

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)



Krankheitsbild, Ursachen und Behandlung
Umgang mit Betroffenen

Dr. Vera Onken, Februar 2023

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)



- I. Epidemiologie
- II. Diagnostik und Trauma-Begriff
- III. Symptomatik
- IV. Neurobiologie - Folgen von (früher) Traumatisierung
- V. Behandlung
- VI. Extra: komplexe PTBS
- VII. Umgang mit Betroffenen

PTBS I. Epidemiologie



- 28% der Frauen, 21% der Männer in Deutschland: mind. ein traumatisches Ereignis im Leben
- Lebenszeitprävalenz PTBS : insg. 1,5 % (andere Studien: 10 – 12 % (♀) und 5 - 6 % (♂))
- Frauen doppelt so oft betroffen wie Männer –fast gleiche Verteilung bei komplexer PTBS
- Höhere Prävalenzen in Risikogruppen (Flüchtlinge, Einsatzkräfte, psychisch kranke Menschen)
- Jedes Lebensalter kann betroffen sein
- 7% verzögertes Auftreten nach Jahren /Jahrzehnten

PTBS II. Diagnostik – Trauma, was ist das?

Das Risiko der Krankheits-Entstehung ist auch abhängig von der **Art des Traumas**

- Typ II Traumata gehen häufiger mit Traumafolgestörungen einher
- Frühe und langanhaltende Traumatisierung führt häufiger zu komplexer PTBS

Diskutiert werden auch medizinische Traumata als Krankheitsauslöser wie

- Akut / chron. lebensgefährliche Erkrankungen
- traumatische medizinische Eingriffe
- Behandlungsfehler und Folgen

	Typ-I-Trauma	Typ-II-Trauma
Akzidentelle Traumata	<ul style="list-style-type: none"> • Schwere Verkehrsunfälle • Traumata im Beruf (Einsatzkräfte) • Katastrophen mit kurzer Dauer (Brand) 	<ul style="list-style-type: none"> • Technische Katastrophen (Chemie-Unfall) • Naturkatastrophen mit längerer Dauer (Erdbeben)
Interpersonelle Traumata („man-made-trauma“)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexuelle Übergriffe • Kriminelle / körperliche Gewalt • Gewalterleben außerhalb von Krieg (Banküberfall) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexuelle /körperliche Gewalt/Missbrauch als Kind o. Erwachsener • Krieg • Geiselnhaft • Folter /Politische Haft

Nach A. Maercker „Traumafolgestörungen“ 5. Auflage 2019

PTBS II. Diagnostik – Trauma, was ist das?

- **ICD 10:** „ ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit **außergewöhnlicher Bedrohung** oder **katastrophenartigem Ausmaß**, die bei fast jedem eine **tiefe Verzweiflung** hervorrufen würde.

Formen des Trauma-Erlebens:

- Selbst erlebt
- Persönlich bei anderen erlebt (Augen-) Zeuge
- Von einem plötzlichen und gewaltsamen /tödlichen Ereignis bei nahen Familienangehörigen / Freunden erfahren
- Wiederholt oder extrem konfrontiert sein mit aversiven (abstoßenden) Details eines traumatischen Ereignisses (Ermittler Kinderpornografie, Einsatzkräfte)

Fall I – Frau M.



- Anfang 50 jährige Lehrerin
- Traumatisches Erlebnis in der Schule, das die Trauma-Kriterien erfüllt
- In den folgenden Tagen starke emotionale Belastung und körperliche Symptome bei der Arbeit, Krankschreibung
- nicht mehr in der Lage, zur Arbeit zu gehen
- stark emotional belastet, häufig stark angespannt
- Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit
- Vermeidet alles, was Erinnerungen hervorrufen könnte
- Bei Auslösung von Erinnerungen emotional stark belastet
- Verlust des Vertrauen in Hilfsbereitschaft anderer und in das Funktionieren des professionellen Hilfesystems (Rettungsdienst)

PTBS III. Symptomatik PTBS - 3 Symptomgruppen



I. Wiedererleben

II. Vermeidung

III. Anhaltendes Gefühl von Bedrohung mit Übererregung

- Als Ausdruck einer **konditionierten (erlernten) Angst-Reaktion**, ausgelöst durch das zugrundeliegende Trauma

PTBS III. Symptomatik PTBS - 3 Symptomgruppen

I. **Wiedererleben** des traumatischen Ereignisses in der Gegenwart

- Sich aufdrängende, lebhafte Erinnerungen, Rückblenden oder Alpträumen
- Flashback: Wiedererleben, als ob man wieder in der Situation ist
Wahrnehmung von Gerüchen, Geräuschen, Körperempfindungen
- Intrusionen: lebhafte Erinnerungen
- starke /überwältigende Gefühle (z.B. Angst, Entsetzen, Ekel, Scham)
- starke körperliche Begleitsymptome (Atemnot, Schwitzen, Herzrasen)
- Spontan oder ausgelöst durch innere oder äußere Triggerfaktoren
- Auch unbewusste Trigger möglich, vor allem bei Erinnerungslücken für das traumatische Ereignis

PTBS III. Symptomatik PTBS - 3 Symptomgruppen

II. **Vermeidung** von Gedanken und Erinnerungen an das Ereignis

- Meiden von Orten / Situationen / Veranstaltungen
- Vermeiden von Körperzuständen (steigender Puls)
- Vermeiden emotionaler zwischenmenschlicher Kontakte
- Vermeidungsstrategien können auch sein:
 - Grübeln
 - Emotionale „Taubheit“ (soz. Rückzug, innere Teilnahmslosigkeit, Gefühl der Entfremdung und Isolation, Interessenverlust, Freudlosigkeit)
 - Suchtmittelkonsum
 - Dissoziation

PTBS III. Symptomatik PTBS - 3 Symptomgruppen

III. Anhaltendes Gefühl von **Bedrohung**

- **Starke Anspannung**, Gefühl innerer Bedrängnis
- Hypervigilanz /Hyperarousal
- Innere Unruhe, Getriebensein
- Konzentrationsstörungen, geringes Durchhaltevermögen
- Gereizte Stimmung, Impulsivität auf geringe Auslöser
- Körperliche Anspannung, Muskelverspannungen, Spannungskopfschmerz, nächtliches Zähneknirschen
- Bewältigungsstrategien:
 - Exzessiver Sport
 - Hochrisikoverhalten
 - Selbstverletzungen
 - Suchtmittelkonsum

PTBS III. Symptomatik PTBS - Zusatzsymptome



- Erinnerungslücken
- Negative Grundüberzeugungen
- Verzerrte Kognitionen zum Trauma
 - Schuldzuweisungen gegenüber sich /anderen als psychologisches Mittel zur Schaffung des Gefühls der Kontrollierbarkeit
- Anhaltender negativer emotionaler Zustand
- Erhöhte Aggressionsbereitschaft

PTBS III. Symptomatik PTBS



- Symptome über mindestens mehrere Wochen
- erhebliche Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen Funktionsbereichen
 - Abbruch von Schule / Ausbildung / Arbeitsunfähigkeit
 - Konflikte in der Familie, am Arbeitsplatz etc.
 - Abhängig von Schweregrad und Dauer prekäre finanzielle und/ oder Wohnsituation
 - Evtl. unzureichende körpermedizinische Versorgung bei somatischen Begleiterkrankungen
 - Psychische Komorbiditäten
 - Sucht
 - Depression
 - Angststörungen
 - Persönlichkeitsstörungen
 - Somatoforme Störungen

PTBS III. Symptomatik – Kontextfaktoren

Belastungsfaktoren:

- Soziale Situation
- Täterkontakt
- Komorbiditäten (psychisch und somatisch)
- Fehlende Anerkennung als „Opfer“, nicht abgeschlossenes Entschädigungs- oder Gerichtsverfahren
- Ungeklärter Aufenthaltsstatus, ungeklärte Kostenübernahme für therapeutische Versorgung

Schutzfaktoren:

- Therapeutische Versorgung
- Gute soziale Einbindung (Ansprechpartner)
- Tagesstruktur/ Beschäftigung
- Spiritueller Halt

PTBS - Neurobiologie und Psychologie



Was passiert bei Trauma-Erlebnissen ?

Unsere Grundlegende Reaktion auf Gefahr:

2 Reaktionsmöglichkeiten für Körper und Seele: „fight or flight“

➤ Kampf (fight):

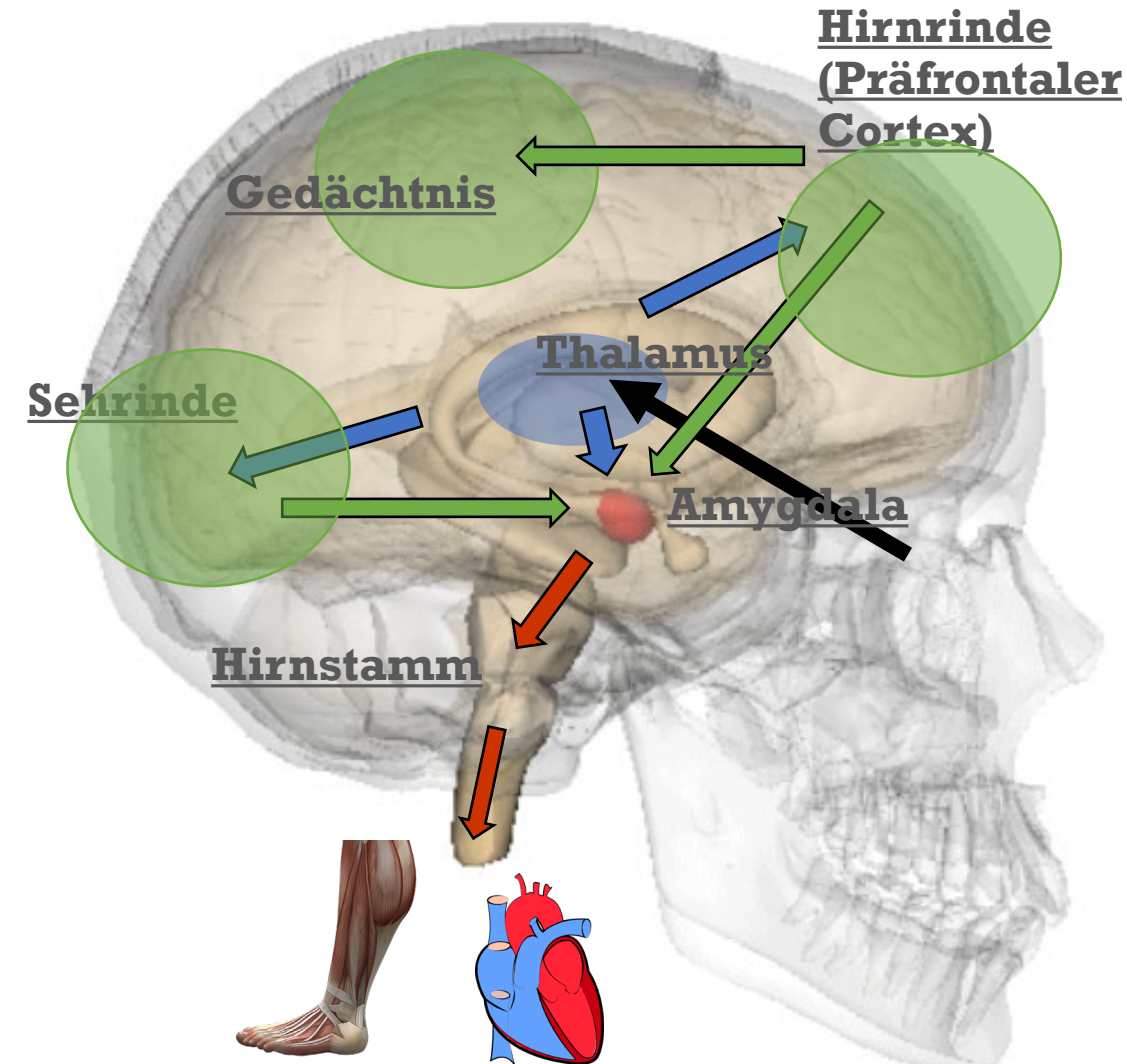
„Ich stelle mich der Herausforderung und mobilisiere Kräfte, um diese zu bewältigen“

➤ Flucht (flight)

„Ich stelle mich *nicht* der Herausforderung, sondern mobilisiere Kräfte, um zu fliehen“

➤ **Ich habe Handlungsmöglichkeiten, damit umzugehen („Anpassung“)**

PTBS - Neurobiologie und Psychologie



„normale Reaktion auf Gefahr:

- Sinnesreize werden zuerst im **Thalamus** verarbeitet
- von dort an die **Hirnrinde** und an das **limbische System** inkl. **Amygdala** weitergeleitet und mit den Gedächtniszentren verknüpft

Aufgaben der gemeinsamen Reizverarbeitung:

- Amygdala: Aktivierung automatischer Reiz-Reaktionsmuster
 - Fight/ Flight-Reaktion
 - Kreislauf und Muskulatur
 - Emotionale Verarbeitung der Erlebnisse (z.B. Angst)
- Emotionale Reaktion wird mit situativem Kontext (Ort, Zeit) „abgespeichert“
- fight/flight == Rückkopplung über Hirnrinde == Hemmung der Amygdala

PTBS - Neurobiologie und Psychologie



Trauma:

➤ Körper und Seele werden *übermäßig* aktiviert, ohne die Situation bewältigen zu können

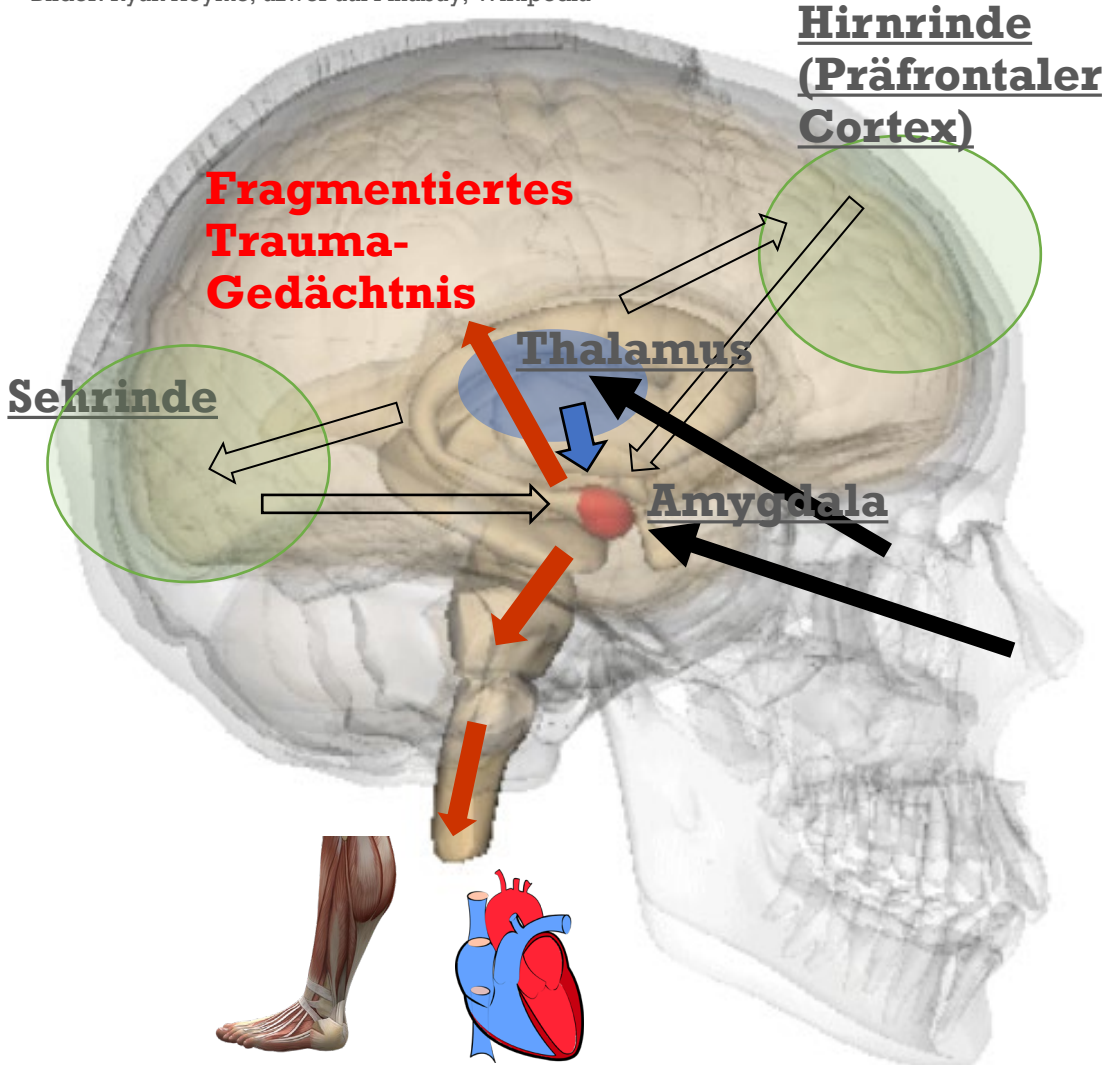
... weil das Ausmaß der Bedrohlichkeit /Gefährlichkeit extrem ist

... weil keine realistischen Chancen bestehen, sich dagegen zu wehren („schutzlos ausgeliefert“)

→ Es gibt **keine Handlungsmöglichkeiten, damit umzugehen (keine „Anpassung“)**

PTBS Neurobiologie und Psychologie

Bilder: Ryan Hoyme, azwer auf Pixabay, Wikipedia



Traumatische Überforderung d. Reaktionsmöglichkeiten → gestörte Verarbeitung der Erlebnisse:

- Sensorische Wahrnehmungen (Geruch, Geräusche, Bilder, Körperempfindungen) werden nicht mehr im Zusammenspiel von limbischem System, übergeordneten Zentren und Gedächtnis verarbeitet
- Sondern limbisches System (Amygdala!) wird stark aktiviert und generiert extreme Angst/negative Gefühle
- Statt Fight or Flight bleibt nur ein „Erstarren“:
 - Dissoziation (Totstellreflex): hilft, starke Gefühle nicht mehr so intensiv wahrzunehmen
 - Dissoziation hilft, durch eine negative Rückkopplung zur Hirnrinde die Aktivierung der Amygdala zu dämpfen
 - Dissoziation stört die Wahrnehmung und geordnete Verarbeitung der Situation
- Die gemeinsame Verarbeitung mit den langsameren, „rationalen“ Zentren der Hirnrinde und den Gedächtniszentren fehlt
- Das Erlebte wird bruchstückhaft und unzusammenhängend abgespeichert

PTBS III. Symptomatik

– Folgen der Traumatisierung und Dissoziation

- Die traumatische Erfahrung wird zumindest teilweise in Form fragmentierter Erinnerungen abgespeichert als chaotische Ansammlung von inneren Bildern, Gerüchen, Geräuschen und Gefühlen etc.
- Betroffene sind zwar in der Lage, die Sinneserfahrung und Gefühle des traumatischen Ereignisses *zu spüren, zu sehen oder zu hören*
- Können aber diese Erlebnisse nicht in eine verständliche Sprache übersetzen, auch für sich selbst nicht → Bei der Erinnerung kommt es zu einem „**sprachlosen Terror**“, die Betroffenen können nicht davon erzählen
- Eine Verarbeitung und Einordnung in das (biografische) Gedächtnis fehlt == Das Erlebte wird als nicht abgeschlossen wahrgenommen == Wiedererleben (Intrusionen und Flashbacks- „Wie damals“) – erneutes Erleben von Kontrollverlust



Später: Dissoziation als Teil der Symptomatik bei PTBS:

- Auslöser: massive Anspannung /Erinnerungs-Trigger
- Gefühl der emotionalen Überflutung und von Kontrollverlust
- Vorübergehende Störung von Wahrnehmung, Denken, Handlungsfähigkeit
- Gestörte Selbst-Wahrnehmung mit Gefühl der Ich-Fremdheit (Depersonalisation und/ oder Unwirklichkeit (Derealisation))
- Einschränkung der Willkürmotorik
- Pseudo-psychotische Phänomene: visuelle und akustische Fehl-Wahrnehmungen (Pseudo-Halluzinationen)
- Gestörte kognitive Verarbeitung → Denk- und Lernprozesse werden behindert

PTBS III. Symptomatik PTBS – Dissoziation

Woran kann ich erkennen, dass eine Person dissoziiert?

- Inadäquate, wortkarge oder fehlende Reaktion auf Ansprache
- Starrer Blick, Müdigkeit
- Verkrampfte Körperhaltung
- Zittern
- Frieren /Schwitzen

Hilfsmittel gegen Dissoziation: ins „Hier und Jetzt“ bringen, starke sensorische Reize:

- Anleiten, die Umgebung / Situation zu beschreiben („ich sehe was, was Du nicht siehst“)
- Anleiten, den eigenen Körper gezielt zu berühren / beklopfen
- Falls vorhanden: Strategien anwenden lassen (Gummiband, Chili)
- (lautes) Ansprechen, lautes Geräusch (Hände- Klatschen)
- Fenster auf (Winter), Gerüche (Desinfektionsmittel)
- ggf. Betroffene berühren (mit Ankündigung!)
- Hinterher: Aufklärung über die Symptomatik

PTBS IV. Behandlung

Die gute Nachricht:

- Behandlungsleitlinie vorhanden mit wissenschaftlich erprobten Verfahren mit guter Wirksamkeit
- Forschungsinteresse besteht, es werden Behandlungsmöglichkeiten für spezielle Patientengruppen erforscht
- Die Anerkennung der Erkrankung als medizinisches Problem mit Behandlungsnotwendigkeit nimmt zu

Die Aufgaben:

- PTBS-Betroffene sind besonders verletzlich gegenüber äußeren Triggerfaktoren
- Krankheitssymptome stehen der Hilfesuche oft stark im Weg
- Traumata werden z.T. erst schrittweise über Jahre erinnert
- Lange Wartezeiten und qualitativ sehr unterschiedliche Angebote für Therapie
- Fazit: individuelles Vorgehen, Anpassung der Intensität und Spezifität der Behandlung an individuelle Traumageschichte, Lebenssituation und Belastbarkeit
- Wichtig: Das Wissen der Helfer über die Behandlungsmöglichkeiten gibt Zuversicht und erhöht die Chance auf eine bedarfsgerechte und möglichst effektive Behandlung!

PTBS IV. Behandlung

Grundprinzip anerkannter Therapieansätze: Stabilisierung - Konfrontation - Neuorientierung

➤ **Stabilisierung:**

- Tragfähige **therapeutische Beziehung** schaffen
- Verstehen der Symptome – Psychoedukation:
 - „**Ich bin nicht verrückt**“
 - „**normale**“ **Reaktion auf „unnormales“ Ereignis**
- Rückgewinnung von Kontrolle
 - Umgang mit Dissoziation und extremen Gefühlen /Gedanken
 - Distanzierungs- und Entspannungstechniken
- sichere Gegenwart: körperliche, soziale und psychische Stabilisierung
- Aufbau von äußeren und inneren Ressourcen

PTBS IV. Behandlung



Grundprinzip anerkannter Therapieansätze: Stabilisierung - Konfrontation - Neuorientierung

➤ **Konfrontation: versch. Herangehensweisen + Schwerpunkte bei einzelnen Methoden**

- Verschiedene Formen der Konfrontation
- Zusätzlich Bearbeitung von Gedanken und Einstellungen
- Spezielle Fokussierungstechnik, um erneuten Verarbeitungsprozess des Erlebten anzustoßen (EMDR)
- Einbezug der vorbestehenden Persönlichkeitseigenschaften und biografischen Geschichte

PTBS IV. Behandlung

Grundprinzip anerkannter Therapieansätze: Stabilisierung - Konfrontation - Neuorientierung

➤ **Neuorientierung:**

- Ziel der Therapie ist **nicht:** das Erlebte vergessen
- **stattdessen:** den traumatischen Erfahrungen einen angemessenen, weniger störenden Platz geben, sie „in das Regal der Erinnerung einzuordnen“
- Die Erfahrungen werden – nachträglich – zu einem *erzählbaren* Teil der eigenen Biografie
- Möglich wird dadurch auch das Trauern über verlorene Möglichkeiten, verlorene Personen ...
- „Rückeroberung“ des Lebens

PTBS IV. Behandlung – Psychotherapie

1. Wahl*: Traumafokussierte Therapie * lt. S3-LL, internationalen LL + WHO-Empfehlung

Ziel: Verarbeitung der Erinnerung und Bedeutung des Traumas

Verschiedene Formen der Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (stärkste Therapieeffekte)

- imaginative Exposition in Bezug auf die Trauma-Erinnerung (in der Vorstellung)
- narrative Exposition (durch Erzählen/ Aufschreiben)
- Exposition in vivo
- kognitive Umstrukturierung (traumabezogene Überzeugungen)

Einzelne Methoden:

- TF-KVT mit prolongierter Exposition
- kognitive Verarbeitungstherapie
- KVT nach Ehlers & Clark (Kombination aus Arbeit mit Kognitionen / Grundüberzeugungen, Exposition und Strategien der behavioralen Therapie)
- Narrative Expositionstherapie (entwickelt für Opfer von Krieg, Vertreibung, polit. Gewalt)

Neuere kognitive Methoden mit noch unvollständigem Wirksamkeitsnachweis:

- Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT) (aufbauend auf Konfrontation, Transformation und Neueinordnung der traumatischen Erfahrungen)

PTBS IV. Behandlung – Psychotherapie

1. Wahl*: Traumafokussierte Therapie * lt. S3-LL, internationalen LL + WHO-Empfehlung

Ziel: Verarbeitung der Erinnerung und Bedeutung des Traumas

Verschiedene Formen der Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie: (stärkste Therapieeffekte)

- TF-KVT mit prolongierter Exposition
- KVT nach Ehlers & Clark (Kombination aus Arbeit mit Kognitionen / Grundüberzeugungen, Exposition und Strategien der behavioralen Therapie)
- Narrative Expositionstherapie (entwickelt für Opfer von Krieg, Vertreibung, polit. Gewalt)
- Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT)* (aufbauend auf Konfrontation, Transformation und Neueinordnung der traumatischen Erfahrungen) *neuere Methode, Wirksamkeitsnachweis noch unvollständig

PTBS IV. Behandlung – Psychotherapie

Kognitiv-Verhaltenstherapeutisches Krankheitsmodell

- Ziel: Trauma verarbeiten, sodass es als abgeschlossen wahrgenommen wird und das Gefühl der anhaltenden Bedrohung nachlässt
- Zentral: Arbeit am Trauma-Gedächtnis
- Berücksichtigung der besonderen Erinnerungsspeicherung sog. „Hotspots“ während des Traumas (Grund für Intrusionen)
 - Einzelne Sinneseindrücke und Emotionen statt Zusammenhang
 - ohne nachträgliche Korrektur (Wiedererleben von Todesangst obwohl man weiß, dass man nicht gestorben ist)
- Umgang mit problematischer Integration des Traumas in eigene Grundhaltung und -Überzeugungen
 - Z.B.: Bestätigung bereits bestehender negativer Überzeugungen
- Umgang mit dysfunktionalen Bewältigungsstrategien, die Symptome eher festigen (Vermeidung)

PTBS IV. Behandlung – Psychotherapie

Kognitiv-Verhaltenstherapeutische traumafokussierte Therapie (TF-KVT)

1. Diagnostik, Verlaufsdokumentation, Symptom-Monitoring
2. Psychoedukation:
 - Infos zur Symptomatik
 - Erklärungsmodell (Entstehung, Aufrechterhaltung, Veränderung), Schrankmetapher
3. Gute Ausgangsbedingungen schaffen
4. Traumagedächtnis verändern
 - Imaginative Exposition mit Rating der Lebhaftigkeit und Belastung
 - Theorie:
 - Traumagedächtnis wird aktualisiert – korrektive Informationen integriert („habe überlebt“)
 - Dysfunktionale Bewertungen werden bearbeitet
5. Diskriminationstraining: Umgang mit Auslösern („Trigger“) von Intrusionen (damals vs. heute)
6. Exposition in vivo (optional)
7. Abschluss und nachfolgende „Booster“-Sitzungen

PTBS IV. Behandlung – Psychotherapie



Eine weitere Traumspezifische Therapiemethode:

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

(etwas geringere Effektstärke)

- Verarbeitung von Trauma (-Erinnerungen) begleitet von rhythmischen Augenbewegungen, die therapeutisch angeleitet werden
- Durch eine bilaterale Stimulation des Gehirns wird das adaptive Informationsverarbeitungssystem aktiviert
- Erinnerungen können reaktiviert und nachverarbeitet werden

Deutsche
Fachgesellschaft für
EMDR:
<https://www.emdria.de>

PTBS IV. Behandlung – Psychotherapie

Nicht- Traumafokussierte Therapie (insgesamt geringere Effektstärken als TF-KVT und EMDR)

Ziel: Emotionsregulation, Umgang mit Symptomatik, Lösung für aktuelle persönliche Probleme

- Stressimpfungstraining:
 - Entspannungstechniken
 - Gedankenstopp
 - Kognitive Umstrukturierung
 - Vorbereitung auf Stressor

- Skillstraining zur affektiven und interpersonellen Regulation (STAIR)

PTBS IV. Behandlung – Psychotherapie

Aktuelle Behandlungsansätze:

Kombination aus traumafokussierten mit anderen Methoden: Phasenbasierte Ansätze

(breite Evidenz für Kombination von Exposition mit kognitiven Ansätzen)

1. Z.B.: Skillstraining zur affektiven und interpersonellen Regulation plus Narrative Therapie (STAIR/NT) mit den Arbeitsfeldern:

- Emotionsregulation
- Bearbeitung dysfunktionaler interpersoneller Schemata (Einstellungen und Gedanken über sich und andere)
- Traumafokussierte narrative Exposition

PTBS IV. Behandlung – Psychotherapie

Kombination aus traumafokussierten mit anderen Methoden: Phasenbasierte Ansätze
(breite Evidenz für Kombination von Exposition und kognitiven Ansätzen vorhanden)

2. Dialektisch-Behaviorale Therapie PTBS (DBT-PTBS)

- Traumaspezifische kognitive Methoden und Exposition mithilfe von DBT-Methode
- Ablauf nach festgelegtem Stufen- Schema
- Reaktivierung der Erinnerung (Wiedererleben) der schlimmsten traumatischen Situation unter therapeutischer Anleitung – Ziel: Neu-Lernen des Erlebens + Nachverarbeitung der Trauma-Erinnerung
 - Nach ausreichender Vorbereitung einschließlich Skillstraining und Psychoedukation speziell auch zur Dissoziations-Vermeidung
 - ggf. mit Hilfsmitteln zur Dissoziationsprävention (gezielter sensorischer Input: „Wackelbrett“/ Ergometer)
 - Regelmäßige Unterbrechungen des Erinnerungsvorgangs zur Begegnung mit der Gegenwart – „Was ist heute anders als damals?“
- Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=vZ4TqAW4DPY> (ab Minute 34:34)

PTBS IV. Behandlung – medikamentöse Therapie



- Nicht als alleinige Therapie
- Nicht als Behandlung der ersten Wahl
- Insgesamt geringe Wirk-Effekte
 - wenn, dann Sertralin, Paroxetin oder Venlafaxin
 - KEINE Benzodiazepine
- Indikation besteht, wenn Medikamente aufgrund von zusätzlicher Depression oder Angststörung notwendig sind
- Naltrexon bei starker dissoziativer Symptomatik

PTBS IV. Behandlung – weitere therapeutische Ansätze

- Ausdauersport
 - Freisetzung von BDNF (Brain Derived Neurotropic Factor) als Wirkfaktor, der die Anpassungsfähigkeit des Gehirns (Plastizität) fördert

- Biofeedback
 - Bewusste Beeinflussung körperlicher Funktionen wie Puls, Muskelspannung, Atmung mithilfe apparativer Techniken sollen entspannend wirken

- Tiergestützte Therapie
 - Erprobung als Ergänzung der stationären traumaspezifischen Behandlung mit regelmäßigen Therapieeinheiten mit einem Therapiehund nach strukturiertem Ablauf
 - seit 1 Jahr Bestandteil eines stationären Behandlungssettings im Bundeswehrkrankenhaus Berlin; Hundeführerin: FÄ f. Psychiatrie+ Psychotherapie mit traumatherapeutischer Zusatzausbildung, Therapiehund: Labrador-Retriever-Hündin „Ella“

PTBS IV. Behandlung – begleitende therapeutische Ansätze



- Weitere Methoden sind Gegenstand der Forschung, allerdings bisher ohne wegweisende Ergebnisse:
 - Familientherapie
 - Hypnose
 - Kunsttherapie
- Fazit der Behandlungsleitlinie:

Positive klinische Erfahrung rechtfertigt das zusätzliche Angebot von

 - Ergotherapie, Physiotherapie
 - Kunsttherapie /Musiktherapie,
 - Körper- und Bewegungstherapie

in einem traumaspezifischen multimodalen Behandlungsplan

PTBS II. Diagnostik – Differenzialdiagnosen

Weitere Traumafolgestörungen:

Kinder:

- Reaktive Bindungsstörung
- Enthemmte soziale Interaktionsstörung

Erwachsene:

- Anpassungsstörung
- Anhaltende Trauerstörung
- Akute Belastungsreaktion
- Komplexe PTBS

Andere psychische Erkrankung, die nach einer Traumatisierung auftreten können

(allein oder zusätzlich zu einer spezifischen Traumafolgestörung):

- Depression
- Angststörungen
- Abhängigkeitserkrankungen
- Somatoforme Störungen
- Persönlichkeitsstörungen (Borderline)

PTBS Fall I – Frau M. – Verlauf

6 Monate nach dem traumatischen Ereignis

- durch Krankschreibung entlastet, aber noch starke Symptomatik mit Wiedererleben, Vermeidung und starker Anspannung
- Traumatherapie hatte gerade begonnen, davor hausärztliche Versorgung
- Prognostisch günstige Kontextfaktoren:
 - Feste Partnerschaft, gute soziale Einbindung
 - Gutes Krankheitskonzept
 - Starke Behandlungsmotivation
 - Hund als Motivator und Auslöser positiver Gefühle
 - Arbeit als Motivator + Zukunftsperspektive
- Beruflicher Kontext als wichtige Säule neben Therapie
 - Rückkehr in Schulkontext – reduziert Vermeidung
 - Schulwechsel – erleichtert Rückkehr und neue soziale Einbindung
 - Gestufte Wiedereingliederung zum Belastungsaufbau

Komplexe PTBS

- 1-Monats-Prävalenz in Deutschland: unter 1% (PTSD: 1,5%), Ghana, Kenia, Nigeria: 13-20, (PTBS: 17-19%)
- Prävalenz komplex PTBS in psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungssettings bis 50%
- Zugrundeliegende Traumata meist schwer und langanhaltend, überwiegend Typ II:
 - Wiederholter sexueller Kindesmissbrauch / körperliche Gewalt
 - Anhaltende schwere häusliche Gewalt
 - Teilnahme an / Opfer von Kampfhandlungen (Bürger-) Krieg
 - Folter /Vertreibung
 - mehrere Traumata im Verlauf der Kindheit und Jugend
- Grundsätzlich möglich nach jedem traumatischen Ereignis, dass die Trauma-Kriterien erfüllt
- Beginn in jedem Lebensalter möglich
- Häufig zusätzliche Belastungsfaktoren in der Kindheit wie Armut, Suchterkrankung der Eltern, Vernachlässigung

Komplexe PTBS – Fall – Frau A.



- Jahrelanger sexueller Missbrauch in verschiedenen Kontexten mit mehreren Tätern
- mit ca. 12 Jahren erstmals Behandlung in Kinder-Jugend-Psychiatrie
- Erinnerung an traumatische Ereignisse nur schrittweise im Verlauf mehrerer Jahre
- Wiederholte somatische Erkrankungen durch Trauma- bedingte körperliche Verletzungen, komplizierte Behandlung
- Ausgeprägte dissoziative Symptomatik
- Ängste und Vermeidungsverhalten

Komplexe PTBS – Symptomatik

- **3 Symptomgruppen der PTBS** (als Ausdruck einer konditionierten Angst-Reaktion):
 - Wiedererleben
 - Vermeidung
 - Anhaltendes Gefühl von Bedrohung mit Übererregung
- **3 zusätzliche Symptomgruppen:** (als Ausdruck einer grundsätzlichen Veränderung der Emotionsregulation, des Selbst- und Weltbildes sowie der Beziehungsfähigkeit):
 - Gestörte Emotionsregulation mit emotionaler Taubheit oder überschießenden Emotionen
 - Negatives Selbst-Konzept
 - Schwierigkeiten bei Aufbau und Erhalt interpersoneller Beziehungen
- Häufig **Zusatzsymptome:**
 - Dissoziative Symptomatik
 - Quasi-psychotische Symptome (akustische / optische Halluzinationen)
- Insgesamt sehr starke Funktionsbeeinträchtigung und niedrige Lebensqualität

Komplexe PTBS – Symptomatik

3 zusätzliche Symptomgruppen: (Als Ausdruck einer grundsätzlichen Veränderung der Emotionsregulation und des Selbst- und Weltbildes):

- **Gestörte Emotionsregulation** (teilweise missverstanden als Charaktereigenschaft)
 - emotionale Taubheit, fehlende Freude
 - überschießenden Emotionen auch bei kleinen Auslösern einschließlich Dissoziation
 - Selbstgefährdendes /selbstverletzendes Verhalten
 - Schuld- u/o Schamgefühle
- **Negatives Selbst-Konzept mit beeinträchtigtem Identitäts-Gefühl**
 - Minderwertigkeitsüberzeugungen, Überzeugung „verkorkst / beschädigt“ zu sein
 - Gefühle der Wertlosigkeit, Unterlegenheit
 - Heranwachsende: gestörte Bildung der sozialen Identität, von Werten und Moralvorstellungen, gestört Verantwortungsübernahme für Menschen und Dinge
- **Schwierigkeiten bei Aufbau und Erhalt interpersoneller Beziehungen**
 - Unfähig zu gleichberechtigter partnerschaftlicher Beziehung (Erwartungen)
 - Unfähigkeit zu vertrauen
 - Unfähigkeit intime Beziehungen zu führen

Komplexe PTBS – psychische Komorbidität



➤ **Psychische Komorbiditäten** (sehr häufig):

- Suchterkrankungen (Punktprävalenz Alkoholmissbrauch bei komplexer PTBS : 46%)
- Angststörungen
- Dissoziative Störung – generell häufiger dissoziative Symptome bei komplexer PTBS, vermutlich auch Überlappung mit dissoziativen Störungen (Lähmungen / Amnesie)
- Somatoforme Störungen (z.B. chronische Schmerzen)
- Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Depression

Komplexe PTBS Neurobiologie- Folgen früher Traumatisierung

Aktuelle Forschungsthemen und -Hypothesen:

Frühe Lebensphase: hohe Plastizität des Gehirns – hohe Sensibilität für pos./neg. Einflüsse

- „Anpassung“ der Hirnfunktion an „gefährliche“ Umgebung (u.a. Größenänderung best. Hirnregionen):
- Erhöhte Aufmerksamkeit für Gefahren → niedrigere Reizschwelle, Gefahr der Überreaktion
- „Hochregulation“ des Stress-Systems
 - Häufig verzögerte Normalisierung der Kortison-Werte und erhöhte Kortison-Ausschüttung nach Stress -- stärkere Aktivierung des Stress-Systems im Körper
- „Abschirmung“ von unangenehmen Wahrnehmungen – Ausdünnung der für die Verarbeitung der entsprechenden Sinnesreize „zuständigen“ Regionen der Hirnrinde
 - Repräsentation akustischer /visueller / taktiler Reize verändert → Wahrnehmungsstörungen
- Gestörte Reifungsprozesse des Gehirns stehen der altersabhängigen Verbesserung der Emotionsregulation im Wege
- „biologische Abspeicherung“ von Traumata: DNA-Methylierung → Veränderungen Aktivität einzelner Gene in Abhängigkeit von Umwelteinflüssen (=Epigenetik)
 - Studie mit Suizidopfern mit kindlichen Misshandlungserfahrungen: verringerte Aktivität des Gens für den Kortison-Rezeptor – dadurch verlangsamte Normalisierung der Kortisolwerte nach Stress

Komplexe PTBS III. Therapie



- Grundsätzlich: Einsatz von evidenzbasierten Behandlungsmethoden
- Zugleich: die eigentliche Psychotherapie muss in ein individuelles Behandlungskonzepte und eine passende Zeitplanung integriert werden. Oft besteht mehr Zeitbedarf
- Insgesamt schlechtere Behandlungserfolge als bei klassischer PTBS
- Trauma-fokussierte Behandlungsansätze (grundsätzlich empfohlen):
 - STAIR (Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation) mit Narrativer Therapie
 - STAIR plus Exposition
 - Behandlungsprogramme mit mehreren therapeutischen Komponenten am besten
 - BDT- PTBS

Komplexe PTBS – Fall – Frau A.

Stabilisierende Faktoren:

- Auszug aus Ursprungsfamilie, Kontaktabbruch
 - Kein Täterkontakt mehr
- Schulbesuch, Ausbildung
 - Strukturierung und Beschäftigung
 - Positive Rückmeldung + Erfolg – Selbstwirksamkeit, Selbstbewusstsein
 - „Leben zurückerobern“
- Langfristige Betreuung i.R. von ambulantem Betreuten Wohnen
 - Verlässlicher, längerfristiger Beziehungsaufbau
 - Begleitung bei Belastungen („Beeltern“)
- Ressourcen- orientierte ambulante Psychotherapie
 - Vorteil: keine Überforderung, Erfolgserlebnisse
 - Nachteil: keine nachhaltige spezifische Verarbeitung des Traumas
Rückfallrisiko, fortbestehende Symptomatik
- Traumaspezifische Behandlung ist am wirksamsten, bedarf aber bestimmter Voraussetzungen („richtiger“ Zeitpunkt) und einer ausreichenden Behandlungsmotivation

(Komplexe) PTBS – Besonderheiten im Umgang



- Mitteilung der Symptomschwere und Traumata wird verhindert durch:
 - Erschüttertes zwischenmenschliches Vertrauen
 - Scham- und Schuldgefühle, Minderwertigkeitsgefühle
 - Fehlende bewusste Erinnerung an Traumata
 - (unbewusste) Vermeidung der Konfrontation mit den traumatischen Erlebnissen
 - Symptome werden nicht als Krankheitszeichen verstanden
- Erhöhte Irritierbarkeit und Sensibilität gegenüber Missverständnissen
- Symptom-Trigger können unbewusst oder aufgrund Unwissenheit durch andere ausgelöst werden
- Somatische Begleiterkrankungen können bei unerkannten Traumata zu einer Retraumatisierung im Rahmen von Diagnostik und Behandlung führen (Ängste vor Ärzten, Untersuchungen, Narkosen)

(Komplexe) PTBS – Umgang mit Betroffenen

Eigene Haltung, äußere Bedingungen und Abläufe

- Mögliche Traumatisierung als Erkrankungsursache „auf dem Schirm haben“
- Empathische, mitfühlende Haltung (nicht mitleiden)
 - **Nicht-wertende Offenheit**, Akzeptanz von dem, was gerade da ist (Cave: eigene „rote Linie“)
 - Zuversicht und Hoffnung vermitteln (mit dem Wissen um Behandlungsmöglichkeiten)
- Sorgfältige Aufmerksamkeit für die Gesprächssituation (Ort, zeitliche Ressourcen, Störungen)
- Grundbedürfnisse haben Vorrang (Wahrnehmung fördern, Selbstfürsorge)
- Sicherheitsbedürfnisse respektieren
- Funktionale Bewältigungsstrategien der Betroffenen unterstützen

*„Es ist die
Beziehung, die
heilt.“*

Carl R. Rogers

(Komplexe) PTBS – Umgang mit Betroffenen

Kontaktaufnahme und Beziehungsaufbau

- Bewusste Wahrnehmung des Gegenübers und von sich selbst
(Gegenübertragung!)
- eigene Wahrnehmungen /Vermutungen formulieren – Ich-Botschaften!
(„Ich sehe, dass sie frieren/ schwitzen“ ...,„Kann es sein, dass Sie...“)
- Akute Emotionen benennen
- Bedürfnisse erfragen
- Leidensdruck ernst nehmen, auch wenn Traumatisierung erstmal nicht „überprüfbar“ ist
- Verlässlichkeit ist extrem wichtig, wird eventuell „auf die Probe gestellt“ – nur anbieten, was auch längerfristig realistisch ist → Diskrepanz zwischen Wunsch („Wenn ich zaubern könnte“) und Wirklichkeit benennen

(Komplexe) PTBS – Umgang mit Betroffenen



Bei bekannter PTBS-Diagnose:

- keine Trauma- Inhalte erfragen
- spontane Trauma-Schilderungen begleiten: „ich sehe, es fällt ihnen nicht leicht darüber zu sprechen...machen sie sich keinen Druck, ich werde Ihnen gerne zuhören... und zugleich lade ich sie ein“...
 - „Überlegen Sie, wieviel hier und heute erzählt werden muss“
 - Nehmen sie doch noch einmal ganz bewusst wahr, was jetzt und hier ist, wo sie mir von sich erzählen
- Hinweise auf Dissoziation beachten

(Komplexe) PTBS – Umgang mit Betroffenen

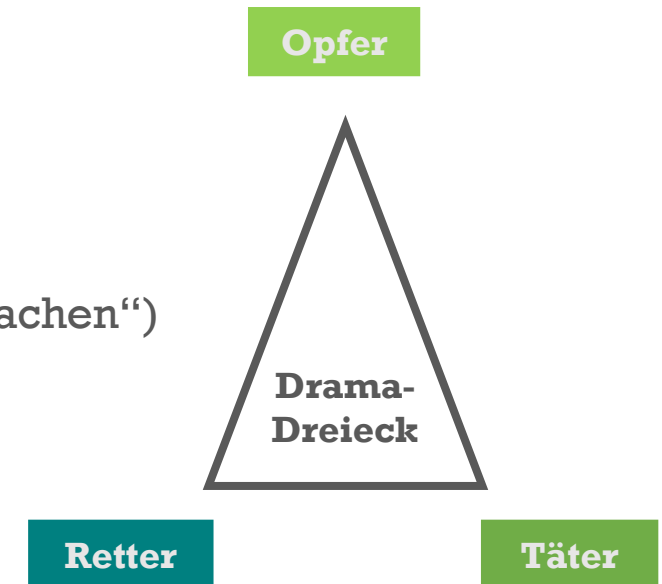


Falls PTBS bisher nicht bekannt:

- Trauma-Schilderung begleiten (s.o.)
- Das Sich-Mitteilen unterstützen, das Tempo bestimmen die Betroffenen
- Vertraulichkeit gewährleisten, zeitlichen Rahmen beachten
- Die Unterstützung, die **im eigenen Rahmen möglich** ist, anbieten:
 - Eigene Ansprechbarkeit konkret benennen
 - Psychoedukation, Krankheitskonzept
 - Ermutigung zu Diagnostik und Therapie, Unterstützung dabei
 - Vermittlung zu weiteren Hilfen (Sozialarbeit, somatische Versorgung)
 - Wünsche der Betroffenen sorgfältig einbeziehen und respektieren

(Komplexe) PTBS – Besonderheiten im Umgang, Selbstfürsorge

- Beschreibungen von traumatischen Erfahrungen können auslösen:
 - Entsetzen und Überwältigtsein
 - Erinnerung an die eigene Verletzbarkeit und Endlichkeit
 - Bewusstmachung des Existenz des Bösen und von Gefahren in der Welt
 - Assoziationen zu eigenen Erfahrungen + unvermitteltes Mitbetroffen-Sein
- Mögliche Reaktion hierauf:
 - Abwehr
 - innerliche Distanzierung
 - fehlende Nachfragen zu Befinden / Besserung erwarten
 - Abwertung des Verhaltens der Betroffenen („würde ich nie machen“)
 - Überidentifizierung
 - Übermäßige emotionale Beteiligung
 - Rächer- oder Retter-Fantasien
 - Unrealistische Lösungen /Unterstützung versprechen
 - Wissen, was gut ist für die Betroffenen



(Komplexe) PTBS – Besonderheiten im Umgang, Selbstfürsorge

- Selbstwahrnehmung
 - Eigene Reaktionen beobachten, Auch körperliche Symptome wahrnehmen
 - Eigene Gefühle benennen
 - Eigene Grundbedürfnisse achten (Pausen, Zeitmanagement)
 - Nicht alles alleine lösen müssen
 - Ausgleich schaffen
 - Beruf und Freizeit trennen
 - Medienkonsum kontrollieren
 - Achtsamkeit (Yoga, Meditation, Kunst, Natur, Handarbeit)
 - Bewegung
 - Beschäftigung mit philosophischen /spirituellen Themen
- Eventuelle Verletzungen der eigenen Gefühle ernst nehmen (Supervision)
- Besonders positiv und nachhaltig für die psychische Stabilität und Widerstandskraft: **gute soziale Beziehungen**

(Komplexe) PTBS – Besonderheiten im Umgang, **Selbstfürsorge**

Kurzfristig die eigene Distanzierungsfähigkeit erhöhen:

- Aufrechte Körperhaltung und Kopf hoch
 - Tief und ruhig atmen (gleich lang ein- und ausatmen)
 - Sich innerlich kleine Auszeit nehmen:
 - den Blick auf etwas Schönes richten
 - Kurze „Zeitprojektionen“ einschieben: „Nachher höre ich Musik und gehe unter grünen Baumkronen in der Sonne spazieren“
 - Aufstehen, bewegen, den Raum lüften
 - Hände waschen
- Ebenso wirksam, besonders bei Kindern oder mit KollegInnen: „Ich sehe was, was du nicht siehst“

PTBS – Take Home

- Ursache: konkretes traumatisches Erlebnis (oder mehrere)
- Art des Traumas bestimmt Erkrankungsschwere und –Wahrscheinlichkeit
- Überforderung psych. Verarbeitungsmöglichkeiten → Dissoziation + „Traumagedächtnis“
- Kernsymptomatik klassische PTBS: Wiedererleben – Vermeidung – Gefühl der Bedrohung
- Komplexe PTBS: + gestörte Emotionsregulation, Negatives Selbst-Konzept, interpersonelle Schwierigkeiten
- Dissoziation:
 - in der traumatischen Situation und später als Krankheitssymptom möglich
 - Wichtig: erkennen, beenden, möglichst vorbeugen
- Behandlung: 1. Wahl: traumaspezifische Behandlungsansätze, z.B.: KVT
- Ebenfalls wirksam: Kombinationen mehrerer Methoden (z.B. Konfrontation und Skillstraining, DBT-Trauma); bei klassischer PTBS: EMDR
- Unsere Zuversicht bzgl. der Therapiemöglichkeit wirkt!
- Patienten sind in besonderem Maße auch Opfer und in der Interaktionsfähigkeit eingeschränkt
- Achtsamer Umgang mit (Sicherheits-) Bedürfnissen der Betroffenen
- Geduld, Empathie und Zuversicht ermöglichen Kontaktaufnahme und Beziehungsaufbau
- Auch außerhalb der eigentlichen Trauma-Therapie gilt: Beziehung heilt
- Selbstfürsorge sollte fester Bestandteil der Arbeit mit Betroffenen sein

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)



Hilfreiche Informationen im Netz:

- Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge in Düsseldorf: https://psz-duesseldorf.de/wordpress/wp-content/uploads/2019/02/NAWA_deutsch.pdf
- Informationen zu Stressbewältigung und Selbstfürsorge: [start – be-here-now](#)

Quellen



1. Bohus et al, Dialectical behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTBS) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse , JAMA Psychiatry 2020 Dec; 77 (!“): 1235-1245
2. Boyd et al, Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: a review of treatment literature and neuobiological evidence, J Psychiatry Neurosci 2018; 43(1)
3. Entringer et al; Frühe Stresserfahrungen und Krankheitsvulnerabilität, Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2016 October; 59 (10): 1255-1261
4. Heim et al., Translating basic research knowledge on the biological embedding of early-life stress into novel approaches für the developmental programming of lifelong health, Psychoneuroendocrinology 2019 July; 105: 123-137
5. Herringa, Trauma, PTSD and the developing Brain, Curr Psychiatry Rep.; 19(10): 69
6. Maercker Andreas, Trauma und Traumafolgestörungen, 5. Auflage, 2019
7. Maercker et al., Complex post-traumatic stress disorder, Lancet 2022; 400. 60-72
8. Steil et.al. Dialektisch-behaviorale Therapie der PTBS bei Patientinnen mit schwerer Störung der Emotionsregulation; Psychup2date 9, 2015; DOI <http://dxdoi.org/10.1055/s-0034-1387462>
9. Streuwe et al., Effectiveness and feasibility of Narrative Exposure Therapy (NET) in patients with boerderline personality disorder and posttraumatic stress disorder – a pilot study, BMC Psychiatry (2016) 16:254
10. Van Rooij et al., Impaired Inhibition an an Intermediate Phenotype for PTSD Risk and Treatment Response
11. Xiaorui et al, Abnormal metabolite concentrations and amygdala volume in patients with recent- onset posttraumatic stress disorder, Journal of Affective Disorders; 2018