

### 3) Rekonstruktion und Wiedereingliederung

Durch bestimmte traumatische Erlebnisse wird das Weltbild der Betroffenen stark erschüttert. Das Vertrauen in die Welt als ein sicherer und vorhersehbarer Ort und auch das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten wird erschüttert. Dies führt auch zu weit reichenden Folgen in Beziehungen, Familie, Schule und Arbeit. In dieser Phase geht es darum, gemeinsam mit den Betroffenen und ihren Angehörigen einen Weg zurück in die Normalität zu suchen und sie beim Wiederaufbau eines sicheren Miteinanders zu unterstützen.

### Eingesetzte psychotherapeutische Verfahren

In der Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen und ihren Familien in unserer Klinik kommen eine Reihe von Verfahren zum Einsatz, die sich gegenseitig ergänzen.

- kognitive Verhaltenstherapie
- Stabilisierungstechniken und ressourcenorientierte Verfahren aus der Eriksonschen Hypnotherapie
- Imaginative Traumatherapie nach Reddemann
- EMDR
- Entspannungsverfahren (vor allem Progressive Tiefenentspannung nach Jacobson)
- Körpertherapie
- Kunst und Musiktherapie
- **Familientherapie und Unterstützung der Angehörigen** Bei der Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen spielt die Miteinbeziehung der Familien eine wichtige Rolle. Die Angehörigen werden darin unterstützt, die Symptome und Probleme der eigenen Kinder zu verstehen und damit (zum Beispiel in Krisensituationen) angemessen umzugehen. Oftmals sind die Eltern auch selbst traumatisiert, weil sie ihre Kinder nicht angemessen

schützen konnten oder selbst in das Ereignis (z. B. ein Verkehrsunfall) verwickelt waren.

- Unterstützende **medikamentöse Therapie**  
Vor allem Antidepressiva aus der Stoffgruppe der SSRI

Je nach Art des Traumas und Dauer der traumatischen Situation muss die Behandlung an die speziellen Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien angepasst werden. Häufig ist eine Integration der stationären Therapie und der ambulanten Behandlung notwendig. Auf eine gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Therapeuten legen wir auch bei der Traumatherapie besonderen Wert.

### Leitender Arzt der Abteilung

Dr. Univ. Rom Mathias Engel  
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie &  
FA für Psychiatrie und Psychotherapie

### Ärztlicher Leiter und Chefarzt der Klinik

Dr. med. Dipl.-Psych. Thomas Falbesaner  
FA für Psychotherapeutische Medizin &  
FA für Neurologie und Psychiatrie



### Abteilung für Kinder- und Jugendpsychotherapie

Gunzenbachstr. 8

76530 **Baden-Baden**

Tel.: 07221/39393-0

Fax: 07221/39393-50

Email: jugendklinik@web.de

## Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und akute Belastungsreaktion

### Einleitung

Die „Posttraumatische Belastungsstörung“ ist eine mögliche Folgereaktion auf ein oder mehrere traumatische Erfahrungen (z.B. Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt [auch in der Kindheit], Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person usw.). Ebenso können schwere Erkrankungen und die damit verbundenen notwendigen medizinischen Behandlungsmaßnahmen traumatisierend wirken. Auch das Miterleben des Todes oder einer schweren Erkrankung eines nahen Verwandten kann zu einer PTBS führen. Kinder und Jugendliche sind aufgrund ihrer noch unreifen Psyche besonders gefährdet.

Oft entwickelt sich nicht das komplette Störungsbild, Teilaspekte finden sich hingegen bei vielen anderen psychischen Erkrankungen, die durch Traumen mitbedingt sind.

## Was ist eine PTBS

Das Störungsbild ist geprägt durch:

- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (*Bilder, Alpträume, so genannte Nachhallerinnerungen oder Flashbacks: die Betroffenen erleben das Trauma oder Teile davon neu, als würde es noch einmal passieren.*) oder Erinnerungslücken (*teilweiser Gedächtnisverlust an das traumatische Ereignis*);
- Übererregungssymptome (*Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen*);
- Vermeidungsverhalten (*Vermeidung von allem, was an die traumatische Situation erinnert*);
- emotionale Taubheit (*allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit*);
- im Kindesalter sind die Symptome zum Teil unterschiedlich (*z.B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens, auffälliges Sozialverhalten*).

Die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit (z. T. mehrjähriger) Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten.

## Was ist eine akute Belastungsreaktion

Die akute Belastungsreaktion beginnt unmittelbar nach einem Trauma auf und zeigt ähnliche Symptome. Allerdings tritt hierbei nach spätestens 6 Monaten eine spontane Besserung ein. Ansonsten geht sie in eine PTBS über.

Die **Häufigkeit von PTSD** ist abhängig von der Art des Traumas. Etwa

⇒ 50% aller Vergewaltigungsopfer

- ⇒ 25% der Opfer anderer Gewaltverbrechen
- ⇒ 20% der Kriegs- und 15% der Verkehrsunfallopfer sowie
- ⇒ 15% der Menschen, die unter schweren körperlichen Krankheiten leiden oder litten, (z. B. Blutkrebs oder wiederholte chirurgische Eingriffe wegen angeborener Fehlbildungen)

entwickeln später eine so genannte PTBS.

Das Lebenszeitrisiko eine solche Erkrankung zu entwickeln liegt bei der Allgemeinbevölkerung etwa zwischen 2 und 7%. Unvollständige Störungsbilder sind noch wesentlich häufiger. Es besteht eine hohe Chronifizierungsgefahr. Deshalb sollten alle Betroffenen ein angemessenes therapeutisches Angebot erhalten.

Bei unbehandelten Traumaopfern besteht ein hohes Risiko für die Entwicklung anderer psychischer Störungen (z. B. Depressionen oder psychosomatische Krankheiten sowie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch).

## Unser stationäres Therapieangebot

Wir orientieren uns an den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften.

Die Behandlung traumatisierter Jugendlicher ähnelt der betroffener Erwachsener. Es müssen allerdings einige altersspezifische Besonderheiten berücksichtigt werden.

Sie besteht aus den folgenden Phasen:

- **Stabilisierung**
- **Traumaverarbeitung**
- **Rekonstruktion und Wiedereingliederung**

Je nach Problemstellung handelt es sich hier um eine langen und aufwändigen Prozess, ambulante und stationäre Maßnahmen müssen sinnvoll integriert werden, manchmal sind auch mehrere zeitlich voneinander getrennte stationäre Behandlungsphasen notwendig.

## 1) Traumaspezifische Stabilisierung

In dieser Phase geht es noch nicht um die Arbeit mit dem Trauma an sich, sondern darum, die Betroffenen darin zu unterstützen, mit ihren Folgen (Ängste, Unruhe, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, sich aufdrängende Erinnerungen usw.) umgehen zu lernen, ohne sich dabei zu schaden. In dieser Phase lernen die Patienten (und ihre Angehörigen) viel über die PTBS und darüber, wie die Symptome zu erklären und zu verstehen sind. Viele Betroffene schämen sich für ihre Gefühle und Reaktionen. Es ist wichtig, ihnen zu vermitteln, dass sie nicht „verrückt“ sind und ihnen die Ursache für diese Symptome zu erklären. Das Wissen um das Wie und das Warum wirkt in der Regel bereits entlastend. Wichtig ist auch das Training von Fähigkeiten zur Selbstberuhigung und Problemlösung. Eine erfolgreiche Stabilisierung ist Voraussetzung für die inhaltliche Arbeit am Trauma an sich. Manchmal ist in dieser Phase auch der Einsatz von Medikamenten sinnvoll.

## 2) Traumaverarbeitung

Ziel der Phase 2 ist die Verarbeitung des traumatischen Erlebnisses an sich und das Erreichen eines Zustandes, in dem das Ereignis erinnert werden kann, ohne dass es zu einer unkontrollierten Überflutung mit starken Ängsten usw. kommt.

Das Trauma wird so zur Erinnerung, die in den Hintergrund treten kann und das weitere Leben nicht mehr bestimmt, so dass die Betroffenen freier in ihrer zukünftigen Lebensgestaltung werden.