Posttraumatische Belastungsstörung

Psychische Belastungen nach Patientenübergriffen

26. September 2006

Maritim-Hotel Gelsenkirchen

T. Andor, Psychologische Psychotherapeutin
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Psychotherapie-Ambulanz

Posttraumatische Belastungsstörung

- Menschen zeigen nach dem Erleben von verschiedensten Extremsituationen ein vergleichbares Beschwerdebild

- Definition als psychische Störung mit dem Namen Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
  - 1980 durch die Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft (DSM)
  - 1991 im Internationalen Krankheitsklassifikationssystem der WHO (ICD)

Hauptkriterien der PTBS

- Erlebnis eines Traumas
- Intrusionen (= unwillkürliche und belastende Erinnerungen an das Trauma)
- Vermeidung
- emotionale Taubheit
- anhaltende physiologische Übererregung
- Beschwerden dauern mind. 1 Monat

Was bezeichnet man als Trauma?

- Kurz oder lang anhaltende Ereignisse oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, die nahe zu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde (ICD-10)
- Potentielle oder reale Todesbedrohungen, ernsthafte Verletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Versehrtheit bei sich oder anderen, auf die mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken reagiert wird (DSM-IV)

Klassifikation von Traumen

A.

- Menschlich verursachte Traumen
- Katastrophen, berufsbedingte und Unfalltraumen

B.

- Kurzdauernde traumatische Ereignisse (Typ-1-Traumen)
- Längerdauernde, wiederholte Traumen (Typ-2-Traumen)

Klassifikation von Traumen - 1

- Menschlich verursachte Traumen
  - sexuelle und körperliche Misshandlungen in der Kindheit
  - Gewalterlebnisse
  - Vergewaltigungen
  - Kriegserlebnisse
  - Folter und politische Inhaftierung
  - Massenvernichtung (KZ-, Vernichtungslager)

Klassifikation von Traumen - 2

- Katastrophen, berufsbedingte und Unfalltraumen
  - Naturkatastrophen
  - technische Katastrophen
    (z.B. Giftgaskatastrophen)
  - berufsbedingte Katastrophen
    (z.B. Militär, Polizei, Feuerwehr)
  - Arbeitsunfälle (z.B. Grubenunglück)
  - Verkehrsunfälle

Kurzdauernde traumatische Ereignisse (Typ-1-Traumen)

- Naturkatastrophen
- Unfälle
- technische Katastrophen
- Gewalterlebnisse wie Überfälle, Schusswechsel

Längerdauernde, wiederholte Traumen (Typ-2-Traumen)

- Geiselhaft
- mehrfache Folter
- Kriegsgefangenschaft
- KZ-Haft
- wiederholte sexuelle oder körperliche Gewalt in Form von Kindesmissbrauch, Kindesmisshandlung sowie wiederholten Vergewaltigungen

Häufigkeit von verschiedenen Traumata und PTBS (Kessler et al. 1995)

Art	Häufigkeit des Traumas	Häufigkeit der Störung
Vergewaltigung	5,5%	55,5%
Sexuelle Belästigung	7,5%	19,3%
Waffengewalt-androhung	12,9%	17,2%
Körperliche Gewalt	9,0%	11,5%
Unfälle	19,4%	7,6%
Zeuge von Unfällen / Gewalt	25,0%	7,0%

Symptomgruppen der PTBS

- Intrusionen/ Wiedererleben
- Vermeidungsverhalten / allgemeiner emotionaler Taubheitszustand
- anhaltendes physiologisches Hyperarousal

Intrusionen

- Intrusionen, „flashbacks“
- belastende Träume bzw. Alpträume
- Belastung durch symbolisierende Auslöser
- physiologische Reaktion bei Erinnerung

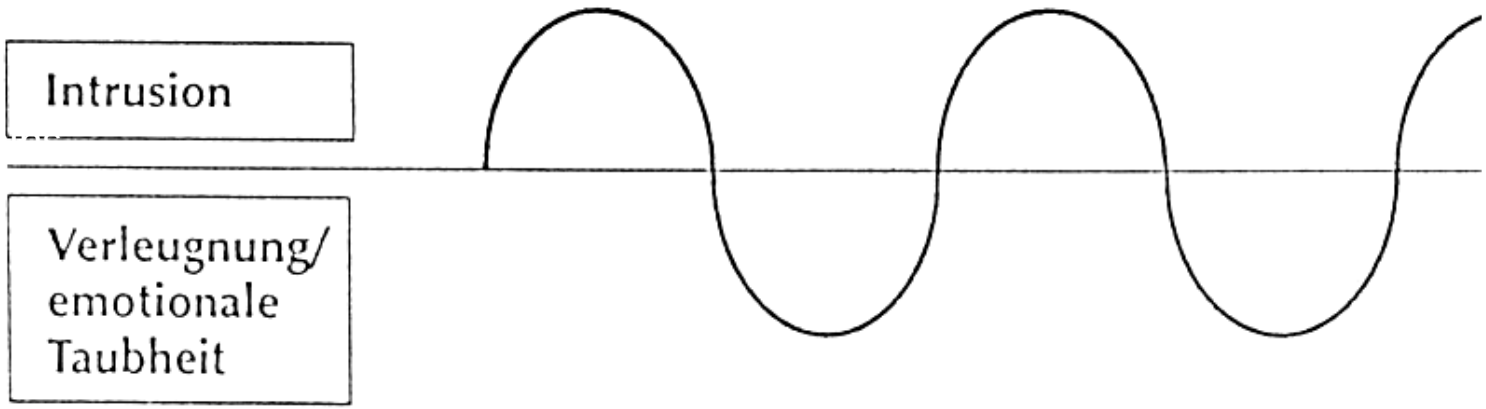
Vermeidungsverhalten/ allgemeiner emotionaler Taubheitszustand

- Gedanken- und Gefühlsvermeidung
- Aktivität oder Situationsvermeidung
- (Teil-)Amnesien
- Interessenverminderung
- Entfremdungsgefühl
- eingeschränkter Affektspielraum
- eingeschränkte Zukunft

Prozess der Oszillation

zwischen Verleugnung/emotionaler Taubheit und Eindringen der Erinnerungen in das Bewusstsein

(nach Horowitz, 1986)



Anhaltende physiologische Übererregung

- Konzentrationsschwierigkeiten
- Ein- und Durchschlafschwierigkeiten
- erhöhte Reizbarkeit
- übermäßige Wachsamkeit
- übermäßige Schreckreaktion

Dissoziative Symptome (1)

Psychologische Dissoziation

- Am häufigsten: Amnesie, Entfremdungs-, Derealisations- und Depersonalisationsphänomene

Somatoforme Dissoziation

- Am häufigsten: Schmerzunempfindlichkeit, Taubheit, sog. Einfrieren

Dissoziative Symptome (2)

- Störung der intergrierten Erfahrung/ Erinnerung
- werden häufig durch chronische, multiple Traumata ausgelöst
- wenn Dissoziation während eines Traumas auftritt, entwickelt sich häufig eine PTBS
- traumainduzierte, erlernbare und generalisierbare Reaktionen

  ➡ Störung der Belastungsreaktion

Diagnostische Kriterien nach DSM-IV

- Traumatisches Erlebnis
- Intrusionen (1)
- Vermeidung /emotionale Taubheit (3)
- Chronische Übererregung (2)
- Dauer: mindestens 1 Monat
- Belastung/ Beeinträchtigung

PTB-Subtypen

Akut

Diagnose ist 1 Monat nach Trauma zu stellen

Chronisch

Diagnose ist 6 Monate nach dem Trauma (noch) zu stellen

Verzögert

Diagnose erst nach einem oder mehreren Jahren zu stellen, z.B. nach lebensgeschichtlichen Wendeereignissen: Pensionierung, Tod eines Angehörigen etc.

PTBS ist zu unterscheiden von...

- Anpassungsstörung
- Trauerreaktion
- Akute Belastungsreaktion
- Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung
- Hirnverletzungen
- anderen Angst- oder affektiven Störungen
- anderen intrusiven Kognitionen und Wahrnehmungsstörungen

Komorbidität

- Angststörungen
- Affektive Störungen
- Suizidalität
- Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit
- Somatisierungsstörungen
- Körperliche Erkrankungen
  (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Infektionen, Erkrankungen des Nervensystems)

Epidemiologische Daten

- Verbreitung der PTBS ist abhängig von der Häufigkeit potentielle traumatischer Erlebnisse
- Die meisten Menschen sind im Laufe ihres Lebens einem traumatischen Ereignis ausgesetzt
- Männer erleben häufiger Traumen
- Lebenszeitprävalenz

  (DSM-Kriterien; Kessler et al. 1995):
  - Frauen: 10%
  - Männer: 5%
  - Frauen erleben mehr Ereignisse mit hoher traumatisierender Wirkung
  - Frauen entwickeln mit höherer Wahrscheinlichkeit eine PTBS

Verlauf und Prognose

- In den ersten Stunden und Tagen herrschen oft psychische Schock- oder akute Belastungsreaktionen
- die eigentlichen PTSD-Symptome treten i.d.R. innerhalb der ersten Monate nach dem Traumazeitpunkt oder -zeitraum auf
- z.T. Verstärkung der Symptome nach kritischen Lebensereignissen
- teilweise auch verzögerter Beginn nach symptomfreien Monaten und Jahren (ca. 10%)
- Spontanheilungen:
  - 1/3 innerhalb eines Jahres
  - 1/2 nach 4 Jahren
- 1/3 zeigen noch nach 10 Jahren Symptome
- Das Risiko für eine chronische PTBS ist umso höher, je schwerer die anfänglichen Symptome

PTBS Risikofaktoren

- Weibliches Geschlecht
- junges Alter oder erhöhtes Alter
- Niedrige Intelligenz bzw. Bildung
- Psychische Vorbelastung des Betroffenen
- Traumatisierung in der Kindheit

ABER:

Der Einfluss von Risikofaktoren ist im Vergleich zu Ereignis- und Aufrechterhaltungsfaktoren gering.

Ereignisfaktoren

- Schwere
- Häufigkeit
- Art des Traumas
- Verhalten und kognitive Verarbeitung während des Traumas
- Reaktionen in der Umgebung des Betroffenen

Aufrechterhaltende Faktoren

- Besonderheiten des Traumagedächtnisses
- Problematische Interpretationen des Traumas und seiner Konsequenzen
- Problematische Verhaltens- und Denkstrategien zur Bewältigung des Traumas und seiner Konsequenzen
- Fehlende soziale Unterstützung
- Stressbelastung nach dem Trauma

Besonderheiten des Traumagedächtnisses

- Beeinträchtige willentliche Erinnerung
- „Hier-und-Jetzt“-Qualität der Erinnerungen
- Leichte Abrufbarkeit von sensorischen Eindrücken und Erinnerung
- Emotionen ohne Erinnerung

➡ Ungenügende Verarbeitung der Erinnerungen an das Trauma

Beispiele negativer Bewertungen des Traums und seiner Konsequenzen, die zur Wahrnehmung einer gegenwärtigen Bedrohung beitragen

- Interpretation des traumatischen Erlebnis
  - „Ich bin nirgends sicher“
  - „Ich ziehe Unglück an“
  - „Ich bin schwach“
- Interpretation der PTBS-Symptome“
  - „Ich bin innerlich tot“
  - „Ich werde verrückt“
- Interpretation der Reaktion anderer Menschen
  - „Wenn man Probleme hat, wird man im Stich gelassen“
  - „Ich kann mich auf niemanden verlassen“
- Interpretation anderer Konsequenzen des Traumas
  - „Ich werde nie mehr ein normales Leben führen können“

Problematisches Verhalten und kognitive Strategien

- Gedanken- und Gefühlsvermeidung
- Nicht-darüber-reden-Wollen
- Übermäßiges Sicherheitsverhalten
- Überwachsamkeit
- Exzessives Grübeln
- Exzessiver Ärger, Wut
- Alkohol, Medikamente
- Schlafvermeidung

Zusammenhang zwischen Interpretationen und dysfunktionalen Verhaltensweisen/ kognitiven Strategien

- „Wenn ich nicht ständig aufpasse, wird ein neues Unglück passieren.“
  - aus dem Haus gehen meiden
  - Straßenverkehr meiden
  - Immer auf der Hut und bereit zur Flucht sein
  - Sich ständig um andere Sorgen

- „Wenn ich an das Trauma denke, den Ort des Geschehens aufsuche oder mich andere auf das Geschehene ansprechen, werde ich verrückt.“
  - Unfallort meiden
  - Kontakte zu anderen Menschen meiden
  - Gedanken an das Trauma meiden
  - Gefühle betäuben

Gesundheitsfördernde Faktoren

- Persönliche Offenheit
- Aktive Bewältigung
- Kohärenzsinn und Reifung
- Soziale Anerkennung und Unterstützung

Häufigkeit von verschiedenen Traumata und PTBS (Kessler et al. 1995)

Art	Prä-Post-Effektstärken	Abbrecher-rate
Kognitive Verhaltenstherapie	*1,27 (nach 4 M. 1,63)*	*15,1*
EMDR	*1,24 (nach 4 M. 1,33)*	*14,4*
Tiefenpsychologische Therapie	*0,90*	*11,0*
Entspannungsverfahren	*0,45*	*8,0*
Hypnose	*0,94*	*11,0*
Psychotherapie gesamt	1,17	14,0
Psychopharmaka gesamt	*0,69*	*31,9*
Kontrollbedingung	*0,43*	*16,6*

Augenbewegungs-Desensibilisierung und Wiederverarbeitung

- Gebräuchliche Bezeichnung „EMDR“ (engl. Abkürzung)
- Eine Form der therapeutischen Konfrontation, die mit vom Therapeuten angeleiteten rhythmischen Augenbewegungen und kognitiven Interventionen verknüpft wird
- Kritik: Wirkweise bisher unbekannt, daher kann dem Patienten auch kein Rational für das therapeutische Vorgehen vermittelt werden

Kognitive-Verhaltenstherapie nach Ehlers & Clark: Behandlungsziele

- Abbau des Wiedererlebens durch aktive Verarbeitung der Trauma-Erinnerungen
- Veränderung der problematischen Interpretationen des Traumas und seiner Konsequenzen
- Abbau problematischer Strategien zur Bewältigung des Traumas und der dadurch ausgelösten Symptomatik

Kognitive-Verhaltenstherapie: Behandlungsbausteine

- Psychoedukative Vermittlung eines Modells zur Entstehung und Aufrechterhaltung
- Imaginatives Nacherleben des Trauma
- Identifikation und Diskrimination von Auslösern des intrusiven Wiedererlebens
- In-vivo-Exposition
- Kognitive Umstrukturierung
- Abbau problematischer Verhaltensweisen und kognitiver Strategien
- Aktivierung, Förderung von sozialen u. Problemlösekompetenzen
- Rückfallprophylaxe

Vermittlung eines individuellen PTBS-Modells und des Behandlungsrationals

- Meine Symptome sind eine normale Reaktion auf eine abnorme Situation. Ich habe ein Trauma erlebt!
- Die Symptome werden aufrechterhalten durch:
  - Das Gedächtnis für das traumatische Erlebnis ist in Rohform gespeichert, so wird es besonders leicht durch „passende Reize“ abgerufen und erscheint in „Hier-und-Jetzt“-Form
  - Das Erlebnis und/oder seine Konsequenzen führen dazu, daß ich anders über die Welt/über mich denke.
  - Einige Dinge die ich tue, um meine Symptome in den Griff zu bekommen, verhindern eine Besserung
- In der Therapie werde ich deshalb...
  - ...das Gedächtnis für das Erlebnis ordnen und verarbeiten.
  - ...darüber sprechen, wie ich seit dem Trauma über die Welt und mich denke.
  - ...andere Wege ausprobieren, um meine Symptome in den Griff zu bekommen.

(Ehlers, 1999)

Kognitive-Verhaltenstherapie: Imaginatives Nacherleben

- Imaginatives Nacherleben des traumatischen Erlebnis in der Reihenfolge der Ereignisse einschließlich aller Reaktionen, sensorischen Eindrücke, Gedanken und Gefühle

Ziel:

- Abbau des Wiedererlebens/ der Intrusionen durch aktive Verarbeitung der traumatischen Erinnerungen
- Identifikation problematischer Interpretationen des Traumas

Kognitive-Verhaltenstherapie: In-vivo-Exposition

- Konfrontation mit Reizen, die an das Trauma erinnern, aber bisher vermieden wurden

Ziel:

- Traumatisches Ereignis als Teil der Vergangenheit akzeptieren
- Identifikation von Auslösern des Wiedererlebens
- Diskrimination zwischen „damals versus heute“ und „gefährliche Reize versus harmlose Reize“
- Modifikation problematischer Interpretationen/ Widerlegung dysfunktionaler Vorhersagen

Kognitive-Verhaltenstherapie: Identifikation & Diskrimination von Auslösern des intrusiven Wiedererlebens

- Identifikation der Auslösern von bisher für den Patienten unerwartet auftretenden PTBS-Symptomen, z.B. durch
  - Tagebücher
  - Imaginatives Nacherleben
  - In-vivo-Expositionsübungen
- PTBS Symptome werden so erklärbar, vorhersagbar und weniger aversiv
- Förderung der Diskrimination von Reizen

  durch detaillierte Besprechung von Unterschieden und Gemeinsamkeiten zwischen damals und jetzt

Kognitive-Verhaltenstherapie: Kognitive Umstrukturierung

Abbau problematischer Interpretationen, z.B.:

- Übergeneralisierung von Gefahr
- Befürchtungen zum zerbrechlichen Selbst wie z.B. die Befürchtung, verrückt werden, die Kontrolle zu verlieren, Zusammenbrechen
- Schuld- und Schamgefühle
- Übermäßige Beschäftigung mit Ärger/ Ungerechtigkeit

Modifikation problematischer Verhaltensweisen und kognitiver Strategien zur Bewältigung des Traumas und der PTBS-Symptomatik

Sicherheitsverhalten

Gedankenunterdrückung

Vermeidungsverhalten

problematische Strategien im Umgang mit Symptomen, z.B. Schlafvermeidung bei Schlafstörungen

Grübeln

Übertriebene Wachsamkeit

Durch: Psychoedukation, Kognitive Interventionen, Verhaltensexperimente

Kognitive-Verhaltenstherapie: „Das Leben zurückerobern“

- Aufbau sozialer Kontakte und Aktivitäten
- Kognitive Interventionen
- Förderung der sozialen Kompetenz
- Förderung der Problemlösekompetenz

Kognitive-Verhaltenstherapie: Rückfallprophylaxe

- Zusammenfassung des in der Therapie Gelernten:
  - Was hat geholfen mit dem Trauma abzuschließen?
  - Was habe ich vorher über die Symptome, mich selbst, die Welt gedacht?
  - Was sind Antworten auf diese Gedanken?
  - Wie sollte ich in Zukunft mit Erinnerungen an das Trauma und Situationen umgehen, die mich an das Trauma erinnern?
- Vorbereitung auf mögliche zukünftige Schwierigkeiten und deren Bewältigung