

Epidemiologie traumatischer Erfahrungen (Schnyder 2000)



- **Lebenszeitprävalenz traumatischer Erfahrungen:** Im Laufe ihres Lebens werden ca. 60 % aller Männer und 50 % aller Frauen mindestens einmal mit einem Trauma konfrontiert, das die Stressorenkriterien der posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt; 1000 US-Amerikaner (Repräsentativstichprobe) wurden bezüglich der Exposition mit 10 potentiell traumatischen Ereignissen befragt: Raubüberfall, Körperverletzung, sexueller Übergriff, tragischer Todesfall (Unfall, Suizid oder Tötung), Verkehrsunfall, Kriegseinsatz, Feuersbrunst, andere technische oder Naturkatastrophen oder andere Gefahren. 69 % hatten im Laufe ihres Lebens mindestens eines dieser Ereignisse erlebt, 21 % allein im letzten Jahr. Tragische Todesfälle kamen am häufigsten vor, während Vergewaltigungen am häufigsten eine posttraumatische Belastungsstörung zur Folge hatten. Verkehrsunfälle erwiesen sich als die ungünstigste Kombination von Häufigkeit und Auswirkungen.

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Epidemiologie der posttraumatischen Belastungsstörungen (Schnyder 2000)



- **Lebenszeitprävalenz:** ca. 8 - 9 %; Frauen tragen bei vergleichbarer lebenslanger Traumaexposition ein ca. doppelt so großes Risiko an PTB zu erkranken;
- **Längst nicht alle Personen werden nach einem Trauma krank:** Gemäß Übersichtsarbeiten entwickeln ca. 25 % eine PTB; Erkrankungsrisiko variiert jedoch stark – u.a. in Abhängigkeit von der Art des Traumas; Beispiele: **Folter:** eine der wirksamsten Stressoren für die Entwicklung einer PTB (weist beide prognostisch ungünstige Faktoren auf: durch Mitmenschen verursachtes Trauma gepaart mit Verletzung der körperlichen Integrität); Lebenszeitprävalenz für PTB bei Folter: 33 %; bei gefolterten Flüchtlinge & Asylbewerber sogar bei > 50 % (etwa jeder 4. Asylbewerber wurde in der Heimat gefoltert); **Vergewaltigung:** Die Mehrzahl der Opfer weisen PTB-Symptome in den ersten 2 Wochen auf; chronischen Verlauf bei ca. 30 %; **Unfall:** bis zu 50 % leiden an Symptomen in den ersten Wochen & 10 - 25 % entwickeln PTB (heterogene Stichproben bez. Schwere des Unfall und der Verletzungen); **Vietnamveteranen:** 15 Jahre nach Kampfeinsatz leiden noch 15 % an PTB; Lebenszeitprävalenz liegt bei 30 %; weitere 20 % weisen subsyndromale PTB-Formen auf;
- **Hohe Komorbidität:** Frauen mit PTB erkranken häufiger an Depression (Faktor 2.1) oder Alkoholabhängigkeit (Faktor (3.0));

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Stressoren bei Belastungsreaktionen nach ICD-10

(Dilling et.al. 1993)



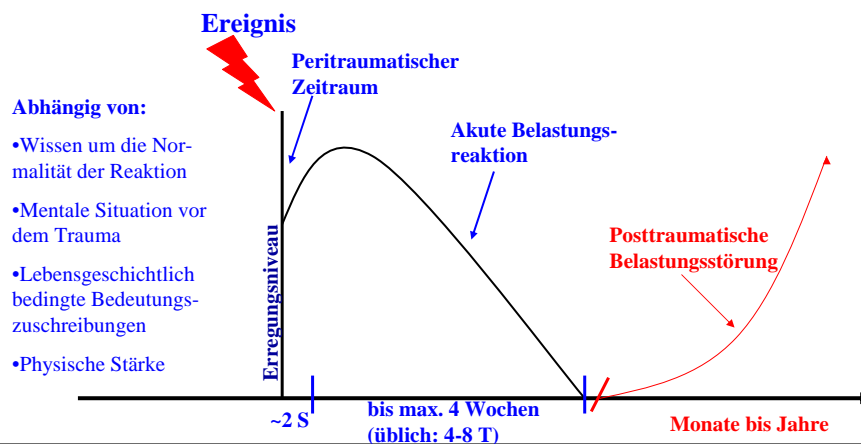
F43.0: Das auslösende Ereignis kann ein überwältigendes traumatisches Erlebnis mit einer ernsthaften Bedrohung für die Sicherheit oder körperliche Unversehrtheit des Patienten oder einer geliebten Person(en) sein (z.B. Naturkatastrophe, Unfall, Krieg, Verbrechen, Vergewaltigung) oder eine ungewöhnliche plötzliche und bedrohliche Veränderung der sozialen Stellung und/oder des Beziehungsnetzes des Betroffenen wie etwa Verluste durch mehrere Todesfälle, einen Brand oder ähnliches;

- F43.1: Das auslösende Ereignis stellt eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewalttätigen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen sein;

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Verlauf von Belastungsstörungen

(M. Gavranidou)



Akute Belastungsreaktion (F43.0) nach ICD-10 (Dilling et.al. 1993)

- Eine vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche körperliche oder seelische Belastung entwickelt, und im allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt.
 - Das Risiko, diese Störung zu entwickeln, ist bei gleichzeitiger körperlicher Erschöpfung, oder wenn organische Beeinträchtigungen (z.B. bei Älteren) vorliegen, erhöht. Individuelle Vulnerabilität & die verfügbaren Coping-Mechanismen spielen beim Auftreten & Schweregrad eine Rolle;
 - Symptome: Anfangs Betäubung, Bewusstseinsminderung, eingeschränkte Aufmerksamkeit, Unfähigkeit Reize zu verarbeiten, Desorientiertheit, vegetative Zeichen der panischen Angst, Sichzurückziehen aus der Situation → bis dissoziativer Stupor.
- Diagnostische Leitlinien:** Es muss ein unmittelbarer & klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen einer ungewöhnlichen Belastung & dem Beginn der Symptome vorliegen. Die Reaktion beginnt innerhalb weniger Minuten, wenn nicht sofort.
- Es tritt ein gemischtes & gewöhnlich wechselndes Bild auf; nach dem anfänglichen Zustand von „Betäubung“ werden Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität & Rückzug beobachtet. Kein Symptom ist längerer Zeit vorherrschend;
 - Die Symptome sind rasch rückläufig, längstens innerhalb von wenigen Stunden, wenn Entfernung aus der belastenden Umgebung möglich ist. Wenn Belastung weiter besteht oder irreversible ist, beginnen die Symptome in der Regel nach 24 – 48 Stunden abzuklingen ist sind nach 3 Tagen nur noch minimal vorhanden.



© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1) nach ICD-10 (Dilling et.al. 1993)

- Eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf den Stressor;
 - Prämorbid Persönlichkeitszüge (z.B. zwanghafte oder asthenische) oder neurotische Erkrankungen in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung von PTB senken & den Verlauf verstärken.
 - Symptome: Wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks) oder Träumen, vor dem Hintergrund des andauernden Gefühls von Betäubtsein, emotionale Stumpfheit, Gleichgültigkeit & Teilnahmslosigkeit gegenüber Mitmenschen & Umgebung, Furcht vor & Vermeidung von allem, was an Trauma erinnern könnte; Vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, übermäßiges Schreckhaftigkeit & Schlaflosigkeit; Selten: Ausbrüchen von Angst, Panik oder Aggression; Angst & Depression sind häufig mit diesen Symptomen assoziiert, Suizidgedanken nicht selten; Alkohol- & Drogenkonsum können komplizierend hinzukommen.
- Diagnostische Leitlinien:** Nur diagnostizieren, wenn die Störung innerhalb von 6 Monaten nach dem Trauma auftritt; Eine „wahrscheinliche“ Diagnose kann auch dann gestellt werden, wenn Abstand zwischen Symptomen & Trauma > 6 Monate, vorausgesetzt, die klinischen Merkmale sind typisch (Leitsymptomatik: Flashbacks, Tages- oder Nachträume) und keine andere Diagnosestellung (z.B. Angst, Depression) möglich;



© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0) nach ICD-10 (Dilling et.al. 1993)



- Andauernde Persönlichkeitsänderung kann der Erfahrung von extremer Belastung folgen. Die Belastung muss so extrem sein, dass die Vulnerabilität der Person als Erklärung nicht ausreicht. Beispiele: Erlebnisse im Konzentrationslager, Folter, Katastrophen, andauernde lebensbedrohliche Situationen (z.B. Geiselnahme); Eine PTB kann – muss aber nicht - diese Störung vorangehen; Sie wird dann als eine chronische, irreversible Folge von Belastung angesehen; Persönlichkeitsänderungen nach kurzzeitigen Lebensbedrohungen (z.B. Autounfall) wird nicht hier eingeordnet → Forschung weist auf vorbestehende psychische Vulnerabilität;
- **Diagnostische Leitlinien:** muss andauernd (mindestens 2 Jahre) bestehen & sich in unflexiblem & unangepassten Verhalten äußern, das zu Beeinträchtigungen in den zwischenmenschlichen, sozialen & beruflichen Beziehungen führt. Die Persönlichkeitsänderung sollte fremdanamnestic bestätigt werden; Vorher bestehende Persönlichkeitsstörungen, andere psychische Störungen (außer PTB) sowie schwere Schädigungen oder Krankheiten des Gehirns müssen ausgeschlossen werden.
- Zur Diagnosestellung müssen folgende, bei dem Patienten zuvor nicht beobachtete Merkmale vorliegen: feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt; sozialer Rückzug; Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit; chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohsein; Entfremdung;

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Therapeutische Haltung bei der Traumabehandlung

(Schnyder 2000)



- Multimodal behandeln: psycho-, sozio-, pharmaco- & physiotherapeutisch;
- Die therapeutische Arbeit setzt eine klare und reflektierte Haltung beim Therapeuten voraus: Die Berichte traumatischer Erlebnisse lösen häufig beim Therapeuten starke Gegenübertragungsgefühle aus, wie a) Empörung & Wut gegenüber der Täter, b) Mitleid, Helfenwollen oder Ekel & Abscheu gegenüber den Opfern sowie c) Ohnmacht oder Wut gegenüber mit dem Trauma zusammenhängenden, gesellschaftlichen Bedingungen; Bei organisierter Gewalt beeinflusst häufig die politische Einstellung des Therapeuten seine Einstellung zum Patienten; Durch die Traumadarstellung können eigene, nicht ausreichend verarbeitete Trauma aktiviert werden → beeinträchtigt empathische Zuwendung zum Patienten;
- Durch die Traumaerzählungen können Patient & Therapeut „retraumatisiert“ werden; Therapeut soll sich als Mitmensch berühren lassen, zugleich jedoch dem pathogenen Gewalt des Traumas standhalten & ihm gesunde, kompensierende, protektive Kräfte entgegenhalten; → Therapeut gerät an die Grenze des Erträglichen → Pause einlegen;
- Trauma sind nicht nur schrecklich, sondern auch immer Faszinosum → Neugierde zügeln; Nur die Details, die für die Verarbeitung vom Patienten wichtig sind, ausmalen lassen → Retraumatisierung vermeiden;
- Oft wird zur Lösung zivil- oder strafrechtlicher Probleme ein Jurist benötigt → Grenzen der psychotherapeutischen Arbeit beachten;

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Traumabehandlung in der Akutphase I (Schnyder 2000)



- In dieser Phase gelten die Prinzipien der Krisenintervention: rascher flexibler Einsatz, Konzentration auf die akute Problemlage, zeitliche Begrenzung sowie aktive, direkte jedoch nicht direktive therapeutische Haltung. Besonderheiten bei Trauma:
- **Sicherheit:** Solange sich der Patient im Therapieraum unsicher, bedroht, verfolgt oder beobachtet fühlt, sind die Voraussetzung für eine Therapie ungünstig; gerade nach Traumaerfahrungen (besonders bei von Mitmenschen in destruktiver Absicht durchgeführten) sind Betroffenen voller Misstrauen gegenüber den Mitmenschen (auch gegenüber Therapeuten); oft sind zwischenmenschliche Grundvertrauen, Glaube am Guten im Menschen sowie Überzeugung der eigenen Unverletzlichkeit tiefgreifend erschüttert; der Aufbau der therapeutischen Beziehung erfordert oft viel Geduld;
- **Distanz & Kontrolle:** Oberstes Ziel in dieser Phase ist die Gewinnung der Abstand & Kontrolle über die Symptome des Wiedererlebens; Hierzu wurden eine Reihe von Verfahren entwickelt, die in kurzer Zeit zur Symptomreduktion führen können, z.B. Eye Movement Desensitization & Reprocessing; der Patient führt hier sakkadische horizontale Augenbewegungen durch, während er sich die traumatischen Szenen in Erinnerung ruft; Gemeinsamer Ziel dieser Verfahren, die meist im Rahmen einer übergeordneten Therapietheorie eingesetzt werden: Symptomreduktion; Verminderung der Gefühle des hilflos Ausgeliefertseins gegenüber Symptome des Wiedererlebens; Andere Techniken: Thought Field Therapy, Visual/Kinesthetic Disassociation, Video Replay Technique, Image Habituation Training, Prolonged Exposure;

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Traumabehandlung in der Akutphase II (Schnyder 2000)



- **Debriefing** (Critical Incidence Stress Debriefing): oft für die Prävention der Entwicklung von PTB nach kollektiven Krisen (für Opfer & Helfer, z.B. Feuerwehrleute) eingesetzt in einer 1-3 Std. Gruppe meist 24-72 Std. nach Stressor eingesetzt: 1) Fact Phase: Nach einer Einführung werden Tatsachen über das Ereignis zusammentragen, 2) Reaction Phase: Danach werden die Gruppenmitglieder aufgefordert die ersten eigenen Gedanken & Gefühle zusammentragen und mitzuteilen; 3) Symptom Phase: Die spezifischen Stresssymptome werden angesprochen und schließlich 4) Teaching Phase: Der Leiter informiert über Stressreaktionen, die nach solchen Ereignissen häufig vorkommen und wie damit umgegangen werden kann; Generelle Botschaft → die beobachteten Symptome stellen „normale“ Reaktionen auf ein „abnormales“ Ereignis dar. 6) Relating Phase: Zuletzt wird zusammengefasst und überlegt, ob weitere Maßnahmen notwendig sind;

Das Modell ist weltweit von den Fachleuten anerkannt und wird von den Betroffenen meist als hilfreich erlebt; allerdings ist die Wirkung nicht nachgewiesen und einzelne Studien verweisen auf eine erhöhte Inzidenz von PTB;

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Traumabehandlung bei PBT I (Schnyder 2000)



- Je nach Art des Traumas & der Persönlichkeit des Betroffenen, aber auch unter dem Einfluss von protektiven bzw. belastenden Umgebungsfaktoren kann die PTB einen chronischen Verlauf nehmen; schwere Traumatisierungen können aber auch bei prätraumatisch gesunden Menschen hartnäckige psychische, psychovegetative oder psychosomatische Symptome und tiefgreifende Verunsicherungen bewirken; Diese lassen sich nicht einfach mit einer Technik „wegtherapieren“, sondern bedürfen eine längerfristigen Psychotherapie;
- Hier steht die Symptomatik nicht mehr so sehr im Vordergrund wie bei Akutbehandlungen; Ziel: Trauma als unabänderliche Gegebenheit akzeptieren zu lernen; es als prägendes, aber vergangenes Erlebnis in sein Selbstbild zu integrieren & sich schließlich neuen Lebensaufgaben zu stellen → mit der Zeit neue Sinngebung im Leben finden;
- Während es bei der Therapie von sog. neurotischen Störungen, jedenfalls bei analytisch orientiertem Vorgehen, im Prinzip darum geht, den hinter einem Symptom steckenden unbewussten Konflikt aufzudecken und zu bearbeiten, gibt es bei einem Traumaopfer eigentlich nicht aufzudecken; im Gegenteil: Das traumatische Ereignis ist dem Patienten nur allzu bewusst und omnipräsent;

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Traumabehandlung bei PBT II (Schnyder 2000)



- Ein allzu einseitiger Blick zurück auf das Trauma und seine schlimmen Folgen kann dazu führen, dass der Patient in einer Opferrolle verharrt. Der Therapeut soll dem Gespräch über die traumatischen Erfahrungen nicht ausweichen. Es soll aber immer wieder auch eine zukunftsorientierte, salutogenetische Perspektive ins Gespräch bringen. Die Aktivierung von intra- und interpersonellen Ressourcen kann dem Patienten helfen, sich mit neuen Aufgaben zu identifizieren und sein Leben wieder aktiv in die Hand zu nehmen;
- Durch Krisentheoretiker (Krise = Gefahr & Chance) wird die Frage gestellt, ob Trauma neben den unbestrittenen, oft verheerenden gesundheitlichen Auswirkungen nicht unter gewissen Umständen auch den Anstoß für eine positive Entwicklung geben kann: Viele Betroffene berichten, dass sie neue Möglichkeiten für ihr Leben entdeckt & erschlossen haben, dass sich ihre Beziehungen zu anderen Menschen grundlegend positiv geändert und sie an persönliche Stärke gewonnen hätten; viele berichten, sie seien durch die Erfahrung in spiritueller/religiöser Hinsicht weitergekommen;
- Der Erfolg von maßgeschneiderte stationäre Therapieprogramme für Vietnamveteranen war bescheiden; möglicherweise bedingt durch das einseitige Ziel der „vergangenheitsorientierte“ Symptomreduktion; eine gute Prognose besteht nur bei akuten Fällen;

© 2009: Prof. Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de