

Tischversion

Psychosomatische Medizin: Teil 4 Posttraumatische Belastungsstörung

Posttraumatische Belastungsstörung (post traumatic stress disorder = PTSD, ICD-10: F43.1)

Die PTSD ist eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse. Als Trauma gilt die Konfrontation mit einer lebensbedrohlichen Situation der eigenen oder anderer Personen. Dazu gehören neben Gewalt (Erleben von körperlicher oder sexualisierter Gewalt, auch in der Kindheit – sogenannter sexueller Missbrauch –, Vergewaltigung, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, politische Haft, Folterung), Katastrophenerlebnissen und Unfällen auch die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit, z. B. Herzinfarkt, Tumorleiden – und zwar bei sich oder nahen Angehörigen. Somit können auch Zeugen von

schrecklichen Ereignissen oder Angehörige von einer PTSD betroffen sein.

Das syndromale Störungsbild ist geprägt durch **Intrusion, Vermeidung, Numbing und Hyperarousal** (s. Tabelle). Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen oder Monate dauern kann (leichte Störung: wechselhafte Symptome über einige Wochen, schwere Störung: ausgeprägte Symptomatik über viele Jahre). Die Häufigkeit der PTSD ist abhängig von der Art des Traumas (ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung, bei Kriegs- und Vertreibungsoptionen; ca. 15% bei schweren Organerkrankungen, zit. nach Flatten et al. 2004).

Vier Symptomgruppen der PTSD	
Intrusion	<ul style="list-style-type: none"> ■ Immer wiederkehrende Erinnerungen (Intrusion = eindringen) ■ Alpträume ■ »flash-back« Erlebnisse (schreckhafte Erinnerungen, Tagträume) ■ psychischer Stress bei Konfrontation mit Hinweisreizen ■ physiologische (vegetative) Reaktionen bei Konfrontation mit Hinweisreizen
Vermeidung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vermeidung von Gedanken und Gefühlen im Zusammenhang mit dem Trauma ■ Nachrichtensendungen und Tageszeitungen werden gemieden ■ Versuch, das Geschehene zu vergessen ■ Teilamnesie für den Vorfall/die Vorfälle
Emotionale Unempfindlichkeit (»Numbing«)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Emotionale Abstumpfung, Isolation ■ Teilnahmslosigkeit, kein Mitgefühl mit anderen ■ Sozialer Rückzug ■ Beziehungsverlust, Gefühl nicht verstanden zu werden ■ Verlust von Interessen
Erhöhte Grundanspannung (»Hyperarousal«)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hypervigilanz ■ Ein- und Durchschlafstörungen ■ Konzentrationsstörungen ■ Emotionale Labilität, Reizbarkeit, Wutausbrüche ■ Gesteigerte Schreckhaftigkeit

Folgende Kriterien müssen für PTSD erfüllt sein:

- Trauma
- Vier Symptomgruppen (Tabelle s. o.)
- Signifikante funktionelle Beeinträchtigung
- Dauer der Beschwerden: mindestens einen Monat

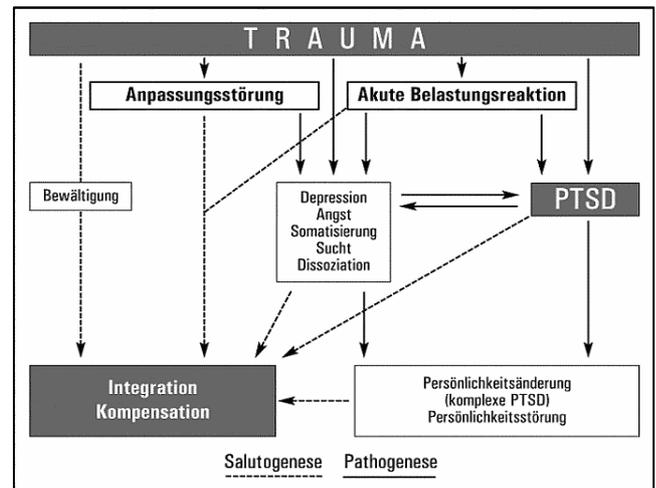
Bei PTSD finden sich eine hohe Komorbidität zu Depressionen, Angsterkrankungen und Substanzabhängigkeit. **Wichtig ist, dass nicht jedes traumatische Erlebnis zur Ausbildung einer PTSD führt.** Eine vertrauensvolle Arzt-Patienten Beziehung ist Grundvoraussetzung dafür, dass über die Traumata gesprochen werden kann. Diagnosesicherung am besten durch PTSD-spezifisches Interview/ergänzende psychometrische Diagnostik (CAVE: Verstärkung der Symptomatik durch unangemessene Exploration). Da die Betroffenen häufig keinen Zusammenhang zwischen ihren Beschwerden und den meist schon länger zurückliegenden traumatischen Erfahrungen sehen, müssen Ärzte aktiv nachfragen. Durch Kenntnis des Krankheitsbildes und gezielte anamnestiche Fragen lässt sich die Diagnose stellen.

Die PTSD zeigt eine hohe Spontanremission. Trotzdem empfiehlt sich eine frühzeitige Behandlung zur Verhinderung von Chronifizierung. Die Behandlung besteht in einem multimodalen Zugang, vorzugsweise in einer Kombinationsbehandlung mit störungsspezifischer Psychotherapie und Pharmakotherapie, nachdem eine traumaspezifische Stabilisierung stattgefunden hat (Schutz vor weiterer Traumaeinwirkung, Organisation des psychosozialen Helfersystems, frühes Hinzuziehen eines mit PTSD-Behandlung erfahrenen Psychotherapeuten, Pharmakotherapie: Antidepressiva – adjuvant, symptomorientiert). Bei der Abklärung einer PTSD ist zu prüfen, ob eine Psychose oder Suizidalität vorliegt.

Von der PTSD (F43.1) wird nach ICD-10 die akute Belastungsreaktion (F43.0) unterschieden, die eine normale physiologische Reaktion auf ein belastendes Ereignis darstellt und mindestens zwei Tage bis vier Wochen anhält. Die Intensität der Symptome lässt nach 3 bis 4 Tagen nach.

Traumareaktive Entwicklungen

(nach Flatten et al. Posttraumatische Belastungsstörung – Leitlinie und Quellentext. Schattauer Verlag, Stuttgart, New York 2004)



Fallbeispiel 1: PTSD nach Herzinfarkt

[nach Harder, Tschan 2004]

Ein 57-jähriger Mann erlitt während der Sommerferien ohne vorbestehende Symptomatik einen Myokardinfarkt. Bei der Aufnahme ins nächste Krankenhaus kam es zu einem plötzlich einsetzenden Herzstillstand mit konsekutiver Reanimation. Nach Dilatation und Implantation eines Kardioverter-Defibrillators wurde der Pat. zu 50% arbeitsfähig geschrieben bei persistierender kardialer Motilitätsschwäche. Arbeitslosigkeit folgte. Der Patient leidet seitdem an immer wiederkehrenden Erinnerungen (Intrusion) an dieses Ereignis, sozialem Rückzug (Numbing) sowie Ein- und Durchschlafstörungen (Hyperarousal). Die zeitweise Betreuung eines Schrebergartens führte zu einer sichtlichen Aufhellung des depressiven Befindens. Stützende Gespräche im Rahmen der psychosomatischen Kardiologie wurden initiiert.

Fallbeispiel 2: PTSD nach Vergewaltigung

Eine 22-jährige Frau ist unter schlimmsten sozialen Verhältnissen groß geworden (Vater Alkoholiker, 5 Kinder, Geldnot). Einer der Brüder hat sich an ihr und ihrer Zwillingsschwester vergangen. Sie informiert die Eltern darüber, die den Vorfall als Doktorspiele abtun. Patientin und Zwillingsschwester ziehen mit 18 Jahren aus (Unterstützung durch Sozialamt). Schulabschluss (Abitur) gelingt wegen Schlafstörungen nicht (Hyperarousal), Patientin kann morgens nicht aufstehen, Verlust von Interessen (Numbing). Sie erleidet viele Rückschläge mit dissoziativen Störungen (Vermeidung). Sie verliebt sich, es kommt zur Reaktualisierung des Traumas durch Freund, gynäkologische Untersuchung, körperliche Nähe zum Ausbilder. Trauma konnte aufgrund der mangelnden Ich-Stärke bisher noch nicht bearbeitet werden, es stehen bisher Strategien im Vordergrund mit den bestehenden Einschränkungen umzugehen.