

Dr. Wolfgang Reißmann

Hinweise auf die Diagnostik traumatischer Störungen

1. Vorbemerkung

Traumatische Erlebnisse sind erschütternde und schockierende Extremerfahrungen. Sie sind gekennzeichnet durch starke Angst, Ohnmacht und Hilflosigkeit, durch das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren oder auch durch starke körperliche Schmerzen.

Das Thema „psychisches Trauma“ wird in den letzten Jahrzehnten breit diskutiert und beschäftigt nicht nur Psychiater und Psychotherapeuten, sondern auch Sozialtherapeuten, Seelsorger, Pädagogen, Philosophen, Biographiewerker, Kunsttherapeuten, Physiotherapeuten, Heileurythmisten, Journalisten, Politiker, Verantwortliche in Militär, Polizei und viele andere. Dies ist sicherlich nicht nur auf eine mögliche Zunahme von traumatisierenden Ereignissen, sondern auch auf eine Zunahme der Vulnerabilität und auf eine Differenzierung und Weiterentwicklung psychotherapeutischer Verfahren zurückzuführen. Es handelt sich inzwischen um ein allgemein kulturelles Thema und betrifft die Souveränität menschlichen Erlebens. Es betrifft menschliche Grundwerte wie die Unversehrtheit der Person, die Achtung der persönlichen Würde und des mitmenschlichen Umgangs sowie die Freiheit der persönlichen Lebensgestaltung.

In der Anthroposophie wird der Entwicklungszustand des modernen Menschen als „Bewusstseinsseele“ beschrieben. Damit sind eine bestimmte Seelenhaltung und ein gewisses Entwicklungspotential gemeint, das jeder Mensch in sich trägt. Die Entwicklung der Bewusstseinsseele fordert eine rückhaltlose Selbstbesinnung und Reflexion aller seelischen Erlebnisse und Ereignisse. Das betrifft alle gewöhnlichen Alltagserlebnisse, die hinterfragt und persönlich gestaltet werden wollen. Es betrifft alle bedrängenden, belastenden und verletzenden Erlebnisse, die an den inneren Abgrund führen. Und es betrifft alle Erlebnisse von innerer Erhebung, von spiritueller Anschauung und innerer geistiger Wahrnehmung einer höheren Welt.

Die Bewusstseinsseele ist nicht nur eine passiv wahrnehmende, sondern sie drängt nach persönlicher Lebensgestaltung, nach innerer Entwicklung und Verwandlung. Der persönliche Widerstand, das persönliche Scheitern und Schicksalshindernisse wollen als Herausforderung verstanden und erlebt werden. Sie rufen nach innerer Aktivität und können zu persönlicher Reifung führen.

Persönliche Entwicklung im Sinne der Bewusstseinsseele ist mit einer fortschreitenden Individualisierung und damit Vereinsamung verbunden. Alle herkömmlichen Bindungen und Formen von gefühlsgetragener Gemeinschaft verlieren an Kraft und Bedeutung. Der Mensch ist ganz auf sich selber gestellt.

In der geschilderten Art begegnet der moderne Mensch dem so genannten Bösen. Erlebnisse des inneren Abgrunds erfahren eine spirituelle Vertiefung, in dem geistig Wesenhaftes erfahrbar wird, das in der eigenen Seele wirkt. Die Anthroposophie gibt Hilfen, dieses geistig Wirksame seiner wahrhaften Natur nach zu erkennen und einen entsprechenden Umgang damit zu suchen.

2. Auslösende Ereignisse von traumatischen Erlebnissen

Auslösende Ereignisse für Traumatisierung können eingeteilt werden in

- **Akzidentelle (nicht voraussehbare oder zufällige) Ereignisse:**
 - Schwere Verkehrsunfälle
 - Technische Katastrophen

Naturkatastrophen

Plötzliche Verlusterlebnisse (Tod)

Plötzlich einsetzende schwere Krankheiten

- **Intendierte und interpersonelle Ereignisse:**

Sexuelle Übergriffe

Sexueller Missbrauch

Körperliche Gewalt

Kriminelle Gewalt

Kriegserleben

Folter

Geiselhaft

Intendierte und interpersonelle Ereignisse führen meist zu schwerwiegenden Störungen als akzidentelle Ereignisse.

3. Symptome als Folge eines Traumas

Die Folgen des Traumas sind sowohl von der Art des objektiven Ereignisses als auch von der subjektiven Verfassung des Betroffenen abhängig. Die individuelle Möglichkeit der Verarbeitung ist sehr unterschiedlich. Nicht jedes erschütternde Ereignis führt zu einer traumatischen Folgestörung. Die Traumatisierung hängt wesentlich von der Resilienz des Betroffenen ab. Wenn bei einem akzidentellen Trauma die Möglichkeit einer selbst bestimmten Aktion besteht, sind die Folgen gering oder gar nicht ausgeprägt. Beispiel: Das einzige Kind, das bei einer Verschüttung keine Traumafolgestörung entwickelte, hatte einen Löffel bei sich und begann zu buddeln. – Oder: Ein Erwachsener tröstet direkt nach einer Gewalterfahrung und macht deutlich, dass das Opfer keine Schuld trägt. – Oder: Ein von den Eltern sehr vernachlässigtes Kind hat sehr freundliche Nachbarn, zu denen es immer wieder gehen kann.

Bereits während oder kurz nach einem Trauma können intensive seelische Reaktionen auftreten, vor allem dissoziative Symptome wie Amnesie, Derealisation, Depersonalisation, Einengung der Wahrnehmung oder des Empfindens, das Erlebnis der Gefühllosigkeit, der Abwesenheit und dissoziativer Stupor.

Wenige Stunden und Tage danach kann es dann zu einem hohen Ausmaß an Angst und depressiver Verstimmung kommen.

Ebenfalls kurz nach dem Trauma kann das Ereignis immer wieder in das Gedächtnis zurückkehren. Plötzlich und unkontrollierbar steht das Ereignis vor Augen und ruft ähnliche seelische und körperliche Symptome hervor wie das Trauma selbst. Diese eindringlichen, ungewollten Erinnerungen (Intrusionen) und das Wiedererleben (Flashback) können so intensiv sein, dass Realität und Erinnerung kaum oder gar nicht mehr unterschieden werden können.

Die mangelnde Kontrolle über die hereinbrechenden Intrusionen und Flashbacks wird von den Betroffenen als eigenes Versagen interpretiert. Depressive Verstimmungen mit Schuld- und Schamgefühlen und mangelndem Selbstwertgefühl sind die Folge.

Belastende Erinnerungen an das Trauma führen oft auch zu einer gesteigerten Unruhe und Erregung, verbunden mit Schlaflosigkeit, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, Wutausbrüchen, Konzentrationsstörungen, Herzklopfen, Engegefühl in der Brust, Atembeschwerden, Schwitzen, Erröten, Zittern, Alpträumen und Verdauungsstörungen.

Bestimmte Außenreize, die an das Trauma erinnern, können augenblicklich die genannten Erregungssymptome hervorrufen oder zu Flashbacks führen.

Betroffene entwickeln oft ein Vermeidungsverhalten, indem sie Gedanken, Gefühlen oder äußeren Situationen aus dem Weg gehen, die an das Trauma erinnern könnten. Es kommt zu sozialem Rückzug, emotionaler Taubheit, gedämpfter Freudefähigkeit, Interessenverlust und innerer Teilnahmslosigkeit.

Weitere Folgen sind schädlicher Gebrauch von Alkohol, Tranquilizern und Drogen sowie substanzlose Süchte wie Essstörungen, Arbeits- und Spielsucht etc.

4. Diagnostische Einteilung nach DSM IV und ICD 10

- **Akute Belastungsstörung**
Die Symptomatik tritt unmittelbar im Zusammenhang mit dem Ereignis des Traumas auf und klingt spätestens nach vier Wochen ab. Sie ist vor allem gekennzeichnet durch vielfältige dissoziative Symptome.
- **Posttraumatische Belastungsstörung**
Es handelt sich um eine protrahierte oder verzögerte Reaktion auf das traumatisierende Ereignis. Die Latenz nach dem Trauma kann bis zu 6 Monate sein. Der Verlauf ist wechselhaft. Bei einem Drittel der Betroffenen nimmt die Störung einen chronischen Verlauf und kann in eine dauernde Persönlichkeitsänderung übergehen.
- **Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung**
Langdauernde, lebensgeschichtlich frühe und extreme Traumatisierungen können ein breites Spektrum von Symptomen haben. Zu nennen sind vor allem eine gestörte Affektregulation, Störungen der Selbstwahrnehmung, Störungen der Sexualität, Störungen der Beziehungsgestaltung, dissoziative Symptome, Veränderungen persönlicher Wert- und Glaubensvorstellungen.

5. Komorbidität

Patienten mit traumatischen Belastungsstörungen zeigen bis zu 80 % eine Komorbidität mit anderen psychischen und somatischen Störungen. Im Vordergrund steht oft die entsprechende komorbide Erkrankung. Erst sekundär wird die zu Grunde liegende Traumastörung diagnostiziert. Die häufigsten komorbiden Störungen sind:

Psychische Störungen:

- Generalisierte Angsterkrankung
- Depressive Erkrankungen
- Zwangserkrankungen
- Somatoforme Schmerzstörungen
- Dissoziative Störungen
- Borderlinestörungen
- Essstörungen
- Suchterkrankungen

Somatische Störungen:

- Kardiovaskuläre Erkrankungen
- Autoimmunerkrankungen
- Rheumatoide Arthritis
- Psoriasis

- Hypothyreose
- Gastrale Ulcera
- Asthma bronchiale

6. Literatur

- **Dilling H, Mombour W, Schmidt, M H:** Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Göttingen 2000
- **Frommberger, U., Nyberg, E., Angenendt, J., Lieb, K., Berger, M.:** Posttraumatische Belastungsstörung. In: Berger M, Psychische Erkrankungen, Klinik und Therapie. München 2009
- **Huber, M.:** Trauma und die Folgen. Paderborn 2009
- **Huber, M.:** Wege der Traumabehandlung. Paderborn 2009
- **Reddemann, L.:** Psychodynamische Imaginative Traumatherapie. PITT – das Manual. Stuttgart 2004
- **Reddemann, L.:** Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT). In: Maercker A, Posttraumatische Belastungsstörungen. Berlin 2009
- **Sack, M.:** Schonende Traumatherapie. Stuttgart 2010
- **Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Houben, I.:** Diagnostisches und Statistisches Manual. Psychischer Störungen – Textrevision- DSM-IV-TR. Göttingen 2003