

PTSD

Klassifikation von Traumen

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

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-, Vernichtungslagerhaft)

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)

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

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

Einzelsymptome der PTSD –

Intrusionen

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

Beispiel: Intrusionen

„Ich selber hab auch manchmal so das Empfinden „ich dreh durch“. Nachts kommen die unheimlichen Gedanken, dann kann ich nicht einschlafen und wälz mich im Bett... Die Bilder, das Schreckliche, was man erlebt hat und das sind so Dinge, die eigentlich im normalen Leben ja gar nicht mehr in Erscheinung treten dürfen.“

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

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.
- Einzelsymptome 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)

Physiologische Reaktionen bei Erinnerung

Unwillkürliche Körperreaktion wie

- ↳ Schwitzen,
- ↳ Zittern,
- ↳ Atembeschwerden,
- ↳ Herzklopfen oder –rasen,
- ↳ Übelkeit oder Magen-Darmbeschwerden
- ↳ starke Ängste beim plötzlichen Konfrontiertwerden mit traumatischen Schlüsselreizen

Gedanken – und Gefühlsvermeidung

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

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

Beispiel: Vermeidung/Rückzug

„Die Einsamkeit, die hat mich förmlich angezogen. Ich habe es nicht geschafft, dort irgendwie drüber hinwegzukommen. ... Dann hätte ich den Leuten schon sagen müssen, ‚Ich bin aber kein Krimineller, ich bin Politischer, ich habe keinem etwas getan‘ und so weiter. Und da war schon wieder die Sperre dann für mich da. Und dort bin ich dann geflüchtet praktisch, raus in die Natur, in die Einsamkeit.“

(Teil-) Amnesien

↳ **Wichtige Elemente** des traumatischen Geschehens **können nicht mehr erinnert** werden

(z.B. von Ort x Ort y gekommen zu sei).

↳ 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.

Interesseverminderung

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

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

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.

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.

Ein- und Durchschlafschwierigkeiten

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

Erhöhte Reizbarkeit

↳ Leichtes „auf 180“ kommen

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

Konzentrationschwierigkeiten

- ↳ 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

Übermäßige Wachsamkeit

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

Übermäßige Schreckreaktion

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

Beispiel: Hyperarousal

„Es ist vollkommen idiotisch, sag ich Ihnen. Wenn ich irgendwo bin, bei Bekannten, und das Telefon klingelt. Da zucke ich zusammen. Das ist da. Man kann's nicht abstellen. Man muss es sich mal so vorstellen: das ist wie ein elektrischer Schlag. Und der geht sofort nach oben und löst bei mir einen Schweißausbruch aus.“

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

DSM-IV Kriterien

Vier Symptomgruppen:

- Ereigniskriterium (Person hat ein traumatisches Ereignis erlebt oder beobachtet mit potenzieller oder realer Todesdrohung, ernsthafte Verletzung oder Bedrohung d. körperlichen Unversehrtheit bei sich oder anderen; Reaktion intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken)
- Erinnerungsdruck (1 Symptom für Diagnose notwendig wie Intrusionen, belastende Träume, Nachhallerlebnisse, Belastung durch Auslöser, physiologische Reaktion bei Erinnerung)
- Vermeidung/emotionale Taubheit (3 Symptome für Diagnose notwendig): Gedanken- und Gefühlsvermeidung, Aktivitäts- oder Situationsvermeidung; Teil-Amnesien, Interessenverminderung, Entfremdungsgefühl, eingeschränkter Affektspielraum, eingeschränkte Zukunft
- Chronische Übererregung (2 Symptome für die Diagnose notwendig): Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, erhöhte Reizbarkeit, Konzentrationschwierigkeiten,

Hypervigilanz, übermäßige Schreckreaktion

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

ICD-10 Kriterien

- 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.
- Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufgründliche Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen
- Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Vermeiden bestand nicht vor dem belastenden Ereignis
- Entweder 1. oder 2.
 - Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern
 - Anhaltende Symptome (nicht vorhanden vor der Belastung) mit den folgenden Merkmalen:
Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, erhöhte Schreckhaftigkeit
- 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

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)

☞ Gestörte Affekt- und Impulsregulation

☞ Dissoziative Tendenzen

☞ Somatisierungsstörungen und körperliche Erkrankungen

☞ Beeinträchtigt Identitätsgefühl

- ↳ Interpersonelle Störungen
- ↳ Reviktimisierungsneigung
- ↳ Allgemeiner Sinnverlust

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 in körperlichen Reaktionen und Vermeidungsverhalten, ABER: PTSD hat immer externe Ursache, das ist bei Angststörungen nicht immer der Fall
- 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 vertrauenswürdigeren Befragung)

Art	Traumahäufigkeit %	(Lebenszeitprävalenz Störungshäufigkeit) nach Trauma (%)
Vergewaltigung	5,5	55,5
Sexuelle Belästigung	7,5	19,3
Krieg	3,2	38,8

Waffengewaltandrohung	12,9	17,2
Körperliche Gewalt	9,0	11,5
Unfälle	19,4	7,6
Zeuge (von Unfällen, Gewalt)	25,0	7,0
Feuer/Naturkatastrophen	17,1	4,5
Misshandlung in der Kindheit	4,0	35,4
Vernachlässigung in der Kindheit	2,7	21,8
Anderer lebensbedrohliche Situationen	11,9	7,4
Anderen Traumen	2,5	23,5
Irgendein Trauma	60	14,2

Komorbidität

- ☞ Bei 50-100% der PTSD-Patienten liegen komorbide Störungen vor (je nach Studie)
- ☞ Häufige komorbide Störungen sind:
 - ☞ Angststörungen
 - ☞ Depressionen
 - ☞ Suizidalität
 - ☞ Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch oder -sucht
 - ☞ Somatisierungsstörungen
 - ☞ Herz-Kreislaufkrankungen
- ☞ Soziale Phobien oder spez. Phobien können in Folge der Traumatisierung entstehen (z.B. Klaustrophobie bei Geiselnopfern)

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

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:
 - Kognitive Elemente (bspw. Trauma mit seinen Merkmalen)
 - Physiologische Reaktionen
 - Emotionale Bedeutung

Furchtstruktur

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

Implikationen des Modells

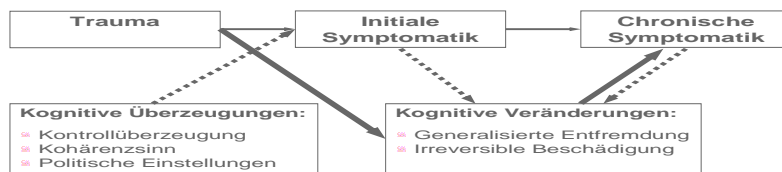
- ☞ Furchtstrukturenmodell erklärt Unterschied zwischen Personen mit und ohne Ausbildung einer PTSD anhand
 - ☞ unterschiedlicher Größe und Stärke der aktivierten Gedächtnisstruktur
 - ☞ Prätraumatisch bestehender leichter Erregbarkeit und einfacherer Konditionierbarkeit
- ☞ Dissoziative Symptome werden durch Verhinderung einer adäquaten Informationsverarbeitung erklärt → Erregung so stark, dass Hemmung der Infoverarbeitung zu Amnesie führt

Kognitives Modell nach Horowitz

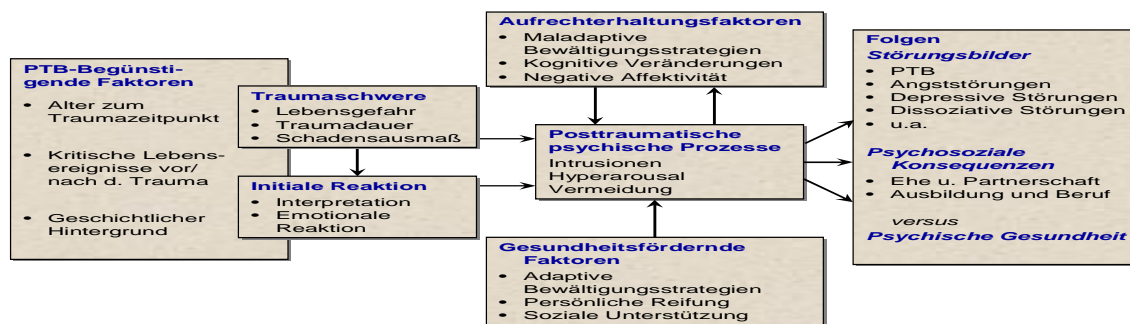
- ☞ Kognitive Theorien setzen am Gefühl der Fremdheit und dem Eindruck der eingeschränkten Zukunft an
- ☞ Kognitive Schemata sind im Gedächtnis repräsentierte Informationsmuster, die Wahrnehmung und Verhalten steuern und organisieren
- ☞ Veränderung des Rollen- und Selbstbildes durch das Trauma
- ☞ Diese 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

Modell kognitiver Faktoren für Entstehung und Aufrechterhaltung der PTSD-Symptomatik

Wie kommt es zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung?



Heuristisches Rahmenmodell



Interview: Clinician Administered PTSD Scale Blake et al. (1990, 1995), dt. Nyberg & Frommberger (1998)

- ☞ Wurde von Klinikern entwickelt
- ☞ Abfrage aller *DSM-IV-Kriterien*
 - ☞ die 17 diagnostisch relevanten Kennzeichen einer PTSD
 - ☞ Beginn der Symptome und deren Dauer
 - ☞ Auswirkungen der Symptombelastung
- ☞ Angaben zur globalen Beurteilung der Gesamtintensität der Symptomatik
- ☞ Symptom diagnostisch relevant, wenn Häufigkeit =1 und Schweregrad mind. =2 (Range der Likert-Skala 0-4)
- ☞ Erhebung von *Zusatzinformationen* möglich
- ☞ *Dauer*: 60 Minuten

Interview: Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (Pelcovitz et al., 1997; Kolk & Pelcovitz, 1999); dt. Teegen, 1998)

- ☞ Zur Diagnostik der *Typ-II-Traumen*
- ☞ 7 Symptomkomplexe (27 Symptome)
- ☞ zu jedem Symptom bis zu 9 Fragen
- ☞ *3-stufige Ratingskala* („Verhalten oder Emotion leicht- mäßig- stark problematisch“)

Fragebogen

IES (Impact of Event- Scale; dt. Ferring & Filipp, 1994)

- ☞ Beurteilung der Häufigkeit von 16 Ereignisbelastungsreaktionen

↳ 2 Subskalen:

- *Intrusion* → 8 Items, die die intrusiven Kennzeichen der PTB erfassen
- *Vermeidung* → 8 Items, die nach der Vermeidung von Gedanken, Gesprächen und Situationen fragen

↳ 4-stufige Skala: 0, 1, 3, 5 (überhaupt nicht, selten, manchmal, oft)
revidierte Version der IES (IES-R, dt. Maercker & Schützwohl, 1998)

↳ erfasst zusätzlich die posttraumatische Übererregung

↳ auch in der revidierten Version keine Erfassung der Belastungen, die mit den einzelnen Symptomen einhergehen

↳ zuverlässige individualdiagnostische Zuordnung durch die IES-R nicht möglich, da die 22 Items nicht mit den DSM-IV-Symptomen korrespondieren

Fragebogen: PSSR (PTSD Symptom Skala- Self Report; Foa et al. (1993), Winter et al. (1992))

↳ 17 Aussagen, die direkt mit den Symptomen des DSM korrespondieren

↳ 4-stufige Skala: 0=überhaupt nicht/nie, 3= 5mal oder öfter pro Woche

↳ *Schweregrad* → Summenwert der Antworten

↳ Antworten mit mind. 1 diagnostisch relevant

↳ Modifikation der PSS-SR (Steil & Ehlers, 1992):

- erfasst auch *Symptombelastung*
- ebenfalls 4-stufig → 0=überhaupt nicht, 3=sehr stark

Differenzialdiagnostik

Anpassungsstörungen

↳ Belastungsreaktionen vorhanden, aber:

- Symptomanzahl genügt nicht den diagnostischen Kriterien der PTB
- Reaktionen treten nach einem nicht-traumatischen Ereignis auf (z.B. Kündigung oder Arbeitslosigkeit)

↳ auch als *partielle* oder *subsyndromale PTB* bezeichnet

Angststörungen

↳ typische körperliche Begleiterscheinungen von Angststörungen (z.B. Atemnot) auch bei PTB-Patienten, die mit an das Trauma erinnernden Ereignissen konfrontiert werden

↳ aber: bei PTB-Patienten steht die Symptomatik eindeutig inhaltlich in Zusammenhang mit der Traumatisierung

Depressive Störungen

↳ bei traumatisierten Pat. häufig können auch depressive Symptome auftreten (bspw. Interesselosigkeit, Rückzug)

↳ Werden die Kriterien beider Störungen erfüllt, werden beide Diagnosen unabhängig voneinander vergeben

Borderline

↳ Kriterien der komplexen, primären und sekundären PTB überschneiden sich mit den Kriterien der BS (z.B. Impulskontrollstörungen, Ärgerreaktionen, Suizidalität)

↳ Personen mit einer BS wurden auch häufig in ihrer Kindheit traumatisiert

↳ Traumatisierungen stehen jedoch nicht kausal mit BS in Verbindung

Therapiebestandteile

(evidenz-basiert)

- Psychoedukation
- Ressourcenarbeit (*Herausarbeiten der Stärken des Patienten bzw. positiver prätraumatischer Erinnerungen*)
- Traumaexposition (*bzw. „Traumaarbeit“*)
- Kognitive Restrukturierung (*z.B. Schuldgefühle*)
- Symptomrückfallprophylaxe

Säulen der psychologischen Behandlung von PTSD

I. Nacherleben des Traumas

- ☞ Möglich nach Schaffung einer tragfähigen, vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Therapeut
- ☞ Wirkt gegen die unwirksamen spontanen Vermeidungs-, Verdrängungstendenzen der Patienten
- ☞ Kompetenzgefühl, die Erinnerung zu ertragen, wird vermittelt
- ☞ Imaginative Methoden

II. Kognitive Umstrukturierung

- ☞ Katastrophisierende Interpretation der (Anfangs-)Symptome ändern
- ☞ Persönliche Verarbeitungsmuster deutlich machen und ggf. verändern
- ☞ Übergeneralisierungen, emotionale Schlussfolgerungen, unberechtigte Verantwortungs- und Schuldgefühle in Frage stellen

Hilfen zur kognitiven Umstrukturierung

- ☞ Es gibt drei Möglichkeiten bewältigende Selbstaussagen zu nutzen:
- ☞ um sich auf potentiell belastende Situationen vorzubereiten
- ☞ während einer belastenden Situationen, als eine Art „sich da durch zu reden“
- ☞ nach einer belastenden Situationen, indem man sich selbst für die Art, wie man die Situation bewältigt hat, belohnt

Beispiele für bewältigende Selbstaussagen

- ☞ Es ist nicht unmöglich mit der Situation fertig zu werden.
- ☞ Ich habe viele Ressourcen, die ich nutzen kann.
- ☞ Ich bin ein vorsichtiger und sicherer Fahrer.
- ☞ Ich kann die Situation bewältigen, sie überwältigt mich nicht, es fühlt sich nur manchmal so an.
- ☞ Ich kann die Situation als Herausforderung sehen oder als Chance zur Verbesserung (anstatt sie als drohende Katastrophe zu sehen).
- ☞ Ich habe mich bemüht, mein Bestes gegeben.
- ☞ Das ist mir gut gelungen.
- ☞ Ich kann stolz auf mich sein, dass ich mich der Situation gestellt habe.

Vorgehen Exposition in vivo/Verhaltensübungen

- ☞ Zunächst Erklärungsmodell mit Pat. am besten anhand eigener Symptomatik geben (z.B. anhand 2-Faktoren-Theorie oder Modell Ehlers)

- ↳ Wichtig dabei, dass PatientIn die **FUNKTION** und **WIRKPRINZIP** von Vermeidungsverhalten und Sicherheitsverhalten versteht!!! Er/sie muss erkennen, dass genau dieses Verhalten, was vermeintlich (subjektiv) erst einmal Angst reduziert und schützt, das bzw. ein Problem ist!
- ↳ Daraus wird dann Therapieprinzip der Expositionsübungen in vivo abgeleitet
- ↳ Erklärung für Angstreduktion langfristig ist nicht nur Habituation an Situation, sondern vor allem kognitive Veränderungen (Veränderungen der Einschätzung der Gefährlichkeit der Situation und der eigenen Kompetenzen und Fähigkeiten) im Hinblick auf bisher gemiedenen Situationen: disconfirmation of beliefs!

Erklärungsmodell für Pat.

Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten halten die Angst aufrecht, denn:

- ↳ die betroffene Person macht nicht mehr die Erfahrung, dass sie die Situationen doch meistern kann bzw. auch ohne Sicherheitsverhalten bewältigen kann
- ↳ Sie kann ihre übertriebene Einschätzung der Gefahr eines weiteren Unfalls nicht an der Realität/der Erfahrung überprüfen (deswegen überschätzt sie weiterhin die Gefahr)
- ↳ Es findet keine wirkliche Gewöhnung wieder an diese und ähnliche Situationen statt, so dass ein „Verlernen“ oder „Umlernen“ der „Angstreaktionen“ stattfinden könnte

Anwendung der in-vivo Konfrontation

- ↳ Bezieht sich auf Vermeidungs- und übertriebenes, dysfunktionales Sicherheitsverhalten bezüglich traumaähnlicher Reize, welches die Angst/PTSD mit aufrechterhält UND Aktivitätsradius oft stark einschränkt (damit Lebensqualität nimmt!)
- ↳ Bsp.: was wird typischerweise vermieden bzw. welches typische Sicherheitsverhalten?
 - ↳ Verkehrsunfallopfer: Unfallstelle, bestimmte Verkehrssituationen, wie Landstraße, Autobahn, bei Dunkelheit, ... fahren, Fernsehsendungen, Gespräche über Unfall, extrem langsam fahren, sich häufig rückversichern bei Mitfahrer
 - ↳ Vergewaltigungsopter: Ort, wo Trauma passierte (wenn objektiv kein gefährlicher Ort), Kleidungsstücke, bestimmtes Parfüm (das Täter hatte), Dunkelheit, weniger ausgehen, nur in Begleitung abends oder auf bestimmten Strecken gehen (was vor Trauma nicht war), bestimmte Fernsehsendungen, Gespräche über Thema

Prinzip des Vorgehens

Bei Trauma-opfern keine FLOODING-Methode!!

- ↳ Sondern gestuftes Vorgehen!
- ↳ Schwerpunkt auf Coping, Mastery, Angstmanagement legen!

Vereinbarung der ersten Übung

- ↳ Vermeidungsliste anlegen, daraus Hierarchie erstellen
- ↳ Liste des Sicherheitsverhalten anlegen
- ↳ eine Übung festlegen, wobei PatientIn bestimmt selber, mit welcher Übung sie/er sich traut zu beginnen (am besten eine aus dem mittleren Schwierigkeitsgrad)
- ↳ dann ganz konkret Übung vorbesprechen: was, wo und wie lange ... soll geübt werden (objektives Zielmaß festlegen); mit welchem Sicherheitsverhalten könnte PatientIn automatisch reagieren (und worauf sie dann achten muss zu verzichten)? Was sind Befürchtungen? Wo könnten Schwierigkeiten sein? Was könnte PatientIn helfen, die Übung zu bewältigen?

Vereinbarung der ersten Übung

- ☞ Bewältigungsstrategien für Übung werden konkret erarbeitet sowie alternative Verhaltensweisen für Sicherheitsverhalten (am besten inkompatible Verhaltensweisen!)
- ☞ Konfrontationstagebuch oder anderes Protokoll dazu verwenden
- ☞ Betonung liegt darauf, Übung zu machen! „Erfolg“ ist dann da, wenn Übung gemacht wurde; unabhängig davon, wie viel Angst sie ausgelöst hat!
- ☞ Ziel der Übung ist NICHT, keine Angst zu haben, sondern zu lernen mit Angst (die w'sch kommen wird) umgehen zu können in Situation und trotz oder mit Angst die Übung zu machen
- ☞ langfristig gesehen haben Übungen natürlich das Ziel, dass durch das Lernen mit Situation umgehen zu können (und dass Befürchtungen nicht eintreten), die Angst davor allmählich abnimmt

EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing

- ☞ von Francine Shapiro 1987-1991 entwickelte traumabearbeitende Psychotherapiemethode.
- ☞ EMDR folgt dabei einem Vorgehen in 8 umschriebenen Phasen, die eine Detaillierung des üblichen phasenbezogenen Vorgehens bei psychisch Traumatisierten darstellen (Stabilisierung, Traumabearbeitung, Neuorientierung).
- ☞ Besonders ist für EMDR, neben dem sehr focussierten Vorgehen während der Traumabearbeitung, der Einsatz von bilateraler Stimulation (z.B. Augenbewegungen, Fingerberührungen oder akustische Signale) während des Prozesses des Wiedererinnerns.
- ☞ EMDR ist ein Verfahren mit - bei richtiger Indikation - deutlicher Wirkung, das aber auch nicht ohne Kontraindikationen und Nebenwirkungen ist. Eine Behandlung mit EMDR sollte daher nur von entsprechend fortgebildeten Ärzten oder Psychologen (Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten und approbierte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten) die entsprechende qualifizierende Fortbildungen besucht haben, durchgeführt werden.

Phasen und Therapiebestandteile

1. Vorbereitung:

- ☞ Auf Augenbewegung bzw. andere Stimulationsform
- ☞ Auswahl eines belastenden Bildes, nicht verbalisierte Vorstellung
- ☞ Auswahl einer negativen Kognition (z.B. „Ich bin hilflos“)
- ☞ Auswahl einer positiven Kognition (z.B. „Es ist vorbei, ich bin sicher“)
- ☞ Einübung von Skalen:
 - ☞ Validity of Cognition: 0-100%
 - ☞ Subjective Units of Distress: 0-100%

2. In-sensu-Konfrontation:

- ☞ Erinnerungsübungen und Selbstinstruktion der negativen Kognition so lange, bis SUD auf 10 oder 0 gesunken ist

3. Kognitives Neubewerten:

- ☞ Einsetzen der positiven Kognition: Überprüfung mit VOC-Skala

4. Abschließende Entspannungsübungen