

# Psychotraumatologie – der Stand des Wissens und die Versorgungslage

Arne Hofmann

## Zusammenfassung

In den vergangenen 20 Jahren hat sich das Verständnis von Traumafolgestörungen, besonders der posttraumatischen Belastungsstörung, erheblich verbessert. Bei der nach stark belastenden Ereignissen auftretenden Störung werden subkortikale Zentren der Stressregulation verändert und damit auch die Regulation späterer Stressoren beeinträchtigt. Die Störung ist durch übliche psychotherapeutische Verfahren nur sehr begrenzt beeinflussbar, weshalb sie lange auch als kaum behandelbar galt. Durch einige seit den 90er-Jahren neu entwickelte psychotherapeutische Behandlungsverfahren hat sich die Situation auch im klinischen Bereich sehr verbessert. Trotz eines erheblichen Nachholbedarfes in diesem Bereich in Deutschland wird bislang im Wesentlichen ein umsichtiger Gebrauch des Traumabegriffes gewahrt und so einer unkritischen Ausweitung vorgebeugt. Problemfelder trotz dieser insgesamt positiven Entwicklung bleiben: die immer noch sehr schwierige Behandlung komplexer, meist in der Kindheit entstandener, Traumastörungen sowie die für ein reiches Land wie Deutschland kaum nachvollziehbare Unterversorgung schwer traumatisierter Kinder und Jugendlicher.

## Schlüsselwörter

posttraumatische Belastungsstörung, PTBS, EMDR, Anpassungsstörung, Versorgung, komplexe PTBS, traumatisierte Kinder

## Einleitung

Psychische Traumatisierung, also seelische Verletzungen, nach lebensbedrohlichen Ereignissen, haben die Menschen schon immer beschäftigt. In der Umgangssprache heißt es zum Beispiel dann, dass ein Mensch an einem solchen Ereignis „zerbricht“, oder ein entsprechendes Ereignis „nicht verkraftet hat“. Einen Spiegel solcher Reflexionen bieten die Romanliteratur und Filme wie zum Beispiel einige Filme von Alfred Hitchcock. Man kann daher nicht sagen, dass die Beschäftigung mit dem Thema psychischer Traumatisierungen neu wäre. Neu hingegen ist, dass die Wissenschaft sich seit Mitte des 20. Jahrhunderts – mit einigen wechselvollen Kehrtwendungen – wieder zunehmend des Themas „Psychische Traumafolgestörungen“ angenommen hat. Diese Zuwendung hat, vor allem seit der Einführung der Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) 1980 in die DSM-III (dem diagnostischen statistischen Manual der amerikanischen psychiatrischen Fachgesellschaft), zu einer großen Welle systematischer Forschungsarbeiten und auch zu dem Entstehen neuer wissenschaftlicher Fachgesellschaften geführt.

Hauptauslöser waren dabei Tausende aus dem Vietnamkrieg zurückkehrender, seelisch traumatisierter junger Soldaten in den Vereinigten Staaten, die vor allem durch ihre Suchtneigung und antisoziale, zum Teil gewalttätige Tendenzen auffällig wurden. Gleichzeitig belegte eine größere Zahl von wissenschaftlichen Arbeiten, wiederum überwiegend aus den USA, dass sexuell missbrauchte und vergewaltigte Frauen – ähnlich wie die Soldaten – an schlagartig auftretenden Erin-

nerungen an belastende Ereignisse litten, eine zunehmende Vermeidung von Dingen entwickelten, die sie an diese Ereignisse erinnerten, sowie Symptome einer chronischen Übererregung wie z.B. Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit und Konzentrationsprobleme aufwiesen.

Die Folge dieser Forschungsarbeiten war, dass man besser verstand, warum diese Menschen von bislang üblichen Therapieformen so wenig profitieren konnten und man sie bis in die 90er-Jahre hinein als kaum behandelbar ansah. Grund für diese relative Behandlungsresistenz schien eine biologische Komponente der Störung – sozusagen ein „biologischer Anker“ – zu sein, der bewirkte, dass viele PatientInnen nach einer abgeschlossenen psychotherapeutischen Behandlung sagen konnten: „ich verstehe dies alles jetzt besser“, oder „ich kann jetzt besser damit umgehen“, aber wenn man sie genauer zu dem Erlebnis befragte, stellten sie fest: „der Schmerz ist immer noch da.“ Vor allem in den frühen 90er-Jahren entstanden in der Folge der zunehmenden wissenschaftlichen Aufmerksamkeit eine Reihe von neuen traumaspezifischen Behandlungsmethoden, die bis heute die Situation für viele dieser Betroffenen deutlich verbessert haben.

## Studienlage

Es waren vor allem wissenschaftliche Studien in zwei Bereichen, die die Lage der psychisch Traumatisierten veränderten: Zum einen waren es **Studien zu den biologischen Grundlagen der posttraumatischen Belastungsstörung** und verwandter Störungen sowie andererseits **Studien, die sich mit der Wirksamkeit spezieller psy-**

**chotherapeutischer Methoden bei derartig traumatisierten PatientInnen** auseinander setzen.

**Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).** Systematische Studien konnten zeigen, dass die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), die prototypisch für die Traumafolgestörungen steht, durch ein Versagen der normalen Stressantwort ausgelöst wird (Yehuda 2002). In einer Situation, in der eine außergewöhnliche Bedrohung katastrophalen Ausmaßes auftritt, die beinahe bei jedem tief greifende Verzweiflung auslösen würde (so lautet die ICD-10-Definition), wird eine Kaskade biologischer Veränderungen, vor allem im Gehirn der Betroffenen, ausgelöst. Das führt häufig zum Auftreten eindringlicher Erinnerungsfragmente, die mit dem belastenden Erlebnis verbunden sind und die im Alltag spontan und störend auftreten z.B. als Bilder, Gefühle, Gerüche oder akustische Eindrücke. Weiterhin treten eine sympathikusbedingte Übererregungssymptomatik auf sowie eine zunehmende Vermeidung von Reizen, die an das Ereignis erinnern und die Symptomatik verstärken.

Während bei den meisten Menschen stark belastende Erlebnisse auch bei einem kurzzeitigen Versagen der normalen Stressantwort letztlich nach kurzer Zeit wieder zu einer Erholung führen, scheint es bei denen, die nach einem derart belasten Ereignis chronisch erkranken, nicht nur zu einer Veränderung der Erregung, sondern zu persistierenden Veränderungen der Erregungsmodulation zu kommen. Diese Veränderungen finden neurobiologisch vor allem im so genannten limbischen System des Gehirns statt, das auch wichtige Teile des Schutz- und Verteidigungssystem des Gehirns beinhaltet und z.B. eine Flucht bzw. Kampfreaktion bewirken kann.

So kommt es beim Auftreten von Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung zu einer Überaktivierung der beidseitigen Mandelkerne (Amygdala), die an der affektiven Repräsentation von Erinnerungen zentral beteiligt sind. Von den Mandelkernen beeinflusst kommt es auch zu einer Übererregung der Stammhirnsysteme der Katecholaminregulation, die normalerweise das

Aufmerksamkeits- und Erregungsniveau regulieren. Gleichzeitig werden höhere zentrale Strukturen wie der Hippokampus und Teile des frontalen Kortex, die in der Einordnung und Konsolidierung von Erinnerungen eine wichtige Rolle spielen, nachweislich in ihrer Aktivität reduziert. Das Muster entspricht so einer limbischen und sympathikotonen Übererregung bei gleichzeitiger Unterdrückung differenzierender und erregungsmodulierender, vor allem frontaler Gehirnanteile. Die Erinnerung an das auslösende Ereignis bleibt dadurch meist fragmentiert, die Verarbeitung der Erinnerungsinformation ist blockiert und von den übrigen Informationen so abgesondert, dass einige Forscher sogar von einem speziellen **Traumagedächtnis** sprechen.

Glücklicherweise kommt es selbst bei den Menschen, die nach einem belastenden Erlebnis eine derartige Störung entwickeln, in den meisten Fällen zu einer spontanen Heilung, indem sich die beschriebene Veränderung der zentralen Erregungsmodulation wieder ohne äußere Intervention zurückbildet. Der Mechanismus der starken Tendenz zur „Selbstheilung“ ist letztlich noch ungeklärt. Die Tatsache der Selbstheilung selbst ist jedoch von erheblicher klinischer Bedeutung. So müssen keineswegs alle Betroffenen, die nach einem belastenden Erlebnis Symptome einer typischen psychischen Traumatisierung aufweisen, überhaupt oder sogar intensiver psychotherapeutisch behandelt werden. Über 80% der Verkehrsunfallopfer, rund 70% der Gewaltopfer und ca. 60% der Vergewaltigungsoffer „erholen“ sich nach einer allerdings oft mehrere Monate dauernden symptomatischen Phase spontan.

Das Problem stellen die ca. 15% der Unfallopfer bzw. 30% Gewaltopfer und vor allem die 40% Vergewaltigungsoffer dar, bei denen es nicht zu einer Spontanerholung kommt. Bei diesen Menschen bilden sich, vor allem in den ersten ein bis drei Monaten, rund um den biologischen Kern der posttraumatischen Belastungsstörung eine Veränderung des Erlebens, des Denkens und ein von Angst geprägtes Verhalten aus, die das Leben und die Arbeitsfähigkeit dieser Menschen erheblich beeinträchtigen können. Es ist, als ob das lebensbedrohliche Ereignis im Hintergrund des Bewusstseins ständig gegenwärtig bliebe, und es werden bei ähnlichen Ereignissen, an allen höheren Bewusstseinsvorgängen vorbei, erneute

heftige Alarmreaktionen ausgelöst. Für diese Menschen ist es schwierig, in einer ähnlichen Situation den äußeren Reiz (z.B. nach einem Autounfall ein ähnliches Auto) mit etwas anderem als mit dem belastenden Erlebnis zu assoziieren. Infolge der nicht abgeschlossenen seelischen Verarbeitung des Ereignisses kommt es auch zu eindringlichen störenden irrationalen Gedanken wie „ich bin schuld“ oder „ich sterbe jetzt“.

Auch wenn im Bereich der posttraumatischen Belastungsstörung die Abläufe mittlerweile weitgehend geklärt sind, gibt es doch zwei Beobachtungen, die dieses klare Bild etwas trüben.

**Traumafolgestörungen.** Die erste Beobachtung ist, dass ca. 80% der Menschen, die eine posttraumatische Belastungsstörung haben, in der Folge auch weitere psychische Störungen aufweisen. Dabei handelt es sich meistens um **depressive Störungen** oder um **Angststörungen**. Eine „reine“ posttraumatische Belastungsstörung finden wir in der klinischen Realität nur selten.

Die dazu gehörende Beobachtung ist die, dass Menschen auch nach schwer belastenden Erlebnissen keineswegs immer nur eine posttraumatische Belastungsstörung erleiden. Weder die posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) noch eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F62.0) sind die einzig möglichen psychischen Folgeerkrankungen nach akuten bzw. chronischen Belastungen. So können auch andere psychische Symptomkonstellationen, vorrangig mit depressiver Symptomatik oder Angstsymptomen, auftreten, die meist als **Anpassungsstörung** (ICD-10 F43.2) oder als **andere Reaktion auf schwere Belastung** (ICD-10 F43.8) klassifiziert werden (Foerster 1996). Ein Problem, das sich jedoch vor allem bei den Anpassungsstörungen (F43.21) ergibt, ist die Tatsache, dass diese Störungsbilder definitionsgemäß jedoch nicht länger als maximal sechs Monate dauern dürfen. Jeder Therapeut und jede Therapeutin, die einmal Eltern, deren Kind z.B. durch einen Unfall verstarb, behandelt hat, weiß, dass derartige Zeitanlagen die klinische Realität der meisten betroffenen Eltern nicht realistisch wiedergeben. Der Zeitrahmen der Anpassungsstörungen in der ICD sollte daher den neueren Erkenntnissen „angepasst“ werden.

Auf der anderen Seite gibt es eine zunehmende Diskussion darüber, was genau ein traumatisches Erlebnis ist. So sind in den letzten Jahren zunehmend Forschungsarbeiten über medizinische Traumatisierungen (z.B. Behandlungen auf der Intensivstation, Reanimationen), schwere Erkrankungen (Herzinfarkte etc.), traumaähnliche Folgen von Mobbing am Arbeitsplatz und komplizierte Trauer erschienen. Offen bleibt hier die Frage, inwieweit eine der PTBS ähnliche Symptomatik in den Katalog der Trauma auslösenden Ereignisse aufgenommen werden kann, ohne einer wenig sinnvollen „Aufweichung“ des Traumbegriffes Vorschub zu leisten. Hilfreich könnten hier zum Beispiel Begriffe sein wie die Unterschiede zwischen einer „Extremtraumatisierung“ (im Sinne der PTBS) und der aus dem psychoanalytischen Bereich stammende Begriff der „Bindungstraumatisierung“ (z.B. im Falle eines Mobbing oder der Lösung einer Bindung bei Trauernden).

Bei einer Einbeziehung nicht direkt lebensbedrohlicher Ereignisse in das Diagnosefeld der Posttraumatischen Belastungsstörung muss jedoch gewährleistet sein, dass beim Einsatz von Traumatherapien die Betroffenen und das Gesundheitssystem nicht unnötigen (Kosten-)Aufwand erbringen, ohne davon Gewinn zu haben. Dies ist nur durch weitere gründliche Forschungen u.a. mit Nutzen-/Kostenanalysen zu gewährleisten.

**Komplexe posttraumatische Belastungsreaktion.** Die zweite Beobachtung betrifft Menschen, die bereits in früher Kindheit schwer traumatisiert wurden. Dabei handelt es sich in den meisten dieser Fälle nicht um ein einzelnes Ereignis (wie dies häufig bei der PTBS der Fall ist), sondern um meist über mehrere Jahre wiederholt auftretende Gewalt oder sexualisierte Gewalt. Weiterhin werden die meisten dieser Kinder zusätzlich dadurch belastet, dass sie keine Hilfe von ihren Erziehungsberechtigten erfahren. In einer für die DSM-IV durchgeführten Feldstudie zeigte sich, dass Menschen, die derartig belastende Erlebnisse in ihrer Kindheit gehabt hatten, häufig gegenwärtig nicht an einer posttraumatischen Belastungsstörung litten, sondern eine andere Gruppe von Symptomen aufwiesen (van

der Kolk, McFarlane et al. 1996), wobei es sich um **Bindungs- und Beziehungsstörungen, Störungen des Selbstbildes und der Selbstfürsorge, Störungen der Affektregulation, depressives Denken, Somatisierungsstörungen** sowie **dissoziative Symptome** handelte. Eine Möglichkeit, die Veränderung des Symptompektrums besser verstehen zu können, bieten einerseits die nicht selten durch massive Vernachlässigung (Bindungstraumatisierungen) entstehenden Bindungsstörungen, andererseits das Modell der strukturellen Dissoziation (s. Beitrag von Nijenhuis in diesem Heft).

Ein Kind, das wiederholt massiv mit Gegenständen geschlagen oder sexuell missbraucht wird, hat in den meisten Fällen keine Möglichkeit mehr zu kämpfen oder zu fliehen. Die Schutzwirkungen einer sympathikotonen Erregung (wie sie bei der PTBS bestehen) sind daher nur eingeschränkt wirksam. Ellert Nijenhuis, ein holländischer Forscher, hat erfolgreich Beobachtungen aus dem Tierreich im Bereich schwer chronisch komplex traumatisierter PatientInnen replizieren können. So konnte er belegen, dass viele dieser PatientInnen in bestimmten Situationen nicht mit sympathikotonen Flucht- oder gar Kampfpulsen reagierten, sondern in parasympathisch gesteuerte dissoziative Zustände, ähnlich einem Totstellreflex, mit Analgesie und totaler Unterwerfung verfallen (Nijenhuis, van der Hart et al. 2004).

Bei dieser weit über das Störungsbild der posttraumatischen Belastungsstörung hinausgehenden Komplexität derartiger Störungsbilder wird nun zunehmend auch klarer, dass es zwischen dem Bereich der komplexen PTBS, einigen Persönlichkeitsstörungen (vor allem der Borderline-Persönlichkeitsstörung) sowie den dissoziativen Störungen viele Verbindungen und Überlappungen gibt. Weiterhin ist klarer geworden, dass die Behandlung derartiger Störungsbilder in vielem nicht identisch sein kann mit der Behandlung einer „einfachen PTBS“. Insgesamt ist das Gebiet der komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen ein Gebiet, das sicher noch über viele Jahre weiterer geduldiger Forschung bedarf.

## Traumaspesifische Psychotherapie

Durch eine große Zahl von Psychotherapiestudien im Bereich der posttraumatischen Belastungsstörung ist es mittlerweile gelungen, wissenschaftliche Leitlinien für die Behandlung gut zu begründen (Flatten, Gast et al. 2004). Derartige **Leitlinien für posttraumatische Störungen** treffen international auf einen hohen Konsens. Sie werden in vielen Gesundheitssystemen der westlichen Welt, vor allem da die Behandlung psychisch traumatisierter Menschen sonst relativ kostenintensiv ist, gut in die Versorgung aufgenommen. Kern der Befunde ist die Erkenntnis, warum viele bewährte Methoden bei psychisch traumatisierten Menschen so wenig erfolgreich waren. Dies liegt an der biologischen Verankerung dieser Störungen, den im subkortikalen Bereich reflexhaft funktionierenden Schutz- und Verteidigungssystemen, die einer auf Einsicht basierenden therapeutischen Zugangsweise in einem nur sehr geringen Maße zugänglich sind.

Eine zentrale Wirkkomponente aller bei der posttraumatischen Belastungsstörung nachweislich dauerhaft wirksamen Behandlungsmethoden besteht daher in einer strukturierten, im sicheren therapeutischen Rahmen durchgeführten, Wiederbegegnung mit der auslösenden belastenden Erinnerung selbst. Voraussetzung dafür ist eine ausreichende psychische Stabilität, um die Integration der belastenden Erinnerung zu erreichen, wobei es zu einer Rekompensation der entgleisten Stressantwort kommt. Metaphorisch entspricht dies einer Lösung des „biologischen Ankers“ der Störung, der bei den meisten dieser Patienten in der Folge auch zu einem häufig zügigen Abklingen der Übererregung und der übrigen Symptomatik führt.

Die umfassendste Metaanalyse zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung wurde von Michelle van Etten an der John Hopkins University veröffentlicht (van Etten u. Taylor 1998). Die meisten der in dieser Analyse festgestellten Befunde sind von den weiteren Me-

taanalysen in diesem Bereich bestätigt worden. Die Befunde sind im Einzelnen:

- **Eine psychotherapeutische Behandlung ist der Behandlung durch derzeitige Pharmakotherapie überlegen.** Dieser Befund ist in weitere Studien mehrfach bestätigt worden, ist aber bei einer so deutlich durch ihre Biologie geprägten Störung bemerkenswert.
- **Die Komorbidität (Ängste und Depressionen) der meisten Traumapatienten bessert sich bei traumaspezifischer Behandlung, auch wenn diese Komorbidität selbst im Fokus der Behandlung steht.** Dies kann als Hinweis auf eine biologische Verbindung dieser Störungen interpretiert werden.
- Es sind vier Gruppen von therapeutischen Methoden bei Traumapatienten effektiv:
  - **verschiedene Verfahren der Verhaltenstherapie** (wie die Reizüberflutung, ein Expositionsverfahren),
  - **die EMDR-Methode** – Eye Movement Desensitization and Reprocessing,
  - **hypnotherapeutisch-imaginative Methoden** sowie
  - **traumaadaptierte psychodynamische Methoden**, die meist einige der anderen Methoden integrieren.

Leider werden die beiden letzten Verfahren nur in dieser einen Metaanalyse erwähnt, da sie zu diesem Zeitpunkt eine kontrollierte Studie aufweisen konnten. Diese seit 1998 fehlende weitere Berücksichtigung tut vor allem der imaginativen und traumaspezifischen Hypnotherapie unrecht, die gerade in der initialen Behandlung komplexer Traumafolgestörungen große klinische Vorteile aufweist (Reddemann 2003).

Mittlerweile haben sich zusätzlich im Bereich der Verhaltenstherapie Neuentwicklungen ergeben, die versuchen, starke Belastungen, die sich vor allem aus der Expositions-methode nach Foa ergeben, zu vermeiden. Die Rekonfrontation ist zwar nach wie vor eine zentrale Komponente dieser neuen Ansätze, zusätzlich finden jedoch stark kognitive Elemente (z.B. mit der Bearbeitung der Schuldthematik) Eingang in die Therapie (Ehlers 1999). Interessanterweise entspricht der therapeutische Effekt dieser Vorgehensweise dem Effekt der Reizüberflutung. Eine Kombination der kognitiven und der behavioralen Methoden scheint jedoch keinen zusätzlichen therapeutischen Gewinn zu bringen (siehe auch den Beitrag von Boos in diesem Heft).

Eine Sonderrolle nimmt die im Sommer 2006 vom wissenschaftlichen Beirat für Psychotherapie speziell für die PTBS als wirksam anerkannte EMDR-Methode nach Shapiro ein (Shapiro 2001, Hofmann 2006). Bereits in der Analyse von van Etten stellten die Autoren fest, dass EMDR und die Methoden der Verhaltenstherapie, die effektivsten Methoden und bezüglich der Effektstärke nicht unterschiedlich waren. Die EMDR-Behandlungen hatten jedoch nicht nur keine Hausaufgaben verlangt, sondern wiesen auch signifikant weniger Behandlungssitzungen auf (EMDR 4,6 Behandlungssitzungen gegenüber 14,8 bei VT). EMDR erwies sich also bei gleicher Wirksamkeit als eindeutig effektiver. Auf der anderen Seite gab es in einigen wissenschaftlichen Fachzeitschriften eine Diskussion über die in der EMDR-Methode üblichen Augenbewegungen (oder andere Formen der Stimulation). Angesichts der damaligen Unklarheit über den Wirkmechanismus fragten einige, ob diese Stimulationen für die Behandlung tatsächlich notwendig seien. Diese Unklarheit über den Wirkmechanismus der Augenbewegungen hat sich zwischenzeitlich, vor allem durch die Studien von Martin Sack, etwas aufgeklärt. Sack konnte in einer Herzfrequenzuntersuchung von Patientinnen während der Augenbewegungen in einer EMDR-Sitzung zeigen, dass in den ersten zehn Sekunden der Stimulation ein starker parasympathischer Impuls nachweisbar war, während gleichzeitig die Herzfrequenz signifikant abfiel (Sack 2005). Diesen nachweisbaren Veränderungen im Bereich des vegetativen Nervensystems (im Sinne einer Orientierungsreaktion) könnte durchaus ein im subkortikalen Bereich ansetzenden Teilmechanismus der EMDR-Methode zugrunde liegen, der auch die zügigere Wirksamkeit der EMDR-Methode erklären könnte.

## Die Grenzen des Wissens

In einer neueren, leider nicht ganz vollständigen, Metaanalyse von Rebekah Bradley werden zwar die Ergebnisse der früheren Metaanalysen im Wesentlichen bestätigt, die Autorin weist jedoch sehr viel deutlicher, als vorherige Analysen dies taten, auf die wissenschaftlichen

Grenzen der Aussagekraft bisheriger Studien hin (Bradley, Greene et al. 2005). Im Wesentlichen hebt sie zwei wichtige Einschränkungen der bisherigen Studien hervor:

- **Ausschluss von PatientInnen mit komplizierten Traumatisierungen.** In bisherigen Studien wurden, bedingt durch die aufwändige Methodik randomisierter experimenteller Studien, möglichst „einfache“ PTBS-PatientInnen untersucht, und polysymptomatische PatientInnen wurden i.d.R. ausgeschlossen. Da 80% der PTBS-PatientInnen mindestens eine weitere Komorbidität aufweisen ist die Aussagekraft derartiger Studien (z.B. bezüglich der Behandlungsdauer von fünf bis 15 Stunden) deutlich eingeschränkt.
- **Residualsymptome.** Viele Patienten beklagen nach der Teilnahme an einer Studie die sie, obwohl sie die PTBS verloren haben, noch unter deutlichen Restsymptomen leiden. Diese Restsymptome sind nicht selten mit Problemen bei der Arbeit und im Bereich der sozialen Kontakte sowie auch mit depressiven Symptomen korreliert. Die Autoren fordert künftige Studienleitungen dazu auf, die Teilsyndrome einer Posttraumatischen Belastungsstörung ebenfalls ausreichend zu behandeln, wie dies für jede Psychotherapeutin und jeden Psychotherapeuten selbstverständlich ist.

## Die Versorgungslage in Deutschland

In Deutschland hatten es die Kolleginnen und Kollegen, die sich mit traumabedingten Störungen beschäftigten, immer schon nicht einfach. Auch wenn der jüdische Arzt Hermann Oppenheim schon 1889 in Berlin die „traumatische Neurose“ klinisch beschrieb, so war es doch erst der Impuls, der vor allem von den angloamerikanischen Ländern kam, der bewirkte, dass die Traumafolgestörungen, vor allem die posttraumatische Belastungsstörung, in den Jahren nach 1990 langsam wieder in der Wahrnehmung und in den Ausbildungen deutscher Psychotherapeuten auftauchte.

Zwischen der Vergangenheit und den neuen Entwicklungen liegen in Deutschland lange Jahre der Diskussion um die Störung als sog. „Willenskrankheit“, Jahre endloser Kämpfe von NS-Verfolgten um ihre Entschädigungen und große Schwierigkeiten, eine einfache PTBS bei einem Feuerwehrmann oder einem überfallenen Bankangestellten gutachterlich anerkannt zu bekommen (Fischer-Homberger 1975; van der Kolk, McFarlane et al. 1996; vergleiche auch PiD 1, Heft 1, 1000). Einigen Generationen von Psychiatern und Gutachtern in Deutschland ist das Misstrauen gegenüber Traumatikern regelrecht anerzogen worden.

» Ein eindrückliches Beispiel für diese Haltung war für mich die Geschichte eines Polizisten, den ich 1992 kennen lernte. Ich war kurz vorher aus den USA zurückgekommen und bekam den Anruf einer befreundeten Kollegin, die mir den jungen Mann vorstellen wollte. Er hatte seit einem Kampf mit einer Jugendbande ein Jahr vorher, bei dem er beinahe umgekommen wäre, eine schwere Angstsymptomatik entwickelt und war nach einer Reihe erfolgloser Interventionen dienstunfähig geworden. Er war von einem sicher nicht unerfahrenen psychiatrischen Gutachter gesehen worden, der ihm eine schwere frühe Störung bescheinigt hatte, die er aber schon vor Antritt seines Polizeidienstes gehabt habe. Der Patient war davon sehr betroffen und zusätzlich belastet. Die Kollegin fragte mich, ob ich etwas für den Patienten tun könnte. In der Diagnostik zeigte sich, dass der Mann an einer typischen schweren posttraumatischen Belastungsstörung und einer sich daraus entwickelnden starken Angstausbreitung litt. Hinweise auf frühere Traumatisierungen fanden sich nicht. Der Mann bekam nach einem kurzen stationären Aufenthalt – mit einer Reihe von EMDR-Sitzungen – eine Behandlung von einem weiteren Dreivierteljahr bei der Kollegin. Nach dieser Behandlung war der Mann beschwerdefrei. Er konnte wieder arbeiten und sich seinem Leben widmen. Dies blieb auch so in den Nachbefragungen, die wir ein und mehrere Jahre danach durchführten. «

Es gibt ohne Zweifel auch im Bereich der psychischen Traumatisierungen Simulan-

ten, aber es kann aus meiner Sicht auch kein Zweifel bestehen, dass die Neigung zur Opferbeschuldigung auch mit unserer speziellen deutschen Geschichte zusammenhängt. So brauchen viele von uns Psychotherapeuten nur den eigenen Familienstammbaum hochzublicken, um die Gegenwart systemischer und transgenerationaler Traumatisierungen (wie z.B. die Tatsache, dass die eigenen Eltern z.B. Flüchtlinge oder Kriegskinder waren) wahrzunehmen (Bode 2004).

Trotz dieser ungünstigen Vorzeichen hat die Versorgung psychisch traumatisierter Menschen in den letzten 10 Jahren in Deutschland eine konstruktive Entwicklung genommen. In den meisten medizinischen und psychologischen Ausbildungen werden Klinik und Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung inzwischen zumindest erwähnt. Auf dem Ärztetag 2006 in Magdeburg wurde nun beschlossen, die Bundesärztekammer zu beauftragen, die ärztliche Fortbildung im Bereich der Psychotraumatologie zu stärken (Ärztetag 2006). In eine ähnliche Richtung gehen von den Kammern **zertifizierte Fortbildungsreihen zur Psychotraumatologie**, die einem Curriculum der deutschsprachigen Fachgesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) folgen und derzeit bundesweit von inzwischen rund 18 meist staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten oder Ärztekammern angeboten werden.

In den **Lehrbüchern** wichtiger psychotherapeutischer Richtlinienverfahren ist traumazentrierte Psychotherapie fest verankert (Wöller u. Kruse 2005, Linden u. Hautzinger 2000, Senf u. Broda 2004). Zusätzlich hat die Fachgesellschaft für EMDR (EMDRIA-Deutschland e.V.) beim wissenschaftlichen Beirat für Psychotherapie die Anerkennung von EMDR als wissenschaftliche Methode erreicht. Dies zeigt, dass gerade in den letzten Jahren im Bereich psychischer Traumatisierungen sehr viel in Bewegung gekommen ist.

In vielen Regionen Deutschlands gibt es mittlerweile regionale Versorgungsstrukturen für traumatisierte PatientInnen, die es schwer haben, einen Weg in eine reguläre psychotherapeutische Behandlung zu finden. So gibt es, speziell ausgeprägt in Nordrhein Westfalen, ein **Netzwerk** von so genannten Traumaambulanz, die in der Behandlung dieser PatientInnen spezialisiert sind. Weiterhin stehen einige spezialisierte stationäre Einrichtungen den dekompenzierten Pa-

tientInnen zur Verfügung, die in anderen Behandlungssettings wenig profitieren. Dass durch diese Entwicklungen die Versorgung akut traumatisierter Menschen deutlich besser geworden ist, das zeigt die Betreuung, die durch das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) den Opfern des Tsunami Ende Dezember 2004 angeboten werden konnte. Über die kurz nach dem Ereignis angebotene Notfalltelefonnummer meldeten sich Hunderte von Betroffenen, die sozial, juristisch und bei der Suche nach Psychotherapeuten, die sich mit den Störungsbildern auskannten, beraten wurden.

Durch eine **Kooperation des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz, der Kammern und der beiden Trauma-Fachgesellschaften** (DeGPT und der Fachgesellschaft für EMDR EMDRIA-Deutschland) gelang es, dass bereits im Januar 2005 eine zügige Vermittlung von durch die Tsunamikatastrophe am 26. Dezember 2004 traumatisierten PatientInnen kurzfristig in entsprechend qualifizierte Therapien erfolgen konnte. (Mittlerweile sind eine Reihe dieser insgesamt über 300 zum Teil sehr schnell vermittelten Behandlungen erfolgreich abgeschlossen worden.) Diese zügige Versorgung der Traumaopfer war um vieles erfolgreicher als dies noch die psychotherapeutische Versorgung der Opfer z.B. des Zugunglückes von Eschede 1998 gewesen war.

## Gegenwärtige Entwicklungen und offene Fragen

Die gegenwärtigen Entwicklungen betreffen vor allem die folgenden Bereiche:

- **Wirksamkeit von Ressourcenaktivierung.** Es ist eine offene Frage, ob es, wie die Studien und Metaanalysen nahe legen, wirklich nur die Traumakonfrontation ist, die eine deutliche Besserung bei psychisch traumatisierten Patienten bewirken kann. Die Studienlage zeigt zwar dieses Bild, in der Behandlung vieler Patienten zeigt sich aber, dass auch die Aktivierung so genannter psychischer Ressourcen eine erhebliche Milderung der Symptomatik und Verbesserung der nachfolgenden Traumabearbeitung erreichen kann. Möglicherweise ist die Entscheidung keine Entweder-oder-Frage, sondern eine Frage der Kombination von

## Fazit

Die meisten psychisch Traumatisierten erholen sich spontan in den Wochen und Monaten nach dem Ereignis (Spontanerholung). Einer Behandlung bedürfen die Menschen, die auch einige Wochen oder Monate nach dem belastenden Ereignis keine Besserung zeigen. Chronische Traumafolgestörungen sind durch starke subkortikale, körpernahe Veränderungen gekennzeichnet, die auch eine psychotherapeutische Behandlung erschweren.

Seit den 90er-Jahren stehen eine Reihe traumaspezifischer Verfahren zur Verfügung, die die Behandlung dieser Patienten erheblich verbessert haben. In den internationalen Leitlinien werden beschrieben:

Ressourcenaktivierung und Traumabearbeitung. Wie viel Ressourcenaktivierung und Traumabearbeitung benötigt eine spezielle Gruppe von z.B. Missbrauchspatienten oder Folteropfern? Dies betrifft vor allem die komplex traumatisierten Patienten. Es ist verständlich, das ohne eine etablierte Diagnose Forscher eher die Mühe scheuen, in diesem Bereich Zeit und Geld zu investieren, aber die große Zahl derartiger Menschen in der Versorgung sollte doch ermutigen, diese praxisrelevanten Forschungen anzustoßen.

- **Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen.** Abgesehen davon, dass die Versorgung von Kindern und Jugendlichen insgesamt sehr schlecht gelöst wurde (meist wurden nur „übrige“ Kassensitze verteilt), so findet sich auch eine Fülle von schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen in deutschen Heimen und Kliniken, die – wenn überhaupt – lediglich medikamentös (was häufig nötig ist), aber nicht speziell psychotherapeutisch behandelt werden. Und es wären gerade Kinder und Jugendliche, die am meisten von frühen Behandlungen profitieren könnten! Ohne die Leistung der wenigen sehr engagiert in diesem Bereich tätigen, meist unterfinanzierten, Stellen und Personen zu übersehen, kann man sagen, dass die nun auch zunehmend dem Rotstift zum Opfer fallende Versorgung traumatisierter Kinder eine Schande für unser reiches Land ist (UNICEF 2003).

traumaadaptierte kognitiv/behaviorale Methoden, die EMDR-Methode, hypnotherapeutisch/imaginative Methoden sowie traumadaptierte psychodynamische Methoden.

Bei Kindern und Jugendlichen werden Traumafolgestörungen – trotz meist guter Prognosen – in erheblichem Maße unterdiagnostiziert, und sie finden häufig keine angemessene psychotherapeutische Behandlung.

Auch wenn Traumafolgestörungen zunehmend akzeptiert werden, zeigt sich der für Anpassungsstörungen von der ICD-10 vorgegebene Zeitrahmen klinisch in vielen Fällen als ungenügend.

- **Versorgung bei Großschadensereignissen.** Eine dritte Entwicklung ist das zunehmende Bewusstsein, dass es günstiger ist, möglichst früh nach einem belastenden Erlebnis bestimmten Personen eine Versorgungsstruktur anzubieten. Anstoß zu dieser Entwicklung waren so genannte Großschadensereignisse wie das Zugunglück 1998 in Eschede, das Massaker am Gutenberg-Gymnasium in Erfurt und nicht zuletzt die Terroranschläge in New York und London. So hat sich in der Betreuung der von diesen Ereignissen betroffenen Menschen gezeigt, dass es einerseits in vielen Fällen möglich ist, herauszufinden, ob ein Betroffener zu den Menschen gehören wird, die sich spontan erholen werden oder ob er ein hohes Risiko hat, eine spätere Störung zu entwickeln. Auch wenn diese Forschung noch in den Kinderschuhen steckt, so gibt es doch bereits heute entsprechende Möglichkeiten herauszufinden, ob ein Mensch nach einem solchen Ereignis mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer frühen psychotherapeutischen Intervention profitieren wird oder ob er besser (was meist der Fall ist) ohne so genannte Frühintervention bleiben sollte. In diesem Bereich muss besonders der konstruktive Beitrag des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) erwähnt werden. Im Umfeld einiger von der Behörde initiiierter Forschungsprojekte scheint es zu gelingen, über einen Austausch verschiedener Behörden, Hilfsorganisationen, Fachverbände

und Kammern einen Dialog über eine Strukturierung dieses Versorgungsfeldes zu beginnen, der überzogene Hilfsversuche eindämmen und gezielte Hilfe für Betroffene verbessern könnte. Nicht zuletzt ist die schnelle Hilfe für viele durch die Tsunamikatastrophe Betroffene eine Folge des Dialoges, der rund um die Initiative dieser Behörde entstand – eine leider nicht zuletzt durch die Terrorbedrohung auch in Deutschland wichtig gewordene Entwicklung.

Insgesamt lässt sich für die Psychotraumatologie in Deutschland sagen, dass es sicher noch eine Reihe offener Fragen, speziell im Bereich traumatisierter Kinder oder komplex traumatisierter Patienten, gibt, dass sich jedoch die Lage psychisch traumatisierter Menschen in den letzten Jahren erheblich verbessert hat. Vielleicht kommt ja einmal die Zeit, in der psychisch Traumatisierte auch in Deutschland nur normale Patienten wie alle anderen sind, die einfach nur normal versorgt werden müssen. Die Hoffnung auf eine solche Normalität hat jedenfalls zugenommen.

## Zum Autor

**Arne Hofmann**

Dr. med., Facharzt für Psychosomatische und Innere Medizin. Leiter des EMDR-Instituts Deutschland, das auf Ausbildung, Forschung und Beratung im Bereich der Behandlung psychisch Traumatisierter spezialisiert ist. Ausbildung in traumaspezifischer Psychotherapie und EMDR während eines Studienaufenthalts 1991 in Palo Alto (USA). 1994 Gründung einer der ersten stationären Einrichtungen in Deutschland für die Behandlung schwer traumatisierter PatientInnen in Oberursel bei Frankfurt. Einführung der EMDR-Methode in Deutschland und Beteiligung an Forschungsprojekten in diesem Bereich. Mitglied der deutschen Leitlinienkommission zur posttraumatischen Belastungsstörung sowie Vorstandsmitglied der deutschen Fachgesellschaft für EMDR (EMDRIA-Deutschland) und Vizepräsident von EMDR-Europa. Supervision der Nachsorgeprojekte nach den Großschadensereignissen in



Eschede und Erfurt, Mitinitiator eines Nachsorgeprojekts für die Opfer der Tsunamikatastrophe im Dezember 2004. Lehrbeauftragter an der Universität zu Köln, der Universität von Witten-Herdecke und der Peking Universität.

**Korrespondenzadresse:**

Dr. Arne Hofmann  
Dolmanstraße 86b  
51427 Bergisch Gladbach

## Literatur

- 1 Ärztetag. Entschlüssen zum Tagesordnungspunkt II: Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Deutscher Ärztetag, Magdeburg: Deutsches Ärzteblatt, 2006
- 2 Bode S. Die vergessene Generation. Stuttgart: Klett-Cotta, 2004
- 3 Bradley R, Greene J et al. „A multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD.“ American Journal of Psychiatry 2005; 162: 214 – 227
- 4 Ehlers A. Posttraumatische Belastungsstörungen. Göttingen: Hogrefe, 1999
- 5 Fischer-Homberger E. Die Traumatische Neurose. Bern: Huber, 1975
- 6 Flatten G, Gast U et al. Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Stuttgart: Schattauer, 2004
- 7 Foerster K. „Neue Grundsätze für die Begutachtung psychischer Traumen.“ Der Medizinische Sachverständige. 1996; 92 (1): 25 – 30
- 8 Hofmann A. EMDR. Stuttgart: Thieme, 2006
- 9 Linden M, Hautzinger M. Verhaltenstherapie-manual. Heidelberg: Springer, 2000
- 10 Nijenhuis E, Hart O van der et al. Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen. In: Reddemann L, Hofmann A, Gast U (Hrsg): Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Stuttgart: Thieme, 2004
- 11 Reddemann L. Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Klett-Cotta, 2003
- 12 Sack M. Psychophysiological reactions on bilateral stimulation. Brussels: EMDR-Europe International Conference, 2005
- 13 Senf W, Broda M (Hrsg). Praxis der Psychotherapie. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme, 2004
- 14 Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing: basic principles, protocols and procedures. New York: Guilford, 2001
- 15 UNICEF. Child maltreatment death in rich nations. Florenz: UNICEF, 2003
- 16 Kolk BA van der, McFarlane AC et al (Hrsg). Traumatic Stress. New York, London: Guilford, 1996
- 17 Etten M van, Taylor S. „Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis.“ J Clin Psycho Psychother 1998; 5: 126 – 144
- 18 Wöller W, Kruse J. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer, 2005
- 19 Yehuda R (Hrsg). Recent advances in the study of biological alterations in posttraumatic stress disorder. Psychiatric Clinics of North America. Philadelphia: Saunders, 2002