



**AHG Klinik Schweriner See**

Klinik für Psychosomatische Medizin,  
Psychotherapie und Suchtmedizin

*Heft 6*

# Posttraumatische Belastungsstörungen



**Herausgeber:** Dr. med. Thomas Fischer  
**Chefarzt**  
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie - Psychotherapie  
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Sozialmedizin  
Am See 4  
19069 Lübstorf  
fon: 0 38 67.9 00-165  
fax: 0 38 67.9 00-600  
fkschwerin@ahg.de  
www.klinik-schweriner-see.de  
www.ahg.de/schwerin

**Redaktion:** Dr. phil. Bernd Sobottka  
Dr. med. Thomas Fischer

7. Auflage, Dezember 2015, 500 Exemplare  
ISSN 1433-3163 „Angewandte Verhaltenstherapie“ (Print)  
ISSN 1619-4411 „Angewandte Verhaltenstherapie“ (Internet)  
Themenhefte dieser Reihe erscheinen in unregelmäßigen Abständen.

Bernd Sobottka

# Posttraumatische Belastungsstörungen

Ansprechpartner für den Bereich Posttraumatische Belastungsstörungen:

Dr. phil. Bernd Sobottka  
Leitender Psychologe

Telefonische Sprechzeit:  
Donnerstag 13:30 – 14:30 Uhr  
fon: 0 38 67.9 00 – 161  
fax: 0 38 67.9 00 – 600

Außerhalb dieser Sprechzeit erreichbar unter:  
fon: 0 38 67.9 00 – 165

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	5
Diagnosen und Problembereiche .....	6
Therapeutische Prinzipien .....	7
Therapieziele .....	8
Therapiebausteine .....	8
Literatur .....	9



## Einleitung

Die Psychotherapie hat sich bereits in ihren Ursprüngen mit der Behandlung psychischer Reaktionen von Individuen auf traumatische Ereignisse beschäftigt. Schwere psychische Traumen, ausgelöst durch außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegende belastende Ereignisse (z. B. Gewaltverbrechen, Unfälle, schwere Operationen, Naturkatastrophen) sind unter verschiedenen Bezeichnungen spätestens seit Mitte des 19. Jahrhunderts in der Fachliteratur dokumentiert. Begriffe wie Schreckneurose oder Granatenschock verweisen auf Aspekte, die heute in dem Syndrom der Posttraumatischen Belastungsstörung (Post-traumatic Stress Disorder, PTSD) zusammengefasst beschrieben werden.

Die Patienten mit dieser Störung reagieren infolge eines belastenden Ereignisses mit intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Schrecken und leiden extrem unter den sich immer wieder aufdrängenden Erinnerungen an das als fürchterlich erlebte Geschehen. Dabei beklagen nicht nur die Menschen eine PTSD, die Opfer des Ereignisses waren, sondern häufig auch diejenigen, die ein traumatisches Geschehen „nur“ miterlebt oder beobachtet haben. Somit ergibt sich eine besondere Gefährdung für Berufsgruppen, z. B. Polizisten, Feuerwehrleute, Pflegepersonal, Zugführer (siehe auch Therapiekonzept für Risikoberufsgruppen im öffentlichen und Staatsdienst der AHG Klinik Schweriner See), die im Rahmen ihrer Berufsausübung mit derartigen Ereignissen konfrontiert sind.

Posttraumatische Belastungsstörungen gehören zu den häufig vorkommenden psychischen Störungen. Lebenszeitprävalenzen in verschiedenen Studien liegen auch für Regionen, in denen keine Kriege und gravierende Naturkatastrophen stattfinden, über 1,3 %.

## Diagnosen und Problembereiche

Die Störung folgt dem traumatischen Ereignis zumeist mit einer Latenz, die Wochen bis Monate (selten auch Jahre) dauern kann. Bei der Diagnosestellung ist das Vorliegen eines traumatischen Ereignisses als unverzichtbares Kriterium zu nennen. Zusätzlich muss ein wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, flashbacks) oder Träumen vorliegen. Das dritte diagnostische Kriterium liegt vor, wenn eine anhaltende Vermeidung von Stimuli, die mit dem Trauma assoziiert werden, beobachtbar ist. Die Patienten verhalten sich dabei wie auf der Flucht vor der Erinnerung an ein als grauenvoll erlebtes Geschehen und zeigen ein beharrliches Vermeidungsverhalten bzgl. der Auseinandersetzung mit dem Trauma. Dabei besitzt die Vermeidung traumabezogener Stimuli eine Schlüsselrolle bei der Aufrechterhaltung der Störung. Fluchtverhalten und das Bemühen, sich nicht zu erinnern, verhindern eine hilfreiche Konfrontation mit dem traumatischen Erlebnis und damit dessen bewältigende Verarbeitung. Begleitend belastet die Patienten ein erhöhtes Erregungsniveau, oftmals einhergehend mit Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsproblemen und übertriebenen Schreckreaktionen. Im Verlauf können ein andauerndes Gefühl des Betäubtseins und der Gleichgültigkeit bei eingeschränkter allgemeiner Reagibilität gegenüber anderen Menschen resultieren. Angst und Depression sind häufig genannte weitere Symptome. Suizidgedanken oder Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit können als komplizierende Faktoren hinzukommen. Insgesamt werden Komorbiditäten bei bis zu 77 % der Patienten mit einer PTSD diagnostiziert.

Obwohl die Schwere des Traumas die Auftretenswahrscheinlichkeit, den Ausprägungsgrad und die Dauer der PTSD am grundlegendsten bestimmt, bietet ein traumatisches Ereignis keine vollständige Erklärung für die Entwicklung einer PTSD. Viele Menschen entwickeln nach einem schweren Trauma keine PTSD. Somit sind individuelle prämorbid Faktoren wirksam, die es den Patienten erschweren, ein Trauma zu verarbeiten. Diese Faktoren werden in die Psychotherapie bei der PTSD einbezogen.

## Therapeutische Prinzipien

Patienten mit einer PTSD leben häufig sozial zurückgezogen, insbesondere dann, wenn die Traumatisierung durch vorsätzliche menschliche Einwirkung (z. B. Misshandlungen oder sonstige kriminelle Delikte) bedingt ist. Von elementarer Bedeutung für einen günstigen Verlauf der Psychotherapie ist vor diesem Hintergrund der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Eine noch größere Bedeutung als bei anderen Störungsbildern hat hier die korrigierende Erfahrung einer tragfähigen und annehmenden Beziehung. Im therapeutischen Prozess der Behandlung ist in der Patienten-Therapeuten-Interaktion ein äußerst behutsames Vorgehen notwendig, bei dem der Therapeut mit professioneller Sicherheit Halt vermittelt und bereit ist, sich mit dem Patienten dem Trauma zu nähern. Dabei bestimmt der Patient das Tempo und erhält in der Interaktion ein Höchstmaß an Entscheidungs- und Wahlfreiheit.

Auf der Grundlage einer tragfähigen Patienten-Therapeuten-Beziehung wird sukzessive auf die Ressourcen des Patienten orientiert. Auf der Bewältigungsebene werden konsequent die Anteile im Verhalten verstärkt, die auf eine Auseinandersetzung mit dem erlebten Trauma hinauslaufen. Der Patient lernt, dass die von ihm beklagten Symptome unter den gegebenen Bedingungen des Traumas auch von vielen anderen Menschen in ähnlicher Form erlebt werden würden. Er lernt in kleinen Schritten, das „Unnormale zu normalisieren“. Ziel dabei ist eine Integration und Neubewertung des traumatischen Ereignisses mit einem Verlassen der Opferrolle.

Gelingt es, mit dem Patienten in der Klärungsperspektive ein Ätiologiemodell unter Einbeziehung prämorbidier Faktoren zu erarbeiten, ist auch die Möglichkeit der transparenten Entwicklung eines Veränderungsmodells gegeben. In der stationären Verhaltenstherapie hat der Patient vor diesem Hintergrund in therapeutischer Begleitung die Möglichkeit, sich dem Wiedererleben des Traumas konsequent zu nähern. In einem weiteren Schritt ist zum Abbau des dysfunktionalen Vermeidungsverhaltens eine Exposition mit den traumaassoziierten Gedanken, Gefühlen und körperlichen Reaktionen notwendig. Diese Konfrontation ist Voraussetzung, um beispielsweise mit Hilfe kognitiv-behavioraler oder imaginativer Techniken dem Geschehenen einen neuen Sinn zu verleihen und die Voraussetzung zur Entwicklung einer realistischen Lebensperspektive zu erarbeiten.

## Therapieziele

Der Stabilisierung, Verbesserung oder Wiederherstellung beruflicher und sozialer Leistungsfähigkeit sowie der Bewältigung bestehender gesundheitlicher Beeinträchtigungen dient die Bearbeitung folgender übergeordneter Therapieziele:

- Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung
- Aufbau eines sozialen Netzes
- Auseinandersetzung mit dem Trauma und Reduktion des dysfunktionalen Vermeidungsverhaltens
- Modifikation von Schuldgefühlen und Hilflosigkeitserleben
- Kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Schemata
- Stabilisierung der physischen Integrität
- Selbstwertstabilisierung
- Ausbau sozialer Kompetenzen
- Senkung des erhöhten Erregungsniveaus
- Verbesserung der Entspannungsfähigkeit

## Therapiebausteine

Es ist Bestandteil der verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzeption, dass durch ein vielgestaltiges Therapieprogramm den Patienten die Möglichkeit gegeben wird, die erarbeiteten Inhalte und Veränderungsstrategien bereits im Therapiesetting konkret umzusetzen und zu erproben. Hierdurch soll insbesondere der Transfer in den häuslichen Bereich erleichtert werden.

Therapiebausteine ergeben sich aus folgenden Behandlungselementen:

- Einzelpsychotherapie
- Gruppenpsychotherapie
- Indikative Gruppentherapien je nach individuellen Problembereichen
- Paar- oder Familiengespräche
- Entspannungstraining
- Sport- und Bewegungstherapie
- Ergotherapie
- Soziotherapie
- Physiotherapie
- Ernährungsberatung
- Hausinterne oder externe Belastungserprobungen

## Literatur

- EHLERS, A.: *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe 1999.
- FISCHER, T. (Hrsg.): *Therapiekonzept für Risikoberufsgruppen im öffentlichen und Staatsdienst*. Lübstorf: Eigendruck 2013.
- KÖNIG, J.; RESICK, P. A.; KARL, R.; ROSNER, R.: *Posttraumatische Belastungsstörung. Ein Manual zur Cognitive Processing Therapy*. Göttingen: Hogrefe 2012.
- KNAEVELSRUD, C.; LIEDL, A.; STAMMEL, N.: *Posttraumatische Belastungsstörungen. Herausforderungen in der Therapie der PTBS*. Weinheim: Beltz 2012.
- MAERCKER, A. (Hrsg.): *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer 2009.
- PIEPER, G.; BENGEL, J.: *Traumatherapie in sieben Stufen*. Bern: Huber 2008.
- TEEGEN, F.: *Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen*. Bern: Huber 2003.

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

- Heft 1 Depressive Störungen
- Heft 2 Angststörungen
- Heft 3 Somatoforme Störungen
- Heft 4 Essstörungen (Bulimia und Anorexia nervosa)
- Heft 5 Pathologisches Glücksspielen
- Heft 6 Posttraumatische Belastungsstörungen
- Heft 7 Therapie für Mütter/Väter mit Kindern
- Heft 8 Indikation zur stationären Verhaltenstherapie
- Heft 10 Soziotherapeutische Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung
- Heft 11 Adipositas bei gestörtem Essverhalten
- Heft 12 Stationäre Behandlung von Suchtkranken im höheren Lebensalter
- Heft 13 Medikamentengebrauchsstörung: Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit
- Heft 14 Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch
- Heft 15 Tabakabhängigkeit
- Heft 16 Schizophrene Störungen
- Heft 17 Familie und Sucht