

2.3 Störungsmodelle

Im Folgenden sollen Modelle zur Entstehung von psychischen und psychosomatischen Symptomen aufgrund traumatischer Belastungen vorgestellt werden. Dabei leitet uns die Überzeugung, dass die Indikation zu einer psychotherapeutischen Intervention weder allein diagnosespezifisch noch therapieschulenspezifisch erfolgen sollte. Unserer Erfahrung nach ist es sinnvoll, therapeutische Strategien aus einem modellhaften Verständnis des vorliegenden Störungsbildes abzuleiten, und dann an die individuelle Situation des Patienten angepasst einzusetzen. Die für die Behandlung von Traumafolgestörungen relevanten Störungsmodelle sind übergreifende und empirisch fundierte Konzepte, aus denen sich konkrete therapeutische Strategien begründen lassen. Die Unterscheidung von Traumafolgestörungen in primäre und sekundäre Traumafolgesymptome ist eine wichtige Differenzierung (s. Tab. 2-1).

Definition primäre und sekundäre Traumfolgesymptome

Mit dem Begriff **primäre Traumafolgesymptomatik** werden die direkten Folgen einer unzureichenden Verarbeitung des traumatischen Erlebnisses bzw. der mit der traumatischen Erinnerung assoziierten Angst beschrieben. **Sekundäre** – traumakompensatorische – **Symptome** sind in Reaktion auf die primären Traumafolgen entstandene Anpassungsleistungen, die kurzfristig Entlastung, längerfristig aber negative Konsequenzen und Einschränkungen mit sich bringen.

Die Einteilung in primäre und sekundäre Traumafolgesymptome erlaubt bereits eine Vorauswahl der infrage kommenden Behandlungsstrategien. Im Fall der primären Traumafolgesymptomatik steht die Symptomatik in direktem Zusammenhang mit dem traumatischen Erlebnis, welches in einer nicht ausreichenden Art und Weise verarbeitet wurde. Die Behandlung sollte entsprechend auf eine

Tab. 2-1 Kategorisierung von Traumafolgesymptomen

Primär posttraumatische Symptomatik	
<ul style="list-style-type: none"> • Intrusive Symptome • Traumaassoziierte Ängste • Dissoziative Reaktionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Übererregbarkeit • Triggerbare körperliche Stressreaktionen • etc.
Sekundär posttraumatische (traumakompensatorische) Symptomatik	
<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidungsverhalten • Sozialer Rückzug • Scham • Schuldgefühle 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstwertprobleme • Suchtmittelkonsum • Zwangshandlungen • etc.

Reduktion der primären Traumafolgesymptomatik zielen. Der häufig gebrauchte Begriff „Traumabearbeitung“ beschreibt diesen Zusammenhang bzw. dieses therapeutische Ziel leider nicht exakt genug. Die Formulierung „Behandlung von Traumafolgestörungen“ verweist auf die zu behandelnde Problematik und gibt die Richtung vor: Es geht um die Therapie der primären Traumafolgesymptomatik durch Bearbeitung der traumatischen Erinnerung bzw. der durch die traumatische Erfahrung primär eingepprägten Wahrnehmungsverzerrungen und Fehlinterpretationen.

Ein entscheidender Grundsatz einer „schonenden Traumatherapie“ lautet: Die Behandlung der Traumafolgestörungen zielt nicht auf Vergangenes, sondern auf eine Veränderung von aktuell bestehenden Symptomen – wobei Vergangenes gezielt einbezogen wird, solange es der Linderung von Beschwerden, der Verarbeitung und der Integration des Erlebten in der Gegenwart dient.

Traumatherapie ist keine Bearbeitung von Erinnerungen der Vergangenheit, sondern richtet sich immer auf die in der Gegenwart bestehende Symptomatik.

Im Folgenden sollen die beiden wichtigsten ätiologischen Konzepte zum Verständnis der primären Traumafolgesymptomatik näher betrachtet werden: das Angstmodell der Traumafolgestörungen und das Modell der gestörten Informationsverarbeitung.

2.3.1 Angstmodell

Es liegt nahe, Traumafolgestörungen als Angsterkrankungen zu verstehen. Persistierende Angstsymptome sind eine typische Folgeerscheinung nach traumatischen Erlebnissen. Schon die, historisch gesehen, ersten Modelle von Traumafolgestörungen knüpfen an diesen Zusammenhang an. Zunächst als organische Erkrankung im Sinne einer „Nervenschütterung“ konzeptualisiert, beschreibt beispielsweise Oppenheim (1889) in seinem Buch über „traumatische Neurosen“ eindrücklich eine gesteigerte Reizbarkeit und Ängstlichkeit sowie durch Auslösereize provozierbare Angstattacken bei Opfern von Eisenbahn- und Arbeitsunfällen.

Traumatische Ereignisse gehen in der Regel mit extremer Angst, Hilflosigkeit, Entsetzen, körperlichen Schmerzen und anderen aversiven Reizen einher. Definitionsgemäß erreicht ein Ereignis dann traumatischen Charakter, wenn es während der Situation zu einer Überflutung mit aversiven Reizen kommt. Das Angstmodell der Traumafolgestörungen geht davon aus, dass sich extreme Stresssituationen in Form einer Angststruktur einprägen können (Foa u. Kozak 1986). Es handelt sich dabei um eine auf die spezifische Situation bezogene, erlernte (konditionierte) Angst. Charakteristisch hierfür ist die Auslösbarkeit von

Angstreaktionen durch Erinnerungen, beispielsweise während des verbalen Berichts über das traumatische Geschehen.

Das Angstmodell ist das am weitesten verbreitete und empirisch am besten untersuchte Störungsmodell von Traumafolgestörungen (Rothbaum u. Davis 2003). Der folgende Kasten gibt einen kurzen Überblick über die Ätiologie von Traumafolgestörungen nach diesem Modell:

Ätiologie der Traumafolgestörungen nach dem Angstmodell

- Während des Traumas kommt es zu einer **Überflutung mit aversiven Reizen**, die zur Ausbildung einer traumaassoziierten **Angststruktur** führt.
- Die Angststruktur wird durch **Auslösereize** (sog. Trigger) und durch intrusives Wiedererleben aktiviert.
- Es resultiert **Vermeidungsverhalten**, was die weitere Verarbeitung der traumatischen Angst erschwert.
- Die Angst **generalisiert** zunehmend (z. B. generelle Angst vor Menschen).
- **Sekundäre Symptome** (z. B. sozialer Rückzug, depressive Symptome, Selbstwertprobleme) entstehen in Reaktion auf die Angstsymptomatik.

Patienten mit Traumafolgestörungen leiden typischerweise an situationsbezogenen Ängsten, die nur schwer durch korrigierende Erfahrungen oder kognitive Bewältigungsstrategien zu reduzieren sind. Diese Ängste sind häufig durch ein fehlendes Gefühl von Sicherheit gekennzeichnet. Oft besteht eine geradezu panische Angst, erneut Opfer zu werden; also die Befürchtung, dass sich das Trauma wiederholen könnte. Auch die Konfrontation mit der traumatischen Erinnerung kann sehr starke Angstreaktionen provozieren. Stellt man die phobische Komponente der posttraumatischen Ängste in den Vordergrund, liegt es nahe, die gesamte Kernsymptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung (Intrusionen, Vermeidungsverhalten, Übererregbarkeit) als Folge einer durch traumatische Erfahrungen ausgelösten Angststörung zu verstehen. Entsprechend dieser Auffassung wird die Posttraumatische Belastungsstörung im Klassifikationssystem DSM-IV zu den Angststörungen gezählt. Weitere Symptome, z. B. sozialer Rückzug, Selbstwertprobleme oder depressive Störungen, lassen sich dann als sekundäre Anpassungs- und Kompensationsstrategien verstehen.

Folgen von Angst bei Traumata

Die Ausbildung einer Angststruktur infolge von Traumatisierungen lässt sich als Lernvorgang verstehen. Bereits ein einzelnes, stark aversives Erlebnis kann sich potenziell in Form einer konditionierten Angstreaktion einprägen (Charney et al. 1993). Wird die Erinnerung an das belastende Ereignis etwa durch einen Er-

innerungsauslöser reaktiviert, wird nun auch die Angst mit entsprechender Stressreaktion ausgelöst.

Aufgrund der hohen Belastung bei Erinnerung an die traumatische Situation wird daher eine Auseinandersetzung mit den Details der traumatischen Erfahrung möglichst vermieden. Viele Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung können das traumatische Erlebnis ganz gut oberflächlich schildern und haben dies, etwa gegenüber ihren Angehörigen und Freunden, schon oft getan. Dennoch besteht typischerweise Vermeidungsverhalten bei besonders belastenden Inhalten der Erinnerung. Vermeidungsverhalten – der unbewusste Versuch die Angst zu kontrollieren – beeinflusst häufig nicht nur die gedankliche, sondern auch die Handlungsebene im Alltag.

Fallbeispiel

Herr A. hat vor 5 Jahren einen Autounfall erlitten. Er wurde körperlich nur leicht verletzt, hatte aber während des Unfalls starke Angst, dass seiner Frau und den Kindern, die sich ebenfalls im Auto befanden, etwas passiert sei. Die Familie durch einen Unfall zu verlieren, sei inzwischen der denkbar schlimmste Gedanke für ihn. Seit dem Unfall klammere er sich geradezu an seine Familie, es sei für ihn nur schwer ertragbar, von Zuhause abwesend zu sein. Er vermeide es, Dinge alleine zu erledigen. Die Angst vor Verlust sei seit dem Unfall unverändert präsent.

Stark aversive Angstreaktionen auf Auslösereize führen zu einer verstärkten Vermeidung von Erinnerungsauslösern. Durch das Vermeidungsverhalten wird zwar eine oberflächliche Symptomentlastung erreicht, die Exploration der traumatischen Erinnerung und die Integration des Erlebten in ein kohärentes Narrativ wird jedoch behindert, sodass Fehlinterpretationen des traumatischen Geschehens nicht ausreichend korrigiert werden können. Solche Fehleinschätzungen und verzerrten Interpretationen können beispielsweise auf der emotionalen Ebene die eigene Schuld am traumatischen Geschehen, das Gefühl, wertlos oder schlecht zu sein, oder die Einschätzung, auch nach dem Trauma einer weiter anhaltenden Bedrohung ausgesetzt zu sein, betreffen (Ehlers u. Clark 2000).

Das Angstmodell besticht durch Einfachheit und hat den Vorteil, dass sich Therapiestrategien unmittelbar aus dem Modell ableiten lassen. Der wesentliche, stabilisierende und chronifizierende Faktor der posttraumatischen Angst ist das Vermeidungsverhalten. Typische Folge des fortgesetzten Vermeidungsverhaltens ist eine zunehmende Generalisierung der Angst, d.h. eine Ausweitung der Angst auf alle möglichen, dem Auslöseereignis ähnlichen Situationen oder Gedanken. Wenn die vermiedene Konfrontation mit der Angst für eine Aufrechterhaltung der Symptomatik verantwortlich ist, kann eine Behandlung der Traumafolgestörung nur dann erfolgreich sein, wenn es gelingt, dieses Vermeidungsverhalten zu reduzieren.

An diesem Punkt setzen die konfrontativen Behandlungstechniken an. Analog zur Behandlung von phobischen Störungen soll eine Konfrontation mit der