

Trauma und Traumatherapie

von Markus Fischer

Erkenntnisse aus der neurobiologischen Forschung und Techniken aus der Traumatherapie haben in den letzten Jahren zu recht unter therapeutisch tätigen Fachleuten zunehmend Beachtung gefunden. Immer mehr Fachkongresse und Publikationen sind diesen Themen gewidmet. Die Gründe dafür sind einfach. Traumaforschung und Traumatherapie haben Erkenntnisse erarbeitet, die erstens der Therapie von traumatischen Störungen wichtige neue Impulse bringen. Und zweitens hat sich gezeigt, dass diese Erkenntnisse über den engeren Bereich der Traumatherapie hinaus verallgemeinerbar sind und damit auch für viele nicht traumatische psychische Störungen neue therapeutische Perspektiven eröffnen. Interessanterweise ist parallel zu den Fortschritten im Verständnis und in der Therapie von traumatischen Störungen die neurobiologische Grundlagenforschung zu Erkenntnissen des Funktionierens von Gehirn und Nervensystem gelangt, die die traumatherapeutischen Erkenntnisse auf Treffendste unterstützen und diesen ein neurowissenschaftliches Fundament verleihen. Am IBP Institut haben wir diese neuen Entwicklungen seit ihren Anfängen vor über 10 Jahren kontinuierlich verfolgt und vieles davon in unser therapeutisches Vorgehen und auch in unsere Lehrgänge integriert.

Im vorliegenden Artikel wenden wir uns drei grundlegenden Fragen zu. Erstens der Frage, was denn unter Trauma überhaupt zu verstehen ist. Zweitens der sehr wichtigen Frage, wie auslösendes Ereignis und darauf sich entwickelnde Traumatisierung zusammenhängen. Eine wie sich zeigen wird brennende Frage mit gewichtigen Auswirkungen auf die betroffenen Menschen. Drittens wollen wir auf Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung einer Traumatisierung zu sprechen kommen. Wir hoffen mit diesen fachlichen Erörterungen insbesondere, mehr Verständnis für die Situation von traumatisierten Menschen zu schaffen. Dabei geht es uns speziell um Verständnis für Menschen mit traumatischen Auswirkungen aufgrund von objektiv eher geringen Ereignissen. Diese PatientInnen fallen in verschiedener Hinsicht durch die Maschen unseres medizinischen und sozialen Netzwerkes. Der vorliegende Artikel soll auch ein Plädoyer sein für sie und zu mehr Verständnis für ihre speziell schwierige Situation beitragen. Wir werden dabei auch auf versicherungsmedizinische und juristische Aspekte zu sprechen kommen. Trockene Materie? Sicher nicht für Personen, die mit solchen PatientInnen arbeiten. Und erst recht nicht für die Betroffenen selbst. Uns jedenfalls ist es ein Anliegen, diesem Thema eine Plattform zu geben. Einem Thema, dem man in Leserbriefen in Tageszeitungen ab und zu begegnet, das aber generell viel zu wenig Aufmerksamkeit hat. Denn es sind viel mehr Menschen von diesem Thema direkt betroffen, als man denken würde. Das hat unter anderem damit zu tun, dass es neben den direkt Betroffenen einen noch viel grösseren Kreis von indirekt Betroffenen aus dem familiären und beruflichen Umfeld traumatisierter Menschen gibt, die ebenfalls sehr gefordert sind und häufig fast genauso leiden wie ihre traumatisierten Angehörigen / Freunde / Berufskollegen.

Was ist eine Traumatisierung?

Der Traumabegriff wird in sehr verschiedener Art und Weise benutzt und ist auch umgangssprachlich geläufig. Ganz klar festhalten möchten wir, dass unserer Meinung nach mit Trauma nicht das auslösende Ereignis gemeint sein darf. Das klingt womöglich überraschend bis sogar verwirrend, weil umgangssprachlich der Traumabegriff sehr häufig genau so verwendet wird. Wir kommen auf diesen Punkt weiter unten ausführlicher zu sprechen.

Die Medizin kennt den Traumabegriff sowohl im somatischen (=körperlichen) als auch im psychischen Bereich. Die somatische Medizin, speziell die Unfallmedizin, bezeichnet mit Trauma eine Verletzung der körperlichen Unversehrtheit durch physikalische Gewalteinwirkung und spricht, dem betroffenen

Körperteil entsprechend von Schädeltrauma, Rückentrauma, Bauchtrauma etc.. Diesen Traumabegriff können wir im hier diskutierten Zusammenhang ausser Betracht lassen.

Uns geht es um das, was an vielen Orten als «psychisches Trauma» bezeichnet wird, ein Begriff, den wir allerdings bewusst nicht verwenden, weil er suggeriert, dass es sich dabei um ein nur psychisches Geschehen handle. Wenn schon, dann müsste der Begriff korrekter «psychosomatisches Trauma» lauten. Wir ziehen es jedoch vor, den Begriff Trauma überhaupt nicht zu verwenden, eben weil er in so verwirrend unterschiedlicher Weise benutzt wird. Insbesondere ist nie klar, ob damit nun das Ereignis oder die Folgen des Ereignisses für die betroffene Person gemeint sind? Oft wird der Begriff sogar unterschiedslos für beides gebraucht, was ihn definitiv unbrauchbar macht. Deshalb bevorzugen wir die Begriffe Traumareaktion, Traumatisierung, posttraumatische Belastungsstörung. Diese drei Begriffe sind treffend, weil sie zum Ausdruck bringen, dass es um die Reaktion eines Menschen auf ein Ereignis geht, um seine Beschwerden und Symptome und nicht primär um das Ereignis selbst. Warum dieser Unterschied von fundamentaler Bedeutung ist, darauf kommen wir zu sprechen. Unter Traumatisierung (die korrekte medizinische Diagnose lautet «Posttraumatische Belastungsstörung») versteht man einen Komplex von Symptomen, der im Anschluss an ein psychisches oder ein somatisches oder ein kombiniert psycho-somatisches belastendes Ereignis entsteht, das eine Person und ihre individuelle Fähigkeit, Belastung (Stress) zu verarbeiten, überfordert. Wegen dieser Überforderung kann das Ereignis im Moment nicht voll verarbeitet werden, was sofort oder auch verzögert zu Beschwerden und Symptomen führen kann. Solange dieser Symptomenkomplex nur Tage bis höchstens wenige Wochen anhält, spricht man von einer akuten Belastungsreaktion (weniger wissenschaftlich auch Schockreaktion genannt). Oft gelingt es dem Organismus, das Ereignis innerhalb von Tagen bis wenigen Wochen nachträglich doch noch zu verarbeiten. Dann klingen die Symptome wieder ab und verschwinden schliesslich ganz. Die Person ist vollständig geheilt. Bleibt der Organismus hingegen anhaltend in seiner Überforderung stecken und bleibt damit der Stress im Organismus erhalten, so werden die Symptome nicht nur weiter bestehen, sondern mit grosser Wahrscheinlichkeit sich sogar vermehren und verstärken. Dann kann sich das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) entwickeln.

Der Zusammenhang zwischen dem auslösenden Ereignis und der Entwicklung einer Traumatisierung

Es ist entscheidend wichtig, Traumatisierung nicht primär über das auslösende Ereignis zu definieren, sondern über die Reaktion des betroffenen Individuums auf dieses Ereignis. Natürlich braucht es ein auslösendes Ereignis für die Entwicklung einer Traumatisierung. Aber die Qualität des Ereignisses hat nur sehr bedingt mit den Folgen für die Person zu tun. Leider sind die gängigen diagnostischen Kriterien zur Erfassung einer Traumatisierung in diesem Punkt nicht so eindeutig und definieren Traumatisierung immer noch zu einem guten Teil aufgrund der Art und dem objektiven Ausmass des auslösenden Ereignisses. Das machen sich die Versicherungen zunutze, indem sie Leistungen einschränken bis verweigern, wenn das auslösende Ereignis «objektiv» scheinbar zu gering ist, um für die Entwicklung einer Traumatisierung verantwortlich gemacht werden zu können. Das führt dazu, dass fast alle PatientInnen mit Symptomen einer Traumatisierung aufgrund eines eher geringfügigen auslösenden Ereignisses, sich schon nach kurzer Zeit vor die Tatsache gestellt sehen, dass die Unfallversicherungen den Fall einseitig abschliessen und die weitere Kostenbeteiligung an den Heilungskosten verweigern. Allenfalls werden dann auch Taggeldleistungen eingestellt, was Betroffene in extreme finanzielle Schwierigkeiten bringen kann. Dagegen kann man sich dann nur noch juristisch wehren. Aber wer mit einer posttraumatischen Belastungsstörung hat schon die Nerven, den Mut und vor allem auch die nötige Kraft, sich in langwierige juristische Auseinandersetzungen mit den als übermächtig erlebten Kassen einzulassen. Und damit Kräfte und Ressourcen zu binden, die diese Patienten dringend für ihren Heilungsprozess benötigen würden. Statt Unterstützung in einer sehr schwierigen Lebenssituation zu erfahren, kommen diese PatientInnen immer mehr ins quälende Gefühl, von Vertrauensärzten, Begutachtern, Unfall- und Taggeldkassenbeamten im eigenen Leiden

nicht gesehen zu werden, und noch viel schlimmer und sehr verletzend - sogar als arbeitsscheu, scheininvalid, eine Rente erschleichend abgestempelt zu werden. Es ist unglaublich mit wie viel Arroganz und Ignoranz vielen Patienten mit klaren posttraumatischen Beschwerden aufgrund eines «unzureichend schweren auslösenden Ereignisses» begegnet wird. Dabei ist es inzwischen fast eine medizinische Binsenwahrheit: Nicht die Schwere des auslösenden Ereignisses ist primär entscheidend, ob jemand eine Traumatisierung entwickelt, sondern der Organismus, auf den das Ereignis trifft! Es gibt hunderte von Beispielen, dass Personen auch heftigste Ereignisse unbeschadet überstehen können. Und umgekehrt gibt es ebenso hunderte von Beispielen, dass Personen bereits auf ein objektiv eher geringfügiges Ereignis mit einer vollen Traumatisierung reagieren können.

Widerstandsfähigkeit und Verletzbarkeit (Resilienz und Vulnerabilität)

Wenn es nicht die Schwere des Ereignisses ist, was entscheidet dann darüber, ob jemand ein belastendes Ereignis verarbeiten kann oder traumatisiert wird? Der Vorzustand der Person ist offenbar weit entscheidender als das Ereignis selbst. Man spricht in diesem Zusammenhang von der Resilienz und der Vulnerabilität einer Person. Mit Resilienz bezeichnet man die Widerstandskraft oder Stressverarbeitungskapazität eines Menschen. Hohe Resilienz bedeutet, dass jemand auch heftigere Ereignisse/grossen Stress verarbeiten kann. Niedrige Resilienz hingegen erhöht die Wahrscheinlichkeit, schon durch ein relativ geringes Ereignis überfordert zu sein und allenfalls sogar eine Traumatisierung davon zu tragen. Umgekehrt bezeichnet man mit Vulnerabilität die Verletzbarkeit eines Menschen, seine Anfälligkeit, ein Ereignis nicht verarbeiten zu können, überfordert zu sein und Symptome zu entwickeln. Hohe Vulnerabilität bedeutet dann, rasch überfordert zu sein, mit entsprechend hoher Wahrscheinlichkeit schon aufgrund eines objektiv geringeren Ereignisses Traumasymptome zu entwickeln. Resilienz und Vulnerabilität eines Menschen stehen in einem gegenläufigen (reziproken) Verhältnis zueinander: je höher die Resilienz, desto tiefer die Vulnerabilität; oder umgekehrt: je höher die Vulnerabilität, desto tiefer die Resilienz. Welche Faktoren Resilienz und Vulnerabilität eines Menschen bestimmen ist erst in Ansätzen bekannt. Man nimmt konstitutionelle, also ererbte Faktoren an. Daneben spielen aber sicher auch prägende Erfahrungen der Kindheit eine grosse Rolle (hat jemand tragfähige Beziehungen erlebt, sichere Bindungen zu den Bezugspersonen aufbauen können, Urvertrauen in sich und die Mitmenschen entwickeln können). Daneben ist aber auch sicher, dass wer schon einmal traumatisiert worden ist, eine erhöhte Vulnerabilität hinsichtlich weiterer belastender Ereignisse aufweist. Es tönt völlig ungerecht ist aber eine traurige Tatsache: Wer bereits vortraumatisiert ist, hat eine geringere Kapazität, Stress erfolgreich zu regulieren und hat damit ein ungleich höheres Risiko, erneut traumatisiert zu werden. Wer hingegen bisher vor Traumatisierung verschont geblieben ist, hat gute Chancen auch künftige, heftigere Belastungen ohne Traumatisierung zu überstehen.

Es muss dringend darauf hin gearbeitet werden, dass das Wissen um die Bedeutsamkeit des Vorzustandes einer Person hinsichtlich Traumaentwicklung möglichst vielen Fachleuten aus diesem Bereich zugetragen wird. Ausserdem ist es dringend, dass dieses Wissen auch in den diagnostischen Standards (ICD) berücksichtigt wird. Das würde dann bedeuten: Die Diagnose einer Traumatisierung nicht von der Schwere des auslösenden Ereignisses abhängig zu machen, sondern für die Definition einzig und allein auf die vorliegenden subjektiven Beschwerden der betroffenen Person abzustellen. Solange das nicht der Fall ist, haben es Unfallkassen, Lebensversicherungen und natürlich auch die Rechtsprechung, die sich begreiflicherweise nur auf diese offiziell anerkannten medizinisch-diagnostischen Standards abstützen kann, leicht, berechnete Forderungen von PatientInnen mit posttraumatischen Störungen aufgrund von «fehlender Adäquanz des auslösenden Ereignisses» abzulehnen. Dass die Mediziner selbst mit ihren in diesem entscheidenden Punkt überholten diagnostischen Kriterien den Juristen und Versicherungsexperten die Argumente für ihre harte Haltung in die Hände legen, empfinden wir als stossend, ja sogar zynisch. Da fühlen sich die Patienten teilweise zu recht im Stich gelassen.

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die posttraumatische Belastungsstörung ist eine meist sehr ernsthafte, unbehandelt oft chronisch verlaufende, für die Betroffenen mit viel Leiden verbundene, sehr mühsame und viele Ressourcen verschlingende Krankheit, die immer auch die soziale Umgebung (Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, Arbeitsstelle) der Betroffenen stark mit betrifft. Sucht man nach Schlagworten, die das subjektive Erleben Traumatisierter auf den Punkt bringen, so sind Überschriften wie die Folgenden passend: «Am Rande der Gesellschaft aufgrund von Traumatisierung»; «Lebensknick nach scheinbar harmlosem Unfall»; «Ich bin nicht mehr ich selbst und lebe nicht mehr in mir selbst, ich erkenne mich nicht wieder»; «Von allen verlassen im Kampf um Gerechtigkeit und Würde». Diese Titel deuten an, wie viel Drama und Leid Traumatisierte zum Teil durchmachen, erst recht wenn sie, wie oben beschrieben, von den medizinischen und behördlichen Instanzen noch nicht einmal gesehen und anerkannt werden mit ihrer Krankheit, mit ihrer Behinderung. Nicht wenige dieser Menschen resignieren, tauchen ab in Scham und Bitterkeit, ziehen sich aus der Gesellschaft zurück, führen ein einsames Leben auf Sparflamme. Damit sind sie selbst nicht mehr in der Lage, sich Gehör zu verschaffen, schon gar nicht mediales Gehör. Kaum jemand weiss von ihnen. Entsprechend ist die Dunkelziffer von Menschen, die in einer solchen Situation leben sicher hoch.

PatientInnen mit posttraumatischer Belastungsstörung weisen in aller Regel sowohl körperliche als auch psychische Symptome auf. Häufig stehen zu Beginn die körperlichen Symptome klar im Vordergrund. Mit zunehmender Dauer und Fortschreiten der Störung kommen zunehmend psychische Symptome und Beschwerden dazu, bestimmen mit der Zeit das Bild sogar weitgehend.

Dank den modernen bildgebenden Verfahren zur Untersuchung des Gehirns ist klar geworden, dass es im Verlaufe einer posttraumatischen Belastungsstörung sowohl zu funktionellen als auch zu strukturellen Veränderungen im Gehirn kommt, vor allem im so genannten limbischen System. Wie schnell diese Veränderungen nach dem auslösenden Ereignis auftreten ist soweit uns bekannt noch offen. Wir haben aber den Eindruck, dass die psychischen Anteile der posttraumatischen Belastungsstörung eher eine Folge der hirnganischen Störungen sind. Damit ist die posttraumatische Belastungsstörung sowohl von der Reihenfolge des Auftretens der Symptome als auch von den hirnganischen und psychologischen Befunden her wohl eher eine somatopsychische Störung. Also eine primär organische (somatische) Störung mit sekundären psychischen Symptomen. Auch wenn die psychischen Symptome mit zunehmender Krankheitsdauer tatsächlich völlig in den Vordergrund treten können, berechtigt das unserer Meinung nach keinesfalls dazu, nun plötzlich von einer nur noch psychischen Störung zu sprechen und den ursächlichen Zusammenhang dieser Beschwerden mit dem auslösenden Ereignis zu verneinen. Genau das aber wird von Unfallversicherungen regelmässig behauptet und als weiteres Argument für die Einstellung von Versicherungsleistungen angeführt.

Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung einer Traumatisierung

Es gibt eine offensichtliche Schwierigkeit unter den Medizinerinnen, eine Traumatisierung zu erkennen und zu diagnostizieren. Zur Schwierigkeit der Diagnosestellung tragen verschiedene Umstände bei:

(1) Traumatisierung kann durch verschiedenartigste Ereignisse ausgelöst werden. Sie scheint einer unspezifischen Reaktion auf Überforderung der Stressbewältigungsfähigkeit von Menschen zu entsprechen. Insbesondere können sowohl somatische Ereignisse (Verkehrs- und andere Unfälle, etc.) als auch psychische Ereignisse (emotionale Enttäuschung, emotionale Verletzung, etc.) Traumatisierung auslösen. Kombiniert psychisch und physisch belastende Ereignisse scheinen besonders geeignet, die Bewältigungsmechanismen von Menschen zu überfordern und Traumatisierung auszulösen.

(2) Traumatisierung wird oft erst verzögert spür- oder sichtbar, ist kurz nach dem auslösenden Ereignis noch nicht erkennbar, entwickelt sich über Wochen bis Monate langsam und anfänglich wenig auffällig. Dann ist sie selbst für Fachleute schwer erkennbar.

(3) Öfter nehmen Patienten (und beteiligte Ärzte und Versicherungen) die frühen Zeichen sich entwickelnder Traumatisierung nicht genügend ernst, vertrauen darauf dass die Zeit dann von selbst die Erholung bringen werde.

(4) Die Symptome einer Traumatisierung können in einem sehr breiten Spektrum variieren. Meist liegen sowohl psychische als auch somatische Symptome vor. Damit kann sich der Traumakomplex (= die Zusammensetzung und Ausprägung der Traumasymptome) von Fall zu Fall sehr unterschiedlich präsentieren, was sein Erkennen natürlich erschwert.

(5) Wie oben beschrieben können auch objektiv eher geringe Ereignisse eine Traumatisierung auslösen. Dieses Wissen ist in der Ärzteschaft, auch bei neurologischen und rheumatologischen Fachleuten, wohin die Patienten sich häufig wenden oder geschickt werden, viel zu wenig bekannt. Das sind Gründe, weshalb die Diagnose einer Traumatisierung nicht selten gar nicht gestellt wird oder erst mit grosser Verzögerung. Damit wird wertvolle Zeit verloren bis zur Einleitung einer spezialisierten, traumaorientierten Therapie, von der es in der Zwischenzeit doch bereits verschiedene Formen gibt. Auch diesbezüglich besteht ein offensichtliches Informationsdefizit unter medizinischen und psychologischen Fachleuten. Interessanterweise sind es öfter von den Krankenkassen in zunehmendem Masse eingesetzte Case Manager, die sich kundig gemacht haben über neuere, alternative therapeutische Möglichkeiten bei Traumatisierung und dann die Weichen zu einer traumaspezifischen Therapie stellen. Die Diagnosestellung zu einem möglichst frühen Zeitpunkt ist sehr bedeutsam, weil es für TraumatherapeutInnen aufgrund ihrer Erfahrungen sehr offensichtlich ist: je rascher eine traumaspezifische Therapie nach einem traumatisierenden Ereignis einsetzt, desto besser ist die Heilungschance und desto weniger therapeutischer Aufwand ist nötig.

Copyright © IBP Institut