

2. POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

Psychotraumatologie beschäftigt sich mit Ereignissen, die außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegen. Dazu gehören:

- 1) akute Belastungsreaktion
 - 2) posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)
- > werden zu den Angststörungen gerechnet (allerdings erst nach längerer Diskussion, weil auch Merkmale anderer Störungen, wie z.B. von dissoziativen Störungen und reaktiver Depression)
- > treten auf als Folge von außergewöhnlichem, lebensbedrohlichem Ereignis

5 KRITERIEN DER PTSD: (= SYMPTOMGRUPPEN)

- 1) Erlebnis eines Traumas
- 2) Intrusion (= unwillkürliche, belastende Erinnerungen daran)
- 3) Vermeidungs-Verhalten, allgemeiner emotionaler Taubheitszustand
- 4) anhaltendes physiologisches Hyperarousal
- 5) Symptome dauern länger als 1 Monat

BEGRIFF TRAUMA:

* Trauma (griech.) = „aufbrechende Wunde“

* **psychologisches Trauma** = Konfrontation mit einem **Erlebnis**, das

- > **real stattgefunden** hat
- > dem sich Person **schutz- und hilflos ausgeliefert** fühlte
- > bei dem gewohnte **Abwehrmechanismen und Verarbeitungsstrategien erfolglos** sind.
- > **Reizüberflutung** (= alles, was durch das Erlebnis auf Person einstürmt) ist zu groß, es entsteht **automatisch Angst** (nicht mehr beherrschbar!)
- > **Folge:** kurz- bzw. langfristige psychische Störungen

* **Traumatisierung** = Prozeß, in dem ein Trauma entsteht

2 ARTEN VON TRAUMATA:

- a) durch **Naturereignisse** ausgelöst
- b) durch **Menschen** verursacht (= längerfristige, auch von Wiederholung geprägte Traumata)

2 TYPEN VON TRAUMATA:

a) **Typ I - Traumata:**

= **kurzdauernde traumatische Ereignisse**

- * Naturkatastrophen
- * Unfälle
- * technische Katastrophen
- * kriminelle Gewalttaten wie Überfälle und Schußwechsel

b) **Typ II - Traumata:**= **länger dauernde, wiederholte Traumata**

- * Geiselhaf
- * mehrfache Folter
- * Kriegsgefangenschaft
- * KZ-Haft
- * wiederholte sexuelle oder körperliche Gewalt (z.B. Kindesmißbrauch, Kindesmißhandlung, wiederholte Vergewaltigung)

HAUPTMERKMALE DER PTSD:A) **Ereigniskriterium:**

- 1) Person erlebte oder beobachtete Ereignis, in dem **potentielle oder reale Todesdrohung, ernsthafte Verletzung oder körperliche Bedrohung bei sich oder anderen** geschah; ODER:
- 2) Person reagierte mit **intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken**

B) **Symptomgruppe Erinnerungsdruck** (1 davon):

- 1) Intrusion
- 2) belastende Träume, Alpträume
- 3) Nachhallerlebnisse
- 4) Belastung durch Auslöser
- 5) physiologische Reaktionen bei Erinnerung

C) **Symptomgruppe Vermeidung / emotionale Taubheit** (3 davon):

- 1) Gedanken- und Gefühlsvermeidung
- 2) Aktivitäts- oder Situationsvermeidung
- 3) (Teil)-Amnesien
- 4) Interessensverminderung
- 5) Entfremdungsgefühl
- 6) eingeschränkter Affektspielraum
- 7) eingeschränkte Zukunft

D) **Symptomgruppe Übererregung:** (2 davon)

- 1) Ein- und Durchschlafschwierigkeiten
- 2) erhöhte Reizbarkeit
- 3) Konzentrationsprobleme
- 4) Hypervigilanz
- 5) übermäßige Schreckreaktion

E) **Dauer der Beeinträchtigung:** länger als 1 Monat

F) Störung verursacht klinisch bedeutsame Belastungen oder **Beeinträchtigungen** im sozialen

und beruflichen Bereich u.a. wichtigen Funktionsbereichen

G) weitere posttraumatische Veränderungen:

-> vor allem **nach Typ II- Traumata** treten **längerfristige Symptome** auf:

- * andauernde posttraumatische Persönlichkeitsveränderung
- * komplexe Formen der PTSD
- * Störungen durch Extrebelastung (= Disorders of Extreme Stress)

ANMERKUNGEN DAZU:

1. Symptomgruppen B und C widersprechen einander scheinbar; ABER: **typisch für Betroffenen eines Traumas = Schwanken** zwischen

-> dem Bedürfnis, **sich mit dem Trauma auseinanderzusetzen**, und

-> dem Bedürfnis, das **Trauma zu verleugnen**, um sich davor zu schützen

Es kommt also zu Verneinung und emotionaler Taubheit UND zu Intrusion und Wiedererleben (dabei **erhöhtes Arousal** und die anderen Symptome)

2. zugehörige Merkmale:

-> **qualvolle Schuldgefühle**, weil man selbst überlebt hat oder weil man sich selbst gerettet hat, die anderen aber nicht

-> Vermeidungsverhalten gegenüber Reizen und Symbolen, die an Trauma erinnern, kann zu **Konflikten in zwischenmenschlichen Beziehungen** führen (z.B. Scheidung, häufiger Arbeitsplatzverlust)

-> vor allem **im Zusammenhang mit Gewalteinwirkung durch andere Menschen** (z.B. Geiselhäft, sexueller Mißbrauch, KZ, Folter = „man-made disasters“) **oft folgende Symptommuster:**

Symptommuster:

- * reduziertes Gefühlserleben
- * selbstschädigendes und impulsives Verhalten
- * dissoziative Symptome
- * somatische Beschwerden
- * Gefühl der Insuffizienz, Scham, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit
- * Verlust zuvor bestehender Werte
- * Feindseligkeit
- * sozialer Rückzug
- * Gefühl ständiger Bedrohung und Veränderung der Persönlichkeit

=> **Kulturell bedingte Reaktionsweisen spielen eine Rolle** (z.B. dissoziative Symptome sind in Kulturen, die sie gutheißen, häufiger als bei uns in Europa)

3. Typische Symptome der PTSD werden oft verstärkt oder ausgelöst, wenn Person **mit Situation oder Aktivität konfrontiert wird, die dem ursprünglichen Ereignis ähnlich** sind

4. Auftreten der Symptome:

-> unmittelbar oder bald nach dem Trauma

-> Wiedererleben auch noch nach Monaten oder Jahren!

5. bei PTSD erhöhtes Risiko für:

- > Panikstörung
- > Agoraphobie
- > Zwangsstörung
- > Sozialphobie
- > spezifische Phobie
- > Major Depression
- > Mißbrauch von psychotropen Substanzen

6. Kritik am DSM-IV:

- * keine Unterscheidung zwischen man-made-Desastern, Naturkatastrophen oder technischen Katastrophen
- * keine Unterscheidung zwischen einmaligen und wiederholten Traumata
- * Es fehlen Traumatisierungen, wie z.B. infolge eines totalitären Regimes (z.B. Traumatisierung durch Geiselhaft und Folter)
 - => daher: als Ergänzung das Profil des „komplexen PTSD“ heranziehen; hier **spezifische Symptome der Traumata durch Menschen**, z.B.:
 - > Schwierigkeiten mit Wut / Ärger
 - > selbstzerstörerisches Verhalten
 - > Suizidalität
 - > Risiko-Verhalten
 - > chronische Schmerzzustände
 - > Identifikation mit den Tätern und Übernahme von deren Weltanschauung
 - > Verlust des Selbstvertrauens und des Vertrauens in andere
 - > Tendenz zum Opfer zu werden und andere zu Opfern zu machen

7. Epidemiologie:

- > **nicht jede Konfrontation mit traumatischem Ereignis führt zu PTSD**, aber:
- > **je mehr traumatisierenden Reizen** eine Person ausgesetzt ist, **umso eher** kommt es zu einer PTSD
- > **Schwere, Dauer und Nähe der Person** bei Konfrontation mit traumatisierendem Ereignis sind die wichtigsten Faktoren, ob PTSD entsteht oder nicht
- > PTSD vor allem **nach Vergewaltigung, Krieg, Unfällen**
- > **Risikofaktoren:**
 - * Herkunftsfamilie (z.B. Mißhandlungen, sexueller Mißbrauch als Kind)
 - * kindliche Verhaltensstörungen
 - * früher bestehende psychische Störungen

-> **Anpassung nach Trauma ist schwieriger** bei

- * ungünstigem Attributionsstil
- * subjektiv wenig Unterstützung durch die soziale Umwelt

THEORETISCHE MODELLE ZUR ENTSTEHUNG DER PTSD:

4 Gruppen von Modellen zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer PTSD:

- 1) lerntheoretische Ansätze
- 2) Modelle gestörter Informationsverarbeitung
- 3) psychobiologische Überlegungen
- 4) integrative Überlegungen

ad 1) **lerntheoretische Ansätze:**

a) **dazu gehören:**

- > Klassisches Konditionieren
- > operantes Konditionieren
- > Stimulusgeneralisation
- > Zwei-Faktoren-Theorie

=> können vor allem Symptome, die sich einer **Angstreaktion** zuordnen lassen, **gut erklären**

=> **versagen aber** bei Erklärung

- * des intrusiven Wiedererlebens,
- * der Alpträume,
- * des verzögerten Beginns

b) **besagen:**

* **zentrale Gedächtnisinhalte** sind durch das Ereignis in ihrer Struktur und Funktion nachhaltig **verändert**

* **posttraumatische Furchtstruktur** entsteht dadurch, daß extrem emotional bedeutsamer Stimulus mit einem oder mehreren kognitiven Elementen und mit körperlichen Reaktionen gekoppelt ist

* Wiederherstellung der Gesundheit durch **intensives Durcharbeiten** der traumatisch veränderten Schemata

ad 2) **Modelle gestörter Informationsverarbeitung:**

bekanntestes = **Modell von HOROWITZ:**

* Trauma erschüttert und bedroht kognitive Schemata so, daß **nur kleine, verkraftbare Mengen der traumatischen Information aufgenommen** werden können -> **Oszillation zwischen Verleugnung und emotionaler Taubheit** -> Informationen werden vom

Bewußtsein ferngehalten

- * gleichzeitig **Tendenz zur Vervollständigung der Informationsverarbeitung**
 - > traumatische Informationen bleiben so lange im Bewußtsein, bis sie in die Schemata integriert sind

- * Es gibt eine festgelegte, universelle, **phasische Abfolge von Reaktionen nach dem Trauma:**

- > **unmittelbar nach dem Trauma:**

Flucht- und Kampfreaktionen; extreme physiologische Reagibilität (= **Phase des Aufschreis**)

- > **Phasen der Intrusion und Verleugnung:**

Nach Abschluß der Oszillation -> weniger lebendige Erinnerungen, weniger starke emotionale Reaktionen

- > **Phase des Durcharbeitens:**

existierende Schemata und traumarelevante Informationen werden in Einklang gebracht; sind an sich **normale Reaktionen**,

ABER: **werden dann symptomhaft, wenn sie**

- blockiert
- verlängert oder
- sehr intensiv sind

- * **Symptomentstehung wird begünstigt durch:**

- > sozialen Hintergrund
- > prämorbidem Charakter
- > Bewältigungsstrategien
- > vor dem Trauma bestehende Konfliktmuster und Selbstkonzepte
- > Interpretationen des Geschehens

- * **Integrationsprozeß** wird vor allem **behindert durch negative Rückkoppelungen**, d.h. je stärker die mit der Erinnerung verbundenen negativen Emotionen, umso stärkere Tendenz zur Vermeidung -> erschwerte Integration des Erlebten!

=> in **Phase der Intrusion neue, bedrohlichere Interpretationen des Geschehens;**

Folge: Befürchtung, ähnliche Geschehnisse nicht verhindern zu können

-> Gefühle der **Hilflosigkeit** und des Kontrollverlusts werden größer

Dazu **EHLERS & STEIL:**

-> Unterscheidung von

- * **Faktoren der Entstehung** und

- * **Faktoren der Aufrechterhaltung**

-> wichtig für Aufrechterhaltung = **dysfunktionale Interpretation der PTSD-Symptome** (z.B. „Ich werde verrückt.“)

-> adäquate Auseinandersetzung mit Trauma wird auch verhindert durch **Grübeln und Alkoholmißbrauch**; Folge: Verschlimmerung der Symptome!

ad 3) psychobiologische Modelle:

=> **verantwortlich für Ausprägung der Symptome sind**

- * Veränderungen in den Funktionen bestimmter Hirnregionen (physiologisch)
- * neuroendokrinologische Veränderungen (biochemisch)

a) physiologische Veränderungen:

- * **erhöhtes allgemeines Arousal** mit abnormer Schreckreaktion, langsamerer Habituation an wiederholte Reize
- * **erhöhtes spezifisches Arousal** für mit dem Trauma assoziierte Reize
- * **reduzierte Muster** kortikaler evozierter Potentiale **auf neutrale Stimuli**
- * **Veränderungen in der Schlafphysiologie**

b) biochemische Veränderungen:

- * Unterfunktion der Hypothalamus - Hypophysen - Nebennierenrinden - Achse
-> **vermindertes Kortisol**
- * gesteigerte noradrenerge Aktivität -> **erhöhtes Noradrenalin**
- * **Dysregulation im System endogener Opiate** (z.B. **Endorphine**)
-> allgemeine Senkung der Schmerzschwelle unter Ruhebedingungen
-> Anhebung der Schmerzschwelle unter Streß

=> **Wiederbeleben des traumatischen Ereignisses -> verstärkte Ausschüttung von Noradrenalin**; Folge: erhöhte Schreckhaftigkeit; Schlaflosigkeit

=> **reduzierte Ausschüttung von Serotonin** -> Unfähigkeit zur Erregungsmodulation, Reizbarkeit

=> wichtig = **Interaktion der Neuralfilter**

- * Amygdala
- * Hippocampus
- * Corpus callosum
- * Cingulum
- * präfrontaler Cortex
- > sind an Interpretation sensorischer Informationen beteiligt

ad 4) integrative Ansätze:

Integrieren: * Erkenntnisse aus Klassischem und operantem Konditionieren
* Erkenntnisse über kognitive Schemata
* Reaktionen des Umfelds auf die Traumatisierung

-> **Opfer von traumatischen Ereignissen** fühlen sich oft unverstanden; **ziehen sich zurück**, um ihr Umfeld nicht mit ihrer „Verrücktheit“ noch mehr zu irritieren;
Folge: **Verstärkung der Problematik**

-> **Retraumatisierende Reaktionen der Gesellschaft** (z.B. Schubhaft, Einweisung in Lager bei Asylbewerbern) führen ebenfalls zu **Verstärkung der Symptome**

INTERVENTIONSFORMEN:

=> multimodales therapeutisches Vorgehen:

- | | |
|----------------------------------|--|
| * neurologische Prozesse | -> Psychopharmaka |
| * konditionierte Reaktionen | -> verhaltenstherapeutische Exposition |
| * kognitive-emotionale Netzwerke | -> kognitive Therapiemethoden |
| * existentielle Überzeugungen | -> Gruppentherapie; finding a mission |

=> pharmakologische Interventionen:

- * vor allem **gegen Intrusionsbelastung**
 - * eventuell für Behandlung der **emotionalen Taubheit**;
- ABER: noch zuwenig erforscht!

=> psychologische Interventionen:

- 1) Störung wird **durch Vermeidung auslösender Reize aufrecht erhalten**; daher:
- 2) **Konfrontation mit traumabezogenen Reizen**

-> **wirksam ist:**

- * Logotherapie nach FRANKL
- * Familientherapie
- * Psychoanalyse
- * Kognitive Verhaltenstherapie
- * Eye-Movement-Desensitization (EMDR):
8-stufiges Verfahren; bezieht sich auf Augenbewegungen u.a. von links nach rechts gehende Stimulationen -> zur Umformung von negativen Gedanken und Erinnerungen

=> **am besten = Kognitive Verhaltenstherapie**