

## **Fallbeispiel 2 (Lastwagenunfall und Explosion)**

Sam, ein 38-jähriger, verheirateter Lastwagenfahrer wurde 14 Monate nach einem dramatischen Verkehrsunfall zur KVT Behandlung überwiesen. Der große Öltransporter, den Sam fuhr, war mit einem Auto zusammengestoßen, den ein 85-jähriger Mann fuhr. Der Zusammenstoß ereignete sich, als der ältere Mann rückwärts aus einer Abfahrt, die er fälschlicherweise genommen hatte, auf einen stark frequentierten Highway fuhr, auf dem Sam angefahren kam. Der LKW geriet außer Kontrolle, überschlug sich und explodierte nach einigen Minuten. Es gelang Sam, aus dem Fahrerraum herauszukriechen. Er half dem älteren Paar aus dem Auto zu entkommen und stellt sicher, dass Umherstehende sich in Sicherheit brachten da er ein Explodieren des Öltrucks befürchtete. Kurz nach dem Eintreffen von Polizei, Rettungs- und Feuerwehrwagen begann er sich wie „taub“ zu fühlen, als er „wie im Schock“ zuschaute, dass sein LKW in Flammen aufging. Sam wurde in Krankenhaus gebracht, wo kleinere Verletzungen behandelt wurden. Noch am selben Tag konnte er das Krankenhaus verlassen. Nach einigen Tagen, entwickelte er dann Symptome einer akuter Belastungsstörung, die sich im folgenden zu einer chronischen PTB entwickelten.

Während Sam in den Wochen nach dem Unfall mehrere Versuche unternahm, wieder seinem Job nachzugehen, kämpfte er mit Flashbacks, Nachträumen und Schreckreaktionen, die im Zusammenhang zu dem Unfall standen. Sam regte mehr und mehr auf, dass sein Arbeitgeber (seit 18 Jahren) nicht mehr Verständnis für seine Situation aufbrachte. Er regte sich über mangelnde Unterstützung und Flexibilität auf. Sam entwickelte eine phobische Furcht vorm LKW Fahren, die sich später auf alle Autobahrfahrten generalisierte. Drei Monate nach dem Unfall wurde Sam für einen längeren Zeitraum krank geschrieben. Obwohl er zu dieser Zeit eine supportive Therapie bekam, blieb er permanent arbeitsunfähig. Seine PTB Symptomatik und die Fahrphobie chronifizierten weiter.

Vierzehn Monate nach dem Unfall ordnete der Versicherungsträger das Einleiten einer KVT Behandlung an. Bei Aufnahme bestätigte sich die Diagnose einer PTB. Sam gab zudem an, von andauernden Schlafproblemen geplagt zu werden. Wegen seiner wiederkehrenden intrusiven Bilder/Flashbacks von dem Unfall, unter denen Sam abendlich während des Einschlafens litt, wachte er „wie vernebelt“ auf und fühlte sich, als sei er wieder im LKW und versuche aus diesem herauszukommen, bevor er explodiert. Sam teilte mit, dass er das gesamte Unfallszenario weiterhin „tausendmal“ visuell durchgehen würde. In der Hoffnung, er werde eines Tages „aufwachen“ und herausfinden, dass alles nur ein schlechter Traum war.

Die erste Strukturierung der Traumakennzeichen nahm der Kliniker in Anlehnung an das algorithmische PTB Behandlungmodell folgendermaßen vor:

(1) Verkehrsunfall; (2) Typ I Trauma; (3) einmaliges, kurzes Ereignis (Minuten); (4) 38-jährig; (5) menschengemachtes Trauma, nicht willentlich (6) keine vorherige Opfer-Täter Beziehung; (7) schwere Ausprägung (lebensbedrohlich); (8) niedrige emotionale Erregung, hohe emotionale Taubheit (z. Zeit des Traumas); (9) Bewältigungsreaktionen: (a) Peri-Trauma – emotionale Taubheit, adaptive Bewältigung hinsichtlich des Verhaltens (herausklettern, anderen helfen, bevor der LKW explodiert), Ertragen; (b) Post-Trauma – Vermeidung, Verleugnen; (10) PTB Symptome: tägliche, wiederkehrende Flashbacks, Alpträume, chronische Schlafstörungen, Hypervigilanz, Schreckreaktionen, Vermeidung, Depression; (11) primäre PTB Emotion und damit verbundene Kognitionen: **Furcht** („Ich habe Angst, einen LKW zu fahren..., ich verliere die Kontrolle und habe wieder einen Unfall“, „ich fürchte mich vor meinen Gefühlen“); (12) sekundäre PTB Emotion(en) und damit verbundene Kognitionen: **Schuld** und **Selbstvorwurf** („Es ist meine Schuld; an dem Tag hätte ich nicht zur Arbeit gehen dürfen“), **Wut auf sich selbst** („Ich sollte nicht so schwächlich und weichlich sein ... so heulen echte Kerls nicht“) und **Wut auf den Boss** („Er sollte unterstützender und verständnisvoller sein“); (13) keine vorherigen Traumata explorierbar.

Die vorliegende PTB Emotion war Furcht und die hauptsächliche Bewältigungsstrategie Vermeidung, daher war Konfrontationstherapie die Behandlung der Wahl. Der entwickelte Behandlungsplan beinhaltete: (1) **Konfrontation in sensu** für die intrusiven Flashbacks und damit assoziierte PTB Symptome (einschließlich des täglichen Hörens der aufgenommenen Expositions-Sitzungen und dem Protokollieren von SUDS Werte); (2) **in-vivo Konfrontation** (zu einem späteren Zeitpunkt der Behandlung) mit: (a) einer Besichtigung des Unfallortes, (b) einer gestuften Konfrontation zum Autobahnfahren und (c) einer gestuften Konfrontation zum LKW-Fahren (zunächst als Mitfahrer, dann als Fahrer). Sam wurde darüber informiert, dass eine aktive Mitarbeit hinsichtlich aller Konfrontationsphasen, insbesondere bezüglich des täglichen Cassettenhörens, für den Erfolg der Behandlung unentbehrlich war.

Die KT begann mit der nächsten Sitzung. Die SUDS Werte waren während großer Teile der Konfrontationssitzung hoch (90-100); Sam (wieder-) erlebte den Unfall visuell als auch emotional. Er berichtete, sich zu schämen und „emotional schwächlich“ zu fühlen, da er während der Exposition geweint hatte: „Ich bin ein 38-jähriger LKW Fahrer, ich sollte nicht so rumheulen“. Mit dem Fortschreiten der Sitzung erinnerte sich Sam an immer mehr Details des Unfalls. Fünf weitere PE Sitzungen fanden statt. Obwohl Sam das tägliche Cassettenhören aufgetragen wurde, beklagte er, dass ihm dies sehr schwer falle. Er würde es bevorzugen, zu versuchen, die mit dem Unfall zusammenhängenden Bilder und Emotionen zu ignorieren.

Mit dem Fortschreiten der Konfrontationstherapie wurde immer klarer, dass Sam nicht habituierte. Während der Sitzung zeigte er sich extrem erregt und agitiert, seine SUDS Werte blieben hoch. Das Ausbleiben einer Verbesserung nach sechs Konfrontation in sensu Sitzungen stellte ein deutliches Behandlungshindernis dar.

Über den bisherigen Mißerfolg reflektierend, untersuchte der Kliniker erneut die Behandlungsstruktur, die er gemäß des algorithmischen Modells aufgestellt hatte. War Furcht doch nicht die vorherrschende PTB Emotion? Gab es eine andere PTB Emotion, die zentraler war? Sam war zwar ziemlich wütend auf seinen Boss, von dem er sich nicht ausreichend unterstützt sah, das stellte aber eindeutig eine sekundäre PTB Emotion dar. Hinzu kam, dass Sam keinerlei Wut auf den alten Herrn verspürte, der versehentlich rückwärts auf seine Spur gefahren kam. Dahingegen schien es recht klar, dass Sam als primäre Bewältigungsstrategien weiterhin Vermeidung und Verleugnung des Geschehenen einsetzte. Dies spiegelten auch seine weiterhin vorhandenen Schwierigkeiten, die Audiocassetten zu hören, wieder.

Seine Frau war im Laufe der Zeit sehr ungeduldig geworden, da sie keinen Fortschritt bemerkte, und wünschte, an der nächsten Therapiestunde teilzunehmen. Sie berichtete dort, dass Sam nur selten in die Konfrontations-Cassetten Reinhörte. Wenn überhaupt, dann würde er trotzdem nicht wirklich zuhören, sondern schlafen, zugleich fernsehen oder in der Garage herumhandwerken. Sam gestand diese Vermeidungsstrategien ein. Demnach erschien es so, als verhindere das immer noch angewendete Vermeidungsverhalten – das Behandlungshindernis! -- eine Habituation.

Um die Hausaufgaben-Mitarbeit zu maximieren würde ein verbesserter Hausaufgaben-Plan entworfen, nach dem seine Frau immer anwesend sein sollte, wenn Sam sich die aufgenommenen KT Sitzungen anhörte (zweimal täglich!). Diese Intervention hatte einen günstigen Einfluß auf den Behandlungsverlauf; eine unmittelbare Verbesserung in seiner Stimmung und in seinen Expositionen SUDS Werten stellte sich ein. Einige Sitzungen danach wurde eine in vivo Konfrontation durchgeführt. Sam besuchte zusammen mit dem Therapeuten den Unfallort. Trotz einer hohen antizipatorischen Angst, konnte Sam mit der Situation gut umgehen. Er war selbst überrascht, mit welcher Leichtigkeit er dem Therapeuten an Ort und Stelle genau zeigen und erklären konnte, wie sich der Unfall ereignet hatte.

Nach dieser erfolgreichen in vivo Konfrontation schritt die Therapie schnell voran. Es brauchte 10 weitere Sitzungen, in denen sich Sams Eindruck, seine Furcht selbst zu meistern, immer mehr verstärkte. Die KT der traumatische Erinnerung wurde fortgeführt, während parallel dazu in vivo Konfrontationen zum LKW- und Highway- Fahren durchgeführt wurden. Während es Sam schnell gelang, seine Furcht vorm Highway-Fahren zu meistern, sobald er aufgehört hatte, Highways zu vermeiden, stellte seine Furcht vorm LKW-Fahren eine größere Herausforderung dar – insbesondere seine antizipatorische Angst. Sein Vater (ebenfalls ein LKW Fahrer) bot sich an, bei der gestuften Konfrontation des LKW-Fahrens – erst als Beifahrer, dann als Fahrer - zu helfen. Nach einigen Wochen täglichen LKW-Fahrens, konnte Sam auch diese Furcht meistern und begann, eine Rückkehr zur Berufstätigkeit zu planen.

Gegen Behandlungsende wurde ein KU Sitzung durchgeführt, in der Sam eine funktionale Imagination entwickelte, in der er sich bildlich ausmalte, seinem Chef gegenüber seine Wut über dessen mangelnde Unterstützung nach dem Unfall (sekundäre PTB Emotion) auszudrücken. Dieser Sitzung folgte ein tatsächliches Treffen von Sam mit seinem Chef, das seinen Angaben nach sehr erfreulich verlief. Einige Wochen später nahm Sam seinen alten Job zunächst halbtags wieder auf; es folgte eine graduelle Arbeitszeitverlängerung bis zu seiner alten Vollzeitbeschäftigung. Nach seiner erfolgreichen Arbeitsaufnahme, wurde ein Plan erstellt, die Therapie zu beenden. Die Flashbacks und Alpträume existierten gar nicht mehr, das Ausmaß an Depression und Angst war deutlich geringer und Sam schaute seiner Zukunft alles in allem wieder hoffnungsvoll und optimistisch entgegen. Obgleich Sam berichtete, manchmal noch Intrusionen des Unfalles zu haben, beunruhigten ihn diese nicht mehr, genauso wenig legte er daraufhin Vermeidungsverhalten an den Tag. Zwei Sitzungen zur Aufrechterhaltung des Therapieerfolges sollten stattfinden, doch Sam sagte die letzte davon ab, denn „es gibt wirklich keinen Grund mehr für mich, forbeizukommen“. Zur 6-Monats Katamnese zeigte sich der Therapieerfolg unverändert. Zur 3-Jahres Katamnese war Sam nicht nur völlig symptomfrei, sondern zudem der stolze Besitzer einer eigenen Spedition.