

PTSD

Ätiologie, Diagnostik
und Behandlung

PTSD

- Definition von Traumen und verschiedene Traumaarten
- Beschreibung des Störungsbildes
 - Erscheinungsbild aktueller traumatischer Folgen
 - Weitere posttraumatische Veränderungen
 - Nosologie
 - Epidemiologie, Komorbidität und Verlauf
- Erklärungsansätze im Überblick
- Therapieformen und Therapieforschung

Klassifikation von Traumata

- Menschlich verursachte Traumata (“man made disasters”)
- Katastrophen, berufsbedingte Unfalltraumata
- Kurzdauernde traumatische Ereignisse (Typ-I-Traumata)
- Längerandauernde, wiederholte Traumata (Typ-II-Traumata)

Menschlich verursachte Traumen

- Sexuelle und körperliche Misshandlungen in der Kindheit
- Kriminelle und familiäre Gewalt
- Vergewaltigungen
- Kriegserlebnisse
- Zivile Gewalterlebnisse (z.B. Geiselnahme)
- Folter und politische Inhaftierung
- Massenvernichtung (KZ-, Vernichtungs-lagerhaft)



Katastrophen, berufsbedingte und Unfalltraumen

- Naturkatastrophen
- Technische Katastrophen (z.B. Giftgaskatastrophen)
- Berufsbedingte (z.B: Militär, Polizei, Feuerwehr)
- Arbeitsunfälle (z.B. Grubenunglück)
- Verkehrsunfälle



Kurzdauernde traumatische Ereignisse (Typ-I-Traumen)

- Naturkatastrophen
- Unfälle
- Technische Katastrophen
- Kriminelle Gewalttaten wie Überfälle, Schusswechsel



Längerdauernde, wiederholte Traumen (Typ-II-Traumen)

- Geiselnhaft
- Mehrfache Folter
- Kriegsgefangenschaft
- KZ-Haft
- Wiederholte sexuelle oder körperliche Gewalt in Form von Kindesmissbrauch, Kindesmisshandlung sowie wiederholten Vergewaltigungen



PTSD

- Definition von Traumen und verschiedene Traumaarten
- Beschreibung des Störungsbildes
 - Erscheinungsbild aktueller traumatischer Folgen
 - Weitere posttraumatische Veränderungen
 - Nosologie
 - Epidemiologie, Komorbidität und Verlauf
- Erklärungsansätze im Überblick
- Therapieformen und Therapieforschung

Fünf Hauptkriterien der PTSD

- Erlebnis eines Traumas
- Intrusionen (=unwillkürliche und belastende Erinnerungen eines Traumas)
- Vermeidungsverhalten und allgemeiner emotionaler Taubheitszustand
- Anhaltendes physiologisches Hyperarousal (=Überregung)
- Die Symptome dauern länger als einen Monat

Einzel Symptome der PTSD - Intrusionen

- Ungewollt wiederkehrende und belastende Erinnerungen oder Erinnerungsbruchstücke treten spontan auf (außer, wenn durch Schlüsselreize hervorgerufen). Ihre Intensität reicht von Einzelerinnerungen bis zum Überwältigtwerden von der Erinnerung

Einzel Symptome der PTSD - Belastende Träume bzw. Alpträume

- Wiederkehrende Träume, die Erinnerungen oder Erinnerungsbruchstücke des Traumas beinhalten. In Alpträumen können die Erinnerungen sehr verzerrt sein. Verlaufen oft jahrelang nach dem gleichen Muster

Einzel Symptome der PTSD – Erinnerungsattacken

- Engl. “flashbacks”. Erinnerungsattacken, die durch ihre Plötzlichkeit und Lebendigkeit gekennzeichnet sind. Sind meist nur kurzdauernd und gehen mit dem Gefühl einher, das traumatische Ereignis noch einmal zu durchleben. Nähe zu Illusionen, Halluzinationen und dissoziativen Verkennungszuständen.

Einzel Symptome der PTSD – Belastung durch symbolisierende Auslöser

- Schlüsselreize wie gleiche Gegenstände, Geräusche, Düfte rufen regelmäßig belastende Erinnerungen an das Trauma wach. Zu den Schlüsselreizen gehören auch Jahrestage und Darstellungen des Schicksals anderer (z.B. Film)

Einzel Symptome der PTSD – Physiologische Reaktionen bei Erinnerung

- Unwillkürliche Körperreaktion wie Schwitzen, Zittern, Atembeschwerden, Herzklopfen oder – rasen, Übelkeit oder Magen-Darmbeschwerden oder starke Ängste beim plötzlichen Konfrontiertwerden mit traumatischen Schlüsselreizen sowie Erinnerungen bzw. Erinnerungsbruchstücke

Einzel Symptome der PTSD – Gedanken – und Gefühlsvermeidung

- Bewusstes Vermeiden von Gedanken und Gefühlen, die an das Trauma erinnern (z.B. eigene Gedankenstoppversuche bzw. Selbstkommentare “Ich mache mich sonst nur selbst verrückt”). Unabhängig vom Erfolg der Vermeidungsbemühungen.

Einzel Symptome der PTSD – Aktivitäts- oder Situationsvermeidung

- Phobisches Vermeiden von Aktivitäten oder Situationen, die Erinnerungen an das Trauma bewirken (z.B. Ort des Traumas umgehen; nicht mehr aus dem Haus gehen, zur Tageszeit, an der das Trauma passierte)

Einzel Symptome der PTSD – (Teil-) Amnesien

- Wichtige Elemente des traumatischen Geschehens können nicht mehr erinnert werden (z.B. von Ort x Ort y gekommen zu sein). Im Extremfall kann das ganze traumatische Geschehen nicht mehr erinnert werden; es herrschen nur unscharfe Erinnerungen oder Erinnerungsbruchstücke vor. Die Amnesien dürfen nicht durch einfache Vergesslichkeit oder durch organische Ursachen (z.B. Schädelhirntrauma) erklärbar sein.

Einzel Symptome der PTSD – Interesseverminderung

- Deutlich vermindertes Interesse an wichtigen Aktivitäten des täglichen Lebens oder an individuell vor dem traumatischen Erlebnis ausgeführten Aktivitäten (Karrierebemühungen, Hobbies)

Einzel Symptome der PTSD – Entfremdungsgefühl

- Gefühl der Losgelöstheit oder Fremdheit von anderen Personen, die nicht das gleiche traumatische Ereignis erlebt haben. Subjektiv unüberwindlich empfundene Kluft zwischen den anderen und einem selbst (und entsprechenden Leidensgefährten). Selbst Familienmitgliedern gegenüber herrscht das Entfremdungsgefühl vor

Einzel Symptome der PTSD – Eingeschränkter Affektspielraum

- Empfindung, dass das Trauma das eigene Gefühlsleben zerstört hat, z.B. die Fähigkeit jemanden zu lieben, sich zu freuen, aber auch die Fähigkeit zu Trauer oder Mitleid. Die Betroffenen fühlen sich wie erstarrt oder wie abgestumpft.

Einzel Symptome der PTSD – Eingeschränkte Zukunft

- Sowohl das Gefühl, dass nichts wichtiges mehr im eigenen Leben passieren kann, als auch das Gefühl, das Trauma bzw. seine Verursacher haben Jahre („die beste Zeit des Lebens“) zerstört und diese können nie wieder ersetzt werden. Zukunftspläne werden nicht mehr gemacht.

Einzel Symptome der PTSD – Ein- und Durchschlafschwierigkeiten

- Nach dem Trauma einsetzende Schlafstörungen beider Arten, teilweise – aber nicht notwendigerweise – im Zusammenhang mit Intrusionen bzw. belastenden Träumen oder Alpträumen

Einzel Symptome der PTSD – Erhöhte Reizbarkeit

- Leichtes „auf 180“ kommen, oftmals Wutausbrüche, wozu vor dem Trauma noch keine Neigung bestand. Kann oft von den Betreffenden schlecht selbst beurteilt werden und ist nur indirekt über die Frage „Würden Ihre Angehörigen das so sehen“ zu explorieren

Einzel Symptome der PTSD – Konzentrationsschwierigkeiten

- Ausgeprägte Schwierigkeiten, sich auf einfache Abläufe zu konzentrieren (z.B. Buch lesen, Film sehen, Formular ausfüllen). Den Betroffenen kann klar oder auch selbst unklar sein, dass sie in solchen Momenten intrusive Erinnerungsschübe haben

Einzel Symptome der PTSD – Übermäßige Wachsamkeit

- Fachwort: Hypervigilanz – ständiges Gefühl des Nicht-Trauen-Könnens. Fortdauerndes und unrealistisches Gefährdungsgefühl. Kann (nach durch Menschen verursachten Traumen) dazu führen, dass Waffen zur möglichen Verteidigung mitgeführt bzw. Überwachungseinrichtungen installiert werden

Einzel Symptome der PTSD – Übermäßige Schreckreaktion

- Nach dem Trauma vorhandene, sehr leichte Erschreckbarkeit, die schon durch leichte Geräusche und Bewegungen ausgelöst werden kann

Fallbeispiel

Aus Märker, 2003; S.6



Diagnose der PTSD

- Diagnose wird gestellt, wenn einige der Einzelsymptome der genannten Symptomgruppen gemeinsam auftreten
- Diagnose nach DSM-IV oder ICD-10
- Unterschiede in beiden Klassifikationssystemen in
 - Anzahl der Symptome zur Festlegung der Diagnose
 - ICD-10 weniger strikt

DMS-IV Kriterien



Vier Symptomgruppen:

- a. Ereigniskriterium (Person hat ein traumatisches Ereignis erlebt oder beobachtet mit potenzieller oder realer Todesdrohung, ernsthafter Verletzung oder Bedrohung d. körperlichen Unversehrtheit bei sich oder anderen; Reaktion intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken)
- b. Erinnerungsdruck (1 Symptom für Diagnose notwendig wie Intrusionen, belastende Träume, Nachhallerlebnisse, Belastung durch Auslöser, physiologische Reaktion bei Erinnerung)

DMS-IV Kriterien

- c. Vermeidung/emotionale Taubheit (3 Symptome für Diagnose notwendig):
Gedanken- und Gefühlsvermeidung, Aktivitäts- oder Situationsvermeidung; Teil-Amnesien, Interessenverminderung, Entfremdungsgefühl, eingeschränkter Affektspielraum, eingeschränkte Zukunft
- d. Chronische Übererregung (2 Symptome für die Diagnose notwendig):
Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, erhöhte Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, übermäßige Schreckreaktion

DMS-IV Kriterien



- e. Dauer der Beeinträchtigungen (Symptome der Kriterien B,C und D) ist länger als 1 Monat
- f. Die Störung verursacht klinische bedeutsame Belastungen oder Beeinträchtigungen im sozialen und Berufsbereich sowie anderen wichtigen Funktionsbereichen

ICD-10 Kriterien



- a. Die Betroffenen sind einem kurz- oder lang anhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalen Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tief greifende Verzweiflung auslösen würde.
- b. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen

ICD-10 Kriterien

- c. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Vermeiden bestand nicht vor dem belastenden Ereignis
- d. Entweder 1. oder 2.
 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern
 2. Anhaltende Symptome (nicht vorhanden vor der Belastung) mit den folgenden Merkmalen:
Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, erhöhte Schreckhaftigkeit

ICD-10 Kriterien



- e. Die Kriterien B,C und D treten innerhalb von 6 Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf (in einigen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden).

Weitere posttraumatische Veränderungen

- V.a. bei Typ II-Traumata längerfristige Symptome
- Verschiedene Begrifflichkeiten:
 - Andauernde posttraumatische Persönlichkeitsveränderung
 - Komplexe PTB
 - Störungen durch Extrembelastungen

Fallbeispiel II

Aus Märker, 2003, S. 11



Symptomatik der komplexen PTSD

- Starke Affekte, die gegen sich oder andere gerichtet sind wie starke Wut oder Rachgefühle, aber auch Schuld
- Interpersonal Vereinsamungstendenzen
- Ständige Beschäftigung mit Vergangenheit und Trauma
- Manchmal Idealisierung des Täters
- Erhöhte Gefahr der Retraumatisierung, da immer wieder Risikosituationen aufgesucht werden

Symptomkonstellationen der komplexen PTSD (nach Hermann, 1992)

keine Feinabstufung der Gefühlsausdrücke möglich;

anhaltende Aufmerksamkeitsstörungen und wiederholte

Psychogene Beeinträchtigungen wie

Ausgeprägte Überzeugung, ein beschädigtes Leben zu führen, das nicht mehr zu reparieren ist bzw.

Exzessives Risikoverhalten erzeugt Gefährdungssituationen mit gleicher Traumatisierungsgefahr (z.B. wieder vergewaltigt

Verlust früherer Orientierungen, Hoffnungen, Motivstrukturen und persönlichkeitsstabilisierender Überzeugungen

(vergewaltigen)

Auftreten d. komplexen PTSD



- Opfern von sexuellem Missbrauch in der Kindheit
- Ehemaligen Soldaten und Widerstandskämpfern

Nosologie

- Einordnung sehr umstritten
- ICD-10 unter Belastungsstörungen zusammen mit Anpassungsstörungen und akuten Belastungsreaktionen
 - Unbefriedigend, da wenig Anhaltspunkte für Gemeinsamkeiten bis auf auslösendes Ereignis
- DSM-IV unter Angststörungen
 - Dafür spricht Übereinstimmung körperlichen Reaktionen und Vermeidungsverhalten, ABER: PTSD hat immer externe Ursache, das ist bei Angststörungen nicht immer der Fall

Nosologie

Weiter wird die Einordnung diskutiert zu

- Dissoziativen Störungen (Blackouts bei PTSD vorhanden, ABER: nicht immer und physiologische Reaktionen werden nicht erklärt)
- Reaktiven Depressionen (Ähnlichkeit der Symptomatik der Gruppe emotionale Betäubung, ABER: Intrusionen nicht erklärbar und negativer Affekt eher Folge der Überflutung durch Intrusionen als durch geringes Selbstwertgefühl wie bei Depressionen)

Epidemiologie



Epidemiologische Leitfragen:

- Wer leidet an der Störung?
- Wie wird sich die Störung im Normalfall weiterentwickeln?
- Welche Folge- oder Begleitprobleme gilt es zu beachten?
- Wer benötigt am dringendsten Hilfe?

Prävalenzraten

- Verbreitung der PTSD hängt von der Häufigkeit der traumatischer Ereignisse ab
- Je nach Land/Region größere Auftretenshäufigkeit in Abhängigkeit von Kriegen, Gefahr von Naturkatastrophen, politischer Gewalt und Verfolgung
- Prävalenzraten aus den 90iger (7,8%; Männer 5%, Frauen 10,4%) höher als aus den 80iger (1-2%) (erklärbar durch Senkung der Dunkelziffer durch vertrauenswürdiger Befragung)

Prävalenzraten (nach Kessler et al., 1995)

	Häufigkeit (Prävalenz) in %
Vergewaltigung	5
Sexuelle Belästigung	3
Krieg	8
Waffengewalt	2
Körperliche Misshandlung	5
Unfälle	6
Zeuge (von Gewalt)	0
Feuer/Naturkatastrophen	5
Misshandlung in der Kindheit	4
Vernachlässigung in der Kindheit	8
Anderer Lebensereignis	4
Anderen Traum	5
Irgendein Trauma	2

Liste der drei pathogensten Traumata:

Vergewaltigung (ohne sexuelle Belästigung)

Kriegsteilnahme (nicht nach Soldat oder Zivilist unterschieden)

Misshandlungen und sexueller Missbrauch in der Kindheit

Komorbidität

-
-
- Soziale Phobien oder spez. Phobien können in Folge der Traumatisierung entstehen (z.B. Klaustrophobie bei Geiselnopfern)

orbidie

der –sucht

Verlauf

- Nach traumatischem Erlebnis und auftreten akuter Belastungssymptome (Schock, ..) Entwicklung der PTSD
- Spontanheilung möglich: ca. 1/3 geben Beschwerdefreiheit nach 12 Monaten an; nach 4 Jahren ca. 1/2 der Betroffenen
- Nach 10 Jahren ca. 1/3 der Betroffenen noch Symptome
- Bei Therapie nach 3 Jahren 1/2 der Betroffenen symptomfrei
- Keine Unterscheidung der spezifischen Traumata

PTSD

- Definition von Traumen und verschiedene Traumaarten
- Beschreibung des Störungsbildes
 - Erscheinungsbild aktueller traumatischer Folgen
 - Weitere posttraumatische Veränderungen
 - Nosologie
 - Epidemiologie, Komorbidität und Verlauf
- Erklärungsansätze im Überblick
- Therapieformen und Therapieforschung

Erklärungsansätze

- Nicht jeder Mensch, der ein Trauma erlebt, entwickelt eine PTSD
 - psychologische, biologische und soziale Faktoren spielen eine Rolle
- Verschiedene Ansätze zur Erklärung:
 - Lerntheoretisches Modell
 - Kognitives Modell
 - Biologisches Modell
 - Multifaktorielles Rahmenmodell

Lerntheoretisches Modell – Furchtstruktur (Foa & Kozak, 1986)

Furchtstrukturen

- bezeichnen die durch das Trauma veränderten Gedächtnisstrukturen
- Sind dadurch gekennzeichnet, dass hohe Angst und Aktivierung verschiedene Elemente verbindet
- Bestehen aus drei Elementen:
 1. Kognitive Elemente (bspw. Trauma mit seinen Merkmalen)
 2. Physiologische Reaktionen
 3. Emotionale Bedeutung

Furchstruktur

- Kopplung beinhaltet nachhaltige Aktivierung einer umfassenden Gedächtnisstruktur, die auch durch lose mit dem Trauma verwandte Schlüsselreize aktiviert werden kann
- Je mehr Elemente die Furchstruktur beinhaltet, desto häufiger findet Aktivierung statt und desto ausgeprägter die PTSD-Symptomatik
- Ausbildung der Furchstruktur natürlicher Vorgang → PTSD = Verhinderung der Rückbildung

Implikationen des Modells

Furchstrukturenmodell erklärt Unterschied zwischen Personen mit und ohne Ausbildung einer PTSD anhand

- unterschiedlicher Größe und Stärke der aktivierten Gedächtnisstruktur
- Prätraumatisch bestehender leichterer Erregbarkeit und einfacherer Konditionierbarkeit

Dissoziative Symptome werden durch Verhinderung einer adäquaten Informationsverarbeitung erklärt
→ Erregung so stark, dass Hemmung der Infoverarbeitung zu Amnesie führt

Therapeutische Implikationen des lerntheoretischen Ansatzes

- Kognitive Konfrontation, die alle Elemente beinhaltet (Fakten, Emotionen, Körperreaktionen)
- Ergebnis ist Habituation und Rückbildung der Furchtstruktur

Kognitives Modell nach Horowitz

- Kognitive Theorien setzen am Gefühl der Fremdheit und dem Eindruck der eingeschränkten Zukunft an
- Kognitive Schemata sind im Gedächtnis repräsentierte Informationsmuster, die Wahrnehmung und Verhalten steuern und organisieren

Kognitive Modelle

Typische dysfunktionale kognitive Schemata bei PTSD:

- Sich selbst als verletzt und zukünftig verletzbar ansehend
- Die Welt als feindlich, unverständlich und unkontrollierbar betrachtend
- Sich selbst als beschädigt und wertlos ansehend

Nichttraumatisierte Personen nehmen sich als:

Unverletzbar, positiv und wertvoll sowie die Welt als bedeutungsvoll, verständlich und kontrollierbar

Kognitives Modell nach Horowitz

- Veränderung des Rollen- und Selbstbildes durch das Trauma
- Diese veränderten Annahmen (Verletzbarkeit, Wertlosigkeit) bleiben bestehen, bis neue Informationen in diese Schemata integriert werden können
- In Aktivierungsphase vor Neuintegration kommt es zu starker emotionaler Belastung und Intrusionen
→ Abwehr durch Kontrolle i.S. von Vermeidung, Verleugnung oder emotionale Taubheit

Therapeutische Implikationen des kognitiven Modells

- Veränderung der kognitiven Schemata
- Abbau der Kontrollprozesse wie Vermeidungsverhalten

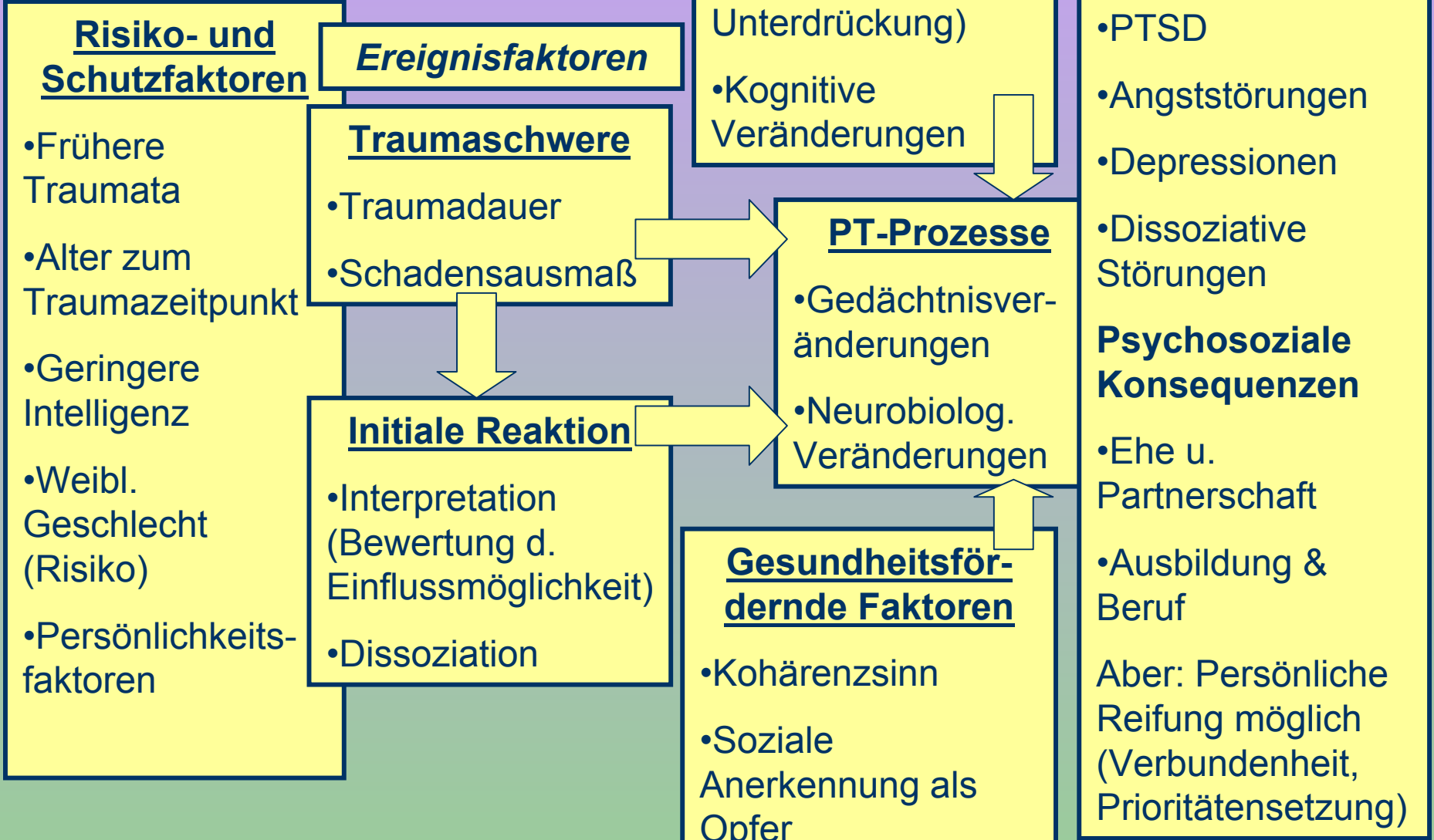
Weiterentwicklung des Modells durch Ehlers & Clark

Multifaktorielles Rahmenmodell (Märker)



5 ätiologische Faktorengruppen:

- Risiko- und Schutzfaktoren
- Ereignisfaktoren
- Aufrechterhaltungsfaktoren
- Gesundheitsfördernde Ressourcen/Faktoren
- Posttraumatische Prozesse und Resultate



Risiko- und Schutzfaktoren

- Frühere Traumata
- Alter zum Traumzeitpunkt
- Geringere Intelligenz
- Weibl. Geschlecht (Risiko)
- Persönlichkeitsfaktoren

Ereignisfaktoren

Traumatische

- Traumadauer
- Schadensausmaß

Initiale Reaktion

- Interpretation (Bewertung d. Einflussmöglichkeit)
- Dissoziation

Aufrechterhaltungsfaktoren

- Vermeidender Bewältigungsstil (nicht reden wollen, Unterdrückung)
- Kognitive Veränderungen

PT-Prozesse

- Gedächtnisveränderungen
- Neurobiolog. Veränderungen

Gesundheitsfördernde Faktoren

- Kohärenzsinn
- Soziale Anerkennung als Opfer

Resultate:

Störungsbilder

- PTSD
- Angststörungen
- Depressionen
- Dissoziative Störungen

Psychosoziale Konsequenzen

- Ehe u. Partnerschaft
- Ausbildung & Beruf

Aber: Persönliche Reifung möglich (Verbundenheit, Prioritätensetzung)

Überblick über Therapieformen

- Traumaexposition
 - In.sensu –Standardverfahren mit Habituation
 - In-Vivo- Exposition (selten indiziert)
 - Nacherleben des Traumas im Rahmen kognitiver Umstrukturierung
 - Eye Movement Desensitization Reprocessing
 - Imagery Rescripting
- Imaginative Exposition
 - Screen- oder Bildschirmtechnik
- Narrative Exposition
 - Testimony Methode (Schreiben & Veröffentlichen v. Zeugenberichten)
 - Internet-gestützte Therapie

Multimodales Vorgehen

- Neurobiologischer Prozess → Psychopharmaka
- Konditionierte Reaktionen → VT-Exposition
- Kognitiv-emotionale Netzwerke
 - Kognitive Umstrukturierung
- Existentielle Überzeugungen
 - Gruppentherapie

Auf Wiedersehen!

