und Schemata erkennen, eigenes Handeln „vom Kopf auf die Füße stellen“, sich Hilfe und Unterstützung holen u. a. ist gerade auch in der Selbstanwendung zentral und präventiv.

6. Lernen, Einsicht und Veränderung:

Wenn Begleitung und Psychotherapie hilfreich und erfolgreich sein wollen, ist damit ein intensiver Lern-, Erfahrungs- und Veränderungsprozess der Helfenden und Therapeuten verbunden.

Neben dem Erkennen und Klären eigener Handlungsmotive, Wissenserwerb, der Fähigkeit, nachzudenken und sich auch selbst in Frage zu stellen, ist die Reflexion gelingender und misslingender Begleitungen unerlässlich. Neben Beschwerden, Symptomen und der Fokussierung auf das „Hier und Jetzt“ ist bedeutsam zu verstehen, wie Menschen, Patienten und Helfende selbst, durch Konzepte, Verhaltensmuster, Strukturen und Schemata geprägt werden und nach ihnen handeln.

Diese zu beachten und zugleich flexibel zu verändern, ist wichtiges Anliegen von Psychotherapie. Psychotherapie bedeutet *prozessual* mehr Flexibilität im Erleben und Verhalten von Menschen zu fördern und *inhaltlich* Menschen mehr Möglichkeiten und damit letztlich mehr Freiheit zu eröffnen.

Das Buch der beiden Autorinnen gibt einen umfassenden und systematischen Überblick über die verschiedenen Begriffe, diagnostischen und differentialdiagnostischen Merkmale und konzeptionellen Grundlagen von singulären und komplexen Traumata, posttraumatischen Belastungsstörungen, Traumafolgerkrankungen, Sekundärtraumatisierungen und ebenso von Burnout, Erschöpfungs- und Verbitterungssyndromen.

Dabei werden jeweils sowohl die Kriterien und Merkmale wie auch die biologischen und psychologischen Grundlagen und Auswirkungen übersichtlich dargestellt.

Trauma und Burnout in helfenden Berufen ist ein Buch aus der Praxis für die Praxis.

Alice und Martina Sendera sind seit vielen Jahren sehr engagiert und erfolgreich in der Aus- und Weiterbildung von Angehörigen verschiedenster Berufsgruppen im psychosozialen Feld tätig, und dies ist auch in diesem Buch spürbar.

Beschäftigten sich die bisher vorliegenden Bücher der Autorinnen hauptsächlich mit dem Verständnis und der Behandlung von Menschen mit emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen, der dialektisch-behavioralen Therapie und dem Skills-Training, greifen Sendera und Sendera in diesem Buch vor allem die Seite der HelferInnen und TherapeutInnen auf.

Vorhandenes theoretisches Wissen aus Psychologie, Neurobiologie, Sozial- und Geisteswissenschaften sowie umfangreiches therapeutisches Erfahrungswissen wird an der therapeutischen Praxis, der Aus- und Weiterbildung sowie an Supervisionen therapeutischer und helfender Arbeit geeicht. Das Buch hebt nicht ab und verliert sich nicht in theoretischen und schulenbezogenen Positionskämpfen, sondern integriert Erfahrungs- und Handlungswissen in das Verständnis einer breiten und fundierten therapeutischen Praxis.

Trauma und Burnout in helfenden Berufen ist als Kompendium und Begleiter für die Aus- und Weiterbildung, wie die Supervision für helfende Berufe, mehr als geeignet.

Wer Alice und Martina Sendera kennt, erkennt in diesem Buch erneut ihr großes und verdienstvolles Engagement für eine solide, wissens- und erfahrungsbasierte, reflektierte und unterstützte therapeutische Arbeit, gerade mit als „schwierig“ geltenden Menschen.

Wissen, Erfahrung, Reflexion, eigene Lebendigkeit und Kreativität, Unterstützung und eigene Bindungssicherheit können vor dauerhafter Überlastung und „Ausbrennen“ schützen. Dies ist ein grundlegender Appell des Buches.

So wünsche ich dem Buch eine weite Verbreitung als Vademekum für Menschen in sogenannten helfenden Berufen.

Und ich freue mich auf die weitere Zusammenarbeit mit den beiden engagierten Therapeutinnen und Autorinnen.

Prim. Prof. Dr. Dr. Dipl. Psych. Andreas Rimmel

Ärztlicher Direktor des Psychosomatischen Zentrums Waldviertel –
Klinik Eggenburg und des Forschungsinstituts EICoN
Eggenburg, im September 2012

Vorwort

Bisher haben sich unsere Bücher immer mit Patienten¹ und deren Problemen beschäftigt.

Im Laufe unserer Arbeit, aber auch durch viele Gespräche bei Supervisionen und Interventionen sind wir immer mehr dazu gekommen, darüber nachzudenken und Erfahrungen zu sammeln, wie es nicht nur den betroffenen und bedürftigen, sondern auch den helfenden Menschen dabei geht. Burnout ist ein Begriff, der in der heutigen Zeit in aller Munde ist, aber auch die Gefahr der Sekundären Posttraumatischen Belastungsstörung in helfenden Berufen darf nicht unterschätzt werden.

Wir haben versucht, in diesem Buch einerseits theoretische Informationen und wissenschaftliche Ansätze zu diesen Themen zu bringen, andererseits auch Strategien, Skills und Übungen darzustellen, die zur Prävention wichtig sind, sowie therapeutische Ansätze und Möglichkeiten bei manifestem Burnout oder Sekundärer PTSD.

*There is a cost to caring*² – sich um andere zu kümmern, hat seinen Preis. Dieses Zitat zeigt uns, dass „Hilfe für Helfer“ nicht nur ein Schlagwort, sondern eine Notwendigkeit ist.

So hoffen wir, dass wir mit diesem Buch alle Berufsgruppen erreichen, die davon profitieren, und den Menschen, die für andere da sind, einen Weg zeigen können, wie sie sich schützen oder auch Hilfe bekommen können.

Wir bedanken uns herzlich beim Team des Springer-Verlages – es ist immer eine Freude, mit Ihnen zusammenzuarbeiten!

Wie immer widmen wir dieses Buch unseren Kindern, die im Laufe unserer Zeit als Autorinnen erwachsen geworden sind und uns bei unserer Arbeit mit Rat und Tat unterstützen.

Wir sind stolz auf Euch!

Alice und Martina Sendera

Perchtoldsdorf, September 2012

-
- 1 Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsneutrale Formulierung verzichtet und alternierend die männliche und weibliche Form verwendet. Das andere Geschlecht ist dabei immer mitgemeint.
 - 2 Figley CR (1995) *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who treat the Traumatized*. Brunner, New York

Inhaltsverzeichnis

1	PTSD – Posttraumatische Belastungsstörung	
1.1	Geschichte	3
1.2	Diagnostik	3
1.3	Definition	5
1.4	Trauma-Klassifikation	5
1.5	Trauma-Folgestörungen	7
1.5.1	Anpassungsstörung.....	7
1.5.2	Komplexe PTSD.....	8
1.5.3	Somatoforme Trauma-Folgestörung.....	9
1.5.4	Komplizierte/Prolongierte Trauerstörung.....	10
1.5.5	Verbitterungsstörung.....	10
1.6	Diagnostische Testverfahren	12
1.7	Epidemiologie	14
1.8	Komorbidität	15
1.9	Differenzialdiagnostik	16
1.10	PTSD in der Begutachtung	17
1.11	Verlauf	18
1.12	Faktoren, die die Entwicklung einer PTSD beeinflussen	18
1.12.1	Risikofaktoren.....	18
1.12.2	Faktoren, die die Symptomatik aufrechterhalten.....	19
1.12.3	Heilungsfördernde Faktoren.....	19
1.13	Veränderung kognitiver Schemata nach traumatischen Erfahrungen	20
1.14	Neurobiologie	21
1.14.1	Regelkreis.....	21
1.14.2	Mnestische Veränderungen.....	22
1.14.3	Neurotransmitter-Systeme (siehe auch Anhang).....	23
1.14.4	Dysregulation der HHN-Achse bei Patienten mit PTSD.....	24
1.14.5	Verlauf bei Extremtraumatisierung und komplexer Traumatisierung.....	25
1.15	PTSD nach somatischen Erkrankungen	26
1.16	Darstellung der wichtigsten Störungsmodelle	26
1.16.1	Kognitive Schema-Theorie.....	26
1.16.2	Kognitiv-dynamisches Konzept.....	27
1.16.3	Interpersonell-soziokognitives Modell.....	28
1.16.4	Netzwerkmodelle.....	28
1.16.5	Lerntheoretische Modelle.....	28
1.17	Therapieformen der PTSD	29
1.17.1	Adjuvante Pharmakotherapie.....	29
1.17.2	Dialektisch-Behaviorale Therapie bei der Komplexen PTSD.....	31
1.17.3	Stabilisation durch Skills-Training nach DBT.....	33

1.17.4	Imaginative Techniken zur Stabilisierung	39
1.17.5	Die Kognitiv-Behaviorale Therapie	40
1.17.6	Die dialektisch emotionsbasierte kognitive Therapie und Skills-Training – ein neuer Ansatz in der therapeutischen Weiterbildung?.....	47
1.17.7	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	59
1.17.8	Die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT)	63
1.17.9	Die Traumazentrierte Psychotherapie	66
1.17.10	Ego-states.....	66
1.17.11	Narrative Verfahren	68
1.17.12	Körperbezogene Therapien	69
1.17.13	Integrative Trauma-Therapie	71
1.17.14	Die Integrative Differenzielle Relaxation (IDR)	73
1.17.15	Differenzielle Trauer- und Trostarbeit.....	73
1.18	Trauma-Therapie und Sucht	74
1.19	Resilienz und posttraumatische Reifung	76
1.20	Forschungs-Status-quo	77
2	Sekundäre Traumatisierung – Besonderheiten der Sekundären Posttraumatischen Belastungsstörung	
2.1	Helfer und Helden	85
2.2	Burnout versus Sekundäre PTSD	85
3	Die akute Belastungsreaktion	
3.1	Symptome	88
3.2	Verhalten	89
4	Das akute Stress-Syndrom	
4.1	Stress-Reaktionen	92
4.2	Ablauf	92
4.2.1	Ablauf bei Posttraumatischer Belastungsstörung und Borderline-Störung... ..	93
4.3	Traumatischer Stress (Zusammenfassung)	94
4.4	Modelle	94
5	Burnout	
5.1	Phasen	104
5.1.1	Phase 1.....	104
5.1.2	Phase 2.....	104
5.1.3	Phase 3.....	105

5.1.4	Phase 4	105
5.1.5	Phase 5	105
5.2	Hauptkriterien	106
5.3	Wichtige Kriterien für zufriedenstellende Arbeitsbedingungen	107
5.4	Strukturelle/hierarchische Gewalt	107
5.5	Emotionen auf dem Weg zum Burnout	108
5.6	Somatische Symptome	109
5.7	Flucht in die Sucht	109
5.8	Flucht in die Distanz	110
5.9	Risikofaktoren	110
5.10	Persönlichkeitsvariable	111
5.11	Differenzialdiagnosen	112
5.12	Stress	113
5.13	Burnout-Modelle	113
5.14	Bore-out	114
6	Besonderheiten einzelner betroffener Berufsgruppen	
6.1	Burnout und Sekundäre PTSD bei Ärzten, Sanitätern sowie in Pflege- und Sozialberufen	116
6.1.1	Frustration im ärztlichen Beruf	117
6.1.2	Das Notfallteam	119
6.1.3	Krankenpflege	121
6.1.4	Sozialarbeit und Sozialpädagogik	124
6.2	Burnout und Sekundäre PTSD bei Feuerwehrleuten	128
6.2.1	Folgen traumatischer Einsätze	130
6.2.2	Freiwillige Feuerwehr	130
6.3	Burnout und Sekundäre PTSD bei Polizei-Einsatzkräften	131
6.4	Burnout und Sekundäre PTSD bei Psychotherapeuten und Seelsorgern	135
6.4.1	Selbsterfahrung und Eigentherapie in der Psychotherapieausbildung	141
6.5	Seelsorge	143
6.6	Freiwillige Helfer	148
7	Psychohygiene, Prävention und Therapie	
7.1	Prävention	150
7.1.1	Primäre Prävention	150
7.1.2	Sekundäre Prävention	173
7.1.3	Tertiäre Prävention	178

8 ANHANG I – Kurzer Überblick über die Anatomie und Neurobiologie des Nervensystems

8.1	Das Nervensystem	180
8.2	Das sensomotorische System	180
8.3	Das vegetative Nervensystem (VNS)	182
8.3.1	Der Hypothalamus	182
8.4	Das Gehirn	182
8.4.1	Das Großhirn	182
8.4.2	Das Kleinhirn	183
8.4.3	Das Zwischenhirn	184
8.4.4	Der Hirnstamm	184

9 ANHANG II – Zusammenfassung der für das neurobiologische Verständnis der PTSD wichtigsten Strukturen

9.1	Das limbische System	188
9.1.1	Der Mandelkern (Nucleus Amygdalae, Amygdala)	188
9.1.2	Der Hypothalamus	189
9.1.3	Der Hippocampus	190
9.1.4	Der präfrontale Kortex	191
9.1.5	Nervenzellen	191
9.1.6	Neurotransmitter	192

10 ANHANG III – Begriffe

10.1	Coping	196
10.2	Dissoziation	197
10.2.1	Formen der Dissoziation	197
10.3	Empathie	198
10.4	Flashbacks und Intrusionen	199
10.5	Gedächtnis	199
10.6	Hyperarousal und Freezing	200
10.7	Kindling	200
10.8	Konversion	200
10.9	Resilienz – der Wille zu überleben	201
	Literaturverzeichnis	204
	Stichwortverzeichnis	213

PTSD – Posttraumatische Belastungsstörung

- 1.1 Geschichte – 3
- 1.2 Diagnostik – 3
- 1.3 Definition – 5
- 1.4 Trauma-Klassifikation – 5
- 1.5 Trauma-Folgestörungen – 7
 - 1.5.1 Anpassungsstörung – 7
 - 1.5.2 Komplexe PTSD – 8
 - 1.5.3 Somatoforme Trauma-Folgestörung – 9
 - 1.5.4 Komplizierte/Prolongierte Trauerstörung – 10
 - 1.5.5 Verbitterungsstörung – 10
- 1.6 Diagnostische Testverfahren – 12
- 1.7 Epidemiologie – 14
- 1.8 Komorbidität – 15
- 1.9 Differenzialdiagnostik – 16
- 1.10 PTSD in der Begutachtung – 17
- 1.11 Verlauf – 18
- 1.12 Faktoren, die die Entwicklung einer PTSD beeinflussen – 18
 - 1.12.1 Risikofaktoren – 18
 - 1.12.2 Faktoren, die die Symptomatik aufrechterhalten – 19
 - 1.12.3 Heilungsfördernde Faktoren – 19
- 1.13 Veränderung kognitiver Schemata nach traumatischen Erfahrungen – 20

1.14 Neurobiologie – 21

- 1.14.1 Regelkreis – 21
- 1.14.2 Mnestiche Veränderungen – 22
- 1.14.3 Neurotransmitter-Systeme (siehe auch Anhang) – 23
- 1.14.4 Dysregulation der HHN-Achse bei Patienten mit PTSD – 24
- 1.14.5 Verlauf bei Extremtraumatisierung und komplexer Traumatisierung – 25

1.15 PTSD nach somatischen Erkrankungen – 26

1.16 Darstellung der wichtigsten Störungsmodelle – 26

- 1.16.1 Kognitive Schema-Theorie – 26
- 1.16.2 Kognitiv-dynamisches Konzept – 27
- 1.16.3 Interpersonell-soziokognitives Modell – 28
- 1.16.4 Netzwerkmodelle – 28
- 1.16.5 Lerntheoretische Modelle – 28

1.17 Therapieformen der PTSD – 29

- 1.17.1 Adjuvante Pharmakotherapie – 29
- 1.17.2 Dialektisch-Behaviorale Therapie bei der Komplexen PTSD – 31
- 1.17.3 Stabilisation durch Skills-Training nach DBT – 33
- 1.17.4 Imaginative Techniken zur Stabilisierung – 39
- 1.17.5 Die Kognitiv-Behaviorale Therapie – 40
- 1.17.6 Die dialektisch emotionsbasierte kognitive Therapie und Skills-Training – ein neuer Ansatz in der therapeutischen Weiterbildung? – 47
- 1.17.7 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) – 59
- 1.17.8 Die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT) – 63
- 1.17.9 Die Traumazentrierte Psychotherapie – 66
- 1.17.10 Ego-states – 66
- 1.17.11 Narrative Verfahren – 68
- 1.17.12 Körperbezogene Therapien – 69
- 1.17.13 Integrative Trauma-Therapie – 71
- 1.17.14 Die Integrative Differenzielle Relaxation (IDR) – 73
- 1.17.15 Differenzielle Trauer- und Trostarbeit – 73

1.18 Trauma-Therapie und Sucht – 74

1.19 Resilienz und posttraumatische Reifung – 76

1.20 Forschungs-Status-quo – 77

Menschen in helfenden Berufen sind, nach wissenschaftlichen Erkenntnissen und aus Erfahrung heraus, gefährdet, ebenfalls traumatisiert zu werden und, bei fehlenden Ressourcen, mangelnder Information, aber auch persönlichkeitsabhängig, an einer sogenannten Sekundären Posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken oder Burnout zu entwickeln. Um die Entwicklung, Symptome, innere sowie äußere Faktoren und therapeutische Möglichkeiten zu erklären, haben wir das Kapitel der Posttraumatischen Belastungsstörung vorangestellt und gehen anschließend auf die Besonderheiten der Sekundären Posttraumatischen Belastungsstörung, Burnout und Stress-Syndrom sowie auf die Besonderheiten und Bedürfnisse der einzelnen Berufsgruppen ein.

1.1 Geschichte

Sigmund Freud und Josef Breuer beschrieben mögliche Traumafolgen in ihren Studien über Hysterie als Unterklasse derselben. Ende des 19. Jahrhunderts beschrieb Emil Kraepelin die Schreckneurose bei Opfern von Unfällen und Feuersbrünsten. Im letzten Jahrhundert gab es viele verschiedene Bezeichnungen, nach dem Ersten Weltkrieg sprach man von Granatfieber, Kriegszittern, *battle fatigue* oder Kriegsneurosen. Leider gab es damals nicht nur keine adäquate Hilfe für die Betroffenen, sondern man behandelte sie als Feiglinge mit Verachtung. Sogar Erschießungen wegen Feigheit waren an der Tagesordnung. Der Psychiater William Nierenland bezeichnete die Symptome der Menschen nach Verfolgung und KZ-Inhaftierung als *Überlebendensyndrom*, bei Prozessen und Gutachten konservativer deutscher Psychiater wurde den Überlebenden jedoch kaum Krankheitswertigkeit attestiert. Der Ausspruch Eislers

Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben?

zeigt die Einstellung der Psychiatrie zu dieser Zeit. Erst 1965 wurde von den Gerichten in Deutschland die Möglichkeit eingeräumt, dass zwischen den Kriegsverbrechen und Verfolgungen und den Symptomen der Betroffenen ein Zusammenhang bestehen könnte.

Im DSM-III findet 1980 die Posttraumatische Belastungsstörung erstmals Erwähnung im Sinne einer anerkannten Diagnose.

1.2 Diagnostik

Die PTSD ist ein schwerwiegendes psychisches Störungsbild nach besonders belastenden Ereignissen, wie Unfällen, Katastrophen, Gewalt- oder Missbrauchs-Erfahrung.

Diese auslösenden Ereignisse sind charakterisiert durch die direkte Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit des Betroffenen selbst oder einer anderen Person, verbunden mit intensiver Angst, Entsetzen und Hilflosigkeit.

Teile des Traumas können im Wachzustand oder Schlaf wieder erlebt werden, verbunden mit massivem körperlichem Missempfinden wie Herzrasen, Blutdruckkrisen, Übelkeit. Dieses intrusive Wiedererleben zeigt sich in Bildern, akustischen Sensationen oder anderen Eindrücken des Traumas und kann sowohl im Wach- als auch im Schlafzustand auftreten. Die inneren Bilder können zu einer massiven Überflutung führen und den Patienten nachhaltig belasten.

Diese Erscheinungen können mit typischem Vermeidungsverhalten beziehungsweise emotionaler Taubheit (*numbness*) verbunden sein, da die Patienten alles versuchen, um nicht mehr an das Trauma denken zu müssen und die Überflutungen zu vermeiden. Im Extremfall kommt es zu dissoziativen Zuständen (siehe Anhang: Dissoziation) und sozialem Rückzug.

Unter **numbing** versteht man die begleitende Verarmung der Gefühle und das Gefühl der Entfremdung.

Symptome der vegetativen Übererregbarkeit (**Hyperarousal**) sind Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, vermehrte Schreckhaftigkeit mit oft heftiger Reaktion und Reizbarkeit.

Der Körper reagiert bei Patienten mit PTSD auch dann mit, wenn die Betroffenen den Zusammenhang gar nicht erkennen. Die Erregungsschwelle des autonomen Nervensystems ist niedriger als bei nicht Traumatisierten, das heißt, die Erregung entsteht bereits bei geringeren Belastungen, rascher, heftiger und nachhaltiger.

Unter **Hypervigilanz** versteht man die erhöhte Wachsamkeit gegenüber allen Reizen und die entsprechenden Reaktionen darauf.

Bereits kurz nach der Traumatisierung können typische Symptome, zusammen mit dissoziativen Erscheinungen wie Amnesie, Derealisation und Depersonalisation im Sinne einer Akuten Belastungsreaktion auftreten.

Psychische Reaktionen unmittelbar nach und innerhalb eines Zeitraumes von einem Monat nach dem Trauma fallen unter die Diagnosen **Akute Belastungsreaktion** ICD-10¹: (F43.0) und **Akute Belastungsstörung** (DSM-IV²: 308.3)

Fünf Hauptkriterien:

- Trauma-Erlebnis
- Dauer der Symptome mehr als ein Monat
- Intrusives unwillkürliches Wiedererleben

1 Dilling H, Mambour W, Schmidt MH (Hrsg) (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Huber, Bern

2 APA – American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV). APA, Washington DC

- Umfassendes, auf das Trauma bezogenes Vermeidungsverhalten und emotionaler Taubheitszustand (numbness)
- Autonom-nervöse Übererregbarkeit, Hyperarousal, Hypervigilanz

1.3 Definition

Die Kriterien der PTSD werden im DSM-IV beziehungsweise ICD-10 erfasst, wobei die Diagnosekriterien im DSM-IV wesentlich enger gefasst sind und das subjektive Erleben im Vordergrund steht.

Ein Trauma ist definiert als kurz oder lang anhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde (ICD-10)

Nach DSM-IV ist ein Trauma ein Ereignis oder besteht aus mehreren Ereignissen, die eine Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr für eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit beinhalten (A1-Kriterium)

Das DSM-IV unterscheidet zwischen A1- und A2-Kriterien. A1 umfasst das objektive Erleben, A2 die subjektive Erlebniskomponente.

Die Reaktion der Person umfasst intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen (A2-Kriterium).

Laut Definition müssen beide Kriterien erfüllt sein, Ausnahmen (A2-Kriterium fehlt) gibt es bei Kindern und Jugendlichen, bei wiederholter Gewalterfahrung, bei peritraumatischer Dissoziation (veränderter Bewusstseinszustand während des Traumas) und bei trainierten professionellen Helfern und Einsatzkräften.

1.4 Trauma-Klassifikation

Man unterscheidet zwischen

- akzidentellen (zufälligen) Traumata wie zum Beispiel Verkehrsunfällen, Naturkatastrophen oder
- interpersonellen Traumata (menschlich verursacht, auch als *man made* bezeichnet) wie zum Beispiel bei Gewalt- oder Missbrauchs-Erfahrung.
- Von medizinisch bedingten Traumata spricht man z. B. bei akuten lebensgefährlichen Erkrankungen, chronisch malignen Erkrankungen, schwerwiegenden medizinischen Eingriffen.

Es hat sich gezeigt, dass interpersonelle Traumata und länger anhaltende Traumata am stärksten beeinträchtigen.

Ein **Typ-I-Trauma** findet einmalig und kurzfristig statt, es besteht meist akute Lebensgefahr, das Ereignis kommt plötzlich und überraschend.

Ein **Typ-II-Trauma** findet mehrfach und/oder langfristig statt, besteht aus Serien traumatischer Einzelereignisse.

Beispiele:

Herr B. ist Rettungsfahrer. Vor sieben Monaten hatte er während eines Einsatzes einen schweren Verkehrsunfall, bei dem der andere Verkehrsteilnehmer schwer verletzt wurde und der zu transportierende Kranke verstarb, er selbst und alle anderen Beteiligten blieben nahezu unverletzt. Bei der nachfolgenden Untersuchung des Unfallherganges konnte Herrn B. kein schuldhaftes Verhalten angelastet werden. Trotzdem wird er seither von Schuldgefühlen und Ängsten geplagt. Er kann kaum eine Nacht durchschlafen, hat Alpträume, ist nervös und hat Panik, wieder ein Rettungsauto zu steuern. Immer wieder durchlebt er den Unfall und grübelt darüber nach, wie er den Unfall vermeiden hätte können ...

PTSD nach Typ-I-Trauma

Herr L. war als Kind sehr dick. Er wurde deswegen von seinen Mitschülern verspottet und gequält. Er gab oft sein ganzes Taschengeld dafür her, um in Ruhe gelassen zu werden. Er hatte während dieser Zeit oft schreckliche Träume, wo ihn Monster vernichten wollten, und er nässte dann vor Angst ein. Seine Eltern nahmen die Probleme nicht ernst, ihnen war nur wichtig, dass er gute Noten heimbrachte. Er erinnert sich noch heute an diese schlimme Zeit.

Heute hat er eine verantwortungsvolle Position im Verwaltungsdienst, doch noch immer leidet er unter Angstzuständen, hat nach wie vor Alpträume, fühlt sich für alles verantwortlich, sucht die Schuld immer bei sich, zeigt einerseits ein extrem devotes Verhalten und neigt andererseits zu Impulsdurchbrüchen. Zunehmend versucht er mit Alkohol seine Probleme zu bewältigen.

PTSD nach Typ-II-Trauma

Das Bild der PTSD spielt sich auf vier Ebenen ab:

- der **kognitiven Ebene**, auf der die Interpretationen des Ereignisses und die typischen dysfunktionalen Bewertungen stattfinden; zum Beispiel: Ich bin an allem schuld, ich hätte es *verhindern* müssen, alles ist verloren
- der **affektiven Ebene**, wobei vor allem bei Missbrauchsopfern die Gefühle Schuld und Scham vorherrschen
- der **Handlungsebene**, wo die Patienten verschiedenste Strategien anwenden, um Erinnerungen und Gedanken an das Trauma zu vermeiden; zum Beispiel: Gedankenunterdrückung, Vermeidung, Rumination (Grübeln)
- der **vegetativen Ebene**, mit erhöhter Reagibilität auf traumarelevante Reize, erhöhter Erregbarkeit und Schreckhaftigkeit

1.5 Trauma-Folgestörungen

Im DSM-IV wird die PTSD den Angststörungen, im ICD-10 den Belastungsstörungen zugeordnet.

1.5.1 Anpassungsstörung

Die Anpassungsstörung wurde von vielen Behandlern als Verlegenheitsdiagnose angesehen, da die Diagnose durch Ausschluss anderer Störungen erstellt wird und nicht durch eine eigene Symptomatik.

Maerker et al.³ haben folgende Kernsymptome definiert:

- Kernsymptome der Intrusion
- Vermeidung und Fehlanpassung
- Konzentrationsstörungen
- Angst, depressive Verstimmung
- Störung der Impulskontrolle

Die Symptome dauern sechs Monate bis maximal zwei Jahre (für den depressiven Subtyp) an.

Als Auslöser finden sich oft Lebensereignisse wie Trennung, Scheidung, Mobbing am Arbeitsplatz u. v. m.

Von der **akuten Belastungsstörung (ABS)** spricht man bis zur vierten Woche nach dem Ereignis. Es kommt zu Intrusionen, *Hyperarousal* und Vermeidungsverhalten, diagnostisch müssen mindestens drei der folgenden dissoziativen Symptome vorliegen:

- emotionale Taubheit
- Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung
- Derealisation
- Depersonalisation
- dissoziative Amnesie

Man spricht auch von einer sogenannten *Psychischen Schocksymptomatik*. Ein Zusammenhang mit der Entwicklung einer PTSD ist nicht bewiesen.

3 Maerker A, Einsle F, Köllner V (2007) Adjustment disorders as stress response syndromes. A new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology* 40:135–146

1.5.2 Komplexe PTSD

Für das komplexe Erscheinungsbild nach lang andauernder frühkindlicher oder in der Adoleszenz erlebter Traumatisierung wird in den USA der Ausdruck **DESNOS** (*Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified*) verwendet, entsprechend der **Komplexen posttraumatischen Belastungsstörung** nach DSM-IV.

Die beschriebenen Symptome überschneiden sich teilweise mit denen der Borderline-Persönlichkeitsstörung, entsprechende Studien dazu sind noch ausständig.

Andere Bezeichnungen wären **andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung** oder **Entwicklungs-Traumastörung** (*developmental trauma disorder*).

Van der Kolk⁴ beschreibt die Kriterien der anhaltenden Fehlregulation der Entwicklungs-Traumastörung folgendermaßen:

- gestörte Affekt- und Impulsregulation, Selbstschädigung
- Somatisierungsphänomene
- kognitive Veränderungen von Aufmerksamkeit und Bewusstsein (Dissoziation, Amnesien, Depersonalisation)
- interpersonelle Veränderungen (Rachepfantasien, dysfunktionale Wahrnehmung des Täters, Schwierigkeiten in nahen Beziehungen, mangelndes Vertrauen)
- Selbstbild-Veränderungen (beeinträchtigt Identitätsgefühl, Schuld, Scham) veränderte Erwartungen – sozio-kognitive Muster beinhalten Selbst- und Fremdbeschuldigungen, Verlust der Erwartung, geschützt zu sein, des Vertrauens, der Erwartung sozialer Gerechtigkeit und die Überzeugung, immer wieder zum Opfer zu werden

Dissoziative Symptome treten bei Patienten mit Komplexer PTBS als Derealisation, Depersonalisation, Fugue oder Amnesie auf. Diese Reaktionen sind nach Sack (2004) automatisiert und schützen Betroffene vor Überforderungen und starken Belastungen, sie können jedoch das Alltagsleben der Patienten massiv beeinträchtigen.

Als wichtiger Problembereich wird das Fehlen einer Zukunftsperspektive beschrieben. Fehlendes Interesse an der Gestaltung des eigenen Lebens, Resignation und zerstörte Werte sind Folgen der Traumatisierung.

Nach Sack ähneln die Symptome der Komplexen PTBS jenen der andauernden Persönlichkeitsveränderungen nach Extrembelastung.

4 Van der Kolk B (2005) Developmental trauma disorder. Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals* 35:979–987