



**R. Barwinski**

PD Dr. phil. Rosmarie Barwinski  
Schweizer institut für Leiterin  
8400 Winterthur  
r.barwinski@swissonline.ch

■ Rev Med Suisse 2015; 11: 274-5

■ Für Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ist der Hausarzt häufig die erste Anlaufstelle. Deshalb ist von zentraler Bedeutung, dass Hausärzte nicht nur mit der Symptomatik vertraut sind, sondern wichtige Grundhaltungen und Richtlinien im Umgang mit dieser Patientengruppe kennen und unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten beachten.

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist das Resultat eines krankmachenden traumatischen Prozesses, der offensichtlich werden lässt, dass die Traumaverarbeitung misslungen ist.

Wenn man sich mit psychischer Traumatisierung beschäftigt, wird ein Ätiologie-orientierten Ansatz verfolgt. Der bekannte Traumaforscher Gottfried Fischer, geht davon aus, dass psychischen Störungen unterschiedliche Ätiologien zugrunde liegen können. Er unterscheidet zwischen «psychischer Traumatisierung», «biologischen Faktoren», seien diese nun genetisch übermittelte oder lebensgeschichtlich erworben sowie Einflüsse einer Sozialisationserfahrung, die das salutogenetische Gleichgewicht von Sozialisation und Individuation vermissen lassen (Fischer, 2007). Dem Ätiologie-orientierten Verständnis psychischer Störungen liegt die Idee zugrunde, dass die unterschiedlichen Ätiologien sich im Übergang zur Symptomatik zu relativ homogenen Bildern zusammenziehen. Das gleiche Symptombild kann grundsätzlich auf alle vier Ätiologien zurückgehen. Dem Ätiologie-orientierten Ansatz liegt die Annahme zugrunde, dass aufgrund der Ursache der Störung die Behandlungsmethode abgeleitet werden muss.

**TRAUMA IST EINE VERLAUFSKRANKHEIT**

Trauma kann als Verlaufskrankheit beschrieben werden,<sup>1</sup> die drei unterschiedliche Phasen beinhaltet: traumatische Situation, traumatische Reaktion und traumatischer Prozess. Der traumatische Prozess

# Posttraumatische Belastungsstörung

stellt den misslungenen Bewältigungsversuch des Traumaopfers dar, der zu verschiedenen klinischen Bildern führen kann. Die bekannteste Traumafolgestörung ist die Posttraumatische Belastungsstörung.

Eine gelungene Traumaverarbeitung wird darin deutlich, dass die Betroffenen sich an ihre schrecklichen Erfahrungen erinnern können, ohne von Gefühlen überflutet zu werden. Aus gedächtnispsychologischer Sicht geht es darum, dass Erinnerungen an traumatische Geschehnisse aus dem impliziten ins explizite Gedächtnis übergeführt werden.<sup>2</sup> Sind traumatische Erinnerungen im impliziten Gedächtnis gespeichert, sind sie nicht explizit abrufbar und nur auf einer bildhaften oder sensomotorischen Ebene möglich. Das Zeitgefühl ist im impliziten Gedächtnis nicht vorhanden. Das Traumatisierende ist nicht in symbolischer Form repräsentiert und damit nicht in Worten beschreibbar. Diese nicht symbolische Form der Erinnerung ist mit einem bestimmten psychischen Zustand verbunden – dem *trauma-state* –, der mit der Reaktivierung traumatischer Erfahrungen einhergeht. Auch wenn Aktivitäten, Situationen oder Personen vermieden werden, die an die traumatische Situation erinnern könnten, schaffen sich die Erinnerungen, auch wenn sie nicht bewusst sind, via Inszenierungen, Alpträumen und Gefühlen, die mit dem Trauma verknüpft sind, noch Jahrzehnte nach deren Geschehen Zugang zur Aktualität. Auslöser sind erhöhter Stress, «trigger» (Eindrücke visueller, olfaktorischer oder auditiver Art, die an traumatische Situationen erinnern) sowie aktuelle Traumata, die vorangehende traumatische Geschehnisse reaktivieren können.

Die intrusive Symptomatik des PTBS – unfreiwillige Erinnerungsbilder an das traumatische Ereignis (meist in Form von Flashbacks oder sich wiederholenden Alpträumen) entspricht dem *trauma-state*. Der Vermeidungsflügel des PTBS ist Resultat des Versuchs, die überflutenden Gefühle in Schach zu halten.

**UNTERSCHIEDLICHE FOLGEN DER TRAUMATISIERUNG**

Zur Differenzierung unterschiedlichen Folgen der Traumatisierung hat Andreas

Maerker<sup>3</sup> folgende Unterscheidung vorgeschlagen:

- aktuelle Folgen, die auf aktuelle Traumata zurückgehen,
- chronische Traumafolgestörungen, die auf früheren Traumata beruhen sowie
- verzögert auftretende Folgestörungen, die in späteren Lebensphasen wieder auftreten und auf frühere Traumata zurück zu führen sind.

Entsprechend der genannten Differenzierung sind Hinweise möglich, wie Ärzte, das soziale Umfeld der Betroffenen und die Betroffenen selbst, mit den für sie oft in beängstigender Art auftauchenden Erinnerungen und Gefühlen an traumatische Geschehnisse umgehen könnten.

Bei aktuellen Folgen, die auf zeitlich naheliegende Traumata zurückgehen, ist folgendes Vorgehen indiziert: Da im *trauma-state* das Zeitgefühl verloren geht, ist es notwendig, Traumaopfern bei der Differenzierung zwischen Gegenwart und der vergangenen traumatischen Situation zu helfen. Die Analyse von Reizen oder Situationen, die assoziativ mit dem Trauma in Verbindung stehen und die Anleitung, diese Situationen zu vermeiden, tragen zur Stabilisierung des Patienten bei. Generell geht es darum, dass die Patienten sich von ihren heftigen Gefühlszuständen distanzieren können und eine kontrollierte Erinnerung an ihre traumatischen Erfahrungen möglich wird. Führt dieses Vorgehen nicht zu einer Milderung der Symptomatik, sollte fachkundige, psychotherapeutische Hilfe hinzu gezogen werden.

Bei chronischen Traumafolgestörungen, die auf früheren, Jahre lang zurückliegenden Traumata beruhen, ist der Hausarzt häufig die erste Kontaktperson, um Patienten ihre Problematik verständlich zu machen. Hier ist die Überweisung an einen in Psychotraumatologie geschulten Psychotherapeuten notwendig, da ein chronifizierter, krankmachender Prozess eine intensive psychotherapeutische Behandlung notwendig macht.

Bei verzögert auftretende Folgestörungen, die in späteren Lebensphasen wieder auftreten und auf frühere Traumata zurück zu führen sind, entspricht das Vorgehen weitgehend den Empfehlungen für den Umgang mit aktuellen Traumata. Hier geht es um die Reaktivierung abgespaltener traumatischer



Erfahrungen, die im trauma-state sichtbar werden. Auch bei diesen Patienten ist langfristig eine psychotherapeutische Behandlung notwendig, um ihre Traumata psychisch zu integrieren bzw. ins explizite Gedächtnis zu überführen.

### AUFGABE DES HAUSARZTES BEI PATIENTEN MIT PTBS

Ob allerdings eine psychotherapeutische Behandlung möglich ist, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Häufig sind Traumataopfer nicht bereit, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben oder der Gesundheitszustand schliesst eine solche

Behandlung aus, wie zum Beispiel bei Demenz. Hier können die genannten Hinweise für den Umgang mit akuten Trauma hilfreich sein: Vermeidung von Triggern, Distanz zu den eigenen Gefühlen und Reorientierung. Zentral für den Umgang mit dieser Patientengruppe bleibt jedoch der Aufbau einer Vertrauensbeziehung, da nur in einer tragenden zwischenmenschlichen Beziehung eine Stabilisierung und Aufarbeitung traumatischer Erfahrungen möglich ist.

Die Aufgabe des Hausarztes scheint mir bei dieser Patientengruppe zu sein, dass neben gegebenenfalls einer medikamentösen Unterstützung die Vertrauensbeziehung zum Hausarzt des Patienten mit einer PTBS

möglich macht, weiterführende Hilfe in Form von Beratung und Psychotherapie anzunehmen. ■

#### Bibliographie

- 1 Fischer G, Riedesser P. Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Reinhardt, 1998.
- 2 Barwinski, R. Die erinnerte Wirklichkeit. Kröning: Asanger, 2009.
- 3 Maercker A. Posttraumatische Belastungsstörungen und komplizierte Trauer. Lebensrückblicks- und andere Interventionen. In: Maercker (Hrsg) Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Berlin: Springer, 2002.
- 4 Fischer, G. Kausale Psychotherapie. Kröning: Asanger, 2007.