

# Posttraumatische Belastungsstörung

Informationen für Betroffene und Angehörige

Seminar Psychiatrie: Neuropsychologische Aspekte

Seminarleitung: PD Dr. Patrizia Thoma

Referentinnen: Leandra Eidt und Lea Weber



# Gliederung



Einführung



Symptome



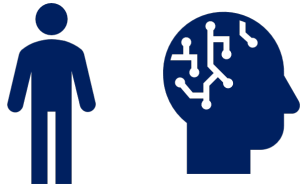
Entstehung und Aufrechterhaltung



Therapiemöglichkeiten und Hilfsangebote

# Einführung

## Posttraumatische Belastungsstörung



Körperliche und  
psychische  
Veränderungen



Traumatisches Ereignis  
als konkreter Auslöser



1,2 – 8% der  
Allgemeinbevölkerung

# Trauma



- Tatsächlicher oder drohender Tod
- Ernsthafte Verletzungen
- Sexuelle Gewalt



Persönlich  
Betroffen



Augenzeuge



Information über  
nahestehende  
Person



Konfrontation  
im beruflichen  
Kontext



# Symptome der PTBS

# Symptome



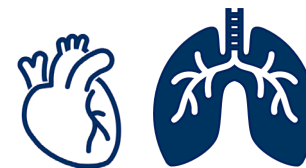
Symptome des Wiedererlebens



Negative Veränderungen des Denkens und der Stimmung



Anhaltendes Vermeidungsverhalten



Symptome gesteigerter Erregung

# Wiedererleben

- Symptome des Wiedererlebens werden auch als **Intrusionen** bezeichnet

Ungewollte, sich aufdrängende  
Erinnerungen



Dissoziative Reaktionen



Wiederkehrende Albträume



„Flashbacks“:  
Erneutes Durchleben des Traumas

Intensive psychische Belastung oder körperliche Reaktionen bei  
Konfrontation mit traumabezogenen Situationen oder Reizen



# Vermeidung

- Vermeidung der mit dem Ereignis verbundenen Reize



## Innere Vermeidung

- Gefühle
- Erinnerungen
- Gedanken
- Selten erfolgreich



## Vermeidung äußerer Reize

- Situationen
- Aktivitäten
- Orte
- Oft sozialer Rückzug



# Denken und Stimmung

## Negative Veränderungen des Denkens und der Stimmung



- Unfähigkeit, sich an wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern
- Passivität, Verlust von Lebensfreude und Interesse
- Gedanken über Schuld und Selbstvorwürfe
- Grundsätzliches Misstrauen gegenüber anderen Menschen

# Gesteigerte Erregung

- Deutliche Veränderungen des Erregungsniveaus

Erhöhte Wachsamkeit für mögliche Gefahren



Übertriebene Schreckreaktionen, Reizbarkeit,  
Wutausbrüche



Konzentrationschwierigkeiten, Ein- und  
Durchschlafstörungen



Selbstverletzendes Verhalten und Suizidgedanken

# Diagnose



PTBS äußert sich bei verschiedenen Menschen sehr unterschiedlich

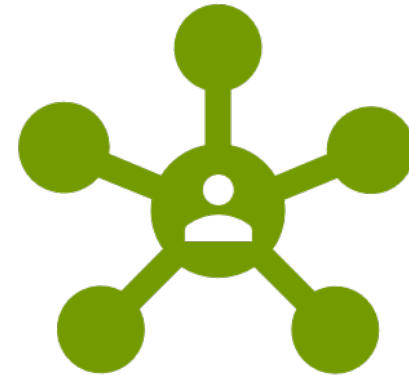
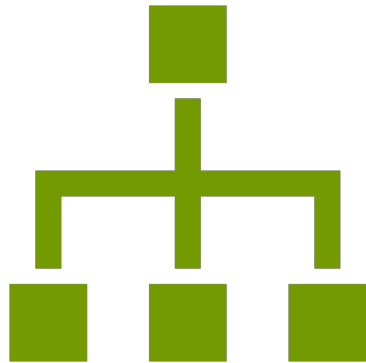


Entwicklung der Symptome kurz nach dem Trauma oder erst Jahre später



Symptome müssen länger als 1 Monat nach dem Trauma andauern





# Entstehung und Aufrechterhaltung

## Risikofaktoren

Vorherige  
Traumatisierung



Junges Alter



Schwere des  
Traumas

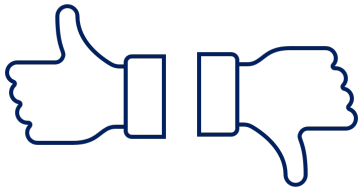


Verdrängung



# Rolle des Gehirns

## Angstkreis



Bewertung der emotionalen  
Relevanz von Reizen



Beteiligung an  
Gedächtnisprozessen

„Gefahr“



Biologisch gesteuerte  
Angstreaktion



# Rolle des Gehirns

- Starke Aktivierung des Angstkreises beeinträchtigt Gedächtnisprozesse, die mit Trauma in Verbindung stehen



Unkontrollierbare Symptome des Wiedererlebens



Keine bewusste Erinnerung an wichtige Aspekte des Traumas



**Viele verschiedene Faktoren, die zur Entstehung einer PTBS beitragen und die nicht bewusst zu steuern sind!**

# Aufrechterhaltung

„Warum ist ausgerechnet mir das passiert?“

„Was wäre, wenn mir das nicht passiert wäre?“

## Grübeln

- Negative Prozesse und Gefühle, z.B. innere Vermeidung oder Schamgefühle
- Keine produktive Auseinandersetzung mit dem Trauma
- unangemessene Schuldgefühle





## Psychosoziale Folgen

- Schwierigkeiten in Partnerschaften und Beziehungen
- Berufliche Probleme
- Arbeitslosigkeit



## Gesundheitliche Folgen

- Negativer Einfluss auf das Immunsystem
  - Körperliche Erkrankungen
  - Höhere Sterblichkeit

„Ich möchte  
nicht mehr  
daran denken.“

„Mich kann sowieso  
niemand verstehen.“

# Therapiemöglichkeiten und Hilfsangebote

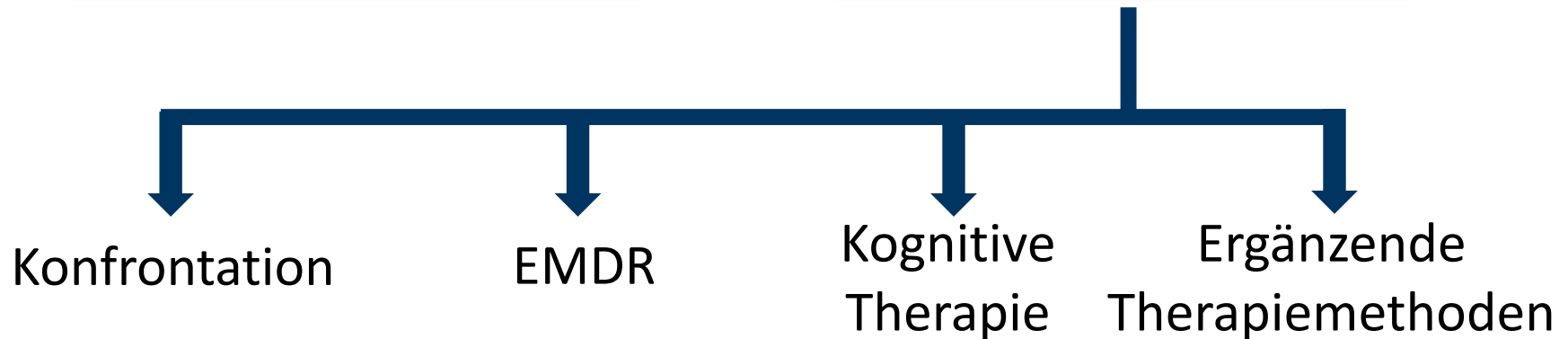
# Therapie der PTBS



Medikamentöse  
Therapie



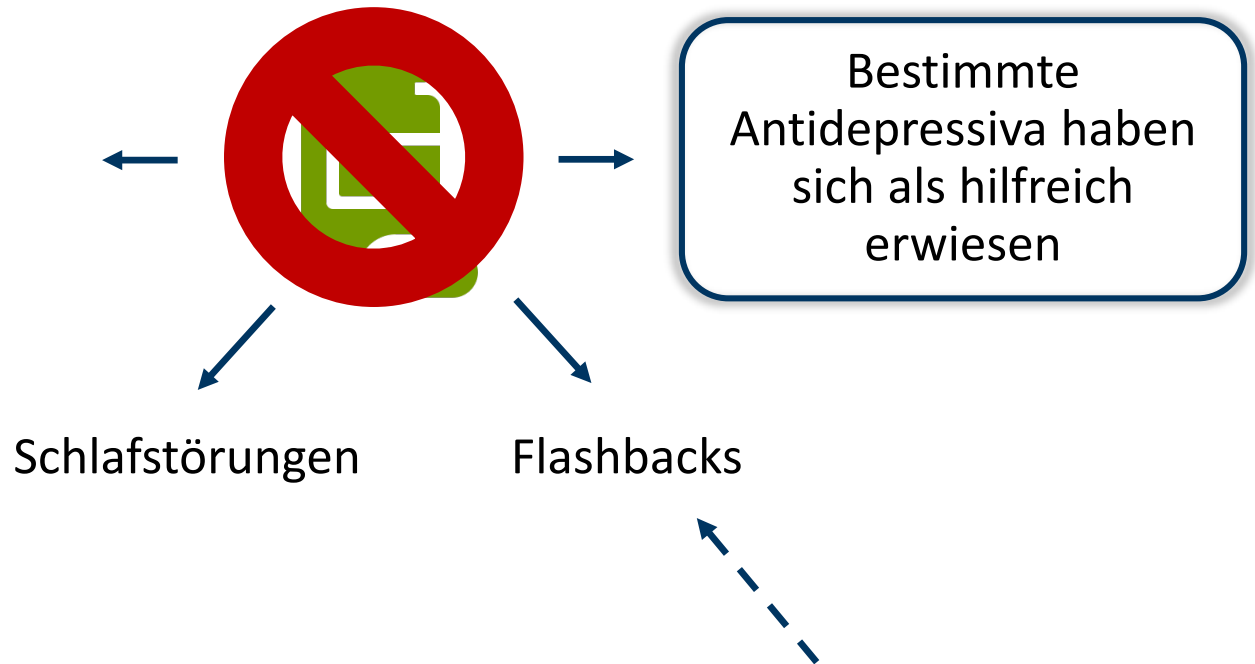
Psychotherapie



Gemeinsames Ziel: Erinnern und Bearbeiten zuvor nicht zugänglicher Details des Traumas, um so das **traumatische Erlebnis zu überwinden**

# Medikamentöse Therapie

Beim Absetzen:  
Häufig Rückfälle



Bestimmte  
Antidepressiva haben  
sich als hilfreich  
erwiesen

Schlafstörungen

Flashbacks



Eingeschränkte Wirksamkeit



Andere Wirkstoffe  
erforscht, z.B. Cortisol

# Die Schrankmetapher

„Den jetzigen Zustand Ihres Gedächtnisses könnte man mit einem Schrank vergleichen, in den man viele Dinge ganz schnell hineingeworfen hat, so dass man die Tür nicht ganz schließen kann. Irgendwann wird dann die Tür aufgehen und etwas fällt heraus. Was muss man tun, damit die Dinge nicht mehr herausfallen? Man muss alle Dinge herausnehmen, ansehen, sortieren und dann geordnet in den Schrank zurücklegen. Genauso ist es mit dem Gedächtnis für ein traumatisches Erlebnis. Leider kann man auch da die Tür nicht einfach schließen, ohne dass man vorher alles, was passiert ist, ansieht und nach der Bedeutung, die es für einen hat, ordnet. Damit es ein Teil der Vergangenheit wird, muss es betrachtet und eingeordnet werden.“

# Konfrontation

Fokus: Erinnerungen an das Trauma und erinnerungsauslösende Reize



→ „Die Erfahrung, das Trauma überlebt zu haben“

von weniger intensiven  
Ängste hin zu den  
intensivsten

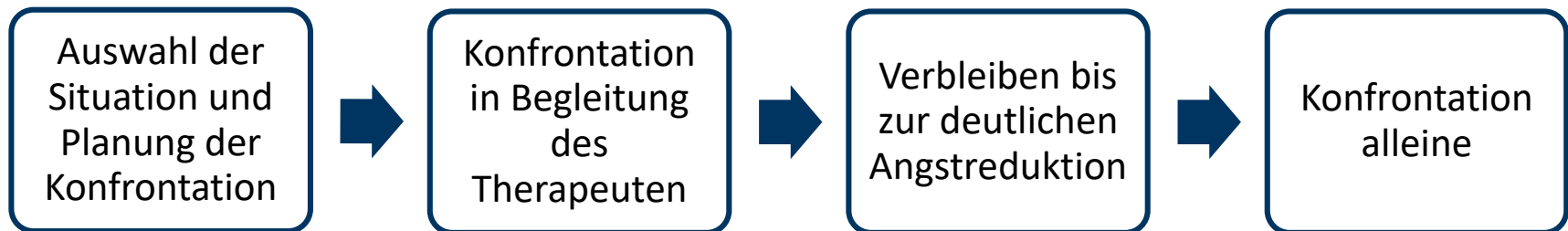


**Erfolgsrate ca.**  
50% (variiert  
stark: 32-84%)

# Konfrontation

## Konfrontation in einer echten Situation:

- ! Dient nicht dem Nachstellen des Traumas
- ! Durchführung nicht in objektiv gefährlicher Form/Situation



## Konfrontation in der Vorstellung:

- Umfassendes und detailliertes Erinnern und gedankliches Durchleben der traumatischen Szene

# EMDR (= Eye Movement Desensitization and Reprocessing)



- Klassische Konfrontation in der Vorstellung mit dem Zusatz der angeleiteten rhythmischen Augenbewegungen
- Wirksamkeit vermutlich durch doppelte Aufgabenbelastung



# Tipps für Angehörige



1. Geben Sie dem Betroffenen **Sicherheit** und drücken Sie diesem Ihr **Verständnis** aus. Nehmen Sie ihn und seine **Bedürfnisse** ernst. Akzeptieren Sie, wenn der Betroffene eigene **Grenzen** setzt und bestimmte Aktivitäten nicht mitmachen möchte.



2. Bedenken Sie, dass mögliche Verhaltensänderungen nicht willentlich oder aus böser Absicht heraus, sondern **krankheitsbedingt** entstehen. Nehmen Sie diese daher **nicht persönlich**.



3. Nur wenn Sie **auf sich selbst achten**, können Sie auch die Fürsorge für Ihre Angehörigen übernehmen.



4. Für Ihre eigene emotionale Entlastung bieten sich **Angehörigengruppen** an, in denen Sie Ihr eigenes Befinden und eigene Bedürfnisse thematisieren können. Auch **Foren im Internet** sind eine Möglichkeit Erfahrungen mit anderen Betroffenen auszutauschen (z.B. [ptbs-forum.de](http://ptbs-forum.de)).

# Hilfsangebote & Anlaufstellen

RUB



Ihr **Hausarzt** als  
erste Anlaufstelle



**Psychotherapeut\*innen**  
in Ihrer Nähe

## Möglichkeiten für eine Psychotherapie:

- Ambulant in einer Fachpraxis
- Teilstationär in einer Tagesklinik
- Stationär in einer psychiatrischen Klinik

**Sozialdienste**, z.B. der des  
Universitätsklinikums  
Knappschaftskrankenhaus Bochum

**Opferberatungsstellen**  
z.B. WEISSER RING

Telefonseelsorge  
0800/1110111



# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596
- Aerni et al. (2004). Low-dose cortisol for symptoms of posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1488–1490. doi:10.1176/appi.ajp.161.8.1488
- Brohawn, K. H., Offringa, R., Pfaff, D. L., Hughes, K. C., & Shin, L. M. (2010). The neural correlates of emotional memory in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 68(11), 1023–1030. doi: 10.1016/j.biopsych.2010.07.018
- de Quervain DJ, Margraf J. Glucocorticoids for the treatment of post-traumatic stress disorder and phobias: a novel therapeutic approach. *Eur J Pharmacol*. 2008;583(2-3):365-371. doi:10.1016/j.ejphar.2007.11.068
- Kring, A.M., Johnson, S.L., Hautzinger, M. (2019). *Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch*. 9., vollständig überarbeitete Aufl. Weinheim: Beltz.
- Lauterbacher, S. & Gauggel, S. (2004). *Neuropsychologie psychischer Störungen*. Berlin: Springer

# Quellen

- Margraf, J. & Schneider, S. (Ed.) (2018). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Psychologische Therapie bei Indikationen im Erwachsenenalter, Glossar*. 4. Auflage. Berlin. Springer.
- Pitman, R. K., Rasmusson, A. M., Koenen, K. C., Shin, L. M., Orr, S. P., Gilbertson, M. W., . . . Liberzon, I. (2012). Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(11), 769–787. doi: 10.1038/nrn3339
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V., & Gray, S. H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. *Psychiatry*, 71 (2), 134–168. doi: 10.1521/psyc.2008.71.2.134
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., YoungXu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Metaanalysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74 (6), e541–550. doi: [10.4088/jcp.12r08225](https://doi.org/10.4088/jcp.12r08225)
- Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med*. 2002;346(2):108-114. doi: 10.1056/NEJMra012941